การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
เรื่อง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

A Systematic Reviewof Chronic Care Model and Self- Management Support in Chronic illness

รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิชและคณะ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)

พ.ศ. 2558

คณะผู้วิจัย

1. **ชื่อเรื่อง:**การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   (A Systematic Review of Chronic Care Model and Self- Management Support in Chronic illness)

2. **คณะผู้วิจัย**

2.1 หัวหน้าโครงการวิจัย: รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2.2 ผู้ร่วมโครงการวิจัย:

1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
   1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จงกลวรรณ มุกสิกทอง
   2. อาจารย์ ดร. ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
   3. อาจารย์ ดร.วารุณี พลิกบัว
   4. อาจารย์ ปิโยรส เกษตรกาลาม์
   5. อาจารย์ สิริกาญจน์ หาญรบ

2) คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
   1. นาง วิภารัตน์ ศรีสุวรรณ

3) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
   1. รองศาสตราจารย์ ดร. ลินจง โปธิบาล
   2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช

4) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดชลบุรี
   1. อาจารย์ ดร.สุนิภา ชินวุฒิและทีม

5) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
   1. อาจารย์ ดร.ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์

6) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
   1. อาจารย์ ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ

7) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์
   1. อาจารย์ ดร. ศรีสุดา เอกลัคนา

3. แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย: ได้รับทุนสนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ
   ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์
   สาขาสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์
   คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล
   มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา
   ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยการได้รับการสนับสนุนความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานวิจัยจากสถาบันต่างๆ ที่ร่วมกันทำงานและให้ข้อเสนอแนะ

กราบขอบพระคุณนายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้โอกาสในการทำงาน สนับสนุนด้านความคิด ให้กำลังใจและช่วยเหลือทำให้สามารถดำเนินการทำงานระหว่างสถาบันเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ลุล่วงไปด้วยดี

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยาที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือแนะนำตลอดจนได้ส่งเสริมให้เกิดการทำงานวิจัยที่ดีร่วมกัน

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์ที่สนับสนุนด้านความคิด ให้ความคิดเชิงบวกและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

กราบขอบพระคุณคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย ในด้านต่างๆ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณบิดา มารดาและญาติพี่น้องที่สนับสนุนการทำงานวิจัย

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัยทำให้นักวิจัยจากสถาบันต่างๆ มีโอกาสทำงานวิจัยร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เพื่อที่จะนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช
หัวหน้าโครงการวิจัย

บทคัดย่อ

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 จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยในเมืองไทยที่ทำเกี่ยวกับการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของนิสิตและนักศึกษา และอาจารย์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ แต่ยังไม่พบว่ามีการนำการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองรวมทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในระบบบริการการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าจะให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการใช้องค์ประกอบใน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากกว่า หนึ่งองค์ประกอบ ผลการวิจัยพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางบวกแม้ว่าการวิจัยบางเรื่องผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจนแต่พบกระบวนการดูแลดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำงานวิจัยต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมไปพิจารณาใช้เพื่อปรับปรุงระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับประเทศไทยต่อไปโดยเฉพาะในการพัฒนาการดูแลในระบบปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การจัดการตนเอง, การสนับสนุนการจัดการตนเอง

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คณะผู้วิจัย	ก
ที่ปรึกษา	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ	ง
1.บทที่1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลงานวิจัย	2
2. บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	4
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	4
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	7
3. บทที่3 ผลการศึกษา	
3.1.1 ผลการสืบค้น	16
3.1.2 ความเป็นมาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	18
1) องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	20
2) การประยุกต์ใช้ในประเทศต่างๆ	24
3) การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในประเทศไทย	33
4) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการเพิ่มผลลัพธ์ทางการดูแลผู้ป่วย	34
5) ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	35
3.1.3 แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง (self-management)	45
3.1.4 การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)	50
3.1.5 ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ	60
1) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเมตาโบลิกซินโดรม	60
2) สรุป	80

3) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเบาหวานและภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน 83
4) สรุป 197
5) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและภาวะก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง 212
6) สรุป 263
7) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 271
8) สรุป 285
9) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 288
10) สรุป 311
11) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 315
12) สรุป 344
13) ผลการสืบค้น และวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 347
14) สรุป 423
15) ผลการสืบค้น และวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 437
16) สรุป 518

บทที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 542

4.1 สรุป 542

4.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 547

บทที่1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง รวมทั้ง ไตเรื้อรัง ฯลฯ เป็นต้น การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาของบุคคล ที่เกิดขึ้นอย่างถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม สังคมครอบครัวต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ถ้าการดูแลผู้ป่วยใช้เวลายาวนานจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจ ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยจึงต้องพิจารณาการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมากขึ้นเพราะจะมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การปฏิรูประบบราชการที่มีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลโรคเรื้อรังจึงเกิดขึ้นและมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ปี พ.ศ. 2545 ระบบหลักประกันสุขภาพจึงมีการพัฒนาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จนถึงบัดนี้ โดยมีการใช้รูปแบบการบริหารการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่พัฒนามาจากการวิจัยของ วากเนอร์ (Wagner) [1, 2] เน้นการดูแลแบบองค์รวม ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โรคเรื้อรังที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชากรในประเทศไทยมีหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ไตเรื้อรัง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หืดหอบ ฯลฯ เป็นต้น[3]

ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีมากและมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการดูแลและการรักษาไม่ถูกต้องนำไปสู่ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมมากมายจึงจำเป็นที่เราต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องให้เหมาะกับสภาพผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นทุกปีและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เน้นการเชื่อมโยงระบบการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างบ้านชุมชน และโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ตลอดจนระบบคัดกรองที่ดีจะช่วยติดตามผู้ที่ภาวะเสี่ยงต่อโรคจะต้องทำให้ครอบคลุมประชากรเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการผู้ป่วย[4-7] ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้จะสอดคล้องกับแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเทศไทยมีผู้ป่วยเรื้อรังเป็นจำนวนมากและพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในรูปแบบ

ต่างๆ รวมทั้งมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับเมตาบอลิกซินโดรม[8] ที่จะป้องภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังไม่มีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบันเพื่อที่จะนำข้อมูลดังกล่าวมาช่วยในการวางแผนเชิงนโยบาย คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปในการนำ chronic care model และ self-management support มาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ Chronic care model ในผู้ป่วย Metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction ,COPD, Cancer ในประเทศต่างๆ
2. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ Self-management supportในผู้ป่วย Metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension,
   pre - hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction ,COPD, Cancer ในประเทศต่างๆ
3. ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ chronic care model และ Self-management supportในแง่มุมต่างๆ
4. วิเคราะห์และสรุปแนวคิดการพัฒนา care model และ self-management support ของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินเชิงนโยบายในการพัฒนาการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

1.3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลงานวิจัย

1. ทราบแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในประเทศต่างๆ
2. ทราบแนวโน้มการจัดการส่งเสริมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเรื้อรังและนำไปสู่ข้อสรุปเพื่อนำมาใช้กับบริบทในประเทศไทยต่อไป
3. ได้ข้อสรุปเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการพัฒนาและแนวโน้มการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนาสำหรับการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในโรคเรื้อรังที่เหมาะกับประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Managed care quarterly. 1998;7(3):56-66.
2. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 2001;20(6):64-78.
3. ชูชัย ศรชำนิ และ สรกิจ ภาคีชีพ การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง .อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำนักงานหลักประกัน . กรุงเทพมหานคร .สุขภาพแห่งชาติ: บริษัทพิจิตรการพิมพ์.; 2550.
4. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช .Chronic Care Model and Strategies.ใน ชูชัย ศรชำนิ และ สรกิจ ภาคีชีพ (บรรณาธิการ)การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิจิตรการพิมพ์.; 2550.
5. Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health services research. 1997;32(5):702.
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 2001;20 (6):64-78.
7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank Quarterly. 1996:511-44.
8. ชูชัย ศรชำนิ, อรพินท์ มุกดาดิลก, นิตยา จันทร์เรืองมหาผล. แผนและยุทธศาสตร์ของไทยในสามทศวรรษเมตาบอลิกซินโดรมวารสารวิชาการสาธารณสุข. 2554; 20 (2): 181-207.

บทที่2

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยโดยการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์และสืบค้นวรรณกรรมงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินเชิงนโยบาย โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆโดยรวบรวมทั้งงานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ มีการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์และสร้างข้อสรุปด้านการพัฒนาและการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองมาใช้ในประเทศไทยอย่างเหมาะสม

1) กรอบการสืบค้นงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบการสืบค้น “PICO” (PICO Framework)[1] เป็นกรอบการสืบค้นเลือกหลักฐานจากงานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยครอบคลุมประเด็นและเนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับ chronic care model และ และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดดังนี้

P (Population): ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วย metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction, COPD, Cancer ในประเทศต่างๆ

I (Intervention): chronic care model และ self-management support

C (Comparison): เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ self-management support กับวิธีปกติ

O (Outcome): clinical outcome, Psychological outcome (Behavoir, Quality of life, psychological wellbeing), Health status

2) ขอบเขตการสืบค้น

2.1) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น Chronic care model มีดังต่อไปนี้

- (“Development”) and (“chronic care model”**)**

- (“Implication”) and (“chronic care model”**)**

- (“Improving quality of care”) and (“chronic care model”**)**

- (“outcome”) and (“chronic care model”**)**

2.2) คำสำคัญที่ใช้สืบค้น self-management support มีดังนี้

- ("Metabolic syndrome") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or "RCT").

- ("diabetes") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or "RCT").

- ("pre-diabetes") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("Hypertension") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("pre-hypertension") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("Stroke") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("Chronic Kidney Diseases") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("Myocardial infarction") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

- ("Chronic obstructive pulmonary diseases ") and ("self-management "or" self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or "RCT").

- ("cancer") and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or "RCT").

- (“outcome”) and ("self-management" or "self-management support") and ("intervention" or "program*" or "trial") and ("random*" or"RCT").

2.3) ฐานข้อมูล/ แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเลกโทรนิกส์ดังนี้ 1) ProQuest Nursing 2) CINAHL 3) Cochrane Library 4) ScienceDirect 5) Ovid 6) Wiley Interscience 7) PubMed 8) BioMed Central 9) Blackwell Synergy 10) BMJ Group 11) HighWire Press 12) SpringerLink 13) ThaiLis

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยมือ (Hand search)

จากตำราวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง จากมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารในสาขาที่เกี่ยวข้องที่สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารับรองในระดับชาติและระดับนานาชาติ

2.4) เกณฑ์การคัดเข้าของหลักฐานเชิงประจักษ์

1) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ประเมินตาม Melnyk BM, Fineout-Overholt E [2]

2) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004–2014 และ มี peer-reviewed

3) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เช่น ผู้ป่วย Metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction, COPD, Cancer.

4) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับ chronic care model และself-management support

2.5) เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้นทั้งหมดนำมาคัดเลือกดังนี้

เริ่มคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องเมื่อบทคัดย่อตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงอ่านรายละเอียดโดย reviewer 2 ท่านเพื่อตรวจสอบยืนยันและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษามากที่สุด

2.5.1) เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ออก

- วรรณกรรมที่มีเฉพาะบทคัดย่อ
- วรรณกรรมที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็ก
- วรรณกรรมที่ศึกษาในสัตว์ทดลอง
- วรรณกรรมที่ศึกษาในผู้ป่วยขณะตั้งครรภ์

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงแล้ว ต้องมีการประเมินคุณภาพ วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใน

ที่นี้ประเมินคุณภาพตามลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบการศึกษาของ DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. ในปี 2005[1] มี 3 ประการ คือ

1. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่
2. ผลการศึกษาเป็นอย่างไร
3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่

ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดแตกต่างกัน ดังนี้

ก) การประเมินคุณภาพงาน systematic Review พิจารณาคุณภาพของงานโดยใช้คำถามดังนี้

1. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่
   1.1 มีการบอกวัตถุประสงค์ในการทบทวนอย่างชัดเจนหรือไม่
   1.2 มีการรายงานถึงขั้นตอนการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบ (comprehensive search) เพื่อหางานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่
   1.3 มีการอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก (inclusion and exclusion criteria) หรือไม่ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินเป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสมหรือไม่
   1.4 ผู้เขียนบอกถึงการประเมินงานวิจัยที่รวบรวมไว้หรือไม่และเกณฑ์ในการประเมินเหมาะสมหรือไม่
   1.5 มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างเพียงพอหรือไม่ควรมีการบอกถึงจุดประสงค์ของงานวิจัย ขนาดของกลุ่มทดลอง (sample size) คำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลที่ให้(intervention)ผลลัพธ์ (outcome)มีการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยในคลินิกคุณภาพของงานวิจัยที่เลือกมารวมถึงขั้นตอนการสกัด และการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ผลการศึกษาเป็นอย่างไร

2.1 การประมวลผลรวมของการศึกษามีความเหมาะสมหรือไม่ งานวิจัยที่รวบรวมมีความคล้ายคลึงกันเพียงพอที่จะนำผลมารวมกันหรือไม่

2.2 ผลรวมของ systematic review สรุปผลว่าอะไร ต้องมีผลสรุปของงานวิจัยที่มีการชั่งน้ำหนักความสำคัญของงานวิจัย

2.3 มีการพิจารณาผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทุกตัวหรือไม่ ไม่ควรละเลย ผลลัพธ์บางตัวแม้ไม่มีอยู่ในงานวิจัย ผลลัพธ์มีความคุ้มค่ากับการลงทุนและความเสี่ยงหรือไม่ พิจารณาความแตกต่างในกลุ่มย่อย

3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ขึ้นกับผู้ปฏิบัติที่จะพิจารณาว่าผลการวิจัยที่มี statistically significant หรือ non- significant มีความสำคัญทางคลินิกหรือไม่ (clinically significant)

ข) การประเมินคุณภาพงาน randomized controlled trial พิจารณาคุณภาพของงานโดยใช้คำถามดังนี้

1. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่

1.1 คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากรที่ศึกษา การทดลอง (intervention) และตัวแปรตามชัดเจนหรือไม่

1.2 งานวิจัยนี้เป็น randomized controlled trial (RCT) จริงหรือไม่ และมีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

1.3 กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสม หรือไม่

- มีการสุ่มจริงหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างไร มีการอธิบายอย่างชัดเจนหรือไม่
- กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติ

เหมือนกันเมื่อตอนเริ่มต้นหรือไม่ มีการรายงานลักษณะที่แตกต่างกันไว้หรือไม่ และความแตกต่างดังกล่าวมีผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือไม่

1.4 การสุ่มตัวอย่างมีการปกปิดหรือไม่

- กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มไหนหรือไม่
- ผู้วิจัย/ผู้ให้ intervention ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด
- ผู้ที่ประเมิน/ เก็บรวบรวมข้อมูลทราบหรือไม่ว่า

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด

- ผู้วิจัยมีความพยายามในการปกปิดการสุ่มหรือไม่หาก ในกรณีที่ไม่สามารถปกปิดได้สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการวิจัยมากน้อยเพียงใด

1.5 การวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นไปตามกลุ่มที่อยู่จริงหรือไม่

- หากมีการศึกษาติดตามมีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการติดตามหรือไม่

- ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ (intention to treat analysis)

- มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในการวิจัย (drop out) หรือไม่

1.6 นอกจาก intervention ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตาม และวัดตัวแปรตามเหมือนกันหรือไม่

1.7 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่
มีการคำนวณ power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

2. ผลการศึกษาเป็นอย่างไร

2.1 ผลการศึกษาสรุปได้ว่าอย่างไร intervention มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

- กรณี categorical outcomes: ค่า risk reduction, relative risk, absolute risk reduction เป็นอย่างไร

- กรณี continuous outcomes: ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร ความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างไร

2.2 ความถูกต้องของการประมาณค่า intervention effect เป็นอย่างไร

- ค่า confidence intervals หรือ p-values เป็นอย่างไร

- ค่า confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่
ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ ถ้าไม่ตรง มีข้อจำกัดหรือเหตุผลที่ทำให้ intervention นี้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่

3.2 ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่ สามารถใช้Interventionในหน่วยงานได้หรือไม่

3.3 เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน / ความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่จะได้รับ

3.4 ควรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้หรือไม่

ค) การประเมินคุณภาพงาน case control study พิจารณาคุณภาพของงานโดยใช้คำถามดังนี้

1. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่

1.1 คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากร และปัจจัยเสี่ยง ที่ศึกษาชัดเจนหรือไม่

1.2 งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ case control studyเพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

1.3 กลุ่มตัวอย่าง ได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่พิจารณาประเด็นของ selection bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มตัวอย่างทำอย่างไร กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดออก
- กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างไร จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

1.4 กลุ่มควบคุมได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่
พิจารณาประเด็น selection bias ว่ามีหรือไม่โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มควบคุมทำอย่างไรกลุ่มควบคุม

เป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่(ควรเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างยกเว้นไม่มีโรค/ พฤติกรรมที่ศึกษา และควรนำเข้ากลุ่มในเวลาเดียวกัน)

- กลุ่มควบคุมได้มาอย่างไรจำนวนกลุ่มควบคุมเพียงพอหรือไม่

1.5 การวัดตัวแปรที่ศึกษา เหมาะสมหรือไม่พิจารณาประเด็นของ measurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณา

- วิธีการวัดตัวแปรที่ศึกษาเหมาะสม เที่ยงตรง น่าเชื่อถือหรือไม่
- วิธีการวัดเหมือนกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหรือไม่
- ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรู้หรือไม่ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มควบคุม

1.6 ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรแทรกซ้อน (confounding variables) ที่เป็นไปได้ และพยายามออกแบบการวิจัย และ/ หรือใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อควบคุมตัวแปรเหล่านั้นหรือไม่

2. ผลการศึกษาเป็นอย่างไร

2.1 ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

- ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- ค่า odd ratio, relative risk ระหว่างกลุ่ม เป็นอย่างไร

2.2 ความถูกต้องของการประมาณค่าความเสี่ยง (estimate of risk) เป็น อย่างไร

- ค่า confidence intervals or p-values เป็นอย่างไร

- ค่า confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

3.2 ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่

3.3 เปรียบเทียบระหว่างความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะได้รับของการ ละเว้นตัวแปรที่ศึกษา

3.4 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆหรือไม่

ง) การประเมินคุณภาพงาน cohort study พิจารณาคุณภาพของงานโดยใช้คำถามดังนี้

1. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่

1.1 คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากร ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ผลลัพธ์ (outcome) ที่ศึกษาชัดเจนหรือไม่

1.2 งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ cohort study เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

1.3 กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่พิจารณาประเด็นของ selection bias ว่ามีหรือไม่โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มตัวอย่างทำอย่างไรเป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างไร

1.4 การวัดตัวแปรที่ศึกษา เหมาะสมหรือไม่
พิจารณาประเด็นของmeasurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- วิธีการวัดตัวแปรที่ศึกษาเหมาะสม เที่ยงตรงน่าเชื่อถือหรือไม่
- วิธีการวัดเหมือนกันระหว่างกลุ่มหรือไม่

1.5 การวัดผลลัพธ์ที่ศึกษา เหมาะสมหรือไม่พิจารณาประเด็นของ measurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- วิธีการวัดผลลัพธ์ที่ศึกษาเหมาะสม เที่ยงตรง น่าเชื่อถือหรือไม่
- วิธีการวัดเหมือนกันระหว่างกลุ่มหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่าง และ/ หรือผู้เก็บข้อมูลรู้เรื่องการ exposure หรือไม่

1.6 ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรแทรกซ้อน (confounding variables) ที่เป็นไปได้และพยายามออกแบบการวิจัย และ/ หรือใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อควบคุมตัวแปรเหล่านั้นหรือไม่

1.7 การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างสมบูรณ์เพียงพอหรือไม่
- การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างนานเพียงพอหรือไม่

2. ผลการศึกษาเป็นอย่างไร

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- ค่า relative risk ระหว่างกลุ่มเป็นอย่างไร absolute risk reduction เป็นอย่างไร

2.2 ความถูกต้องของการประมาณค่าความเสี่ยง (estimate of risk) เป็นอย่างไร

- ค่า confidence intervals หรือ p-values เป็นอย่างไร
- ค่า confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

3. ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่

3.1 ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่

- กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่
- ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่เปรียบเทียบระหว่างอันตรายและประโยชน์ของการละเว้นตัวแปรที่ศึกษา

3.2 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ หรือไม่

หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกแล้วจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องนั้น มีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือไม่ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ Melnyk BM, Fineout - Overholt E.[2] นำผลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สรุปใส่ตารางเพื่อนำมาสรุปตามวัตถุประสงค์ต่อไป

ระดับความน่าเชื่อถือ
ระดับที่ 1: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

2.3 สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือเก็บข้อมูล

คณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้ฐานข้อมูลอิเลกโทรนิกส์ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำการสืบต้นข้อมูลตั้งแต่การตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014)

เอกสารอ้างอิง

1. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-based nursing: A guide to clinical practice: Elsevier Health Sciences; 2005.

2. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

บทที่3
ผลการศึกษา

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วย Metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction, COPD, Cancer สรุปได้ดังนี้

3.1 ผลการสืบค้น

จากการสืบค้นข้อมูลเพื่อทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบคณะผู้วิจัยขอสรุปการทบทวน ดังนี้

3.1.1 ผลการสืบค้นใน ผู้ป่วยโรค Metabolic syndrome, Diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction , COPD, Cancer.

3.1.2 ความเป็นมาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model)

3.1.3 แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง (self-management)

3.1.4 การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

3.1.5 การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆสรุป และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้

1) Metabolic syndrome

2) Diabetes,Pre-diabetes

3) Hypertension, pre-hypertension

4) Stroke

5) CKD

6) Myocardial infarction

7) COPD

8) Cancer

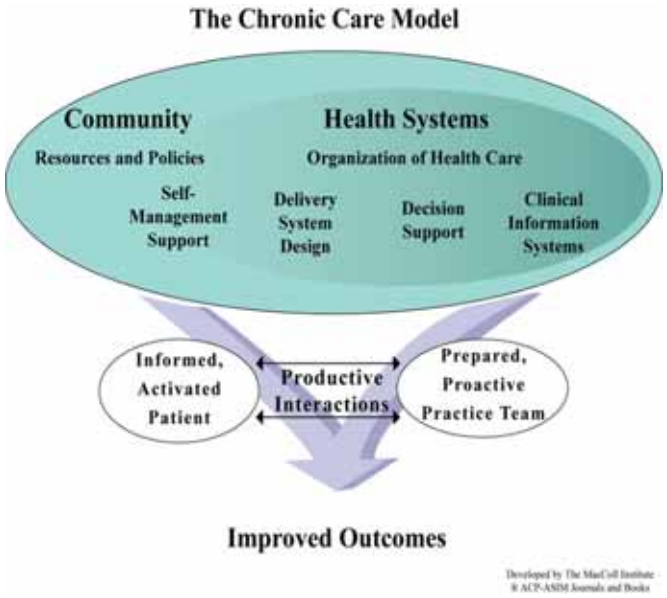
3.1.1 ผลการสืบค้นใน ผู้ป่วยMetabolic syndrome, diabetes, Pre-diabetes, hypertension, pre-hypertension, stroke, CKD, Myocardial infarction, COPD, Cancer

โรค/ภาวะ	จำนวนฐานข้อมูลต่างประเทศ	อ่าน abstract	คัดรอบแรกตามเกณฑ์	เหลือ	Thailist	รวม	สรุปแยกประเภท
Metabolic Syndrome	500	30	20	4	6	10	Self-management 8 เรื่อง Self-management support 1 เรื่อง Chronic care model 1 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 0 เรื่อง
Pre DM +DM	530	338	150	77	20	97	Self-management 47 เรื่อง Self-management support 28 เรื่อง Chronic care model 13 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง
Pre HT+HT	336	213	160	29	14	43	Self-management 34 เรื่อง Self-management support 2 เรื่อง Chronic care model 0 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 7 เรื่อง
STROKE	300	150	64	10	0	10	Self-management 9เรื่อง Self-management support 0 เรื่อง Chronic care model 1 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 0 เรื่อง
CKD	149	50	25	13	12	25	Self-management 16 เรื่อง Self-management support 4 เรื่อง Chronic care model 0 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 เรื่อง
MI	180	36	24	12	4	16	Self-management 10 เรื่อง Self-management support 2 เรื่อง Chronic care model 0 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 เรื่อง
COPD	200	150	56	41	14	55	Self-management 40 เรื่อง Self-management support 5 เรื่อง Chronic care model 1 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง
CANCER	500	200	48	12	4	48	Self-management 23 เรื่อง Self-management support 3 เรื่อง Chronic care model 1 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 21 เรื่อง

3.1.2 ความเป็นมาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model)

ความเป็นมาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) พัฒนามาตั้งแต่ปี พศ. 1998 - 2002 โดย Edward H Wagner[1] ดังรูปที่ 1 จาก MacColl Institute for Healthcare Innovation เน้นการให้บริการสุขภาพบริการที่มีทีมผู้ประกอบวิชาชีพหลากหลายสาขาเข้าด้วยกันและบริการที่เกิดขึ้นจะเป็นปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้ป่วยโดยการดูแลจะมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันระหว่างครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และ การดูแลที่ผู้ดูแลอยู่ในสถาบันหรือใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการดูแลมีลักษณะจึงไม่มีรายละเอียดในเรื่องการเชื่อมโยงกับชุมชนและประเด็นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ



รูปที่ 1. Chronic care model ของ Wagner และคณะ ปี 1999[1]

ในปี 2002 มีกลุ่มนักวิชาการในประเทศแคนาดาได้ปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็น Expanded chronic care model[2] ดังรูปที่ 2 สิ่งที่แตกต่างจาก Chronic care model ของ Wagner ในปี 1999[1] คือมีรายละเอียดเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบระดับ Health care organization คือ Self-management support, Delivery system design, Decision support, Information system กับชุมชน โดยเพิ่มองค์ประกอบในส่วนของชุมชน ได้แก่ นโยบายสาธารณะ เช่น การวางมาตรการภาษีควบคุมสินค้าทำลายสุขภาพ และ ส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น การ

ปรับภูมิทัศน์ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และสร้างชุมชนให้เข้มแข็งคือการให้คนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและกำหนดทิศทางพัฒนาตามความต้องการของตนเอง

รูปที่ 2. Expanded chronic care model[2]

เนื่องจากปัญหาของโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกคณะทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านดูแลโรคเรื้อรัง ได้พัฒนา Innovative Care for Chronic Condition ที่เพิ่มองค์ประกอบของนโยบายทางบวกด้านสิ่งแวดล้อม (Positive policy environment) ที่มีผลต่อ ระดับองค์กรที่ดูแลสุขภาพ (Health care organization) และชุมชนทำให้เห็นปฏิสัมพันธ์เชิงระบบคือ ระดับบุคคล (Micro) องค์กรและชุมชน (Meso) และนโยบายระดับชาติ (Macro)[3] ดังรูปที่ 3 ทำให้เห็นความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างระหว่างระบบบริการสุขภาพที่ต้องเริ่มจากการเชื่อมโยง การเตรียมการให้ข้อมูลและการเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง การใช้ภาวะผู้นำและมีแรงดึงดูดใจ การจัดระบบระเบียบและเตรียมทีมสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองและป้องกันปัญหา CCM ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา

รูปที่ 3 WHO :TheInnovative Care for Chronic Condition[3]

การทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นใน3 พื้นที่ที่มีการทับซ้อนกัน คือ

1. ชุมชน จะเกี่ยวข้องกับ ทรัพยากร นโยบายสาธารณะและเอกชน (Public policies)
2. ระบบสุขภาพ หมายรวมถึงระบบโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
3. หน่วยงานบริการสุขภาพ อาจจะเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานคลินิก หรือเครือข่ายของแพทย์ผู้ให้บริการก็ได้

ดังนั้นการทำงานเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องกลไกต่าง ๆจะต้องทำงานส่งเสริมซึ่งกันและกันและยังเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลักที่สำคัญอีก 6 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (Community Resources and Policies)

ทรัพยากรของชุมชนต้องเชื่อมโยงกันระหว่างนโยบายที่กำหนด และ การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นจะต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้จะมีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก เช่น คลินิกแพทย์ ซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถจัดโปรแกรมต่าง ๆ ได้เองทั้งหมด การจัดให้มีความหลากหลายของบริการเสริมที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยสามารถการจัดการตนเอง โดยต้องมีการกำหนดนโยบาย ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ภายในชุมชนระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ได้ นโยบายมีความสำคัญในการกำหนดและการเบิกเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายและเพื่อความยั่งยืนนอกเหนือจากการติดตามข้อมูลในการแจ้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายชุมชนจะอาศัยเทคโนโลยีผ่านความหลากหลายเพื่อให้ข้อมูลกับผู้รับบริการเช่น การใช้เว็บไซต์ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลโรคที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้ป่วยในวงกว้าง

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Care Organization)

หน่วยงานบริการสุขภาพ ต้องทำหน้าที่เป็นรากฐานโดยให้โครงสร้างเป้าหมาย ค่านิยมของหน่วยบริการสุขภาพ ปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ซื้อหลักประกัน ผู้ประกันตน และ ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพจะเป็นกุญแจสำคัญในความสำเร็จการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าหากผู้นำและเป้าหมายของหน่วยงานมิได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้น ๆ นวัตกรรมใด ๆที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการรักษาพยาบาลของระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมาก โดยจะช่วยให้การพัฒนานี้ดำรงอย่างยั่งยืนอยู่ได้หากระบบการเบิกจ่ายหรือตอบแทนนี้ช่วยเพิ่มรายได้หรือลดรายจ่ายให้กับหน่วยงาน แต่หากลูกค้าหรือผู้ประกันตนมิได้มีการให้รางวัลกับการดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพก็จะทำให้การพัฒนานี้ไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาว

3. การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management Support)

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองนี้จึงหมายถึงความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การส่งต่อไปยังบริการที่มีอยู่ในชุมชน และการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ CCM ที่มีความสำคัญมาก การเพิ่มขึ้นของหลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นถึงการให้ความรู้หรือการสอนเรื่องการจัดการดูแลตนเองที่ให้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังช่วยทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นและ บางครั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ต่ำลง สำหรับโรคเรื้อรังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่เป็นเวลานานกับโรคเรื้อรังด้วยตนเอง การจัดการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตาม น้ำตาลในเลือด และการชั่งน้ำหนัก และการใช้ยา เป็นสิ่งที่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรงของผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ ซึ่งบุคลากรสามารถสอนให้กับผู้ป่วยได้เกือบทุกคน การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมีความสามารถในการเรียนรู้ (literacy) เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง

จัดการสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้คือ

1.ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation)

2.การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge)

3.มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill)

4.มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy)

5. ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (Identified barrier)

การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย เช่น การให้โปรแกรมการสอน การช่วยอำนวยความสะดวกในกระบวนการของการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจในการตัดสินใจวันต่อวันของผู้ป่วย การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยสามารถให้การสนับสนุนโดยผ่านเทคโนโลยีได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ จะเป็นการช่วยเสริมการจัดการตนเอง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพ ของตนเองอย่างประสบความสำเร็จที่มีคุณค่าและ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในทางร่างกายและจิตใจ โดยการใช้เทคโนโลยีเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ที่จะเรียนรู้วิธีการปฏิบัติใหม่และการปฏิบัติที่ทำเป็นประจำ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเช่น การใช้ โปรแกรมการสอนผ่านสมาร์ทโฟน

4.การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design)

การนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้ เพื่อปรับโครงสร้างการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลทีม มีการสร้างทีมงานดูแลผู้ป่วยที่มีแบ่งงานกันอย่างชัดเจน และแยกระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องมีการวางแผนการดูแลระยะยาวภายหลังการดูแลรักษาอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อเพื่อสอนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง มีการนัดหมายการสอน เป็นระยะตามโปรแกรมที่กำหนดด้าน การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและต้องกระทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินการรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการเปลี่ยนแปลงการส่งมอบบริการในระดับพื้นฐาน และ การใช้เทคโนโลยีการดูแล เช่น เทคโนโลยีการติดตามกลูโคสอย่างต่อเนื่อง และการนัดตรวจติดตามอย่างเหมาะสม โดยการมาตรวจตามนัดที่มีการวางแผนอย่างดีเป็นการล่วงหน้า นี้ถือเป็นมิติสำคัญที่สุดของการออกแบบระบบการให้บริการที่ดี โดยทีมการดูแลจะทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง การบูรณาการกิจกรรม แผนการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระยายาวและต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพเข้าในระบบการดูแลสุขภาพต้องได้รับ การส่งเสริมและการจัดการในระยะยาวมากกว่าที่จะมองว่า การที่จะให้การดูแลจะกระทำเป็นครั้งคราว ซึ่งแตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมพฤติกรรม จิตสังคม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางคลินิก ซึ่งปัจจัยทั้งหมด ต้องมีการสนับสนุนทีมที่มีความหลากหลายในการดูแลสุขภาพ

5.การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

การสนับสนุนการตัดสินใจต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีการเข้าถึงแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นมาตรฐานอันเหมาะสมของการดูแลโรคเรื้อรัง อาจออกมาในรูปการ การย้ำเตือนหรือกระตุ้นเตือน โดยมีหัวหน้าทีมที่กำกับให้มีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกนี้โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ ควรมีช่องทางให้คำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านทางโทรศัพท์หรือ อื่นๆ โดยที่ไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ

ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมต่างๆ เช่น แพทย์โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ต้องมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นการ การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยมีการให้บริการที่ผ่านการศึกษา และโปรแกรมการสนับสนุน ต่างๆ มีการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ มีการอำนวยความสะดวกการจัดโปรแกรมผ่านเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการมีการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การสนับสนุนการตัดสินใจด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการบริหารจัดการของผู้ป่วย

6.ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)

การสร้างระบบและการใช้ข้อมูลในคอมพิวเตอร์เป็นสิ่งจำเป็นเพราะการใช้ข้อมูลที่ครบถ้วนทันเวลาจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยเป็นระบบการย้ำหรือกระตุ้นเตือนให้แพทย์หรือ

บุคลากรอื่นๆปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับแพทย์ ในการแสดงให้เห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจภาวะแทรกซ้อน การนัดหมาย ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองที่ดี การสะท้อนข้อมูลกลับไปที่ผู้ที่ให้การดูแลและผู้ป่วย การทำให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยให้เข้าถึงข้อมูลทันเวลาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษา ระบบข้อมูลที่ดีต้องบอกถึงภาพรวมของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบว่ามีสุขภาพอย่างไรเพื่อการวางแผนทั้งการป้องกันเชิงรุกและการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลงและมีการบันทึก การใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องที่มีประโยชน์ม การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นการเชื่อมโยงระบบการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ตลอดจนระบบคัดกรองที่ช่วยติดตามผู้ที่ภาวะเสี่ยงต่อโรคควรต้องทำให้ครอบคลุมประชากรเพื่อการเข้าถึงการบริการผู้ป่วย[4-7]

การประยุกต์ใช้ในประเทศต่าง ๆ

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีในหลายภูมิภาคทั่วโลกสรุปได้ดังนี้

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในงานวิจัยBreakthrough Series (BTS) Collaborative ซึ่งเป็นการศึกษาการปรับปรุงคุณภาพที่เป็นที่รู้จักมีการใช้ทรัพยากรและการบริหารการพยาบาลที่ทำให้เกิดการร่วมมือและปรับปรุงการดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรังรวมเข้ากับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นโดยนายแพทย์ Edward H Wagner งานวิจัยนี้ เริ่มที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2541 โดยความร่วมมือระหว่าง Nationnal Program on Improving Chronic Illness Care (ICIC) ภายใต้การสนับสนุนของ Robert Wood Johnson Foundation

ปัจจุบันงานด้านการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการใช้มากขึ้น โดยมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อไปใช้ในหลายประเทศประเทศมีทั้งในทวีอเมริกา เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ทวีปยุโรป เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศเนเธอร์แลนด์ และเดนมาร์ก เป็นต้น และทวีปออสเตรเลีย คือ ประเทศออสเตรเลียเอเชียและตะวันออกกลาง อย่างไรก็ตาม องค์กรส่วนใหญ่จะนำเพียงบางแง่มุมของต้นแบบฯมาประยุกต์ใช้ มีอยู่ส่วนน้อยที่นำต้นแบบมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเต็มรูปแบบ สำหรับในประเทศในเชียและมีพัฒนาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพอสมควรดังนี้

การนำรูปแบบโรคเรื้อรังมาใช้ในเอเซีย

คาดการณ์ว่าจำนวนของผู้ที่มี โรคเบาหวานในโลกจะเติบโตจาก 171 ล้านคน ใน 2000เป็น 366 ล้านคนในปี 2030[8] นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จะเพิ่มถึง170 เปอร์เซ็นต์ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศที่กำลังพัฒนาในปี 2025[9] เช่น จีน อินเดีย ไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ในการทบทวนวรรณกรรม นี้จึงขอสรุปประเทศที่มีการพัฒนาใกล้ๆประเทศไทยเพื่อให้เห็นสถานการณ์การพัฒนาดังนี้

1. การนำรูปแบบโรคเรื้อรังมาใช้ในประเทศจีน

ประเทศจีนมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น และเป็นที่คาดกันว่าจะมีผู้ป่วยถึง 42.3 ล้านในปี ค.ศ. 2030 จาก ปี ค.ศ.2000 ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานเพียง 20.8 ล้านคน[10] มีหลักฐานการตีพิมพ์ที่ที่พบว่า ในปี 1995 ที่พบว่ามีการสำรวจเรื่องการจัดการตนเองในประเทศจีน พบว่า อายุ การศึกษา ความรู้ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูในครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ[11]หลังจากนั้นได้มีการศึกษาเชิงทดลองในหลายโรคเรื้อรัง โดยผู้เข้าร่วมผู้เข้าร่วมในกลุ่มการรักษาที่ได้รับการศึกษาจากแกนนำอาสาสมัคร และได้รับคู่มือการดูแล ดังนี้

Fu, D., Fu H., McGowan, P., Shen Y.E., Zhu, L., Yang H.,et al. ปี ค.ศ.2003[12] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังในเซี่ยงไฮ้ โดยใช้อาสาสมัครมาสอนในการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการทดลองแบบสุ่มเป็นโปรแกรมหกเดือน เปรียบเทียบกับ ผู้ที่ได้รับการรักษาแบบปกติในห้าชุมชนเมืองในเซี่ยงไฮ้ประเทศจีน ผู้เข้าร่วมในกลุ่มการรักษาที่ได้รับการศึกษาจากแกนนำอาสาสมัคร และได้รับคู่มือการดูแลทันทีผลการทดลองพบว่าโปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การรับรู้และสถานะสุขภาพดีขึ้นและการลดจำนวนของการอยู่โรงพยาบาล หลังหกเดือนจากจบหลักสูตร รูปแบบการจัดส่งมอบบริการได้ถูกบูรณาการเข้าสู่สถานบริการ ในชุมชน ขององค์กรภาครัฐสุขภาพและชุมชน และ แกนนำอาสาสมัครชาวจีนสามารถสอนในหลักสูตรการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างประสบความสำเร็จ

Clark, N. M., M. Gong, et al. ปี ค.ศ.2005[13] ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมโรคหอบหืดในเด็กประเทศจีนโดยโปรแกรมปรับจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกากลุ่มตัวอย่าง 639 คนในโรงเรียน 21 แห่งในเขตเกษตรและอุตสาหกรรม เข้าร่วมในการทดลอง แบบสุ่ม เก็บข้อมูลพื้นฐานและอีกหนึ่งปีต่อมา โปรแกรมการควบคุมตนเองประกอบด้วย การป้องกันและการจัดการอาการใช้ยา และการระบุและควบคุมสิ่งกระตุ้น ผลการทดลองพบว่าโปรแกรมให้ประโยชน์โดยรวมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในโรงเรียน การขาดเรียน สภาพแวดล้อมที่บ้านในเขตเกษตรกรรมแสดงให้เห็นถึงการจัดการโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญ และมีความกังวลเกี่ยวกับโรคสูง ในเขตอุตสาหกรรมผู้ป่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความกังวลลดลง

Dongbo, F., Y. Ding, et al. ปี ค.ศ.2006[14] ได้สำรวจผลกระทบของโปรแกรมการจัดการตนเองโรคเรื้อรัง ต่อการรับรู้ของผู้เข้าอบรม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต และวิธีการที่ทำให้โปรแกรม บรรลุผล สำเร็จ ข้อมูลได้จากผู้ที่เข้าอบรม จำนวน 57 คนที่เข้าอบรมทุกครั้งของ โปรแกรมการจัดการตนเองโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองโรคเรื้อรังทำให้ความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ความมั่นใจในตนเอง ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะเป็นผลลัพธ์หลักจาก ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของโรคเรื้อรัง

Siu, A. M. H., C. C. H. Chan, et al. ปี ค.ศ.2007[15] ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังในฮ่องกงซึ่งเป็นโปรแกรม 6 สัปดาห์ ทำการทดลองในผู้ป่วยที่ได้รับคัดเลือก จำนวน148 คน ที่เป็นโรคเรื้อรัง อาสาสมัครถูกจับคู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วยและเพศ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีการสุ่มให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังในขณะที่กลุ่มควบคุมเข้าร่วมชั้นเรียนที่น่าสนใจไทจิในรูปแบบกิจกรรม อาสาสมัครจะได้รับการประเมินผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง มีการรับรู้สมรรถนะ

ในตนเองสูงอย่างมีนัยสำคัญในการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยใช้วิธีการเรียนรู้มากขึ้นในการจัดการความเจ็บปวดและอาการ ในกลุ่มทดลอง รู้สึกมีพลังมากขึ้น ผู้เข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังผลยังแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในการปรับตัว ยอมรับในการใช้วิธีการทางสติปัญญา การชักจูงความสนใจ การแปลความหมายของความเจ็บปวดโดยไม่สนใจความรู้สึกและทำให้ตัวเองคิดบวก ผลการประเมินในระยะสั้นพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกาย การประยุกต์ใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังในประชากรจีนมีความคล้ายคลึงกับที่พบในการศึกษาในวัฒนธรรมตะวันตกและ โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังสามารถนำมาประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพในประชากรจีน

Gao, J. L., M.-Y. Yang C Fau - Zhu, et al. ปี ค.ศ. 2008[16] ประเมินโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลา 12 เดือนหลังจากการทดลองพบว่า พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองสามารถจัดการโรคโดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัว ลดต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Xu, Y., D. Toobert, et al. ปี ค.ศ. 2008[17] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในโรคเบาหวานประเภท 2 ในประเทศจีน ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 201 คน ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในประเทศจีนที่ตึกผู้ป่วยนอก รูปแบบความเชื่อในประสิทธิภาพการรักษาและการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ จะมีผลต่อการจัดการตนเองทางอ้อมผ่านทางความเชื่อ และการับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง

Liu, Z., R. Fu C Fau - Luan, et alปี ค.ศ.2009[18] สำรวจอิทธิพลของการจัดการตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเบหวานชนิดที่สองจำนวน 1,524 คน จาก 15 โรงพยาบาล ใน 4 เมืองสำคัญของประเทศจีน โดยการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและการจัดการตนเอง ผลการทดสอบพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่าง การจัดการตนเอง กับ การควบคุมอาหารความรู้การตรวจสอบเลือดและการออกกำลังกายเป็นประจำและระดับ HbA1c

Su, C.-Y., X.-H. Lu, et al. ปี ค.ศ.2009[19] ศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปรับปรุงภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 ราย ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาในปี 2006 ทีมสหวิชาชีพถูกสร้างขึ้นเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในรูปแบบต่างๆของการศึกษา เช่น การสนทนากลุ่ม และ ให้คำปรึกษา

รายบุคคลถูกนำมาใช้ในเพิ่มสมรรถนะในตนเองและได้รับการติดตามเป็นเวลา 6 เดือน เมื่อเทียบกับความเพียงพอในการทำ ไดอะไลสิส ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในตอนเริ่มแรก 3 และ 6 เดือนที่หลังจากที่ลงทะเบียน ผลพบว่า ปริมาณปัสสาวะ และการทำงานของไตที่เหลือลดลง ในขณะที่ความเพียงพอของการฟอกเลือด (Kt / V และ Ccr) ไม่เปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นทั้งหมดในขณะที่ ภาวะทางโภชนาการสถานะไม่ได้เสื่อมลง ทั้งความสามารถในการจัดการตนเองและระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gaynor,M., LeRouge, C., Li MPH, CC.ปี ค.ศ. 2011[20] ศึกษาการนำสมาร์ทโฟนมาส่งเสริมการจัดการตนเองในการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและนักเทคโนโลยีมีเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานที่ครอบคลุมการบริหารจัดการของเรื้อรังในประเทศจีนโดยใช้ innovative chronic care model เพื่ออำนวยความสะดวกความเข้าใจบริบทและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ดี

Wong, F., F. Chan, et al. ปี ค.ศ.2011[21] ได้ศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการพัฒนานโยบายในฮ่องกงการวิจัยเกี่ยวกับทั้งการใช้ยาด้วยตนเองและการจัดการตนเองยังเป็นเรื่องจำกัด ยังไม่เป็นที่รู้จักกันเกี่ยวกับการยอมรับและทัศนคติของแพทย์ในท้องถิ่น เภสัชกรและแพทย์แผนจีนงานวิจัยนี้จึงต้องการตรวจสอบมุมมองสี่กลุ่มอาชีพและประชาชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนานโยบายที่เกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกร ให้สอดคล้องกับ การจัดการตัวเองของผู้ป่วย

Chau, J. P., R. Y.-M. Chung LcFau - Wong, et al.ปี ค.ศ.2012[22] การประเมินผลของโปรแกรมการศึกษาโรคเบาหวานโดยใช้ web-based ในการออกแบบเพื่อเพิ่มการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานผลพบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจโปรแกรมการศึกษาแบบ web-based มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าโปรแกรม web-basedให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามที่ต้องการและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เป็นประโยชน์และพบว่าศูนย์โรคเบาหวานเป็นสถานที่ดีสำหรับการเข้าถึงโปรแกรม web-based

ในปี 2012 **Guo, X. H., Q.-Q. Yuan L Fau - Lou, et al. ปี ค.ศ.2012**[23] มีการสำรวจทั่วประเทศเกี่ยวกับการศึกษา การจัดการตนเองโรคเบาหวาน และ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีนและมีการประเมินพฤติกรรม ทัศนคติ ความรู้และการดูแลตนเองในผู้ป่วยชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนเจตคติ ความรู้และการดูแลตนเองดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาผู้ป่วยที่มีรายได้หรือระดับ

การศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะมีระดับน้ำตาลสูงขึ้น และแสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้มีอัตราการได้รับการศึกษาโรคเบาหวานในเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำ

Liu, S., A. Bi, et al. ปี ค.ศ.2012[24] ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมเพื่อเป็นทางเลือกในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะ และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมช ชนบทของเซี่ยงไฮ้กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 208 ที่มีอายุ 35-80 ปี ถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน119 คน มีการติดตามเยี่ยม 12 ครั้ง หรือกลุ่มกลุ่มควบคุม จำนวน89 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติผู้ป่วยที่ได้รับการทดลอง โดยเฉลี่ยมีการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกายมากกว่า 40 นาทีต่อสัปดาห์ และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีการปรับปรุงมาตรการการดูแลความเจ็บป่วยและความดันโลหิต ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเข้าโปรแกรมโดยเฉลี่ยเท่ากับ10.1 จาก 12 ครั้งของโปรแกรมและมี 75.6% ที่เข้าร่วมเท่ากับหรือมากว่า10 อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบนี้ ควรต้องมีการศึกษาในขนาดใหญ่ เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ การใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

Li, X., F. Zhou Q Fau - Zou, et al.ปี ค.ศ. 2012[25] ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนจำนวน 248 ราย จาก 10 ชุมชนในฉางชา จัดทำการทดลองในเดือน กุมภาพันธ์ 2009 ผลพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงและ glycosylated hemoglobin ของผู้ป่วยดีขึ้นและ ในปีเดียวกัน Shen, H., H. Edwards, et al. [26] ได้จัดโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน โดย อาสาสมัคร ในชุมชนของเซี่ยงไฮ้ประเทศจีน

ปี ค.ศ.2013Wang, W., X. e. Tan X Fau - Zhao, et al. ได้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้สามารถควบคุมอาการ ภาวะการทำหน้าที่ของข้อและคุณภาพชีวิตดีขึ้น พฤติกรรมการจัดการตนเองปรับเปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค การรับรู้สมรรถนะในตนเอง อารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม โดยทุกปัจจัยข้างต้นจะถูกนำเข้าสู่การพิจารณาในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองนำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

Guo, J., R. Whittemore, et al. ปี ค.ศ.2013[28] ศึกษาประเมินผลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 ในเยาวชนต่ออาการซึมเศร้า คุณภาพของชีวิตและการควบคุมการเผาผลาญอาหารในการศึกษานี้มีการติดตามระยะยาวกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนจำนวน 136 คน มีการติดตามเยี่ยมในโรงพยาบาลใน 14 เมืองใหญ่ ๆ ของ มณฑลหูหนาน ซึ่งตั้งอยู่ในจีนแผ่นดินใหญ่ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมปี 2009 ถึงเดือน ตุลาคม 2010ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองในเยาวชนผู้ป่วย

เบาหวานของจีน ต่ำกว่าการศึกษาในสหรัฐอเมริกาการควบคุมการเผาผลาญอาหารและคุณภาพชีวิตอยู่ต่ำกว่ามาตรฐาน

Lou, Y., P. Yates, et al. ปี ค.ศ.2013[29] สำรวจการจัดการตนเองด้านความเมื่อยล้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศจีน พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเหนื่อยล้าได้รับการริเริ่มโดยคนจีนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในบุคคลแต่ละคน ตามเงื่อนไขและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าและการรับรู้สมรรถนะ ถูกจัดให้อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์การถดถอย พบว่าการได้รับการสนับสนุน จากเพื่อนบ้าน จะทำให้มีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะการทำหน้าที่ สามารถทำนายได้ด้วยการนอนหลับพักผ่อน

Shen, H., M. Edwards H Fau - Courtney, et al ใน ปี ค.ศ.2013[30] ศึกษาพบว่ามีอุปสรรคในการจัดการตนเอง 6 ประการคือ มีการพึ่งพาสูง ไม่ชอบของแพทย์ตะวันตก มีความคาดหวังบทบาทในครอบครัวสูง มีวัฒนธรรมเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การขาดแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการวางแผนการให้กิจกรรมควรครอบคลุม และมีการบูรณาการเครือข่ายที่ครบวงจร โดยรวมครอบครัว อาสาสมัคร จะทำให้เป็นไปได้ในการตอบสนองจำนวนประชากรสูงอายุที่มากขึ้น และครอบครัวที่กำลังเล็กลง

Li, H., Y.-f. Jiang, et al. ปี ค.ศ.2014[31] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่าความรู้ของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง

Lou, Y., A. Yates P Fau - McCarthy, et al.ปี ค.ศ.2014[32] พบว่าพฤติกรรรมการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับการสนับสนุนมากขึ้นจากคนหลายระดับที่เกี่ยวข้องร่วมกับการมีส่วนร่วมมากขึ้นในการจัดการเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียน การรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ป่วย

แม้จะมีการพัฒนาเรื่องการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มขึ้น การทำความเข้าใจ ในการเพิ่มประสบการณ์ ของประชากรกลุ่มนี้ ยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะสังคม วัฒนธรรมและการศึกษาเพื่อให้การจัดการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนั้นการนำประเทศจีนให้ยิ่งใหญ่ในเอเชียรัฐบาลต้องหันกลับมาจัดบริการให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีวิธีการจัดการสุขภาพที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นจากปี 1995 จนถึง 2014 แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพในประเทศจีนมีความจำเป็นที่กลยุทธ์ในการสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญและต้องได้รับ การสนับสนุนจากรัฐบาล และใส่ไปกับระบบการดูแล

สุขภาพสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ดีขึ้นก็จะทำให้สามารถประสบความสำเร็จและผ่านอุปสรรคไปได้ ซึ่งการวิจัยทำให้เห็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการพัฒนาคล้ายกับประเทศในภูมิภาคอื่นๆ

2. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์ประสบปัญหาในโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ในปี 2011 มีความชุกโรคเบาหวาน ฟิลิปปินส์ที่ 8.2% ในผู้ใหญ่ แสดงถึงประมาณการของประชากร 4.2 ล้านคนได้รับผลกระทบและความชุกที่คาดว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็น 9.6% ในปี 2030 คิดเป็น 7.4 ล้านคน[33] ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแล การให้การศึกษาในการจัดการดูแลตนเอง การบำบัดทางด้านจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เพราะโครงสร้างทางภูมิศาสตร์และทางการเงิน ทำให้ประเทศฟิลิปปินส์มีการเริ่มการปรับปรุงระบบสุขภาพเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Pilleron, S., E. Pasquier, et al. ปี ค.ศ. 2014[34] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการโรคเบาหวานในเมืองดาเวาซึ่งใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงการดูแล รวมทั้งมุ่งที่ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการโรคเบาหวานและ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โครงการนี้ดำเนินการในชุมชนสี่แห่ง รวมศูนย์สุขภาพชุมชนศูนย์การแพทย์โรคเบาหวานดาเวา สมาคมโรคเบาหวานดาเวา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตามกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลดี เพราะมีผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองและพบว่าปัจจัยระดับการศึกษาและ สถานะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อการ ควบคุมโรคเบาหวาน

งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เห็นแนวโน้มในการควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ผู้นำในเมืองดาเวาได้ยกระดับในการควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และจะมีการผสมผสานกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

โดยสรุปในประเทศฟิลิปปินส์ได้เริ่มมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลที่ดีขึ้น

3. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซีย อยู่ในภาวะที่มีการเพิ่มของ โรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีการเติบโต และมีความมั่งคั่งในเศรษฐกิจมากขึ้นประกอบกับและมีประชากรสูงอายุมากขึ้น การปฏิรูปภาคสาธารณสุขมีความสำคัญในลำดับต้นๆของรัฐบาล ระบบสุขภาพของประเทศมาเลเซียมีทั้งผู้ให้บริการการดูแลทั้งภาคภาครัฐและเอกชน ดังนั้นการบูรณาการของทั้งสองภาคส่วนจะเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพในมาเลเซีย โครงสร้างการให้การบริการในมาเลเซีย

คล้ายคลึงกับประเทศไทย ซึ่งจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในมาเลเซียมีการประยุกต์ใช้ Innovative Care for Chronic Conditions แต่ก็มีอุปสรรคเนื่องจากขึ้นอยู่กับระดับของกำลังการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การอบรมนักกำหนดอาหาร นักบำบัดด้านการออกกำลังกาย การผลิต บุคลากรที่การศึกษาเรื่องโรคเบาหวานไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ ทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอาจไม่ได้รับการอบรมการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน ซึ่งก็มีปัญหาคล้ายกับประเทศที่มีรายได้ปานกลางมาเลเซียมีการใช้พยาบาลชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันที่ผ่านการฝึกอบรมในการจัดการสุขภาพมารดาและเด็กและให้การฝึกอบรมที่เพียงพอที่จะสามารถให้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ รัฐบาลมาเลเซียจึงมีการเพิ่มการให้บริการในสถานบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพไปที่สถานบริการเหล่านี้ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก มีหลายเหตุผลสำคัญหลายประการคือ

1. ระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมาเลเซียเน้นไปที่การดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก ความสามารถของบุคลากรไม่ได้อยู่ในระดับที่สำหรับการจัดการของโรคเรื้อรัง จึงต้องมีการเร่งการผลิตบุคลากรเหล่านี้

2.ระบบสุขภาพที่จะ มุ่งเน้นไปที่การเฝ้าระวังและการควบคุมโรคติดต่อ จึงมีความกังวลว่าจะทำให้การทำหน้าที่ดูแลสุขภาพแม่และเด็กถูกละเลย

3. ระบบสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพซึ่งไปเติบโตมากในภาคเอกชน จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จำเป็นต้องค้นหากลยุทธ์ที่เหมาะสมและเข้ากับบริบทระบบสุขภาพของประเทศนั้นๆ

Loh, S. Y., L.-L. Ong L Fau - Ng, et al. ปี ค.ศ.2011[34] ศึกษาประสบการณ์คุณภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในการให้โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นการติดตามการศึกษา 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิง ประสบความสำเร็จ ในการทำงานในความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในวิธีการของตนเอง การจัดการด้านการรักษา อารมณ์และบทบาท และผู้ป่วยยังรายงานว่าได้ประโยชน์จากการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ หลังจากเข้า 2 ปี

Loh, S., T. Packer, et al. ปี ค.ศ.2013[35] ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเอง4 สัปดาห์เพื่อให้สามารถใช้จัดการตนเอง ทำใหเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิง ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมด้วยการทำให้พวกเขามีการจัดการตนเองที่ดีกว่า ทางการรักษา อารมณ์และบทบาท

สรุปการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในประเทศมาเลเซียมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างไรก็ตามประเทศมาเลเซียยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก

4. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ใน สหรัฐอาหรับอิมิเรตส์

สหรัฐอาหรับอิมิเรตส์เป็นประเทศที่มีแนวโน้ม ประชากรที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นโดยเฉพาะโรคเรื้อรังก็หันมาให้ความสนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่ค้นพบดังนี้

Reed, R. L., A. Revel AoFau - Carter, et al. ปี ค.ศ.2001[36] ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานในคลินิกทั่วไป ในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ในการศึกษานี้มีการประเมินองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกโรคเบาหวานในระบบปฐมภูมิการศึกษานี้เป็นการทดลองที่มีการควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ทำการศึกษาในศูนย์สุขภาพสามแห่ง และกลุ่มควบคุม เป็นศูนย์สุขภาพตำบลอีกหกแห่งโดยใช้กิจกรรมหลากหลายที่ทำให้เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีแผนภูมิการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโปรแกรมการศึกษาสำหรับพยาบาล และแพทย์ที่คลินิกและการศึกษาสำหรับผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 18 เดือน และมีการวัดผลลัพธ์ในโรคเบาหวาน คือ น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และคอเลสเตอรอล และเปรียบเทียบการยึดมั่นในแนวทางของเบาหวาน 7 เรื่อง และในช่วง 12 เดือนสุดท้ายของระยะเวลาการทดลองจะมีการวัดความรู้และความพึงพอใจในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร ความดันโลหิตและคอเลสเตอรอลซึ่งพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่าการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะอยู่ที่กระบวนการดูแล ที่เป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งแสดงถึงการปรับปรุงการดูแล คือแนวทางปฏิบัติ 6 ใน 7 เรื่องได้รับการปรับปรุงในกลุ่มที่มีการทดลอง และยังพบว่ามีการยึดมั่นแนวทาง 5 ใน 7 เรื่อง

จากการศึกษาในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ที่มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้พบว่ามีการปรับปรุงกรบวนการดูแลโดยมีการยึดมั่นในแนวทางการดูแลที่มากขึ้น

5. การศึกษาในหลายประเทศ

van Olmen, J., G. M. Ku, et al.ปี ค.ศ.2013[37] ได้ทำการศึกษาในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกกัมพูชาและฟิลิปปินส์ ศึกษาประสิทธิผลของ ข้อความสนับสนุน การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาประกอบด้วย การออกแบบที่คล้ายกันในสามประเทศการทดลองเป็นแบบสุ่มและควบคุม การออกแบบเป็นสองกลุ่ม ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเบาหวานจำนวน 480 คน โดยแบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมในโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานที่มีอยู่ตามปกติ หรือ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามปกติร่วมกับการใช้โทรศัพท์มือถือให้การสนับสนุนโปรแกรมการจัดการตนเองผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Support) ผ่านโทรศัพท์มือถือ ร่วมกับการให้การศึกษาในโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education) พบว่าโปรแกรมที่มีอยู่จะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก HbA1C ดีขึ้น

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลาง กำลังประสบปัญหากับประชากรกลุ่มโรคเรื้อรังและเป็นผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ การปฏิรูประบบราชการที่มีการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีการดูแลโรคเรื้อรังและมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ปี พ.ศ. 2545 ระบบหลักประกันสุขภาพจึงมีการพัฒนาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 ต่อมาในปีพ.ศ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[38]จัดให้มีการรณรงค์การใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั่วประเทศ ซึ่งเป็นการจุดประกายให้คนมาสนใจปรับปรุงระบบบริการเพื่อผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น ต่อมามีการทบทวนวรรณกรรมมากขึ้น[4,39] มีการสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพ และสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการเข้าถึงยาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ หัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนด้วยการส่งเสริมมาตรฐานการให้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมากขึ้น (district health system) ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลก โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) จิตอาสา เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ในบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้นมีการจัดประกวดประจำปีทุกปี กิจกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้านการผลิตกำลังคนและการจัดการศึกษาซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ร่วมกับองค์กรวิชาชีพต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดทำแนวทางการดูแลโรคต่างๆ รวมทั้งการผลิตผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน ความดันที่จะไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ช่วยให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คณะผู้วิจัยสำรวจพบว่ามีการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะในมหาวิทยาลัยมากขึ้นและเริ่มมีการสนับสนุนการวิจัยที่มีการบูรณาการเชิงระบบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องอย่างไรตามยังต้องอาศัยเวลาเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการบูรณาการของนักวิจัยและนักปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกันในพื้นที่ที่ต้องการพัฒนา นอกจากนั้นยังมีการใช้พยาบาลปฏิบัติขั้นสูง (APN) ร่วมกับ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่ดีกว่า[40] นอกจากนั้นยังมีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการนำพยาบาลในการใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานอย่างมีส่วนในชุมชนของประเทศไทยผลพบว่า การพัฒนาการทำงานร่วมกันจะเพิ่มจะเพิ่มศักยภาพ ในการพัฒนาความพึงพอใจ ลดอาการที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[41]

รูปแบบการดูแลที่ดีต้องเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน นอกจากนี้จำต้องมีระบบบริการสุขภาพที่ดีที่ช่วยส่งเสริม เชื่อมโยงไปถึงการดูแลที่บ้าน รวมทั้งการส่งเสริมระบบสนับสนุนต่างๆในสังคมให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือซึ่งประเทศไทยมีความโดดเด่นใน

เรื่องนี้มาก ถ้าหากมีการสร้างเครือข่ายระบบสนับสนุนในสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเป็นผู้นำและจัดการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งมีการปรับตัวอยู่กับโรคได้ดี

แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง มีการใช้ในประเทศต่าง ๆมากขึ้น แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาจริงจังในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้แนวคิดการใช้รูปแบบการบริการโดยใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการใช้ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับ การเพิ่มผลลัพธ์ทางการดูแลผู้ป่วย

จุดมุ่งหมายของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังในชีวิตประจำวันจากการดูแลแบบการรักษาเฉียบพลันเป็นงานเชิงรุกที่มีการวางแผน ซึ่งจะถูกออกแบบมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจากการทำงานเป็นทีมร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ แบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมีการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการใช้ทรัพยากรชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการบูรณาการตัดสินใจร่วมกัน การลงทะเบียนผู้ป่วย และมีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอื่น ๆ องค์ประกอบเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้าง ความเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกันเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีการมีปฏิสัมพันธ์ที่มุ่งผลลัพธ์ของทั้ง 2 ฝ่ายจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริง โดยผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้ประกอบด้วย 1) กระบวนการ/มาตรการดูแลผู้ป่วย 2) สถานะสุขภาพ 3) ความพึงพอใจ 4) การใช้บริการสุขภาพ และ 5) ต้นทุน

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คณะผู้วิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ชี้ให้เห็นว่าการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีพอสรุปได้ดังนี้

1. **การปรับปรุงกระบวนการ/มาตรการดูแลผู้ป่วย**

Glasgow, RE. ปี ค.ศ.2002[42] ศึกษาการปรับปรุงการดูแล ด้านการจัดการตนเองในการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและหัวใจล้มเหลว โดยใช้องค์ประกอบ Self-management Support, Delivery system design, Decision support, Clinical information system,Organizational supportผลพบว่าทำให้เกิดการปรับปรุงการจัดการการดูแลสุขภาพ

Siminerio, L.M., Piatt, G., & Zgibor, J.C. ปี ค.ศ.2005[43] ศึกษาการใช้องค์ประกอบของ decision support, self-management, delivery system redesignในการปฏิบัติในให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ให้บริการ และประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยในแหล่งปฏิบัติการในชนบทกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 104 คน และผู้ให้บริการในระบบปฐมภูมิจำนวน 6 คนซึ่งได้รับการรับรองการผ่านการอบรมด้านเบาหวานตามมาตรฐานสมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการมีการยึดมั่นในการให้บริการตามมาตรฐานการดูแลสมาคมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ในมาตรการกระบวนการทั้งหมด ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องโรคเบาหวาน มีความรู้ และพลังอำนาจ ระดับ HbA1C และ HDL ดีขึ้น

Sunaert, Patricia, Bastiaens, Hilde, Feyen, Luc, Snauwaert, Boris, Nobels, Frank, Wens, Johan, . . .Willems, Sara. ปี ค.ศ. 2009[44] ได้ดำเนินการ บูนณาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาติดตาม 4 ปี ผลพบว่ามีการปรับปรุงระบบการทำงานการดูแลผู้ป่วยโรครื้อรังมีการใช้ ทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยมีคะแนน องค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(ACIC)โดยรวมเพิ่มขึ้น

Szecsenyi, J., Rosemann, T., Joos, S., Peters-Klimm, F., &Miksch, A. ปี ค.ศ. 2008[45] ศึกษาโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานในเยอรมันที่มีการปรับโครงสร้างตามรูปแบบการดูแลเรื้อรังโดยใช้ 6 องค์ประกอบของโรคเรื้อรังผลการศึกษาพบว่าการใช้องค์ประกอบของโรคเรื้อรัง มีผลกระทบต่อการให้การดูแลอย่างมีนัยสำคัญ มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในประจำวันและเป็นที่ยอมรับจากผู้ป่วย เพราะมีการดูแลมากขึ้นและมีโครงสร้างที่มีขอบเขตขนาดใหญ่สะท้อนให้เห็นถึง องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

Hariharan, J, Tarima, S, Azam, L, &Meurer, J.ปี ค.ศ. 2014[46] ได้ศึกษาสำรวจผลการใช้องค์ประกอบ Self-management support และ Delivery system design ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานผลพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ดีขึ้น เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

Halladay, J. R.&DeWalt, et al. ค.ศ.2014[47] ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง3 องค์ประกอบคือ Self-management support, Delivery system design, Decision support ในการควบคุมไขมันในผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาแสดงให้เห็น ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีการใช้ข้อมูลที่ได้มาจากการลงทะเบียนเพื่อช่วยวางแผนการดูแล จึงพบว่ ผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่มีองค์ประกอบของการนำ รูปแบบของโรคเรื้อรังมาใช้ จะมีการควบคุมระดับ LDL ได้ดีกว่า

Khan, M A., Evans, A T., & Shah, S. ปี ค.ศ.2010[48] ศึกษาการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง4 องค์ประกอบคือ Self-management support, Delivery system design , Decision support และ Clinical information system ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานผลการศึกษาพบว่ามีการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถลด HbA1c ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลและน้ำหนักลง

Lee, A., Siu, C. F., Leung, K. T., Lau, L. C., Chan, C. C., & Wong, K. K. ปี ค.ศ. 2011[49] ได้ทำการศึกษา ผลการใช้รูปแบบการดูแลตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 องค์ประกอบคือ management support, Delivery system design และ Clinical information systemพบว่าการรับรู้สมรรรถนะของตนเองทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น เช่น ระดับ HbA1c ดัชนีมวลกายและรอบเอว รวมทั้ง hip ratioรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร ภายหลังการให้โปรแกรม นอกจากนั้น ตัวชี้วัดและพฤติกรรมต่างๆ ยังคงอยู่ ตลอด 28 สัปดาห์

Ely, A. C., A. Banitt, et al. ปี ค.ศ.2008[50] ได้ทดลองนำโปรแกรมที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้กับผู้ป่วยโรคอ้วนในหน่วยการดูแลปฐมภูมิจำนวน 3 แห่งในพื้นที่ชนบท Kansas Primary Care Practicesผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยมาจำนวน 107 คน โดยเข้าร่วมในงานวิจัย 6 เดือน เป็นการทดลองควบคุมแบบสุ่ม มีสองกลุ่มเปรียบเทียบการดูแลโดยใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ผลการศึกษาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวทั้งในกลุ่มทดลองและ

ควบคุมในวันที่ 90 และ 180 แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในการออกกำลังกายหรือการรับประทานผลไม้และผักในวันที่ 90 หรือวันที่ 180

Stuckey, Heather L., Dellasega, Cheryl, Graber, Nora J., Mauger,David T., Lendel, Irina, &Gabbay, Robert A. ปี ค.ศ.2009[51] ได้ทดสอบประสิทธิภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานด้วยการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล (nurse case management) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 จำนวน 549 คน โดยใช้องค์ประกอบ management support, Delivery system design และ Clinical information system เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลตนเองและการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเวลาสองปีผลการศึกษาพบว่า HbA1C ไขมันและความดันโลหิต และปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ ดัชนีมวลกายระดับการศึกษาและ รายได้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมแต่ความทุกข์ทรมานความพึงพอใจของการรักษาและภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มการรักษาและกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Piatt, G. A., Orchard, T. J., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T. J., Brooks, M. M., . . . Zgibor, J. C. ปี ค.ศ. 2006[52] ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ 5 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ Self-management support, Delivery system design, Community resources, Clinical information system และ Organizational support ผลลัพธ์หลักของการทดลองแบบสุ่ม RCT คือลด Hb AIC , non-HDL, cho-lesterol,และระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์รอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น มี พลังอำนาจมากขึ้น มีความถี่ของการตรวจสอบระดับน้ำตาลด้วยตนเอง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย

Cheng, E. M., Cunningham, W. E., Towfighi, A., Sanossian, N., Bryg, R. J., Anderson, T. L. M. D., et al. ปี ค.ศ. 2011[53] ทำการศึกษาโดยทดลองแบบสุ่มและควบคุม มีการออกแบบบริการใหม่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการสอนเป็นกลุ่ม หรือสอนเดี่ยว มีการให้ การให้โปรแกรมการสนับนุนการจัดการตนเอง ร่วมกับการใช้องค์ประกอบ Delivery system design, Decision support และ Clinical information system ร่วมกับการมีผู้ประสานการดูแล การทดลองนี้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงผลลัพธ์ ทั้งค่าใช้จ่ายและ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

SumolchatDuangbubpha et al.ปี ค.ศ. 2013[40] ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบ ติดตามไปข้างหน้าในบทบาท ฃของพยาบาลขั้นสูงในการดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 6

ประกอบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การทำงานของปอด และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีการลดต้นทุนการให้บริการดูแล และลดระยะเวลาในการเข้าพักที่โรงพยาบาล

สรุป

จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปใช้มากขึ้นและพบว่ามีแนวโน้มในการเกิดผลลัพธ์จากการนำไปใช้ที่ดี และพบว่าการทำให้ได้ผลจะต้องมีการทำมากกว่า 2 องค์ประกอบขึ้นไปโดยส่วนใหญ่องค์ประกอบที่จำเป็นคือการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบบริการ

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ ยังทำให้เพิ่มความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการและทักษะการให้ความรู้ และการสนับสนุนผู้ป่วย การส่งมอบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำงานเป็นทีมและมีการวางแผน และทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยการลงทะเบียนผู้ป่วย

1. การให้การดูแลต้องใช้ทีมการดูแลที่ทำงานต่างๆ กัน ไม่ใช่เพียงแค่การส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2. การดูแลนั้นจะต้องมีหลายองค์ประกอบ

3. การจัดทำโปรแกรมการดูแลนั้นการสอนหรือความรู้ตามการแนะนำต้องมีการบูรณาการและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) การสนับสนุนการตัดสินใจ(decision support) การออกแบบระบบส่งมอบการดูแล (delivery system design)ระบบสารสนเทศ(clinical information systems)องค์กรที่ดูแลสุขภาพ (health care organization) และทรัพยากรในชุมชน (community resources) ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดในพื้นที่ที่หกของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจการออกแบบระบบการจัดส่งข้อมูลทางคลินิกการดูแลสุขภาพ ทรัพยากรขององค์กรและชุมชน

นอกจากการให้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองแล้ว งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการออกแบบระบบที่ดีจะช่วยปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพขึ้นซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นตรงกันทั้งงานในสหรัฐอเมริกา และงานวิจัยระดับนานาชาติ ที่พบว่าการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบหลาย องค์ประกอบนอกจากนี้ การสนับสนุนการจัดการตนเองต้องทำตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี(nurse case manager) หรือผู้ประสานการดูแล (care coordinator) พยาบาลปฏิบัติขั้นสูง (advance nurse practitioner)

สำหรับในประเทศไทยก็มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้มากขึ้นแม้ว่างานวิจัยในเชิงระบบยังมีไม่มากนัก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังความสำเร็จ ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับธรรมชาติและ ขอบเขตการทำงานในแต่ละบริบทในอนาคตจึงน่าสนใจที่จะนำการวิจัย ลักษณะของการปฏิบัติที่สามารถทำนายความสำเร็จของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกรอบการทำงานแบบบูรณาการเพื่อเป็นแนวทางการออกแบบการออกแบบในการทำงาน การศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลปรับเปลี่ยนการออกแบบโดยใช้การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำไปสู่การปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังคงต้องศึกษาในแง่ของความคุ้มทุนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manag Care Q. 1999 Summer;7(3):56-66.
2. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82.
3. WHO | The Innovative Care for Chronic Conditions framework (ICCC) [Internet]. [cited 2010 Jun 20];Available from: http://www.who.int/diabetesactiononline /about/ ICCC/en/.
4. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช.Chronic Care Model and Strategies. ใน ชูชัย ศรชำนิ และ สรกิจ ภาคีชีพ (บรรณาธิการ) การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวม ด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส. พิจิตร การพิมพ์; 2550.
5. Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health Serv Res. 1997 Dec;32(5):702-14.
6. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. Manag Care Q. 1996 Spring;4(2):12-25.
7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care 0for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
8. Diabetes Facts World Diabetes Foundation 2008:190-1.
9. C114. China's telecom's "cell phones to countryside campaign". 2009 June; 8.
10. Ai Y, Yang Z. The community management of type 2 diabetic patients. Modern Medicine Health. 2008; (6):871-2.
11. Shiau S, Chen YC, Lin BJ. Self-management and attributes of juveniles with insulin-dependent diabetes mellitus. Zhonghua Min Guo Xiao ErKe Yi XueHuiZaZhi. 1995 Jan-Feb;36(1):35-40.
12. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen YE, Zhu L, Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. Bull World Health Organ. 2003;81(3):174-82.
13. Clark NM, Gong M, Kaciroti N, Yu J, Wu G, Zeng Z, et al. A trial of asthma self-management in Beijing schools. Chronic Illn. 2005 Mar;1(1):31-8.

14. Dongbo F, Ding Y, McGowan P, Fu H. Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. Patient EducCouns. 2006 Jun;61(3):389-96.
15. Siu AM, Chan CC, Poon PK, Chui DY, Chan SC. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. Patient EducCouns. 2007 Jan;65(1):42-50.
16. Gao JL, Yang C, Zhu MY, Fu H. [Using repeated measurement of 'analysis of variance' on hypertension patients to evaluate the self-management program in the communities]. Zhonghua Liu Xing Bing XueZaZhi. 2008 Sep;29(9):869-72. (Print)
17. Xu Y, Toobert D, Savage C, Pan W, Whitmer K. Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes. Res Nurs Health. 2008 Dec;31(6):613-25.
18. Liu Z, Fu C, Luan R, Zhan S. [Impacts of self-management on glycaemic control among type 2 diabetic outpatients in urban China]. Wei Sheng Yan Jiu. 2009 Mar;38(2):196-9.
19. Su CY, Lu XH, Chen W, Wang T. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. J AdvNurs. 2009 Jul;65(7):1381-9.
20. Gaynor,M., LeRouge, C., Li MPH, CC. A China-specified Multi-level Technical Infrastructure for Diabetes Chronic Care Management Journal of Next Generation Information Technology.(2011) Aug;2(3).
21. Wong FY, Chan FW, You JH, Wong EL, Yeoh EK. Patient self-management and pharmacist-led patient self-management in Hong Kong: a focus group study from different healthcare professionals' perspectives. BMC Health Serv Res. 2011;11:121.
22. Chau JP, Chung LC, Wong RY, Loo KM, Lo SH, So TT, et al. An evaluation of a web-based diabetes education program designed to enhance self-management among patients living with diabetes. Comput Inform Nurs. 2012 Dec;30(12):672-9.
23. Guo XH, Yuan L, Lou QQ, Shen L, Sun ZL, Zhao F, et al. A nationwide survey of diabetes education, self-management and glycemic control in patients with type 2 diabetes in China. Chin Med J (Engl). 2012 Dec;125(23):4175-80.
24. Liu S, Bi A, Fu D, Fu H, Luo W, Ma X, et al. Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012;12:1043.

25. Li X, Zhou Q, Zou F, Wu L, Chen H, Liu Z. [Effectiveness of systematic self-management education on blood sugar level of patients in the community with type 2 diabetes]. Zhong Nan Da XueXueBao Yi Xue Ban. 2012 Apr;37(4):355-8.
26. Shen H, Edwards H, Courtney M, McDowell J, Wu M. Peer-led diabetes self-management programme for community-dwelling older people in China: study protocol for a quasi-experimental design. J AdvNurs. 2012 Dec;68(12):2766-77.
27. Wang W, Tan X, Zhao X, Duan S, Zeng L, Zhao L. [Self-management behaviors in patients with osteoarthritis]. Zhong Nan Da XueXueBao Yi Xue Ban. 2013 Nov;38(11):1188-92.
28. Guo J, Whittemore R, Grey M, Wang J, Zhou ZG, He GP. Diabetes self-management, depressive symptoms, quality of life and metabolic control in youth with type 1 diabetes in China. J ClinNurs. 2013 Jan;22(1-2):69-79.
29. Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang H. Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. J ClinNurs. 2013 Apr;22(7-8):1053-65.
30. Shen H, Edwards H, Courtney M, McDowell J, Wei J. Barriers and facilitators to diabetes self-management: perspectives of older community dwellers and health professionals in China. Int J NursPract. 2013 Dec;19(6):627-35.
31. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. Int J Nurs Stud. 2014 Feb;51(2):208-16.
32. Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang HM. Self-management of chemotherapy-related nausea and vomiting: a cross-sectional survey of Chinese cancer patients. Cancer Nurs. 2014 Mar-Apr;37(2):126-38.
33. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Brussels, Belgium. international Diabetes Federation; 2011.
34. Loh SY, Chew SL, Lee SY, Quek KF. Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(6):1497-501.
35. Loh SY, Packer T, Chinna K, Quek KF. Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. J Cancer Surviv. 2013 Sep;7(3):331-42.

36. Reed RL, Revel AO, Carter A, Saadi HF, Dunn EV. A clinical trial of chronic care diabetic clinics in general practice in the United Arab Emirates: a preliminary analysis. Arch PhysiolBiochem. 2001 Jul;109(3):272-80.
37. vanOlmen J, Ku GM, van Pelt M, Kalobu JC, Hen H, Darras C, et al. The effectiveness of text messages support for diabetes self-management: protocol of the TEXT4DSM study in the democratic Republic of Congo, Cambodia and the Philippines. BMC Public Health. 2013;13:423.
38. ชูชัย ศรชำนิ และ สรกิจ ภาคีซีพ.การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง อย่างองค์รวมด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส. พิจิตร การพิมพ์; 2550.
39. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี.ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2(1): 82-90.
40. SumolchatDuangbubpha et al. Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD. Pacific Rim Int J Nurs Res 2013 ;17(2):102-116.
41. Sindhu S, Pholpet C, Puttapitukpol S. Meeting the challenges of chronic illness: a nurse-led collaborative community care program in Thailand. Collegian. 2010;17(2):93-9.
42. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. Ann Behav Med. 2002 Spring;24(2):80-7.
43. Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. Diabetes Educ. 2005 Mar-Apr;31(2):225-34.
44. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health Serv Res. 2009;9:152.
45. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. Diabetes Care. 2008 Jun;31(6):1150-4.

46. Hariharan J, Tarima S, Azam L, Meurer J. Chronic care model as a framework to improve diabetes care at an academic internal medicine faculty-resident practice. J Ambul Care Manage. 2014 Jan-Mar;37(1):42-50.
47. Halladay JR, DeWalt DA, Wise A, Qaqish B, Reiter K, Lee SY, et al. More extensive implementation of the chronic care model is associated with better lipid control in diabetes. J Am Board Fam Med. 2014 Jan-Feb;27(1):34-41.
48. Khan MA, Evans AT, Shah S. Caring for uninsured patients with diabetes: designing and evaluating a novel chronic care model for diabetes care. J EvalClinPract. 2010 Aug;16(4):700-6.
49. Lee A, Siu CF, Leung KT, Lau LC, Chan CC, Wong KK. General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle behaviours of diabetic care: randomised control trial of a chronic care model. Postgrad Med J. 2011 Oct;87(1032):688-93.
50. Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al. Kansas primary care weighs in: a pilot randomized trial of a chronic care model program for obesity in 3 rural Kansas primary care practices. J Rural Health. 2008 Spring;24(2):125-32.
51. Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. ContempClin Trials. 2009 Jul;30(4):366-74.
52. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. Diabetes Care. 2006 Apr;29(4):811-7.
53. Cheng EM, Cunningham WE, Towfighi A, Sanossian N, Bryg RJ, Anderson TL, et al. Randomized, controlled trial of an intervention to enable stroke survivors throughout the Los Angeles County safety net to "stay with the guidelines". CircCardiovascQual Outcomes. 2011 Mar;4(2):229-34
54. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health Affairs. 2009;28(1):75-85.

3.1.3 แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง (self-management)

การจัดการดูแลตนเองเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในนโยบายด้านสุขภาพ และองค์กรด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษ ซึ่งมีความหมายถึงการจัดการสุขภาพด้วยตนเองทั้งด้านการรักษา การจัดการอาการ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต ด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งการจัดการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่น่าต้องทำให้เกิดขึ้นโดยเฉพาะในโรคที่จะมีภาระโรคเพิ่มขึ้นต่อระบบทรัพยากรการดูแลสุขภาพและสังคม

การจัดการตนเอง เป็นคำที่ใช้กันแพร่หลายในการจัดการความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วย ซึ่งยังไม่มีการให้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับประเด็นที่แต่ละกลุ่มสนใจแต่พบว่าคำจำกัดความส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน

Creer[1] กล่าวว่าการจัดการตนเองหมายถึงการมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

Nalagawa-Koganและคณะ[2] กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นการรักษาที่ผสมผสานเทคนิคการดูแลด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือกระบวนการทำงานที่เป็นปกติของระบบต่างๆในร่างกาย

Corbin and Strass[3] กล่าวว่าการจัดการตนเองมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตามที่ผู้ป่วยมองภาพไว้เท่าที่จะเป็นไปได้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีองค์ประกอบทีสำคัญ3 ประการ ดังนี้ 1) การจัดการเกี่ยวกับแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การเลือกอาหารให้เหมาะกับโรค หรือวิธีการใช้ยาพ่น 2) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วนั้น และการคิดหาวิธีปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค 3) การจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้น

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองจะต้องมีองค์ประกอบครบถ้วนในสามองค์ประกอบข้างต้นโดยเฉพาะด้านความตั้งใจในการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรม การจัดการตนเองจึงไม่ใช่เป็นการให้ข้อมูลแต่รวมถึงกลวิธีในการเข้าถึงบุคคลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับเจตคติ ความเชื่อของผู้ป่วยและช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลตนเอง

Clark และคณะ[4] กล่าวว่า การคงไว้ซึ่งการจัดการตนเองเป็นงานในวันต่อวันที่บุคคลจะต้องควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย มีกลวิธีในการดำเนินการด้วยการประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ของแต่ละบุคคลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งบุคคลต้องรับมือกับปัญหาด้านจิตสังคมที่เป็นผลมาจากโรคเรื้อรังและจัดการชีวิตประจำวันตามสภาวะทางด้านการเงินและสังคมของผู้ป่วย การจัดการตนเองที่ประสบความสำเร็จของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องการรักษาและสภาพการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอและสามารถประยุกต์ใช้ทักษะที่จำเป็นเพื่อรักษาระบบการทำงานทางด้านจิตสังคมให้คงอยู่ต่อไป

Korff และคณะ[5] อธิบายไว้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งได้แก่ การเฝ้าสังเกตอาการ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการเจ็บป่วย ต่อร่างกาย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Alderson และคณะ[6] ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่า เป็นวินัยระหว่างกลุ่มการเรียนรู้ โดยมีพื้นฐานมาจากหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่การดูแลรักษาแบบรายบุคคล และทฤษฎีการจัดการเป็นรายกรณี

Curtin และ Mapes[7] กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมในทางบวกที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการ จัดลำดับเกี่ยวกับการรักษาและลดการคุกคามของโรคต่อการดำรงชีวิตของตนให้ได้มากที่สุด

Coren และคณะ[8] กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นการตอบสนองความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตน ดังนั้นการควบคุมตนเองจึงควรเป็นกระบวนการแบบไดนามิกที่มีความต่อเนื่อง

Lorig และ Holman[9]กล่าวว่าการจัดการตนเอง เกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้โดยพัฒนาแนวคิดการจัดการตนเองจากกรอบแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Corbin and Strauss[10] ร่วมกับกรอบแนวคิดความเชื่อมั่นสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura[11] การผสานกันระหว่างสองแนวคิดนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพของตน ต้องมีความรู้ มีทักษะในการจัดการตนเองและต้องทำทุกวัน โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต้องอยู่บนพื้นฐานการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาจะนำไปสู่ความต้องการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น การจัดการตนเองจะประสบผลสำเร็จได้นั้น Lorig and Holman[9] ได้กล่าวว่าจะต้องมีทักษะในการจัดการตนเอง 5 ประการ ประกอบด้วย

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตจะนำไปสู่การหาทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ผู้ป่วยต้องรู้ความหมายของปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา หาวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ และประเมินผลการแก้ไขปัญหานั้นๆ
2. การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหา (decision making) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการจัดการสุขภาพของตนเองในทุกๆวัน จึงต้องมีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะกับปัญหานั้นๆในแต่ละวันด้วยเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ซึ่งต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
3. การค้นหาและใช้แหล่งประโยชน์ (find and utilize resources) ผู้ป่วยต้องมีทักษะในการค้นหาและใช้บริการแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เพิ่มเติมนอกจากการรอรับข้อมูลจากทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียว
4. การสร้างผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (form partnerships with their health care providers) ผู้ป่วยต้องมีทักษะในการสื่อสารและทำความเข้าใจกับทีมสุขภาพผู้ป่วยต้องสามารถรายงานอาการของตนเองได้

5. การลงมือปฏิบัติ (taking action)โดยเริ่มจากการกำหนดแผนการปฏิบัติในระยะสั้นๆก่อน เมื่อประสบความสำเร็จจึงเพิ่มระยะเวลาขึ้น

ที่สำคัญไปกว่านั้นคือ Lorig และ Holman[12] ได้กล่าวว่า 2 ใน 3 ข้อ ของกุญแจแห่งความสำเร็จในการจัดการตนเอง คือ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพของตน ต้องมีความรู้ มีทักษะในการจัดการตนเองและต้องทำทุกวัน ทีมสุขภาพต้องเป็นที่ปรึกษามืออาชีพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นครูที่จะพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากโรคที่มีต่อการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

นอกจากนั้น Battersby, M., M. Von Korff, และคณะ[13] ให้ความหมายว่าการจัดการตนเองหมายถึง ชุดของงานที่ประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาของโรคนั้น การรักษา และการจัดการเกี่ยวกับการยึดมั่น การประเมิน ตรวจสอบตนเอง เกี่ยวกับโรค และอาการ การจัดการผลกระทบของการเจ็บป่วยในด้านร่างกายอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคม การลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพป้องกันการบำรุงรักษาและทำงานร่วมกันกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

หลักการสำคัญของการจัดการตนเองคือ[14]

1 ต้องรู้และเข้าใจสภาพของผู้ป่วย
2 เพื่อติดตามและจัดการอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย
3 เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
4 เพื่อนำมาใช้ปรับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพ
5 จัดการผลกระทบจากภาวะทางกายภาพ อารมณ์ และชีวิตทางสังคม
6 เพื่อปฏิบัติตามแผนการรักษา (แผนการดูแล) ที่ตกลงกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

การศึกษาการจัดการตนเอง (Self-management education)

การให้การศึกษาผู้ป่วยแบบดั้งเดิมจะมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เฉพาะโรคและให้เทคนิคบางส่วนทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[15] ในขณะที่การสอนการจัดการตนเอง จะเน้นการให้ความรู้ที่นำไปจัดการด้วยตนเองได้ เช่นการแก้ไขปัญหา การดำเนินการ การตัดสินใจ ซึ่งมีประสิทธิผลมากกว่า ในการที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขณะที่เป้าหมายของการสอนผู้ป่วยแบบดั้งเดิมคือการปฏิบัติตาม ในขณะที่เป้าหมายในการจัดการศึกษาในการจัดการสุขภาพตนเองคือ การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะดำเนินการพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงและทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Creer TL, Burns KL. Self-management training for children with chronic bronchial asthma. Psychotherapy and psychosomatics. 1979;32(1-4):270-8.
2. Nakagawa-Kogan H, Garber A, Jarrett M, Egan KJ, Hendershot S. Self-management of hypertension: Predictors of success in diastolic blood pressure reduction. Research in nursing & health. 1988;11(2):105-15.
3. Corbin JM, Strauss A. Unending work and care: Managing chronic illness at home: Jossey-Bass; 1988.
4. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med. 1997 Dec 15;127(12):1097-102.
5. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 1995 Jul;18(7):943-9.
6. Curtin RB, Mapes DL. Health care management strategies of long-term dialysis survivors. NephrolNurs J. 2001 Aug;28(4):385-92; discussion 93-4.
7. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database Syst Rev. 2011(3):CD002964.
8. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003 Aug;26(1):1-7.
9. Corbin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. Research and Theory for Nursing Practice. 1991;5(3):155-74.
10. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control.New York: WH Free- man, 1997.
11. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public health reports. 2004;119(3):239.
12. Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2010;36(12):561-70.

13. Flinders Human Behaviour& Health Research Unit. The 'Flinders Model' of chronic condition self-management. http:// som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/Self-Management.htm. Ad-elaide: Flinders University, Accessed 10 June 2006.
14. Ritchie JE. From health education to education for health in Australia: a historical perspective. Health Promotion International. 1991;6(2):157-63.
15. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. Jama. 2002;288(19):2469-75.

3.1.4 การสนับสนุนการจัดการตนเอง(self-management support)

ผู้รับผิดชอบจัดการโรคเรื้อรังในระบบบริการสุขต้องจัดการให้ผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลมีความตระหนักมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลรักษาและจัดการสุขภาพของตนเองที่บ้านได้ โดยสร้างฉันทามติร่วมกัน ให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติที่ลงรายละเอียดมากพอ แล้วให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ตัดสินใจเองได้ว่ากรณีเช่นใดสามารถจัดการเองได้หรือกรณีใดต้องไปพบแพทย์ คือต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้มีพลังที่จะสามารถจัดการปัญหาทางสุขภาพด้วยตนเองได้กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) เป็นองค์ประกอบสำคัญเพราะเป็นกลไกการเชื่อมโยงกับองค์ประกอบอื่นๆในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีข้อมูลมั่นใจและกระตือรือล้นในการจัดการรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง (informed and activated)

Adams และ colleagues ปี 2004[1] ให้ความหมายการสนับสนุนการจัดการตนเองไว้ว่าหมายถึงการให้การศึกษาอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนการให้กิจกรรมการดูแล โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลสุขภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดูแลรักษา การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนการจัดการตนเองนอกจากนี้ยังหมายถึงการเปลี่ยนแปลงองค์กรด้านการดูแลสุขภาพหลายระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

Jones, MC ปี ค.ศ. 2011[2] ให้ความหมายว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง ว่าต้องทำร่วมกันเป็นเครือข่ายระหว่างผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน (practitioners) ที่ให้บริการด้านสุขภาพและบุคลากรทางสุขภาพการสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหา (problem solving) และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (goal setting) เพื่อให้เกิดการสร้างทักษะใหม่ๆ ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การติดตามตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสร้างแรงจูงใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร เป็นต้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างประสบความสำเร็จ ส่วนเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการใช้ความรู้การจัดการกับอาการ (cognitive symptom management) เทคนิคการใช้ความรู้เพื่อเกิดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (cognitive behavioral techniques) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา มีการวางแผนในแต่ละสัปดาห์มีการทำตามตัวแบบแบบการติดตามผลทางสุขภาพด้วยตนเอง มีการใช้ข้อมูลสะท้อนกลับทุกครั้งดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำต้องมีการการสนับสนุนเทคนิคการสอนเพื่อจัดการปัญหาในระยะยาว โดยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในการจัดการปัญหาด้วยตนเองเป็นการศึกษาที่เน้นการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพกับระบบสุขภาพโดยอาจเป็นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทาง จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องรวมระบบบริการสุขภาพการสนับสนุนการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเป็นโค้ชทาง

สุขภาพให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองคือการป้องกันการคงไว้ของสุขภาพเกิดการฟื้นหายจากโรคให้กลับมาสู่การมีสุขภาพดี เน้นการจัดการความเครียด หรือการควบคุมโรคและผลกระทบที่เกิดจากโรคเรื้อรังในระยะยาว โดยรวมถึงการพัฒนาระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีอยู่ของประเทศมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีสูงสุด การฟื้นหายจากการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ และหลังจำหน่ายกลับบ้าน

การดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพต้องทำอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่จะช่วยเรื่องการจัดการภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วย ดังนั้นสรุปได้ว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นผลลัพธ์ ของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ต้องคอยให้การสนับสนุนสิ่งที่สำคัญคือการบูรณาการการสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าไปในการปฏิบัติงานประจำดังนี้

1) เพิ่มการประเมินผลก่อนที่ผู้ป่วยจะมาตามนัดหมาย(previsit)
2) เน้นการให้การให้คำปรึกษาที่ได้มีการพูดคุยกับผุ้ป่วยเมื่อมาตามนัด
3) มีการเพิ่มการให้การดูแลติดตามหลังจากการมาตามนัดหมาย

ผลที่เกิดจากการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ดีคือ[3]

มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ต่างๆ ดังนี้

1) การรักษาในโรงพยาบาลลดลง เพราะผู้ป่วยสามารถตรวจสอบตัวเอง อย่างประสบความตรวจสอบสัญญาณเตือน และมีการปฏิบัติแก้ไข
2) มีความต้องการบริการที่ลดลง โดยให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวตลอดเวลา ทำให้มีการตัดสินใจที่ดี ไม่พึ่งพา และสามารถ ดูแลตนเอง ได้อย่างมีความเชื่อมั่น[4]
3) ทำให้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ [4] เพิ่มผลลัพธ์ ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้
4) ปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต[4,5]
5) รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แลลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลง[5]
6) บางการศึกษาทำพบว่าทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง[6]
7) เป็นประโยชน์มากที่สุดสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มความเสี่ยงสูง[7]

จึงเห็นได้ว่าการสนับสนุนจัดการตนเองนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีคือการจัดการตนเองLorigและ คณะ[8] พบว่าการจัดการตนเองสามารถเรียนได้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองเมื่อนำเข้ามาบูรณาการจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่ดีโดยมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

1.การประเมินเป้าหมายระยะสั้น (brief targeted assessment)เพื่อเป็นแนวทางในการส่งมอบบริการเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการประเมินความรุนแรงของโรค ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญหาและเป้าหมายพฤติกรรมการจัดการตนเองและอุปสรรคของการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการใช้หลัก 5 As[9] ได้แก่

1) การถามเพื่อประเมินปัจจัยดังกล่าว (ask/assess)

2) การแนะนำ (advice)

3) การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วนร่วมเลือกวิธีปฏิบัติ (agree)

4) การช่วยเหลือ (assist)

5) การจัดการให้มีการสนับสนุนให้มีการติดตามเยี่ยม (arrange) ถ้าทำอย่างเหมาะสมถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วย สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้[9]เพราะหากไม่มีการประเมินที่ถูกต้องก็ไม่สามารถจะออกแบบบริการเพื่อให้ตรงกับความต้องการ ความพร้อม และพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยได้ การประเมินยังนำไปสู่ความร่วมมือในการวางแผนการดูแล การร่วมมือกันแก้ปัญหา Ebrahim et al[10] พบว่าโปรแกรมสำหรับการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายกิจกรรมมุ่งเป้าหมายไปที่การปรับลดปัจจัยเสี่ยงส่งผลทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ Bower et al.[11]พบว่าการรักษาภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ พบว่าวินิจฉัยที่ถูกต้องเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญต่อการทำนายการรักษา

2. การร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะเพราะการข้อมูลอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การทบทวนการให้การศึกษาการจัดการตนเอง แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[12]ในการวิเคราะห์เมตาของการให้การศึกษาโรคเบาหวานพบว่าการให้การศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะปรับปรุง ที่จะปรบปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ[13]การให้กิจกรรมด้วยการสอนแบบตัวต่อตัวจะได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า ซึ่งในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นโรคที่ต้องสอน ความรู้ทักษะในการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำตาล การจัดการเรื่องยา ซึ่งอาจมีข้อแตกต่างกันบ้างในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบหลังจากที่มีการประเมินทางคลินิกที่ครอบคลุมมีการตัดสินใจร่วมกัน การทำระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ จะนำไปสู่การตัดสินใจ ในการให้การศึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

3. ผู้ดูแลต้องให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และต้องไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย(use of a nonjudgmental approach)ไม่นำเจต

คติส่วนตัวมาใช้ตัดสินผู้ป่วยทีมดูแลต้องให้เวลากับผู้ป่วย การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการสัมภาษณ์เป็นวิธีการให้คำปรึกษาโดยตรงที่ชัดเจนหลีกเลี่ยงการขัดแย้งหรือการตัดสินผู้ป่วย [14]จากงานวิเคราะห์ เมตาแสดงให้เห็นว่า การสร้างแรงบันดาลใจ ทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อ ดัชนีมวลกาย คอเลสเตอรอลรวมในเลือด ความดันโลหิต เข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดแต่ไม่มีผลต่อ HbA1C[15]

4. จัดลำดับความสำคัญและ ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย (collaborative priority and goal setting) ระบุการทำงานร่วมกันตามลำดับความสำคัญของเป้าหมายและมีแผนเฉพาะเจาะจงที่จะปรับปรุงการจัดการตนเองและผลลัพธ์ของผู้ป่วย มีหลักฐานหลากหลายที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเป้าหมายและแรงจูงใจที่ นำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์[16]พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การมองปัญหาและการทำงานร่วมกัน ตามมาด้วยการเป้าหมายที่เหมือนจริงและการพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น[17]

5. ร่วมมือในการแก้ปัญหาที่จะช่วยปรับปรุงการจัดการตนเองและผลลัพธ์ (collaborative problem solving) การแก้ปัญหาประกอบด้วยชุดของขั้นตอนซึ่งบุคคลระบุปัญหา ระดมโดยบุคคลกำหนดปัญหาระดมความคิดที่หาทางแก้ปัญหาเท่าที่จะเป็นไปได้ พยายามเลือกกลยุทธ์ ประเมินผลการตอบสนองและทำซ้ำขั้นตอน การสอนในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จยอมรับพฤติกรรมใหม่สำหรับการเอาชนะอุปสรรค[18] ในวิเคราะห์เมต้าพบว่าการเผชิญปัญหา ที่มุ่งเน้นการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ[19] การสนับสนุนการแก้ปัญหาจะพบในการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อ[20]

6. ให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยผู้ให้บริการที่มีความหลากหลาย (self-management support by diverse providers) ตั้งแต่บุคลากรที่เป็นวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร การศึกษา Lovemanและคณะ[21] พบว่าโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไม่ขึ้นอยู่กับความเป็นวิชาชีพ แต่ขึ้นกับ การได้รับการอบรมที่ดีและยังพบว่าการดูแลที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียังสามารถทำได้ด้วยพยาบาลและเภสัชกรที่เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่มีหลายแง่มุม(multifaceted interventions)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมสำหรับโรคเบาหวาน [22-23]

Foster และคณะ[24] ยังพบว่าการสอนการจัดการตนเองที่นำโดยบุคคลธรรมดาจะนำไปสู่การปรับปรุงในความเชื่อมั่นของผู้ป่วยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อยๆ ในความเจ็บปวด ความพิการเมื่อยล้าและภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ใช่คุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติThomas และคณะ[25] พบว่าการที่พยาบาล ใช้แนวทางปฏิบัติคู่มือ การบริหารจัดการโรคความดันโลหิตสูง อาการปวดหลังและไขมันสูงพบว่าสามในห้าของการศึกษารายงานมี

การปรับปรุงกระบวนการของการดูแลและหกในแปดของการศึกษามีการ การปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ

7. รูปแบบการสอนการจัดการตนเองต้องนำเสนอโดยรูปแบบที่หลากหลาย (self-management interventions delivered by diverse formats)

การส่งมอบจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำได้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนเป็นรายบุคคล กลุ่ม การสอนผ่านโทรศัพท์มือถือ การเรียนรู้ด้วยตนเองหลักฐานที่สนับสนุนนี้ มาจากการสอนที่เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่การจัดโปรแกรมสำหรับกลุ่มการเลิกสูบบุหรี่พบว่าดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้กิจกรรมการดูแลและเท่ากับการให้การการดูแลหนึ่งเซสชั่นเป็นรายบุคคล[26] การฝึกอบรมเป็นกลุ่มในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 มีประสิทธิภาพในการลดระดับกลูโคสในกระแสเลือด HbA1C ความรู้และความต้องการสำหรับยา[27]เทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายเป็นนวัตกรรมการส่งมอบระบบบริการที่มีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึง การสนับสนุนการจัดการตนเองเทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายเป็นนวัตกรรมการส่งมอบระบบบริการที่มีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงการสนับสนุนการจัดการตนเองKaltenhalerและคณะ[28] มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการให้ความรู้ในการทำพฤติกรรมบำบัดโดยคอมพิวเตอร์ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลความซึมเศร้าและความกลัว มีประสิทธิภาพเท่ากับผู้ที่ให้การรักษา

8. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (patient self-efficacy)

ผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังที่จะปรับปรุงกระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งแบนดูรากล่าวว่า "ความเชื่อของผู้คนเกี่ยวกับความสามารถตนเอง" ในการกำหนดสมรรถนะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติที่จะเอาชนะ อุปสรรคในชีวิต[29]การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งแบนดูรากล่าวว่า "ความเชื่อของผู้คนเกี่ยวกับความสามารถตนเอง" ในการกำหนดสมรรถนะ ที่มีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติที่จะเอาชนะ อุปสรรค ในชีวิต สมรรถนะในตนเองไม่ได้เป็นกระบวนการแต่เป็นตัวแปรกลางที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดที่มีการปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความสามารถในการปรับยาจะแสดงถึงการปรับปรุงการทำงานของปอด ดีกว่าที่ไดรับการปรับยาโดยแพทย์[30]คล้ายกับผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่า การบริหารจัดการที่ พอเพียงจะเกี่ยวข้องกับการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[31]

9. การติดตาม อย่างต่อเนื่อง (active followup)

การติดตาม อย่างต่อเนื่องเป็นการให้การสนับสนุนโดยการให้ข้อเสนอแนะและการแจ้งเตือนแพทย์และผู้ป่วย จะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการให้มีความยั่งยืนโดยพบว่าส่วนใหญ่ของงานวิจัย จะมีการติดตามผลการการทดลองที่เป็นกิจกรรมหลายแง่มุมหรือหลายองค์ประกอบใน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน[32] พบว่าภาวะซึมเศร้า[33-35] โรคหอบหืด[30] หัวใจล้มเหลว[36] จะได้รับการสนับสนุนในการแจ้งเตือนทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยจะส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

10.แนวทางสำหรับใช้ในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการเลือก (management for selected Patients)

การจัดการรายกรณีสามารถปรับปรุงการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยใช้แนวทางที่นำไปสู่การจัดการตามเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติเป็นเกณฑ์ การทบทวนพบว่าการให้กิจกรรมในผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญทำให้มีการปรับปรุง HbA1C ในระยะสั้นแต่ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในช่วง 12 เดือนนอกจากนี้คุณภาพชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม[37]

11. มีการเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์ไปตามโปรแกรมในชุมชน

การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีการทำต่อเนื่องในชุมชนไปด้วยเช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเลิกการสูบบุหรี่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลพบว่ามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าปกติ[38] นอกจากนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคข้ออักเสบที่พัฒนาโดย Lorigและเพื่อนร่วมงานที่ Stanford University[39-40] เป็นโปรแกรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน

12. การใช้โปรแกรมที่มีความหลากหลายแง่มุม จะทำให้มีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพียงองค์ประกอบเดียว

การให้กิจกรรมหลายแง่มุมรวมถึงการลงทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังที่มี ภาวะต่างๆ ของโรค[40]ที่เฉพาะเจาะจงและการเชื่อมโยงไปยัง ระบบการนัดหมาย[41]แนวทาตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการวัดผลKottkeและคณะ[42] สรุปว่าการให้กิจกรรมหลายแง่มุม จะประสบความสำเร็จ มากขึ้นถ้าทีมได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการสอนแบบกลุ่มหรือแบตัวต่อตัวและจะได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า

อ้างอิง

1. Adams K, Greiner AC, Corrigan JME. Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit – A focus on communities. Washington, DC: National Academic Press; 2004.
2. Johnston B, Rogerson L, Macijauskiene J, Blazeviciene A, Cholewka P. An exploration of self-management support in the context of palliative nursing: a modified concept analysis. BMC Nursing.[10.1186/1472-6955-13-21]. 2014;13(1):21.. (2011).
3. Bycroft, J., J., & Tracey, J. Self-management support: A win-win solution for the 21st century. New Zealand Family Practitioner 2006; 33(4): 243-248.
4. Department of Health. Self Care a Real Choice: Self Care Support – A Practical Option, London, UK: Department of Health; 2005.
5. Department of Health. Supporting people with long term condi-tions to self care – A guide to developing local strategies and good practice. Leeds, UK: : Department of Health; 2006.
6. Wheeler JR, Janz NK, Dodge JA. Can a disease self-management program reduce health care costs? The case of older women with heart disease.Med Care. 2003 Jun;41(6):706-15.
7. Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. BMJ. 2005 Mar 19;330(7492):662-5.
8. Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. Nurs Res. 2003 Nov-Dec;52(6):361-9.
9. Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. S. Assessing the delivery of the 5 "As" for patient-centered counseling: alternatives and future directions. Health Promotion International, 2006; 21, 2245-255
10. Ebrahim et al Flinders Human Behaviour& Health Research Unit. The 'Flinders Model' of chronic condition self-management. http:// som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/Self-Management.htm. Ad-elaide: Flinders University, Accessed 10 June 2006
11. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression.Br J Psychiatry. 2006 Dec;189:484-93.
12. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2002(2):CD001005.

13. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care. 2002 Jul;25(7):1159-71.

14. Miller W.R., Rollnick S.: Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York City: The Guilford Press; 1991.

15. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr;55(513):305-12.

16. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation.A 35-year odyssey. Am Psychol. 2002 Sep;57(9):705-17.

17. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.

18. Van den Hout J.H.C., Kerckhoffs-Hanssen M.R, Vlaeyen J.W.S.: The effect of problem solving therapy in mental health care and behavioral medicine: A systematic review. In van den Hout J.H.C.: To Solve or Not Solve? Effects of Problems Solving Therapy and Graded Activity in Non-Specific Low Back Pain.Maastricht The Netherlands: University of Maastricht; 2002: 33–58.

19. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. J Behav Med. 2002 Dec;25(6):551-603.

20. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2469-75.

21. Loveman E, Cave C, Green C, Royle P, Dunn N, Waugh N. The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2003;7(22):iii, 1-190.

22. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care. 2002 Jul;25(7):1159-71.

23.Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2001(1):CD001481.

24. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD005108.

25. Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD000349.
26. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001007.
27. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD003417.
28. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2006 Sep;10(33):iii, xi-xiv, 1-168.
29. Bandura A.: Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (ed.): Encyclopedia of Human Behavior,vol. 4, pp. 71–81. New York City: Academic Press, pp.71–81. (Reprinted in H. Friedman ed.: *Encyclopedia of Mental Health*.SanDiego: Academic Press, 1998). http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html#top (last accessed Nov. 4, 2010).
30. Toelle BG, Ram FS. Written individualised management plans for asthma in children and adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004(2):CD002171.
31. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD002990.
32. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JP, Little PS, Talbot D, et al. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD001366.
33. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA. 2003 Jun 18;289(23):3145-51.
34. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. BMJ. 2001 Oct 27;323(7319): 948-9.
35. Ellis PM, Smith DA. Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care. "Not so much what you do but that you keep doing it". Med J Aust. 2002 May 20;176 Suppl:S77-83.
36. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. Am J Med. 2001 Apr 1;110(5):378-84.

37. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD003286.
38. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD002850
39. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. Arthritis Rheum. 1985 Jun;28(6):680-5.
40. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care. 1999 Jan;37(1):5-14.
41. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev. 2002(2):CD000011.
42. Kottke TE, Battista RN, DeFriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA. 1988 May 20;259(19):2883-9.

3.1.5 ผลการสืบค้นและวิเคราะห์ทการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

1) **ผลการสืบค้น และวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเมตาโบลิกซินโดรม (Metabolic syndrome)**

ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเมตาโบลิกซินโดรม
3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคอ้วน
4. ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเมตาโบลิกซินโดรม
    4.1 โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง
    4.2 โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง
5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเมตาโบลิกซินโดรม

1.ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเมตาโบลิกซินโดรม โดยคัดเลือกงานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - 2557 (ค.ศ. 2004 - 2014) ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด 500 เรื่อง คัดออกรอบแรกจากการอ่านบทคัดย่อเหลือ 30 เรื่อง คัดออกโดยการอ่านงานวิจัยเหลืองานวิจัยทั้งหมด10 เรื่องโดยใช้แนวทางการคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประกอบด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 เรื่อง การจัดการตนเอง (self-management) 8 เรื่อง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) 1 เรื่อง

การประเมินผลข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (Data evaluation)

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 เรื่อง เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มแบบปกปิดเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials) จำนวน 3 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มแบบปกปิด (Non-Randomized controlled trials) จำนวน6 เรื่องการศึกษาเชิงบรรยาย 1 เรื่อง ดังตาราง

ผลการสืบค้นได้นำเสนอในของตาราง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Willy interscience	1. Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al. Kansas Primary Care Weighs In: A Pilot Randomized Trial of a Chronic Care Model Program for Obesity in 3 Rural Kansas Primary Care Practices. The Journal of Rural Health. 2008;24(2):125-32.	RCT Level I
Pubmed	2.Vinkers CD, Adriaanse MA, Kroese FM, de Ridder DT. Efficacy of a self-management intervention for weight control in overweight and obese adults: a randomized controlled trial. Journal of behavioral medicine. 2014;37(4):781-92.	RCT Level I
Biomed central	3.Pettman TL, Misan GM, Owen K, Warren K, Coates AM, Buckley JD, et al. Self-management for obesity and cardio-metabolic fitness: description and evaluation of the lifestyle modification program of a randomised controlled trial. The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2008;5:53.	RCT Level I
Pubmed	4, Lee EG, Choi JH, Kim KE, Kim JH. Effects of a Walking Program on Self-management and Risk Factors of Metabolic Syndrome in Older Korean Adults.Journal of physical therapy science. 2014;26(1):105-9.	Experimental Level III
Pacific Rim Int J Nurs Res.	5. Linchong P, Nattaya S, Pikul B, &Sirirat P. Effects of a Self-management Support Program for Thai	Experimental Level III

	People Diagnosed with Metabolic Syndrome. 2013; Pacific Rim Int J Nurs Res, 17(4) 371-383.	
ThaiLis	6.อรวรรณ ประภาศิลป์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. พยาบาลสาร. 2556; 40 (1):34-48.	Experimental Level III
ThaiLis	7.จุฑาวดี วงศ์สมบัติ, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,ฉบับพิเศษ. 2553; 57-72.	Experimental Level III
ThaiLis	8.ศศิธร อุตสาหกิจ. ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. (วิทยานิพนธ์) พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	9.กุสุมา เถาะสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2549; 1(1), 32-46.	Quasi-experimental Level III
พยาบาลสาร	10.รวิชา หงส์โรจนภาคย์. (2546). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินใน สตรีวัยกลางคน.พยาบาลสาร. 2546; 30 (2), 41-56.	Descriptive study Level VI
	รวม	10

2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเมตาโบลิกซินโดรม

ไม่พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงแต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรด้านสมรรถนะแห่งตนที่เป็นตัวแปรที่ใกล้เคียงดังนี้ สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและอายุมีอิทธิพลทางบวกและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีอิทธิพลทางลบ แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นควรสนับสนุนให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังการเพื่อลดน้ำหนักและต้องมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างเข้ามาสนับสนุน

การจัดการตนเองในการควบคุมน้ำหนักซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ ต้องนำมาพิจารณาให้เข้ากับ แผนและยุทธศาสตร์ของไทยเรื่องเมตาบอลิกซินโดรม[1]

วันดี คหะวงศ์ และคณะ[2] ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีไขมันในเลือดสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่ออิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีไขมันในเลือดสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีระดับโคเลสเตอรอลและ / หรือไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 263 คน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและอายุมีอิทธิพลทางบวกและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีอิทธิพลทางลบปัจจัยทั้งสามประการสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมได้ร้อยละ 38.60 ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในรายด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำโดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการด้านอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำได้ร้อยละ 27.20 ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง อินใจ พิสิษฐ์ พิริยาพรรณและเวธกา กลิ่นวิชิต[3] ที่ได้ทำการศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตะบอลิกการรับรู้พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2550 ที่มารับบริการตรวจสุขภาพก่อนเข้ารับการศึกษาจำนวน 4,125 คน ผลการสัมภาษณ์นิสิตเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพบว่านิสิตส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลางแต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากคิดว่าเป็นสิ่งที่ยากเพราะเคยใช้หลายๆวิธีแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดความมีวินัยในการควบคุมตนเองและต้องการให้มีผู้อื่นเป็นผู้ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่นิสิตรับรู้ว่ามีอิทธิพลในการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญที่สุดคือตนเองรองลงมาคือเพื่อนและบุคคลอื่น

รวิชาหงส์โรจนภาคย์[4] ศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินระดับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน ($r = .674$, $p<0.1$)

จากผลการวิจัยทั้งสามเรื่องแสดงให้เห็นว่า สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว บุคลากรทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก นอกจากนั้นก็จะมีการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนั้นในการจัดทำโปรแกรมจึงต้องสอดแทรกแทรกตัวแปรทั้งสามตัวเข้าในโปรแกรมการทดลอง

3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคอ้วน

ศึกษาการนำโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการดูแลโรคอ้วน ในชนบทแคนซัสเป็นการดูแลระดับปฐมภูมิโดยดำเนินการทดลองแบบสุ่มมีงานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบสุ่มและควบคุมจำนวน 1 เรื่อง เป็นการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปใช้ โดย Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al.[5] ซึ่งทดลองนำโปรแกรมที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้กับผู้ป่วยโรคอ้วนในหน่วยการดูแลปฐมภูมิจำนวน 3 แห่งในพื้นที่ชนบท Kansas Primary Care Practices ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยมาจำนวน 107 คน โดยเข้าร่วมในงานวิจัย 6 เดือน ซึ่งออกแบบเป็นการทดลองแบบสุ่ม แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับโรคอ้วนกับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์หลักคือการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักภายใน 90 วันโดยการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติซึ่งผู้ป่วยจะได้รับอุปกรณ์ที่จะทำให้น้ำหนักลด ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามปกติและบวกองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังการศึกษาทำในสถานที่การดูแลในระดับปฐมภูมิ ในชนบทสามแห่งใน Kansas ได้ใช้ รูปแบบการจัดการดูแลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. มีการจัดการตนเอง การสนับสนุนผู้ป่วยด้านการจัดการการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ โดยการให้คำปรึกษาจากผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วซึ่งใช้เทคนิคการสัมภาษณ์โดยการสร้างแรงบันดาลใจที่จะให้ผู้ป่วยมีการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในระหว่างการมาติดตามการรักษาการสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาแบบหลากหลายเป็นเครื่องมือที่เป็นกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การนับก้าวโดยเครื่องเอกสารประกอบคำบรรยาย เพื่อให้การศึกษาการลดน้ำหนักและสมุดบันทึกอาหารและการออกกำลังกาย

2. ข้อมูลทางคลินิกและระบบสนับสนุนการตัดสินใจมีการลงทะเบียนโรคอ้วนและการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากการที่ได้รับการพูดคุยทางโทรศัพท์ การสัมภาษณ์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ ข้อมูลถูกส่งไปยังผู้ให้บริการพร้อมกับแนวทางการดูแลโรคอ้วน จากนั้นผู้ให้บริการจะให้คำแนะนำตามข้อมูล

วิธีการดำเนินการในการจัดโปรแกรมมีดังนี้

1. มีการดำเนินการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างด้วยการมีส่วนร่วม แพทย์ในสถานที่ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นการสำรวจปัญหา ออกแบบการให้บริการและการดำเนินโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโปรแกรมสำหรับโรคอ้วนและการประเมินระบบการสนับสนุน เพื่อให้โปรแกรมได้รับการยอมรับผู้เข้าร่วมต้องมีการประเมิน สำรวจตัวเอง 56 รายการ เกี่ยวกับ เศรษฐานะทางสังคม รวมทั้งอายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษาและสถานะประกันภัย โรคร่วมโดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดไขมัน ความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการใช้ 5 คำถามในด้าน 1) การลดน้ำหนัก 2) การรับประทานผักผลไม้ ปริมาณเส้นใย 3) การมีกิจกรรมทางกาย 4) คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 5) ใช้แบบสอบถามที่ถามถึงรูปแบบการบริโภคอาหารผักและผลไม้ และประวัติการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ไขมันและปริมาณเส้นใยรูปแบบการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยในระหว่างการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่ มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. แพทย์จะได้รับคู่มือการจัดการลดน้ำหนักตามหลักฐานเชิงประจักษ์
3. ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือ การจัดการความอ้วน
4. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยผู้ที่ให้คำปรึกษาต้องได้รับการฝึกอบรมโดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละสองครั้งในช่วงสามเดือนแรก และต่อไปเป็นเดือนละครั้งทุกเดือน การให้คำปรึกษานั้นต้องเป็นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่ปรับพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานของ Cognitive Theory, The Trans theoretical Model, Theory of Reasoned Action และทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ โดยการเทคนิคการสะท้อนคิดจากการฟังเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมการลดน้ำหนักและมีการอภิปรายถึง
1) ความสัมพันธ์ในการรับประทานอาหาร 2) เน้นการเพิ่มการรับประทานผลไม้และอาหารเส้นใย
3) การลดการรับประทานอาหารไขมัน 4) การลดแคลอรี่ในชีวิตประจำวัน 5) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย 6) ความพยายามในการลดน้ำหนัก 7) เป้าหมายของรูปลักษณ์กับการลดน้ำหนัก

ผลการศึกษาพบว่าในวันที่ 0, 90มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ และวันที่ 180 มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในการออกกำลังกายหรือการรับประทานผลไม้และผักในวันที่ 90 หรือวันที่ 180

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะถูกจำกัดด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มากและใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพียงแค่ 3 องค์ประกอบ คือ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลทางคลินิกมาวางแผนเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงและตรงเป้าหมายมากขึ้น เพื่อวางแผนในการดูแลนอกจากนั้นยังมีการใช้เทคนิคมีการสร้างแรงจูงใจ การมี

ส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการประเมินตนเอง มีการใช้ทักษะ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การสะท้อนคิด มีการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินกระบวนการให้การดูแลและให้คำแนะนำสำหรับการใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลเรื้อรังสำหรับการลดน้ำหนักในการดูแลสุขภาพองค์กรสิ่งที่สำคัญคือการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะจัดการสุขภาพของตนเอง เมื่ออยู่นอกโรงพยาบาล ซึ่งพบว่ามีผลบวกต่อการรับประทานอาหารไขมันลดลง และรับประทานผลไม้เพิ่มขึ้นกิจกรรมสนับสนุนบุคคลในการดูแลสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมทำโดยผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มเพื่อนอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมมา ในคลินิกบริการปฐมภูมิให้บริการประชากรขนาดใหญ่ ที่เป็นเม็กซิกันอเมริกัน ในการศึกษานี้ คนงานจะเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพและทำหน้าที่ ในการสอนแบบหนึ่งต่อหนึ่งและการศึกษาเป็นกลุ่มและกลุ่มสนับสนุนองค์กรที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพต้องมีการเชื่อมต่อกับศูนย์ที่ทำหน้าการดูแลสุขภาพที่จัดโปรแกรมการออกกำลังกายในชุมชนและกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ซึ่งแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Chen E, Bodenheimer T[6] ที่นำรูปแบบองค์ประกอบการดูแลเรื้อรังช่วยให้มีปรับปรุงในการจัดการโรคอ้วนพอสรุปแนวทางได้ดังนี้

1. การสนับสนุนการจัดการตนเอง

องค์ประกอบนี้เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่จะอยู่กับสภาพของโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะกินอะไร จะออกกำลังกายหรือไม่ ระยะเวลาในการตรวจสอบสุขภาพ จะรับประทานยาหรือไม่การสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม ที่สำคัญ 7 เรื่องคือ

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นผู้เข้าร่วมอย่างแข็งขันและเป็นหุ้นส่วน (active participants)

2) การให้ข้อมูล (Providing information)

3) การสอนทักษะที่เกี่ยวข้องเงื่อนไขหรือปัญหาของผู้ป่วย

4) ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพ

5) สอนทักษะการแก้ไขปัญหา

6) ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ผลกระทบทางอารมณ์จาการมีภาวะโรคเรื้อรัง

7. มีการติดตามการดูแลรักษาอย่างยั่งยืน

โดยในแต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังนี้

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้เข้าร่วมในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง

จากหลักการพื้นฐานของการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการควบคุมน้ำหนักจะขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นในการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพื่อคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านอาหารและการออกกำลังกาย การสร้างสัมพันธภาพ และความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งเป็นการสร้างหุ้นส่วนที่สำคัญทางสุขภาพในการที่จะทำให้ผู้ป่วยยึดมั่นต่อเป้าหมายและพันธะสัญญาที่ทำร่วมกัน

2) การให้ข้อมูล (providing information)

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ข้อมูลผลกระทบของโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ในระยะยาวค่าดัชนีมวลกายเป็นเครื่องมือที่ช่วยตรวจสอบ ทำให้ต้องทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกายการบริโภค การใช้พลังงานที่สมดุลและค่าใช้จ่ายจำเป็นที่สำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการน้ำหนักเพื่อสุขภาพที่ดีการเรียนรู้ด้วยตนเองจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ใช่เป็นของทีมการดูแล การใช้เทคนิค ถามตอบจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งที่ต้องการรู้ และสิ่งที่พวกเขาต้องการที่จะเรียนรู้ คำถามที่จะเป็นประโยชน์ คือ "การที่คุณมีน้ำหนักเกินจะมีผลต่อสุขภาพของคุณอย่างไร หรือมีอะไรบ้าง?" และ"คุณต้องการทราบเรื่องอะไรบ้างเกี่ยวกับการจัดการน้ำหนัก?" การถามตอบจะเป็นการให้การศึกษาในผู้ป่วยแต่ละรายไป

3) การสอนทักษะในเงื่อนไขเฉพาะ (teaching condition-specific skills)

ในการควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้เครื่องมือเฉพาะที่จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต อาหารและสมุดบันทึกกิจกรรมจะช่วยเพิ่มการรับรู้และการติดตามตรวจสอบ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การอ่านฉลากอาหาร ช่วยให้สามารถแปลความหมายของระดับแคลอรี่ ในเป้าหมายบริบทของแต่ละบุคคลได้ ทักษะในการควบคุมน้ำหนักควรมุ่งเน้นไปที่การสื่อสารในครอบครัวและทักษะการเลี้ยงดู โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเด็ก

4) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (promoting healthy behaviors) การที่จะบอกให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักเฉยๆ นั้นคงจะไม่ได้ผล จะต้องมีการทำงานร่วมกัน โดยการให้คำปรึกษา และทำงานร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและแผนปฏิบัติที่สร้างร่วมกันสร้างผ่านแรงบันดาลใจ โดยการพูดคุย การมีแผนปฏิบัติการจะทำให้มีกิจกรรมในระยะสั้นๆ ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายในระยะยาว

5) การเรียนการสอนทักษะการแก้ปัญหา (teaching problem-solving skills)

ทีมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะแก้ปัญหา ตัวอย่าง เช่น ถ้าผู้ดูแล ที่ทำงานสองงานและต้องดูแลเด็กทั้งสามคนและเด็กต้องการที่จะไปออกกำลังกาย แต่ไม่มีเวลา ผู้ดูแลสามารถระดม ความคิด กับผู้ดูแลให้เด็กลงโดยลงในตารางเวลาประจำวันของพวกผู้ดูแล โดยอุปสรรคและบริบททางจิตสังคมกลายเป็นเรื่องที่ชัดเจนและเป็นเรื่องที่ต้องวางแผนในการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องลดความเครียดและหรือเพิ่มการสื่อสารในครอบครัว ข้อมูลที่เกี่ยวกับทรัพยากรของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ที่จะทำให้เข้าถึงการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพหรือการออกกำลังกายที่ปลอดภัย

6) การให้ความช่วยเหลือกับผลกระทบทางอารมณ์ของการเป็นโรคเรื้อรัง (assisting with the emotional impact of a chronic condition)

ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมักจะรู้สึกมีตราบาปโดยสภาพของโรค โดยเฉพาะโรคอ้วนนำไปสู่การมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ ทีมสุขภาพต้องมีความเห็นอกเห็นใจ ไม่มีการกล่าวโทษ เมื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยาก มีการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าภาวะโรคร่วมอื่นๆ ที่สำคัญ สำหรับเด็กและเยาวชนโดย ควรมีการประเมินทัศนคติของครอบครัว การรับรู้ด้วยตนเอง การถูกเพื่อนล้อเลียน เป็นเรื่องที่สำคัญ

7) การติดตามการักษา อย่างปกติและยั่งยืน (regular and sustained follow-up)

การติดตามผลการดูแลรักษาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน และสามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายรูปแบบ เช่น การโทรศัพท์ อีเมล์ การมาติดตามการรักษา และมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่มีการสำรวจการใช้ โปรแกรมอินเทอร์เนตและอีเมล์สำหรับการจัดการน้ำหนัก การติดตามการดูแลรักษา มีการศึกษาการจัดการน้ำหนักในผู้ป่วยพบว่าผู้ที่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคลจะมีน้ำหนักน้อยกว่า ผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตหรือไม่มีการติดตามการรักษาด้วยของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาความสัมพันธ์และให้การสนับสนุน การจัดการตนเองได้ดี

2. ออกแบบระบบปฏิบัติใหม่ (Practice Redesign)

การสนับสนุนการจัดการตนเองต้องใช้เวลา ทีมสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิ เช่น พยาบาลและแพทย์ จะมีงานเยอะมักจะให้เวลาสั้นในการให้คำแนะนำในเชิงป้องกัน จึงควรเพิ่มการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยต้องมีการออกแบบระบบบริการใหม่ เพื่อให้การสนับสนุนจัดการตนเองนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งการออกแบบระบบนั้นจะขึ้นอยู่กับการวางแผนการเยี่ยม สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนคือเรื่องการควบคุมน้ำหนัก จะต้องมีการประเมินค่าดัชนีมวลกายโภชนาการและการออกกำลังกาย มีการทบทวนแผนการดำเนินงานของผู้ป่วย และปรับปรุงเป้าหมายการจัดการตนเอง ในการวางแผนการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนนั้นจะต้องมีการประเมินโรคร่วม อารมณ์ที่แสดงถึงการมีภาวะสุขภาพดี การวางแผนการเยี่ยม ทีมการดูแลสามารถใช้สถานที่ในรูปแบบที่แตกต่างกันหรือเป็นรูปแบบผสมผสาน เช่น อาจเป็นรายบุคคลและกลุ่มหรือการมาติดตามการรักษาที่คลินิกโทรศัพท์ อีเมล์หรือ โปรแกรมทางอินเทอร์เน็ต การมาติดตามการรักษาเป็นกลุ่มสำหรับโรคอ้วน สามารถใช้สถานที่ปฐมภูมิ ในชุมชนหรือโรงเรียนเป็นสถานที่นัดพบก็จะทำให้เกิดความยืดหยุ่นมากขึ้นการส่งมอบแผนการเยี่ยมและการติดตามการรักษา การปรับปรุงแผนโดยทีมการดูแลที่ระดับปฐมภูมิมีความจำเป็น

ทีมอาจประกอบด้วย แพทย์พยาบาล นักกำหนดอาหารนักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ช่วยแพทย์คนทำงานด้านสุขภาพชุมชน และอาสาสมัครผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นที่ปรึกษาสามารถรับการฝึกอบรมเป็นโค้ชสุขภาพเพื่อให้การจัดการตนเอง ในการอบรมโดยทุกคนต้องมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง การปฏิบัติที่สามารถสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อส่งมอบการดูแลหากมีการฝึกอบรมที่เพียงพอในบทบาทของสมาชิกอย่างเหมาะสม จะทำให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามสามารถทำโดยไม่มีแรงกดดัน การจัดการโรคอ้วนที่รุนแรงสามารถจัดขึ้นในคลินิกระดับตติยภูมิได้โดยใช้ แพทย์ เภสัชกร จิตแพทย์ และศัลยแพทย์เป็นสมาชิกในทีมการดูแล

3.การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision Support)

ทีมงานบริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีความรู้ ในหลักฐานเชิงประจักษ์เพราะเป็นข้อมูลในวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงการสนับสนุนการตัดสินใจหมายถึงคำแนะนำหรือแนวทางปฏิบัติที่เตรียมไว้ พร้อมที่จะใช้สนับสนุนการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น รูปแบบการเตือนอาจใช้สัญลักษณ์หรือแผนภูมิ หรือ หลักเกณฑ์และโปรโตคอลส่งผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ สามารถที่จะพัฒนาเพื่อให้การดูแลที่ได้มาตรฐานได้

4.ระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical Information Systems)

รูปแบบการดูแลเรื้อรัง ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ และควรพิจารณาให้การดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ อย่างมีเป้าหมาย ดังนั้นจึงต้องมีการลงทะเบียนในผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลและป้องกันโรคเรื้อรัง โดยข้อมูลทางคลินิกเหล่านี้ควรได้รับการตรวจสอบ ทบทวนเพื่อให้ทั้งทีมงานดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งเตือนเมื่อไม่มารับบริการตามนัดหมาย และการนัดหมายแจ้งเตือนเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลและนัดหมายเพิ่มเติมสำหรับคนที่ควบคุมโรคเรื้อรังไม่ได้เช่น การลงทะเบียนจะช่วยเตือนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 หรือ 30 สำหรับผู้ใหญ่ หรือมากกว่า 85 หรือ 95 เปอร์เซนไทล์ สำหรับเด็ก

สมาชิกในทีมผ่านต้องการฝึกอบรมการตรวจสอบข้อมูลในทะเบียนได้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อ และการติดตามการรักษา การลงทะเบียนจะทำให้มีข้อมูลที่สามารถใช้เตือนผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายในทางที่ดีขึ้นเพื่อจัดการให้มีการรักษาที่มีความเข้มงวดมากขึ้น ในระหว่างที่มีการมาติดตามการรักษาที่จุดให้การดูแล จะต้องมีการให้ข้อมูล เช่น การคำนวณดัชนีมวลกายและการทำกราฟในช่วงเวลาต่างๆ มีประโยชน์สำหรับทีมการดูแล และยังเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

5. องค์การการดูแลสุขภาพ (healthcare organization)

ผู้ที่ปฏิบัติดูแลในระดับปฐมภูมิจะต้องมีภาวะการเป็นผู้นำ และมีสภาพการเงินที่จะสามารถ ให้การสนับสนุนการอออกแบบระบบบริการเพื่อดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการวางแผนไว้นอกจากนั้นจะต้องมีความเข้าใจการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างดี จึงจะสามารถออกแบบระบบการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เวลาเป็นเรื่องที่จำเป็นในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองระบบการจ่ายเงินเป็นเหมาจ่ายรายหัวที่ครอบคลุมประชากรจะทำให้การทำงานเชิงรุกเป็นไปอย่างทั่วถึง ดีกว่าการจ่ายแบบมีการมาติดตามการรักษาในแต่ละครั้งซึ่งจะทำให้การทำงานเป็นเชิงตั้งรับการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ทำโดยสมาชิกที่ไม่ใช่ทีมการดูแลสุขภาพ สามารถทำได้ตามปัญหาที่เกิด เช่น การสอนตัวต่อตัวเมื่อมาติดตามการรักษาที่คลินิค หรือ ทางโทรศัพท์หรืออีเมล์ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ฮีโมโกล เอ วัน ซี ความดันโลหิต

เปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางพฤติกรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงในอาหารการเปลี่ยนแปลงในการบริโภคไขมันใยอาหาร การรับประทานผลไม้

6. ทรัพยากรชุมชน (community Resources)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงทรัพยากรในชุมชนได้จะเป็นเรื่องจำเป็นในการบริหารจัดการของโรคอ้วนทีมงานดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน ต้องส่งเสริมการดำเนินชีวิตให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีโดยการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน เช่น การสามารถเข้าถึง แหล่งอาหารสุขภาพ แหล่งข้อมูลในท้องถิ่น แหล่งข้อมูลที่สมารถเป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น

4 ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคเมตาโบลิกซินโดรม

4.1 โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองพบการศึกษาในเมืองไทย 1 เรื่อง คือการศึกษาของ **Linchong P, Nattaya S, Pikul B, &Sirirat P.**[7] ได้ทำการศึกษาครั้งนี้มีผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมภาวะเมตาบอลิกในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ใช้บริการใน 3 โรงพยาบาลเขตภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 42 คนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ออกแบบโดยผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยอาศัยโมเดลการจัดการตนเองแบบ 5A ของกลาสโกว์และคณะในปี ค.ศ. 2002 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตราฐาน การดำเนินการโปรแกรมใช้เวลา 3 เดือน มีการเข้ากลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่ง 4 ครั้งแรกจะเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์เป็นจำนวน 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกจะเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ครั้งที่ 2-4 เป็นการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ส่วนครั้งที่ 5-6 เป็นการอภิปรายกลุ่ม โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน การเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมเมตาบอลิกกระทำ3 ครั้งคือ เริ่มต้น ที่ 3 และ 6 เดือน การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารใช้สมุดบันทึกการรับประทานอาหารภายใน 7 วัน เพื่อคำนวณหาสารอาหารที่ได้ในแต่ละวันด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาโดยสถาบันโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นทั้งที่ 3 และ 6 เดือน นอกจากนั้นในเดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับเอสดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดีในการศึกษาวิจัยครั้งนั้นไม่พบการเปลี่ยนแปลงของพฤตกิรรมการรับประทานอาหาร ขนาดรอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด

สรุปโมเดลการจัดการตนเองแบบ 5A ใช้การดำเนินการโปรแกรมใช้เวลา 3 เดือน ทำกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่ง 4 ครั้งแรกจะเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์เป็นจำนวน 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกจะเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ครั้งที่ 2-4 เป็นการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ส่วนครั้งที่ 5-6 เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Pettman TL, Misan GM, Owen K, Warren K, Coates AM, Buckley JD, et al.[8] ได้ศึกษาการจัดการตนเองในคนอ้วนและการทำงานด้านหัวใจและการเผาผลาญอาหารโดยการอธิบายและประเมินผล โปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนวิถีชิวิตนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม มีการรายงานเกี่ยวกับการยอมรับของโปรแกรม และผลในทางปฏิบัติของการประยุกต์ใช้ระดับชาติ คำแนะนำสำหรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในชุมชนที่ประเทศออสเตรเลียใต้ ทำในผู้ป่วยโรคอ้วน 153 คน โดยผู้ป่วยจะได้รับคู่มือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle intervention) ชื่อ'*Shape up for Life*' ผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมดจะได้รับ

คู่มือมาตรฐาน ของออสเตรเลีย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกาย

โปรแกรมการศึกษามีทั้งหมด 16 สัปดาห์โดยการสอนเป็นกลุ่มในกลุ่มทดลอง โดยใช้คู่มือหลักสูตรที่เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับ

1) การบริโภคอาหารและข้อมูลด้านการออกกำลังกาย

2) เครื่องมือการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม

3) การอ่านฉลากอาหาร การไปซูเปอร์มาร์เก็ตและการปรุงอาหาร

4) การฝึกการออกกำลังกาย

5) การช่วยเหลือกันเอง

ในกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือมาตรฐานเฉยๆ ผลการศึกษาพบว่ามีการเข้ารับการอบรม รวม 77% และการเข้าร่วมการออกกำลังกาย ประมาณ 66 % กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อดูองค์ประกอบด้านการทำหน้าที่ด้านหัวใจและการเผาผลาญของร่างกายแล้วพบว่าภาวะสุขภาพดีขึ้น เทคนิคการจัดการตนเองมีประโยชน์ ในการแก้ไขปัญหา การตั้งเป้าหมายระยะสั้น การใช้การกระบวนการกลุ่มในการสนับสนุนการจัดการตนเอง รวมทั้งการ ใช้การสนับสนุนจากเพื่อน

Vinkers CD, Adriaanse MA, Kroese FM, de Ridder DT[9] ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน งานวิจัยเป็นการทดลองควบคุมแบบสุ่มที่ศูนย์ชุมชนในเมืองรอตเตอดัมเนเธอร์แลนด์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2009 ถึง ตุลาคม 2010 กลุ่มทดลอง 185 คนกลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลอง

- ในสัปดาห์ที่ 1-8 ช่วงแรกเป็นการประชุมกลุ่มสี่กลุ่มย่อยและกระตุ้นในเนื้อหาต่างๆ กันมีการวัดผลใน 4 ครั้ง คือ ครั้งแรกที่พบวัดเป็นข้อมูลพื้นฐาน 1 เดือน 5 เดือน และ 1 ปี ผลการทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการรับประทานอาหาร และการทดลองการจัดการตนในระยะสั้นสามารถมีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ที่เกี่ยวกับโรคอ้วนได้ขั้นตอนเริ่มต้นจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในแต่ละเซสชั่นจะมีการให้แรงจูงใจ ความรู้การบริโภคอาหารความคาดหวังต่อการเข้าร่วมการทดลอง นอกจากนั้นจะมีการประชุมกลุ่มสามครั้งทุกสองสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง กลุ่มละประมาณ 6-8 คน ผู้เข้าร่วมได้รับการสอนแผน 5 ขั้นตอนคือ 1) การตั้งค่าเป้าหมายที่เป็นไปได้ 2) การสำรวจเงื่อนไข และอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย 3) การประเมินอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย 4) วางแผนให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายในการเริ่มต้นมีการส่งเสริมด้านจิตใจ 5) การประเมินความคืบหน้า ผลลัพธ์คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหา การรับประทานอาหาร และดัชนีมวลกาย ใน ขั้นตอนนี้ ผู้เข้าร่วมจะได้รับสมุด ข้อมูลพื้นฐานที่ให้พื้นฐานเกี่ยวกับน้ำหนัก การจัดการแผน 5 ขั้นตอนและบันทึกประจำวันที่ผู้เข้าร่วมโครงการต้องตรวจสอบความคืบหน้า ในการไปสู่เป้าหมายของตัวเองที่ตั้งไว้โดยต้องทำเป็นการบ้าน ในแต่ละเซสชั่นจะมีการเน้น 5 ขั้นตอนของแผน มีการหารือและได้รับการฝึกฝน ผู้เข้าร่วม ถูกกระตุ้นเพื่อหารือและฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักจากผู้อื่น

- ในช่วงสัปดาห์ที่ 9-24 ระยะต่อเนื่องเป็นการประชุมกลุ่มสองกลุ่มย่อย ประกอบด้วยการประชุมครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุก 2 และ 4 เดือน และเรียนรู้ฝึกทักษะในการกำกับและควบคุมตนเองเหมือนในช่วงต้น โดยการทำซ้ำแผน 5 ขั้นตอนที่อธิบายไว้ข้างต้น

การทำกลุ่มทุกครั้งนำโดยนักกำหนดอาหารที่ได้รับการฝึกอบรมจะทำหน้าที่เป็นโค้ชในแต่ละครั้ง ไม่มีการให้คำแนะนำการบริโภคอาหารให้ผู้เข้าร่วมการทดลอง และครูที่ได้รับการอบรมจะได้รับการให้คำแนะนำทางจดหมายอิเลกโทรนิกส์หรือโทรศัพท์ลักษณะของโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองที่ดีสามารถใช้ในเชิงป้องกันได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคอ้วน โดยโปรแกรมที่ดีต้องมีคุณลักษณะ

1) การตั้งค่าเป้าหมายที่ใช้ร่วมกัน

2) การสอนทักษะการดำเนินชีวิต

3) การติดตามและการสนับสนุน อย่างต่อเนื่อง

4) รวมทั้งการส่งเสริมการจัดตั้งเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แนะนำให้ที่มีประโยชน์สำหรับการทำให้เกิดการยึดมั่นต่อโปรแกรม และการป้องกันโรคเบาหวาน การจัดส่งมอบบริการในโปรแกรมโรคอ้วนมักจัดทำเป็นกลุ่ม มากกว่า การเป็นรายบุคคลมุ่งเป้าไปที่การลดการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการจัดส่งมอบโปรแกรมเพราะผู้ป่วยโรคอ้วนส่วนใหญ่ยังสามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติโปรแกรมนี้มีลักษณะการปรับวิถีชีวิตโดยการทำเป็นกลุ่ม ทำประสบความสำเร็จในการปรับปรุงองค์ประกอบของร่างกายด้านหัวใจและการเผาผลาญอาหารและการออกกำลังกายทางกายภาพ คล้ายกับการทำเป็นรายบุคคล ซึ่งจะได้รับการยืนยันว่าจะมีมากขึ้นดีกว่าการให้แนวทางไปโดยที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม โปรแกรมดังกล่าวควรรวมถึงการสนับสนุนทางสังคม และ เทคนิค การจัดการตนเอง มีการติดตามผลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง สำหรับการปรับปรุงในระยะยาว สำหรับในบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การช่วยอำนวยความสะดวกโปรแกรมจากเพื่อนร่วมงานอาจช่วย และควรได้การตรวจสอบประเมินเมื่อนำไปใช้ในชุมชน

Lee EG, Choi JH, Kim KE, Kim JH.[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเดิน 12 สัปดาห์ ต่อการเพิ่มการจัดการตนเองและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเมตาบอลิซึม ในประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด31 คนผู้ป่วยจำนวน18 คน อยู่ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 13 คนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสอนที่เน้นเรื่องการจัดการตนเองร่วมกับ การออกกำลังโดยการดินซึ่งถูกจัดให้สามครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และได้รับคำปรึกษาสัปดาห์ละครั้งเกี่ยวกับหลักการการบริโภคอาหารและการเกิดโรค กลุ่มควบคุม โดยการสอนจะเน้นที่การจัดการตนเองในโรคเมตาโบลิกซินโดรม รวมทั้ง ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการสอนและการให้คำปรึกษาจะทำให้ได้ 12 ครั้งและกินเวลา 60 นาทีต่อเซสชั่น เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 1) บทนำสู่เมตาโบลิกซินโดรม 2) การออกกำลังกายและการวางท่าทาง 3) การเดินที่ถูกต้อง 4) อาหาร 5) แอลกอฮอล์ 6) การสูบบุหรี่ 7) ความเครียดในชีวิตประจำวัน 8) ความดันโลหิตสูง 9) น้ำตาลในเลือดสูง 10) ไขมันในเลือดสูง 11)ความอ้วน 12) ทบทวนเรื่องทั้งหมดการเดินออกกำลังกาย การปฏิบัติจะทำเป็น 3 ระยะคือ

ขั้นที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 เป็นขั้นตอนเริ่มต้น ที่อาสาสมัครเดินได้ 2-3 กิโลเมตร 30-40 นาที ที่การรักษา 40% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด

ขั้นที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3-4 คือขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เดิน 4-5 ก.ม. 50 นาทีขณะที่รักษา 50% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด

ขั้นตอนที่ 3 คือขั้นตอนการบำรุงรักษาที่ผู้เข้าร่วมเดิน 5-6 กิโล 50 นาทีในขณะที่การรักษาอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดที่ 60% ระยะเวลาที่ระบุไว้ข้างต้นไม่รวมช่วงเวลาอบอุ่นร่างกาย ที่จะต้องมีการยืดเหยียด และวิ่งเหยาะอยู่กับที่เป็นเวลา 5 นาที

ผลการศึกษา หลังจากระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองแสดงให้เห็นการปรับปรุงความสามารถในการจัดการตนเองด้าน สุขภาพเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และยังมีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างกันในด้าน ระดับน้ำตาลในเลือดไขมัน HDL-Cรอบเอว และระดับไตรกลีเซอไรด์ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการให้การศึกษาด้านสุขภาพการจัดการตนเองร่วมกับการจัดโปรแกรม เดินออกกำลังกายที่สามารถนำไปสู่การจัดการการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเมตาบอลิกซินโดรมสำหรับประชากรผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี

4.2 โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในเมืองไทย

โปรแกรมในเมืองไทยส่วนใหญ่จากการค้นคว้าใช้ทฤษฎีของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[11] ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยทราบปัญหาร่วมกันโดยมีการประเมินและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติและการพูดชักจูง การศึกษาส่วนใหญ่ในการจัดการตนเองในโรคอ้วนจะทำเป็นกิจกรรมกลุ่ม 4-6 ครั้ง มีการติดตามถึง 12 สัปดาห์ เนื้อหาที่ให้มี ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารผลกระทบของโรคอ้วนการฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายนการทำกลุมใช้เวลา 1-3 ชั่วโมง โทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ส่วนใหญ่ทำในชุมชนโดยรายละเอียดของการศึกษามีดังนี้

อรวรรณ ประภาศิลป์[12] ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองภาวะอ้วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มตัวอย่าง 90 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรีคัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มทดลอง 46 รายกลุ่มควบคุม 44 รายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและแนวคิดการจัดการตนเองกลุ่มควบคุมได้รับการ

พยาบาลตามปกติผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าโครงการ 12 สัปดาห์ และมีค่าดัชนีมวลกายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพศหญิงมีเส้นรอบวงเอวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนเพศชายมีเส้นรอบวงเอวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองนี้ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและสามารถลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้อย่างเหมาะสมโดยสร้างความเชื่อมั่นแก่บุคคลว่าสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ลดน้ำหนักและเส้นรอบวงเอวได้สำเร็จมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบด้วยการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมรวมทั้งหลักการในการจัดการตนเองเพื่อการลดน้ำหนักรวมทั้งการอภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกับการใช้ตัวแบบและฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องอาหารและออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนักเป็นการส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จโดยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนักการประเมินน้ำหนักตัวและเส้นรอบวงเอวของตนเองและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการเดินเร็วเพื่อการลดน้ำหนักการติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและเส้นรอบวงเอวการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการลดน้ำหนักเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดรวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นให้มีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและการให้คู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งเชื่อว่าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการลดน้ำหนักดีขึ้นและส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายเส้นรอบวงเอวลดลงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงรวมทั้งเพิ่มการหายของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในที่สุด

จุฑาวดี วงศ์สมบัติ, และสุนิดา ปรีชาวงษ์.[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน12 สัปดาห์การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินจำนวน 90 คนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกระบี่ โดยสุ่มชุมชน 3 ชุมชนจาก 8 ชุมชน เป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง 1 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการเดิน และกลุ่มทดลอง 2 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการฝึกชี่กง โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ประกอบด้วย การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติและการพูดชักจูง ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ สายวัด เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ และเครื่องชั่งน้ำหนัก ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของกลุ่มตัวอย่าง (ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิค ของกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ไม่แตกต่างกัน ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการออกกำลังกายโดยการเดิน ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นออกกำลังกายโดยการฝึกชี่กง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ประกอบด้วย การสร้างความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบร่วมในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการโทรศัพท์ติดตาม พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ

การจัดกิจกรรมดังกล่าวแบ่งเป็น 6 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำพอเหมะแต่ไม่ต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี ใน 1 วัน และการออกกำลังกาย พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้เวลาในการเดินออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และการฝึกจับชีพจรที่ข้อมือ ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 ออกกำลังกายโดยการฝึกชี่กง ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ท่าปรับลมปราณ ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าอินทรีทะยานฟ้า และท่าลมปราณซ่านกายา แต่ละท่าให้ทำซ้ำๆกัน 5-10 นาที ฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที กิจกรรมที่ 2 และ 3 ซึ่งจัดขึ้นในสัปดาห์แรกและครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 5 เป็นการทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายพร้อมทั้งมีฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ส่วนครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย บันทึกเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต

สรุป โปรแกรมนี้ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ประกอบด้วย การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติและการพูดชักจูง ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ จัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การฝึกปฏิบัติ

ในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีการออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้งการฝึกจับชีพจรที่ข้อมือโทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ

ศศิธร อุตสาหกิจ.[14] ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อ *พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน* การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่อาศัยในพื้นที่ตำบลคลองยาง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายโยคะและการควบคุมอาหารโดยใช้การรับประทานอาหารหลักสมดุลภายใน 12 สัปดาห์ จัดกิจกรรมที่ครอบคลุมประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การได้เห็นตัวแบบทั้งตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ การชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดและสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยภาพหลังการทดลอง พบว่าสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) มีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)และในกลุ่มทดลองสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก ค่าดัชนีมวลกายลดลงจากเดิม และเมื่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวยังคงอยู่ จะทำให้สตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับเกณฑ์มาตรฐาน

สรุปโปรแกรมนี้ ทำเป็นกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้งๆ ละ2-3 ชั่วโมงการให้ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายโยคะและการควบคุมอาหารโดยใช้การรับประทานอาหารหลักสมดุลภายใน 12 สัปดาห์ การให้โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและแผ่น CD-ROM ให้กับกลุ่มทดลองฝึกทักษะในการออกกำลังกายแบบโยคะหลักการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การได้เห็นตัวแบบทั้งตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ การชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดและสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ มี

กุสุมา เถาะสุวรรณ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนจากโรงเรียนหล่ม

สักวิทยาคม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนจากโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างความสามารถของตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้คำแนะนำตามปกติ โปรแกรมสร้างเสริมความสามารถของตน เป็นหนึ่งวิธีที่จะสร้างเสริมให้นักเรียนมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น ทั้งยังช่วยให้นักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามความเหมาะสมกับความสามารถของตน ประกอบไปด้วยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ 1) ความสำเร็จในการกระทำ 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การปฏิบัติตน ภายหลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างความสามารถของตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้คำแนะนำตามปกติ โปรแกรมสร้างเสริมความสามารถของตนเป็นหนึ่งวิธีที่จะสร้างเสริมให้นักเรียนมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น ทั้งยังช่วยให้นักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามความเหมาะสมกับความสามารถของตน ประกอบไปด้วยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ 1) ความสำเร็จในการกระทำ 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด4) สภาวะทางกายและอารมณ์ เป็นโปรแกรม 4 สัปดาห์ซึ่งแต่มีการติดตามผล ไปถึงสัปดาห์ที่ 12 โดยมีการติดตามเยี่ยมผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา โดยมีการประเมินตนเอง ตั้งเป้าหมายร่วมกันการประเมินภาวะการเจริญเติบโตด้วยตนเองชมวิดีทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและทำกิจกรรมเสริมสร้างความมั่นใจด้วยกิจกรรมชุด “ลงเรือลำเดียวกัน” หลังจากนั้นทำการค้นหานิสัยบริโภคของตนเองโดยมอบหมายให้จดบันทึกข้อมูลลักษณะการบริโภคที่บ้านใน 1 สัปดาห์ โดยให้ความรู้เรื่องสารอาหารและพลังงานที่ร่างกายต้องการ วิธีการคิดพลังงานรวมในแต่ละวันแนะนำคู่มือชนิดอาหารแต่ละชนิดใช้สื่อการสอน “อาหารสัญญาณไฟ”นำแบบบันทึกทุกคนมาวิเคราะห์เพื่อให้ทราบสิ่งที่เป็นปัญหาเรื่องบริโภคของแต่ละคนซักถามและเสนอแนะแนวทางการปรับเปลี่ยนเมนูใช้สิ่งแวดล้อมและนโยบายโดยได้รับ ร่วมมือจากทางโรงเรียนในการติดภาพอาหารพร้อมแสดงพลังงานที่จำหน่ายอาหารและงดจำหน่ายน้ำอัดลมและอาหารไขมันสูงให้ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวออกกำลังกายนำเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความสามารถของตนในการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกายได้สำเร็จแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตนร่วมกันฝึกออกกำลังกาย ให้นักเรียนไปวางแผนการรับประทานอาหารและจดบันทึกการ มีการคลายความเครียดแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดหลังจากนั้นแจกแบบตรวจสอบกิจกรรมอีก 4 สัปดาห์โทรศัพท์และเยี่ยมบ้านเตือน1 ครั้งเพื่อประเมินความก้าวหน้า

อย่างไรก็ตาโปรแกรมการลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วนที่กล่าวมาข้างต้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำเองโดยมีบางท่านไปใช้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ช่วยซึ่งลักษณะโปรแกรมที่มีอยู่

Petroni M.[16] สรุปว่าโปรแกรมโรคอ้วนว่ามีสองแบบคือ 1) The triple tier model จากประเทศอังกฤษเป็นรูปแบบที่เพิ่มการรับรู้สมรรถนะสำหรับการควบคุมน้ำหนัก ในการดูแลระดับปฐมภูมิ เน้นการควบคุมน้ำหนักมากกว่าการจัดการโรค 2) The hub and spoke model จากประเทศอิตาลี ระดับของการดูแลแบบนี้จะบูรณาการกับผู้ป่วยที่ศูนย์แพทย์เฉพาะทาง เน้นการดูแลเฉพาะตั้งแต่การวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ส่งมาจากศูนย์ย่อยเพื่อการรักษาที่ความต่อเนื่องของการรักษาและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สรุปโปรแกรมการลดน้ำหนักในหลายกลุ่มอายุมีการทำกิจกรรมกลุ่มต่างกัน แต่จะมีการติดตามผู้เข้าร่วมในโปรแกรมไปจนถึง 12 สัปดาห์ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวอย่างยั่งยืนซึ่ง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราประกอบด้วย การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติและการพูดชักจูง บุคลากรทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก นอกจากนั้นก็จะมีการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนั้นในการจัดทำโปรแกรมจึงต้องสอดแทรกแทรกตัวแปรทั้งสามตัวเข้าในโปรแกรมการทดลองการสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม ที่สำคัญ 7 เรื่องคือ

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นผู้เข้าร่วมอย่างแข็งขันและเป็นหุ้นส่วน (active participants) มีการฝึกวางแผนที่เน้นเป้าหมายอย่างแข็งขัน มีการส่งเสริมให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยโค้ช

2) การให้ข้อมูล (Providing information)

3) การสอนทักษะที่เกี่ยวข้องเงื่อนไขหรือปัญหาของผู้ป่วย

4) ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพ

5) สอนทักษะการแก้ไขปัญหา

6) ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ผลกระทบทางอารมณ์จาการมีภาวะโรคเรื้อรัง

7) มีการติดตามการดูแลรักษาอย่างยั่งยืน

5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเมตาโบลิกซินโดรม

ในต่างประเทศมีการทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในโรคอ้วนและสามารถนำผลมาประยุกต์ใช้ได้เพราะผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรมในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนมากและการนำรูปแบบการดูแลมาใช้ที่เน้นเรื่องการจัดการเรื่องอาหารมากขึ้น การมีกิจกรรมทางร่างกาย ก็จะทำให้การจัดการน้ำหนักเป็นไปได้ดีนอกจากนั้นการใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเป็นแนวคิดในการทำงานจะทำให้ การดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลที่ได้มาจากการลงทะเบียนเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นทำให้มีการเชื่อมโยงการจัดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ดีขึ้นเพราะจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม ที่สำคัญ 7 เรื่องคือ

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นผู้เข้าร่วมอย่างแข็งขันและเป็นหุ้นส่วน(active participants)

2) การให้ข้อมูล (Providing information)

3) การสอนทักษะที่เกี่ยวข้องเงื่อนไขหรือปัญหาของผู้ป่วย

4) ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพ

5) สอนทักษะการแก้ไขปัญหา

6) ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ผลกระทบทางอารมณ์จาการมีภาวะโรคเรื้อรัง

7) มีการติดตามการดูแลรักษาอย่างยั่งยืน

มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันมีการติดตามและการสนับสนุน อย่างต่อเนื่องรวมทั้งการส่งเสริมการจัดตั้งเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง

นอกจากนั้นยังพบการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนมาใช้ในการคุมน้ำหนักตัวซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมมีกระบวนการจัดการตนเองที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองพบการศึกษาในเมืองไทย 1 เรื่องสร้างขึ้นโดยอาศัยโมเดลการจัดการตนเองแบบ 5A ประกอบไปด้วย 1) การตั้งค่าเป้าหมายที่เป็นไปได้ 2) การสำรวจเงื่อนไข และอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย 3) การประเมินอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย 4) วางแผนให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายในการเริ่มต้นมีการส่งเสริมด้านจิตใจ 5) การประเมินความคืบหน้าการจัดโปรแกรมในการลดความอ้วนส่วนใหญ่จะเน้นเรื่อง การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย บางโปรแกรมยังมีการสอนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะเมตาโบลิกซินโดรม ปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และความอ้วน

สำหรับเมืองไทยส่วนใหญ่จากการค้นคว้าพบว่าใช้ทฤษฎีของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura มาเป็นแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมนี้ ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุน 4 ประการ 1) ความสำเร็จในการกระทำ 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะทางกายและอารมณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศรชำนิ, อรพินท์ มุกดาดิลก, นิตยา จันทร์เรืองมหาผล. แผนและยุทธศาสตร์ของไทยในสทศวรรษ: เมตาบอลิกซินโดรมวารสารวิชาการสาธารณสุข. 2554; 20 (2):181-207.
2. วันดี คหะวงศ์.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีไขมันในเลือดสูง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
3. พวงทอง อินใจ, พิสิษฐ์พิริยาพรรณ, และเวธกา กลิ่นวิชิต.การศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตะบอลิคการรับรู้พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา. การพยาบาลและการศึกษา, 2553; 3(2), 86-98.
4. รวิชา หงส์โรจนภาคย์. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน.พยาบาลสาร. 2546; 30(2), 41-56.
5. Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al. Kansas Primary Care Weighs In: A Pilot Randomized Trial of a Chronic Care Model Program for Obesity in 3 Rural Kansas Primary Care Practices. The Journal of Rural Health. 2008;24(2):125-32.
6. Chen E, Bodenheimer T. Applying the Chronic Care Model to the Management of Obesity. Obesity Management. 2008 Oct 2008;4(5):227-31.
7. Linchong P, Nattaya S, Pikul B, &Sirirat P. Effects of a Self-management Support Program for Thai People Diagnosed with Metabolic Syndrome. 2013; Pacific Rim Int J Nurs Res, 17(4) 371-383.
8. Pettman TL, Misan GM, Owen K, Warren K, Coates AM, Buckley JD, et al. Self-management for obesity and cardio-metabolic fitness: description and evaluation of the lifestyle modification program of a randomised controlled trial. The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2008;5:53.
9. Vinkers CD, Adriaanse MA, Kroese FM, de Ridder DT. Efficacy of a self-management intervention for weight control in overweight and obese adults: a randomized controlled trial. Journal of behavioral medicine. 2014;37(4):781-92.
10. Lee EG, Choi JH, Kim KE, Kim JH. Effects of a Walking Program on Self-management and Risk Factors of Metabolic Syndrome in Older Korean Adults.Journal of physical therapy science. 2014;26(1):105-9.
11. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997
12. อรวรรณ ประภาศิลป์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. พยาบาลสาร. 2556; 40 (1):34-48

13. จุฑาวดี วงศ์สมบัติ, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,ฉบับพิเศษ. 2553; 57-72.
14. ศศิธร อุตสาหกิจ. ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. (วิทยานิพนธ์) พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
15. กุสุมา เถาะสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อการปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร2549; 1(1), 32-46.
16. Petroni M. Chronic Care Models for Obesity Management. In: Capodaglio P, Faintuch J, Liuzzi A, editors. Disabling Obesity: Springer Berlin Heidelberg; 2013. p. 285-99.

---

2) ผลการสืบค้นและการวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วย เบาหวานและเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน (Prediabetes)

ผลการศึกษาได้ในรูปแบบการบรรยายประกอบตารางโดยเป็น ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
5. การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
7.สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วย เบาหวานและเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด 500 เรื่อง งานวิจัยจำนวน400เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาครั้งนี้ และมีงานวิจัยจำนวน 97 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก งานวิจัย แบ่งเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) 13 เรื่อง การจัดการตนเอง (self-management) 47 เรื่อง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) 28 เรื่อง

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ แบ่งตามระดับงานวิจัยได้ดังนี้ Meta-analysis 1 เรื่องsystematic review 9 เรื่อง RCT 36 เรื่อง Quasi experimental 19 เรื่อง experimental 5 เรื่อง Prospective study 4 เรื่อง Descriptive study 14 เรื่อง Qualitative study 4 เรื่อง Review 5 เรื่อง ดังตาราง

ตารางสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองและการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Springer link	1. Cherrington A, Wallston KA, Rothman RL. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. Journal of behavioral medicine. 2010; 33(1):81-9.	Descriptive study
PubMed	2. Fort M, Alvarado-Molina N, Pena L, Mendoza Montano C, Murrillo S, Martinez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San Jose, Costa Rica and Tuxtla Gutierrez, Mexico. BMC Family Practice. 2013;14(1):131.	Descriptive study
Springer link	3. Huffman FG, Vaccaro JA, Gundupalli D, Zarini GG, Dixon Z. Acculturation and Diabetes Self-management of Cuban Americans: Is Age a Protective Factor? Ageing International. 2012;37(2):195-209.	Descriptive study
Springer link	4. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. BMC health services research. 2008; 8:214.	Qualitative study
Springer link	5. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Family Practice. 2013;14(1):1-6.	Descriptive study
Springer link	6. Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart DE. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. BMC health services research. 2008;8(1):33.	Descriptive study

Springer link	7.Hinder S, Greenhalgh T. This does my head in Ethnographic study of self-management by people with diabetes. BMC health services research. 2012;12(1):83.	Descriptive study
	8. Glasgow RE, Fisher L, Skaff M, Mullan J, Toobert DJ. Problem Solving and Diabetes Self-Management: Investigation in a large, multiracial sample. Diabetes Care. 2007;30(1):33-7.	Descriptive study
PubMed	9. Venkatesh S, Weatherspoon L. Social and health care provider support in diabetes self-management. American journal of health behavior. 2013;37(1):112-21.	Descriptive study

งานวิจัยที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยในการจัดการตนเองและการสนับสนุนการจัดการตนเองมีทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานวิจัย Descriptive study 8 เรื่อง งานวิจัย Qualitative study 1 เรื่อง

ตารางสรุปเปเปอร์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(Chronic care model)

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
highwire	1. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health affairs (Project Hope). 2009;28(1):75-85.	Systematic review Level I
Highwire	2. Lee A, Siu CF, Leung KT, Lau LC, Chan CC, Wong KK. General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle behaviours of diabetic care: randomised control trial of a chronic care model. Postgrad Med J. 2011;87(1032):688-93.	RCT Level II
DOA	3. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. Diabetes Care. 2006;29(4):811-7.	RCT Level II
Highwire	4. Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM, Songer T, Siminerio LM, Korytkowski MM, et al. 3-year follow-up of clinical and behavioral improvements following a multifaceted diabetes care intervention: results of a randomized controlled trial. Diabetes Educator. 2010;36(2):301-9.	RCT Level II
ScienceDirect	6. Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. Contemporary Clinical Trials. 2009;30(4):366-74.	RCT Level II
PubMed	6. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the Chronic Care Model: an evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. Diabetes	RCT Level II

	Care. 2008;31(6):1150-4.	
Springer link	7. Glasgow REPD, Funnell MMMSRNCDE, Bonomi AEMPH, Davis CRNMNARNP, Beckham VBSN, Wagner EHMDMPH. Self-Management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. Annals of Behavioral Medicine. 2002;24(2):80-7.	experimental Level III
Proquest	8.Khan, Mohammad A., Evans, Arthur T., & Shah, Sejal. (2010). Caring for uninsured patients with diabetes: designing and evaluating a novel chronic care model for diabetes care. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(4), 700-706. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01178.x	Cohort Prospective study IV
Ovid	9. Hariharan JMD, Tarima SP, Azam LMBA, Meurer JMDMBA. Chronic Care Model As a Framework to Improve Diabetes Care at an Academic Internal Medicine Faculty-Resident Practice. Journal of Ambulatory Care Management January/March. 2014;37(1):42-50.	Qualitative study V
Highwire	10. Kuo S, Bryce CL, Zgibor JC, Wolf DL, Roberts MS, Smith KJ. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for diabetes care in a military population. J Diabetes Sci Technol. 2011;5(3):501-13.	Qualitative study Level V
BMC	11. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health Services Research. 2009; 9(1):1-14.	Qualitative study Level V
Highwire	12. Siminerio LM. The Role of Technology and the Chronic Care Model. Journal of Diabetes Science and Technology. 2010;4(2):470-5.	Review Level VII
Sage	13. Siminerio LM, Drab SR, Gabbay RA, Gold K, McLaughlin S, Piatt GA, et al. Diabetes educators: implementing the chronic care model. The Diabetes educator. 2008;34(3):451-6.	Review Level VII

Chronic care model มีทั้งหมด 13 เรื่อง systematicreview 1 เรื่อง RCT 5 เรื่อง Review 2เรื่อง Qualitative study 3 เรื่อง prospective study 1 เรื่อง experimental 1 เรื่อง

ตารางสรุปเปเปอร์การสนับสนุนการจัดการตนเอง

(self-managemnet support)

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Springer link	1. Brownson CA, Heisler M. The Role of Peer Support in Diabetes Care and Self-Management. The Patient: Patient-Centered Outcomes Research. 2009;2(1):5-17.	Systematic review
Science Direct	2. Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, et al. Twelve-month outcomes of an Internet-based diabetes self-management support program. Patient Education & Counseling. 2012;87(1):81-92.	RCT Level II
Ovid	3. McKay HG, Glasgow RE, Feil EG, Boles SM, Barrera M, Jr. Internet-Based Diabetes Self-Management and Support: Initial Outcomes From the Diabetes Network Project. Rehabilitation Psychology. 2002;47(1):31-48.	RCT Level II
ScienceDirect	4. Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK. Using RE-AIM Metrics to Evaluate Diabetes Self-Management Support Interventions. American Journal of Preventive Medicine. 2006;30(1):67-73.	RCT Level II
Highwire	5. Handley MA, Shumway M, Schillinger D. Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. Ann Fam Med. 2008;6(6):512-8.	RCT Level II
Springerlink	6. van Olmen J, Ku GM, van Pelt M, Kalobu JC, Hen H, Darras C, et al. The effectiveness of text messages support for diabetes self-management: protocol of the TEXT4DSM study in the democratic Republic of Congo, Cambodia and the Philippines. BMC Public Health. 2013;13:423.	RCT Level II
PubMed	7. McEwen MM, Pasvogel A, Gallegos G, Barrera L. Type 2 diabetes self-management social support intervention at the U.S.-Mexico border. Public Health Nursing. 2010;27(4):310-9.	RCT Level II
Ovid	8. Schillinger D, Handley M, Wang F, Hammer H. Effects of self-management support on structure, process, and	RCT Level II

	outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial. Diabetes Care. 2009;32(4):559-66.	
CINALH	9. Siminerio L, Ruppert KM, Gabbay RA. Who Can Provide Diabetes Self-Management Support in Primary Care?: Findings From a Randomized Controlled Trial. Diabetes Educator. 2013;39(5):705-13.	RCT Level II
PubMed	10. van Dijk de Vries A, van Bokhoven MA, Terluin B, van der Weijden T, van Eijk JT. Integrating nurse-led Self-Management Support (SMS) in routine primary care: design of a hybrid effectiveness-implementation study among type 2 diabetes patients with problems of daily functioning and emotional distress: a study protocol. BMC Fam Pract. 2013;14(1):77.	RCT Level II
Proquest	11. Sae-Sia W, Maneewat K, Kurniawan T. EFFECT OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON DIABETIC FOOT CARE BEHAVIORS. International Journal of Research in Nursing. 2013;4(1):14-21.	RCT Level II
Ovid	12. Sarkar U, Handley MA, Gupta R, Tang A, Murphy E, Seligman HK, et al. Use of an interactive, telephone-based self-management support program to identify adverse events among ambulatory diabetes patients. Journal of general internal medicine. 2008;23(4):459-65.	RCT Level II
PubMed	13. Ratanawongsa N, Handley MA, Quan J, Sarkar U, Pfeifer K, Soria C, et al. Quasi-experimental trial of diabetes Self-Management Automated and Real-Time Telephonic Support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: study protocol. BMC Health Serv Res. 2012;12:22.	Quasi experimental Level III
PubMed	14.Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, et al. Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. Primary Care Diabetes. 2009;3(2):103-9.	Quasi experimental Level III

PubMed	15.Nes AAG, van Dulmen S, Eide E, Finset A, Kristjansdottir OB, Steen IS, et al. The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. Diabetes Research & Clinical Practice. 2012;97(3):385-93.	Experiment Level III
PubMed	16.Comellas M, Walker EA, Movsas S, Merkin S, Zonszein J, Strelnick H. Training community health promoters to implement diabetes self-management support programs for urban minority adults. The Diabetes educator. 2010;36(1):141-51.	Experiment Level III
PubMed	17.Tang TS, Funnell MM, Noorulla S, Oh M, Brown MB. Sustaining short-term improvements over the long-term: Results from a 2-year diabetes self-management support (DSMS) intervention. Diabetes Research & Clinical Practice. 2012;95(1):85-92.	Experimental Level III
CINALH	18.Tang TS, Funnell MM, Oh M. Lasting effects of a 2-year diabetes self-management support intervention: outcomes at 1-year follow-up. Preventing Chronic Disease. 2012;9:E109-E.	Prospective study Level IV
PubMed	19.Tang, T. S., Sohal, P. S., &Garg, A. K. (2013). Evaluating a diabetes self-management support peer leader training programme for the English- and Punjabi-speaking South-Asian community in Vancouver. Diabet Med, 30(6), 746-752. doi: 10.1111/dme.12179	Cohort study Level IV
PubMed	20.Tang TS, Gillard ML, Funnell MM, Nwankwo R, Parker E, Spurlock D, et al. Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions: a preliminary report. Diabetes Educator. 2005;31(1):91-7.	Prospective study Level IV
PubMed	21.Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al. Peer Support For Self-Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings. Health Affairs. 2012;31(1):130-9.	Descriptive study Level VI
Ovid	22.Hess R, Bryce CL, Paone S, Fischer G, McTigue KM,	Descriptive

	Olshansky E, et al. Exploring challenges and potentials of personal health records in diabetes self-management: implementation and initial assessment. Telemedicine Journal & E-Health. 2007;13(5):509-17.	study Level VI
Ovid	23.Ratanawongsa N, Bhandari VK, Handley M, Rundall T, Hammer H, Schillinger D. Primary care provider perceptions of the effectiveness of two self-management support programs for vulnerable patients with diabetes. Journal of Diabetes Science & Technology. 2012;6(1):116-24.	Descriptive study Level VI
CINALH	24. Heisler M. From research to practice/DSME support. Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. Diabetes Spectrum. 2007;20(4):214-21.	Reviews Level VII

การสนับสนุนการจัดการตนเองมีงานวิจัยทั้งสิ้น 24 เรื่อง แบ่งเป็น systematic review 1 เรื่อง RCT 11 เรื่อง quasi experimental 2 เรื่อง experiment 3 เรื่อง prospective study 3 เรื่อง descriptive study 3 เรื่อง review 1 เรื่อง

ตารางสรุปเปเปอร์การจัดการตนเอง

(self-management)

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Science Direct	1. Minet L, Moller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. Patient education and counseling. 2010;80(1):29-41.	Meta-analysis Level I
BioMed Central	2. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Muhlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. Diabetologia. 2007;50(7):1375-83.	Systematic review Level I
SpingerLink	3. El-Gayar O, Timsina P, Nawar N, Eid W. A systematic review of IT for diabetes self-management: are we there yet? International journal of medical informatics. 2013;82(8):637-52.	Systematic review Level I
Science direct	4. Welch G, Shayne R. Interactive behavioral technologies and diabetes self-management support: recent research findings from clinical trials. Current diabetes reports. 2006;6(2):130-6.	Systematic review Level I
PubMed	5. Osborn CY, Mayberry LS, Mulvaney SA, Hess R. Patient web portals to improve diabetes outcomes: a systematic review. Current diabetes reports. 2010;10(6):422-35.	Systematic review Level I
BMJ	6 Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. Journal of community health. 2011; 36(5):883-93.	Systematic review Level I
Science direct	7. Wong-Rieger D, Rieger FP. Health coaching in diabetes: empowering patients to self-manage. Can J Diabetes. 2013;37(1):41-4.	Systematic review Level I
Springer link	8. Steinsbekk A, Rygg LO, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis.	Systematic review Level I

	BMC health services research. 2012; 12:213.	
PubMed	9. Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. Journal of occupational rehabilitation. 2013;23(2):189-99.	RCT Level II
PubMed	10. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. Journal of diabetes and metabolic disorders. 2012;11(1):6.	RCT Level II
PubMed	11. King DK, Estabrooks PA, Strycker LA, Toobert DJ, Bull SS, Glasgow RE. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2006;31(2):128-37.	RCT Level II
SAGE	12. Estabrooks PA, Nelson CC, Xu S, King D, Bayliss EA, Gaglio B, et al. The Frequency and Behavioral Outcomes of Goal Choices in the Self-management of Diabetes. The Diabetes educator. 2005;31(3):391-400.	RCT Level II
PubMed	13.Fisher L, Polonsky WH, Parkin CG, Jelsovsky Z, Petersen B, Wagner RS. The impact of structured blood glucose testing on attitudes toward self-management among poorly controlled, insulin-naive patients with type 2 diabetes. Diabetes research and clinical practice. 2012;96(2):149-55.	RCT Level II
Proquest	14.Hawkins SY. Improving glycemic control in older adults using a videophone motivational diabetes self-management intervention. Res Theory Nurs Pract. 2010;24(4):217-32.	RCT Level II
Springer Link	15. Glasgow RE, Strycker LA, Kurz D, Faber A, Bell H, Dickman JM, et al. Recruitment for an internet-based diabetes self-management program: scientific and ethical implications. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2010;40(1):40-8.	RCT Level II

PubMed	16. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. Journal of behavioral medicine. 2004;27(5):477-90.	RCT Level II
BMC	17. Liu S, Bi A, Fu D, Fu H, Luo W, Ma X, et al. Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012;12:1043.	RCT Level II
SAGE	18. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H. Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. Health Educ Behav. 2014;41(2):145-54.	RCT Level II
PubMed	19. Moskowitz D, Thom DH, Hessler D, Ghorob A, Bodenheimer T. Peer coaching to improve diabetes self-management: which patients benefit most? Journal of general internal medicine. 2013;28(7):938-42.	RCT Level II
Springer Link	20.Rosenbek Minet LK, Wagner L, Lonvig EM, Hjelmborg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. Diabetologia. 2011;54(7):1620-9.	RCT Level II
Science Direct	21. Williams GC, McGregor H, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL, Elder D. Promoting glycemic control through diabetes self-management: evaluating a patient activation intervention. Patient education and counseling. 2005;56(1):28-34.	RCT Level II
PubMed	22. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health services research. 2007;42(4):1443-63.	RCT Level II

Springer link	23. Debussche X, Collin F, Fianu A, Balcou-Debussche M, Fouet-Rosiers I, Koleck M, et al. Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island. Cardiovascular diabetology. 2012;11:91.	RCT Level II
PubMed	24.Rothschild SK, Martin MA, Swider SM, Lynas CT, Avery EF, Janssen I, et al. The Mexican-American Trial of Community Health workers (MATCH): design and baseline characteristics of a randomized controlled trial testing a culturally tailored community diabetes self-management intervention. Contemporary clinical trials. 2012;33(2):369-77.	RCT Level II
Springer link	25. Sinclair KA, Makahi EK, Shea-Solatorio C, Yoshimura SR, Townsend CK, Kaholokula JK. Outcomes from a diabetes self-management intervention for Native Hawaiians and Pacific People: Partners in Care. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2013;45(1):24-32.	RCT Level II
PubMed	26. Rosal MC, White MJ, Restrepo A, Olendzki B, Scavron J, Sinagra E, et al. Design and methods for a randomized clinical trial of a diabetes self-management intervention for low-income Latinos: Latinos en Control. BMC medical research methodology. 2009;9:81.	RCT Level II
PubMed	27. Hill-briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang Y-t, Hill MN, et al. Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on Diabetes Control in a Low Income Patient Sample. Journal of general internal medicine. 2011;26(9):972-8.	RCT Level II
Springer Link	28. Ritzwoller DP, Sukhanova AS, Glasgow RE, Strycker LA, King DK, Gaglio B, et al. Intervention costs and cost-effectiveness for a multiple-risk-factor diabetes self-management trial for Latinas: economic analysis of inverted exclamation markViva Bien! Translational	RCT Level II

	behavioral medicine. 2011;1(3):427-35.	
Springer Link	29. Molsted S, Tribler J, Poulsen PB, Snorgaard O. The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with Type 2 diabetes. A community-based study. Health Education Research. 2012;27(5):804-13.	Descriptive study
BMJ	30. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005;2.	Review VII
Springer link	31. Jortberg BT, Miller BF, Gabbay RA, Sparling K, Dickinson WP. Patient-centered medical home: how it affects psychosocial outcomes for diabetes. Current diabetes reports. 2012;12(6):721-8.	Review Level VII

สรุป รวมพบงานทั้งสิ้น 31 เรื่อง แยกเป็นประเภทดังนี้meta-analysis 1 เรื่องsystematic review 7 เรื่อง RCT 20เรื่อง descriptive study 1 เรื่อง review 2 เรื่อง

ตารางสรุปงาน วิจัยเบาหวานจาก ThaiLis

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
ThaiLis	1.กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา.ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. (วิทยานิพนธ์) นครศรีธรรมราช:มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2554.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	2.ทัศนีย์ ขันทอง, พัชรี คมจักรพันธุ์, และแสงอรุณ อิสระมาลัย.ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล. 2556;28(1):85-100.	Quasi-experimental
ThaiLis	3.ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์, พัชรี อ่างบุญตา และลินจง โปธิบาล.ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร. 2555; 39(3): 93-104.	Experimental
ThaiLis	4.จิราพร นิลสุ, และรัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนต่อระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556;21(3): 1-13.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	5.วราภรณ์ ดีเสียง.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	6.ชดช้อย วัฒนะ.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	7. เสาวลักษณ์ คูณทวี.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	8.ปริชาติ ทองสาลี.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.(วิทยานิพนธ์)กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์	Quasi-experimental Level III

	มหาวิทยาลัย; 2550.	
ThaiLis	9.วราภรณ์ ดีเสียง และสุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552; 20(2):27-39.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	10.ศันสนีย์ กองสกุล. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์) ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	11.สำอางค์ เวียงนนท์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2553; 28(4):5-14.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	12.สุชาดา คงหาญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2. (วิทยานิพนธ์) นครศรีธรรมราช: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	13. จินตนา ทองเพชร. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556;4(2): 69-78.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	14.มนตรี คำรังษี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดใหม่ 2 รายใหม่. โรงพยาบาลสกลนคร. 2556;15(1):43-54.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	15.ภาวนา กีรติยุตวงศ์, ยุพิน เมืองศิริ, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อค่าน้ำตาลสะสม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 21(1): 37-51.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	16.ภาวนา กีรยุตวงศ์, และสมจิต หนูเจริญกุล.โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nursing Journal. 2553;16(2): 85-97.	Experimental Level III
ThaiLis	17.ภาวนา กีรติยุตวงศ์, และสมจิต หนุเจริญกุล. (2553). การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีสาร. 2553;16(2):	Descriptive Study Level VI

	293-307	
ThaiLis	18.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. (2555). การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555; 35(3): 26-36.	Descriptive Study Level VI
ThaiLis	19.นิภา วัธนเวคิน. การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน.รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2550; 13(2): 97-105.	Descriptive Study Level VI
ThaiLis	20.ฉัตรประอรงามอุโฆษ, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, และน้ำเพชร สายบัวทอง.(2551).การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม.รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2551; 14(3): 289-297.	Descriptive Study Level VI

รวมงานวิจัยจาก ฐานข้อมูล ThaiLis

จากงานวิจัย 20 เรื่องพบงานการสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 เรื่อง เป็นงานวิจัย quasi-experimental นอกจากนั้นเป็นงานวิจัย การจัดการตนเอง จำนวน 16 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัย quasi-experimental จำนวน 11 เรื่อง experimental 1 เรื่อง descriptive study จำนวน 4 เรื่อง

สรุป

1. งานวิจัยที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยในการจัดการตนเองและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งหมดมี 9 เรื่อง เป็นงานวิจัย descriptive study 8 เรื่อง งานวิจัย qualitative study 1 เรื่อง
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model)

   มีทั้งหมด 13 เรื่อง systematic review 1 เรื่อง RCT 5 เรื่อง review 2 เรื่อง qualitative study 3 เรื่อง prospective study 1 เรื่อง experimental 1 เรื่อง
3. การจัดการตนเอง

   รวมพบงานทั้งสิ้น 31 เรื่อง แยกเป็นประเภทดังนี้

meta-analysis 1 เรื่อง systematic review 7 เรื่อง RCT 20 เรื่อง descriptive study 1 เรื่อง review 2 เรื่อง ฐานข้อมูล Thailist พบงานวิจัยการจัดการตนเอง 16 เรื่อง รวม 47 เรื่อง
4. การสนับสนุนการจัดการตนเอง

   มีงานวิจัยทั้งสิ้น 24 เรื่อง แบ่งเป็น systematic review 1 เรื่อง RCT 11 เรื่อง

quasi experimental 2 เรื่อง experiment 3 เรื่อง prospective study 3 เรื่อง descriptive study 3 เรื่อง reviews 1 เรื่องงานวิจัยจาก ฐานข้อมูล Thailist พบงานการสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 เรื่อง รวม 28 เรื่อง

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่ 1 หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้าของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	10
ระดับที่ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	36
ระดับที่ 3 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม	24
ระดับที่ 4 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5 หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	0
ระดับที่ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	22
ระดับที่ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	5
รวม	97

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

พบหลายปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง เช่น สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบทางอารมณ์ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการมีสมรรถนะแห่งตน การได้รับการพัฒนาในด้านสมรรถนะแห่งตน สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวาน มีแนวปฏิบัติในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ขัดขวางการสนับสนุนการจัดการโรค ได้แก่ การไม่ยอมรับว่าเป็นโรค การหมดหวัง การไม่รู้สึกว่ามีอาการ การได้รับยามากเกินไป น้ำหนักลด การไม่ได้รับดูแลจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้นยังพบว่าการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการอพยพย้ายถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ พฤติกรรมการจัดการ การจัดการตนเองยังถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ วัสดุอุปกรณ์ และ สภาพทางสังคมวัฒนธรรมภายในครอบครัว สถานที่ทำงานและชุมชน บางคนจัดการโรคเบาหวานของตนเองด้วยความชำนาญและมีความยืดหยุ่นมีการนำเอาความสามารถส่วนบุคคลมาใช้ ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมและระบบการดูแลสุขภาพ บางท่านอาจถูกจำกัดด้วยโรคร่วม ความสามารถทางปัญญา ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเชื่อมั่น แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ รวมทั้ง ความเชื่อค่านิยม สภาพเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา สภาวะทางจิตสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทีมผู้ดูแลสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงเมื่อมีการทำงานประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยในการพัฒนาแผนการดูแลการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงมีผลต่อการสนับสนุนการดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อการไม่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ความไม่สอดคล้องระหว่างเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับเวลาของโปรแกรม การย้ำเตือนเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะทางจากที่อยู่กับศูนย์ การมาพบแพทย์ การพึ่งพาครอบครัว ความรับผิดชอบในครอบครัว ความคุ้นเคยกับบริการ การได้รับข้อมูล ทัศนคติของผู้ป่วยต่อโปรแกรม ความรุนแรงของโรค โดยมีรายละเอียดของงานวิจัยดังนี้

Cherrington A, Wallston KA, Rothman RL[1] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะ ภาวะซึมเศร้า และการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่สอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18-85 ปี จำนวน 162 คน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกบริการปฐมภูมิ 2 แห่งคือ ของศูนย์การแพทย์ที่ Vanderbilt university และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย North Carolina ที่คลินิกทั้ง 2 แห่งในรัฐ Tennessee และ North Carolina

ผลการศึกษาพบว่าพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง อาการซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และ การควบคุมน้ำตาลในเลือดเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างเพศชายการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวกลางระหว่าง อาการซึมเศร้าและ การควบคุมน้ำตาลในเลือด

Fort M, Alvarado-Molina N, Pena L, Mendoza Montano C, Murrillo S, Martinez H.[2] ศึกษาปัจจัยที่ขัดขวางและสนับสนุนในการจัดการโรค ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 12 กลุ่ม ทำในประเทศเม็กซิโก เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำโฟกัสกรุฟ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ขัดขวางการสนับสนุนการจัดการโรค ได้แก่ การไม่ยอมรับว่าเป็นโรค การหมดหวัง การไม่รู้สึกว่ามีอาการ การได้รับยามากเกินไป น้ำหนักลด การไม่ได้รับดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ฯลฯ และปัจจัยสนับสนุนการจัดการโรคได้แก่ได้แก่ การสื่อสาร มีแนวปฏิบัติในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีสมรรถนะแห่งตน การได้รับการพัฒนาในด้านสมรรถนะแห่งตน

Huffman FG, Vaccaro JA, Gundupalli D, Zarini GG, Dixon Z.[3] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ ระดับ HbA1C glycemic control level, fasted plasma glucose,การรับประทานอาหารความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นCuban – Americans จำนวน 182 คนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ใน สหรัฐอเมริกาผลการศึกษาพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการอพยพย้ายถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

Furler et al.[4] ได้ศึกษาสภาวะด้านอารมณ์ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับบุคลากรทางสุขภาพซึ่งอาจจะสนับสนุนกระบวนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 52 คน หญิง 24 คน ชาย 26 คน อายุส่วนมากอยู่ระหว่าง 50 -80 ปี ได้รับความรู้จากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนหน้าเก็บข้อมูลที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่ม ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้งผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ผลจากการทำอภิปรายกลุ่ม ได้ 3หมวดใหญ่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันเป็นแนวคิดประกอบด้วยและกัน ดังนี้

1) การจัดการตนเองด้านอารมณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการตนเอง
2) วิธีการหลักที่ใช้ในการจัดการตนเอง (dominant approaches to self-management)
3) การสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ (support from health professionals for self-management)
4) ทุกกลุ่มอธิบายความสำคัญของ ” สิ่งแวดล้อมทางด้านอารมณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่กับการจัดการโรคเบาหวาน” และสิ่งที่ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องการการสนับสนุนจากบุคคลากรทางสุขภาพ วัฒนธรรมอาจมีอิทธิพลต่อการเชื่อมโยงแนวคิดนี้

Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, et al.[5]

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ กับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง และการควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และรับการรักษาที่ศูนย์บริการระดับ

ปฐมภูมิที่เซี่ยงไฮ้ในประเทศจีน โดยการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วนมี 222 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 274 คน คิดเป็นร้อยละ 81

ผลการศึกษาพบว่าการดูแลตนเองด้านโรคเบาหวานมีผลโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาล (ß=-.021, p=.007) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง (ß=.032, p<.001) การสนับสนุนทางสังคม (ß=.017, p=.009) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (ß=.014, p=.029) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโรคเบาหวาน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม (□=.032, p<.001)ความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (ß=-0.06, ß=-0.04, ß= -0.03, ตามลำดับ) มีผลทางอ้อมต่อระดับ HbA1C ผลการศึกษาสรุปว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และการมีระดับความเชื่อมั่นในตนเองสูง สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวาน ซึ่งเมื่อมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานจะมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart DE. [6] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองในเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์การศึกษาเบาหวานจำนวน 267 คนในโรงพยาบาลบริเวณชุมชนเมืองในเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์และเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ผู้ที่สูงอายุเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างวัยกลางคน (OR = 3.21, CI 1.46-7.06) ผู้ที่มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (OR = 3.25, CI 1.27-8.32) แต่พบน้อยในผู้ที่เกษียณอายุ (OR = 0.23, CI 0.09-0.57) หรือผู้ที่ว่างงาน (OR = 0.25, CI 0.13-0.52) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานเต็มเวลาและทำงานนอกเวลา ผู้ที่มีอาการที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับเบาหวานมาก มีอัตราการไม่เข้าร่วมน้อยกว่าผู้ที่มีอาการน้อย (OR = 0.78, CI 0.65-0.94) สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ความไม่สอดคล้องระหว่างเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับเวลาของโปรแกรม การย้ำเตือนเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะทางจากที่อยู่กับศูนย์ การมาพบแพทย์ การพึ่งพาครอบครัว ความรับผิดชอบในครอบครัว ความคุ้นเคยกับบริการ การได้รับข้อมูล การ ให้ความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือกับกิจกรรมการจัดการตนเอง ทัศนคติ ได้แก่ การเรียงลำดับความสำคัญ และการเพิกเฉยในการตัดสินของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และการตัดสินความรุนแรงของโรคจากแพทย์

Hinder S, Greenhalgh T[7] ศึกษาโดยใช้การสังเกตโดยตรงว่าผู้ป่วยอยู่กับโรคเบาหวานอย่างไรเมื่ออยู่กับครอบครัวและชุมชนและระบุอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบที่มีผลต่อการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30 คน ผู้ป่วย 15 คนเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อีก 15 คนเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สถานที่เก็บข้อมูลเป็นเขตบริการสุขภาพจำนวน 4 เขต ใน northern England เก็บข้อมูลระหว่างปี 2008 ถึง 2011

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองประกอบด้วยการปฏิบัติและความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ การสังเกตตนเอง การวางแผน การปรับยา และ สังคมอารมณ์ เช่น การปรับตัวกับความเจ็บป่วย การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เข้ามา การเจรจาต่อรองกับแหล่งบริการหรือแหล่งประโยชน์ การจัดการตนเองเป็นการทำงานที่หนักและได้ถูกนำไปใช้หรือถูก จำกัดด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ วัสดุอุปกรณ์ และสภาพทางสังคมวัฒนธรรมภายในครอบครัว สถานที่ทำงานและชุมชนบางคนจัดการโรคเบาหวานของตนเองด้วยความชำนาญและมีความยืดหยุ่นมีการนำเอาความสามารถส่วนบุคคลมาใช้ ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมและระบบการดูแลสุขภาพ บางท่านอาจถูกจำกัดโดยโรคร่วม ความสามารถทางปัญญาปัจจัยทางจิตวิทยาเช่น ความเชื่อมั่น การปฏิเสธ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลที่ตามมาของความพยายามในการจัดการตนเองมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถของบุคคลและแรงจูงใจที่จะดำเนินการต่อ

Jortberg BT, Miller BF, Gabbay RA, Sparling K, Dickinson WP.[8] ได้ศึกษาประเด็นสำคัญเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของเบาหวานในชุมชน ได้แก่ประเด็นทางจิตสังคม หลักฐานการสนับสนุนและการดูแลแบบผสมผสานสำหรับเบาหวานที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และผลกระทบต่อการพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่าระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพขึ้นจะเกิดได้จากการที่ผู้จัดการการดูแลเริ่มปฏิบัติการโดยประสานความร่วมมือไปยังระบบการดูแลสุขภาพ จัดแบ่งเวลาระหว่างการติดตามเยี่ยมสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดการเกี่ยวกับการลงทะเบียนของผู้ป่วยและการวัดคุณภาพการรายงาน สำหรับรูปการดูแลที่บ้าน มีหลายโครงการที่มีการผสมผสานผู้จัดการการดูแลเข้าไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทีมสำหรับการดูแลที่บ้านนี้เป็น model การทำงานสำหรับเพื่อจัดการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานและสมาชิกของหน่วยงานอายุรแพทย์เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ต้องการโดยตั้งชื่อว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงระหว่างการปรับวิถีการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกายและข้อกำหนดในการบริหารยา ซึ่งมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วย ความเชื่อ ค่านิยม สภาพเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา สภาวะทางจิตสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทีมผู้ดูแลสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงเมื่อมีการทำงานประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อพัฒนาแผนการดูแลและพบว่าการปฏิรูปเกี่ยวกับการจ่ายเงิน มีผลกระทบกับการให้บริการการดูแลทางคลีนิกในเชิงรุก

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ซึ่งสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคนั้น ๆ ซึ่งต้องใช้เวลารอคอยสำหรับการส่งต่อไปยังผู้ดูแลด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการเข้าถึงความก้าวหน้าในการดูแลจากผู้ดูแลด้านสุขภาพจิตจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และสามารถทำงานร่วมกับผู้ป่วยด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งอาจจะช่วยจัดการกับโรคเบาหวาน งานวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าการดูแลที่บ้านยังช่วยพัฒนาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานหลายประเด็น

Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M.[9] ศึกษาการจัดการตนเองและการใช้บริการทางสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง เช่นเบาหวาน ข้ออักเสบ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุระหว่าง 50 -70 ปีโดยสรุปมีกลุ่มตัวอย่าง 479 คน ที่เข้าร่วมโครงการนี้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 235 คน กลุ่มทดลอง 244 คน โดยผู้ป่วยมาจาก Peace Health Medical Group in Lane County, Oregon ซึ่งได้รับการคัดเลือดโดยการสุ่ม จากการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าและคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับแต่ละพฤติกรรมที่ทดสอบ พบว่า 9 พฤติกรรมใน 18 พฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) คือการลดลงของภาวะซึมเศร้าจากตอนเริ่มต้นไปจนถึง 6 เดือนสัมพันธ์กับการเพิ่มของพฤติกรรมจากจากตอนเริ่มต้นไปจนถึง 6 เดือน นัยสำคัญของความสัมพันธ์อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (-0.139 ถึง0.338) และ 8 พฤติกรรมใน 18 พฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญโดยมี การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพเช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด ความตั้งใจในการลดการรับประทานอาหารไขมัน การเขียนบันทึกข้อมูลของความดัน และระดับน้ำตาลในสมุดบันทึก และการบริหารการรับประทานยาเบาหวานตามที่ได้รับคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากภาวะซึมเศร้าจากโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมโรคไม่ให้กำเริบหรือเป็นรุนแรงขึ้นได้ และต้องมีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างให้ถูกต้องเหมาะสมต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนมีรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้งหมด 13 เรื่อง systematic review 1 เรื่อง RCT 5 เรื่อง review 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 เรื่องการศึกษาแบบ prospective 1 เรื่องและการศึกษาเชิงทดลอง 1 เรื่อง โดยแบ่งเนื้อหาสรุปได้เป็นหมวดดังนี้

1. ลักษณะของโปรแกรมที่ออกแบบโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(chronic care model)
2. การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้

3. วิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้โดยใช้ ผู้จัดการรายกรณี

4. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้โดยใช้

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะของโปรแกรมที่ออกแบบโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model)

Khan MA, Evans AT, Shah S.[10] ได้ศึกษาการออกแบบและประเมินการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่มีประกัน โดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบใหม่(novel chronic care model) เพื่อการปรับปรุงการจัดการตนเองและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาด้วยยา โดยมีการปรับเปลี่ยนการออกแบบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีแพทย์ดูแล โดยดูผลลัพธ์ในการช่วยลดฮีโมโกล A1c ความดันโลหิตและระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1098 คน ผู้ป่วยที่คลินิกเร่งด่วน โรงพยาบาลของรัฐในเมืองชิคาโกระหว่างเดือนตุลาคมปี 2004 และเมษายน 2006 การวิจัยนี้เป็นการ เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าและมีการวัดผลในระยะสั้น 2-12 เดือนหลังจาก มีการติดตามเยี่ยม โดยเฉลี่ยมีการติดตามเยี่ยม 4 ครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งคน โดยเก็บข้อมูลที่คลินิกฉุกเฉินที่โรงพยาบาลของรัฐในเมืองชิคาโก ผลการศึกษาพบว่ามีการยอมรับและมีความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลเรื้อรังและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะสามารถลดเฮโมโกลบิน เอ วัน ซี ความดันโลหิตคอเลสเตอรอลและน้ำหนักลง โดยลักษณะโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา

2. มีการการฝึกอบรม การจัดการตนเองและมีการสนับสนุน คำแนะนำ การจัดการตนเอง การมุ่งเน้นกับการกระทำ ที่เฉพาะเจาะจง ภายในเวลาอันสั้น ในระยะเวลาที่กำหนด

3. มีการวัดและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับ ในการปรับปรุง การปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำตามและติดตาม

5. การฝึกจะมีการออกแบบการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยผู้ป่วยมีส่วน ในการตัดสินใจและการรักษา

6. การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ โดยบุคลากรจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เลือกและควบคุมการศึกษาของตัวเอง

7. มีการใช้คอมพิวเตอร์ที่ช่วยการสะท้อนกลับสำหรับบุคลากร คลินิก โดยการลงทะเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นการประเมิน อย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานทั้งผู้ป่วยและ เจ้าหน้าที่ ที่คลินิก

องค์ประกอบการดำเนินงานของคลินิกรวม

1) การจัดการศึกษาแบบกลุ่มมีการใช้คอมพิวเตอร์ในการสอน 1 เครื่องต่อห้าคนทำเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรกและทุกครั้งที่มาตามนัดโดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกโปรแกรมเองมีผู้ป่วยจำนวนประมาณ 5-25 คน โปรแกรมจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยจะร่วมอภิปรายกัน เป็นช่วงที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เวลา 30 นาที ผู้ป่วยจะเข้าร่วมปรึกษาหารือเรื่องการเลือกอาหารโดยใช้แบบจำลองทางอาหารการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และตรวจสอบประเมิน ตนเอง นอกจากนี้จะมีการทบทวนการใช้ยาและปัญหาความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2) การประเมินความเสี่ยง พยาบาลในคลินิกจะใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินความเสี่ยงเรื่องหัวใจหลอดเลือดของไตและโรคตาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในระยะเวลา 10 ปี ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ พฤติกรรมและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย หลังจากตรวจสอบความเสี่ยงที่แสดงเป็นกราฟิกบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ พยาบาลจะดูความเป็นไปได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) ตกลงกันใน เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งถูกบันทึก ไว้เพื่อการตรวจสอบ เมื่อ มาตามนัดเพื่อติดตามการรักษา

4) มีการสร้างแรงบันดาลใจสั้น ๆ มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5) ผู้ป่วยจะเข้าร่วม 'โรงเรียนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีโมดูลการเรียน ต่างๆ เก็บไว้ ผู้ป่วยจะได้การฝึกฝนวิธีการอ่านฉลาก วิธีการเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ วิธีเลือกอาหารอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นจะสอนถึงวิถีการดำเนินชีวิตรวมถึงการสาธิตการออกกำลังกาย ในที่สุดผู้ป่วยจะได้รับการรับรองการผ่านการอบรมเรียก “Diabetes Passport”

6) มีการบันทึกภาวะสุขภาพเป้าหมายของผู้ป่วย แผนการดำเนินงานและบันทึกค่าความดันโลหิต ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี น้ำหนักและคอเลสเตอรอล และผู้ป่วยจะนำสมุดบันทึกสุขภาพมาทุกครั้งเพื่อปรับปรุงและบันทึกรายละเอียด

Hariharan JMD, Tarima SP, Azam LMBA, Meurer JMDMBA.[11] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยเบากวาน มีเป้าหมาย คือ การปรับเปลี่ยนการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีส่วนร่วม ในผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกโรคเบาหวาน อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 2 ปี ระยะเวลาการศึกษาระหว่างกรกฎาคม 2006 และมิถุนายน 2009 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1674 คน มา ตามนัดใน 8843 คลินิก เกณฑ์การคัดเลือกจะขึ้นอยู่กับระดับ HbA1c เท่ากับ 8 หรือมากกว่าและจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 653 คน มีการติดตามการเยี่ยมทั้งหมด 2835 ครั้ง ผู้ป่วยในโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชื่อ DITTO มีการติดตามเยี่ยม 503 ครั้ง ผู้ป่วยในกลุ่มการดูแลตามปกติ มีการติดตามเยี่ยม 2332 ครั้ง ผู้ป่วย112 คนอยู่ในกลุ่มที่ได้ โปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผลของโปรแกรมผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c 10 หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ นอกจากนั้น การใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่

ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มความสม่ำเสมอในการประเมินผลในการเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ในหนึ่งปี โดยมี อัตราการตรวจเท้า 72%ขึ้นไป จากเดิม 10% และมีอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม เพิ่มขึ้น 25% จาก15%

ลักษณะโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DITTO

ในการติดตามครั้งแรกผู้ป่วยมีระดับ HbA1c 8 ขึ้นไปถึงจะมีสิทธ์เข้าในการคลินิก และได้รับโปรแกรมการดูแลดังนั้นผู้ป่วยแต่ละราย จะเริ่มต้นเข้าโปรแกรมเองไม่ซ้ำกัน มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระระเวลา 1ปี โดยจะมีการประเมินระดับ HbA1c และแบ่งเป็น 2 กลุ่มขึ้นอยู่กับค่า HbA1c สรุปการดำเนินการดังนี้

1) ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อโดยแพทย์ ผู้ป่วยจะถูกคัดแยกโดย ระดับค่า HbA1c และเชิญเข้าร่วมในการติดตามเยี่ยม (Planned visit) ใน DITTO คลินิก

2) ผู้จัดการคลินิกจะเป็นคนตรวจสอบตารางนัดหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเตรียมผู้ป่วยก่อนมาตามนัด ตรวจสอบค่า ระดับค่า HbA1c ที่จุดตรวจตามโปรโตคอล

3) แพทย์ประจำบ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ comprehensive ภายใต้การนิเทศน์ ของ อาจารย์ รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการปรับยาต่างๆ ตามผลลัพธ์ที่ตรวจได้

4) มีการตั้งเป้าหมายด้านการจัดการตนเอง โดยทำตาม มาตรฐานที่กำหนดใช้เวลาในการมาเยี่ยมตามนัดประมาณ 30-45 นาที

5) หลังจากพบแพทย์แล้วผู้ป่วยจะแบ่งเป็นสามกลุ่มคือ

1.1) บริการเสริม

1.2) กลุ่มที่มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินเป้าหมายด้วยพยาบาลหรือแพทย์ประจำบ้าน

1.3) กลุ่มที่คัดเลือกเข้าโปรแกรมเพื่อที่จะได้รับการสอนการจัดการโรคต่อไปเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ HbA1c, glycohemoglobin A1c ประเมินและแยกความแตกต่างหากเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ตัวแปรมีดังนี้ 1) HbA1c 2) อายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ("20-44", "45-64", "65-97") 3) เพศ 4) ประเภทประกันภัย เช่น จ่ายส่วนตัว หรือใช้ประกัน 5) เชื้อชาติ 6) เวลา

การวิจัยนี้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อส่งมอบบริการโดยสะท้อนให้เห็นถึง การปรับเปลี่ยนการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ทำในโรงพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมด้วยโปรแกรมใหม่จะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวข้างต้น มีการใช้องค์ประกอบที่สำคัญคือ มีการออกแบบบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยมีการติดตามเยี่ยม โดยใช้เจ้าหน้าที่ และใช้โทรศัพท์ โดยมีการใช้ฐานข้อมูลที่สะท้อนกลับ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยในการตัดสินใจ การการฝึกอบรม การจัดการตนเองและมีการสนับสนุน คำแนะนำ มีโปรแกรมการจัดการตนเองมีการให้ความรู้ มุ่งเน้นกับการกระทำที่เฉพาะเจาะจงภายในเวลาอันสั้น ในเวลาที่กำหนด มีการวัดผลการปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับ ในการปรับปรุง การปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำตามและติดตาม มี

การฝึกจะมีการออกแบบการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยผู้ป่วยมีส่วน ในการตัดสินใจและการรักษา มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์โดยบุคลากรจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เลือกและควบคุมการศึกษาของตัวเอง

Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al.[12] ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลเรื้อรังในภายใต้บริการชุมชน โดยการใช้โปรแกรมหลายแง่มุมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การทดลองควบคุมแบบสุ่มจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในที่ดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ สิบเอ็ดแห่ง โดยแบ่งผู้ป่วย เป็น สามกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งได้รับโปรแกรมที่ออกแบบโดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 30 คน ให้ความรู้โดยผู้ให้บริการอย่างเดียวจำนวน 38 คน และการดูแลตามปกติจำนวน 51 คน กลุ่มตัวอย่างมาจาก 24 ครอบครัว ผู้ให้บริการเป็นนักปฏิบัติทางด้าน internal medicine และ ผู้ให้บริการ อีก 42 คน ซึ่งมีสิทธิ์พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลชุมชนบริเวณแหล่งปฏิบัติระดับปฐมภูมิ 11 แห่ง

ผลการศึกษา พบว่าลดระดับ HbA1c non-HDL ไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น มี พลังอำนาจมากขึ้น มีความถี่ของการตรวจสอบระดับน้ำตาลด้วยตนเอง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ให้การศึกษามีการใช้องค์ประกอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) การให้การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับผู้ให้บริการ โดยเป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน

2) การให้กิจกรรมการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมนี้จะได้รับการออกแบบและ ปรับให้เข้ากับปัญหาผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ผ่านการสอนจะได้รับใบประกาศรับรองการศึกษา การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

3) ผู้ให้บริการที่ผ่านการฝึกอบรมการจัดการตนเองโรคเบาหวานที่จัดขึ้นทุกสัปดาห์

4) ตามด้วยกลุ่มสนับสนุนรายเดือนเป็นเวลา1 ปีโดยหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรสำหรับการใช้อบรมของ มหาวิทยาลัยมิชิแกน ที่ทำตามมาตรฐานของสมาคมเบาหวานของสหรัฐอเมริกา (American diabetic asscociation : ADA) โดยเน้นการเพิ่มองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เพิ่มจากกลุ่มอื่นคือ

1) Self-management support

2) Delivery system design

ส่วนการสนับสนุนการตัดสินใจจะได้รับในกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลทั่วไปและกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลที่ออกแบบโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนองค์ประกอบการดูแลที่ได้รับทั้งสามกลุ่มคือ

1) การใช้ทรัพยากรชุมชน (community resources)

2) การใช้ข้อมูลทางคลินิก (clinical information system)

3) การสนับสนุนจากองค์กรทางสุขภาพ (organizational support)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่ไม่ได้มีการปกปิด เกิดขึ้นในย่านชานเมืองของเมืองต้นทางของพิตส์เบิร์กระหว่างปี 1999 และ 2003 โดยในชุมชนนี้จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากภาวะเศรฐกิจที่ไม่ดี และมีภาวะของโรคเรื้อรังสูง โดยแบ่งระยะดังนี้

1) เป็นการศึกษาภาคตัดขวงโดยการทบทวนแฟ้มข้อมูลเพื่อทราบรูปแบบพื้นฐานของการดูแล โดยในแฟ้มบันทึกข้อมูลจะประกอบด้วยข้อมูลการยืนยันการวินิจฉัยด้วย รหัสICD-9รายการปัญหาของผู้ป่วย ผลทางห้องตรวจปฏิบัติการที่ผู้ป่วยมีผลของระดับน้ำตาลfasting glucose >126 mgldl หรือการสุ่มดูระดับน้ำตาล >200 mg/dl หรือ HbA1c >7% หรือมีการใช้ยาเบาหวาน ในระหว่างหรือก่อนปี 1999 แฟ้มข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ตรวจทานแผนภูมิที่มีการฝึกอบรมเป็นการทบทวนตามมาตรฐานการดูแลตามมาตรฐานของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกาเพื่อนำไปสู่การออกแบบการสุ่มแบบควบคุม

2) การให้การทดลอง โดยการทดลองแบบสุ่มซึ่งให้ การทดลอง มีการติดตามทั้งหมด 12 เดือน เป็นการให้การทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการการตรวจสอบแฟ้มข้อมูลแล้ว กิจกรรมการทดลองจะถูกสุ่ม ว่าผู้ป่วยจะได้รับการทดลองแบบไหน โดยการทำ block randomization

3) ขั้นตอนการทำทบทวนแฟ้มข้อมูล ซ้ำหลังทำการทดลอง

หลังจากที่ผู้ป่วยเซ็นต์ให้ความยินยอมจะมีการวัดความสูง น้ำจะมีการหนัก และความดันโลหิตวัดตาม โปรโตคอลมาตรฐาน อาสาสมัคร จะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับไขมัน เก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อทดสอบ micro albuminuria นอกจากนั้น แล้วกลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม 1ชั่วโมง และคำถามชุดนี้ ใช้สำหรับติดตาม 12 เดือน

Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM, Songer T, Siminerio LM, Korytkowski MM, et al. [13] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการปรับปรุงผลลัพธ์ทางด้านคลินิก พฤติกรรมและจิตสังคมหลังการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบหลายแง่มุม 3 ปีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ลงทะเบียน จำนวน 762 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการตรวจสอบ เหลือกลุ่มตัวอย่าง 119 คนและดำเนินการสุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1)กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 คน2) กลุ่มที่ได้รับความรู้จากผู้ดูแลอย่างเดียว (provider education only : PROV) จำนวน 38 คน3)กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (usual care : UC) จำนวน 51 คนโดยมีการติดตามต่อไปเป็นระยะเวลา 3 ปีสถานที่เก็บข้อมูลคือ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำนวน 11 แห่ง ในชุมชนผู้ใช้แรงงานชานเมือง Pittsburgh และ Pennsylvania

ระหว่าง ปี 1999 - 2005 ซึ่งการวิจัยนี้เป็นแบบหลายระดับ การสุ่มควบคมไม่มีการปกปิด เป็นแบบ cluster design

ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีค่า HbA1c ลดลง 0.5% เมื่อติดตามผลไป 12 เดือน และความดันโลหิตลดลง 4.8 mmHg และสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่แปลผลระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (86.7 – 100 %) ยังคงปฏิบัติอยู่ตลอดระยะเวลาการติดตามไป 3 ปี นอกจากนี้ยังมีการปรับลดค่าระดับ non-HDL ในทุกกลุ่มการศึกษา และมีการปรับเพิ่มค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของภาวะสุขภาพดี ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยความเชื่อมโยงกันทั้งหมดยังคงอยู่ภายหลังการควบคุมการรักษาอย่างเข้มงวด

ผลลัพธ์ทางจิตสังคมและพฤติกรรม พบคะแนนคุณภาพชีวิตของภาวะสุขภาพดีในทุกกลุ่มมีการปรับปรุงหรือยังคงอยู่ใกล้เคียงกับของเดิมตลอดระยะเวลาการติดตาม 3 ปี และผู้เข้าร่วมโครงการทุกกลุ่มมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการติดตาม 3 ปี

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH.[14] ได้ตรวจสอบหลักฐานการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2000ในความเป็นไปได้ทางปฏิบัติที่จะออกแบบการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงผลกระทบของการออกแบบดังกล่าวในทางการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งเบาหวานในระดับปฐมภูมิ

ผลพบว่าการให้โปรแกรมการทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสามในสี่มีความยั่งยืน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้การดูแลที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เช่น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะมีความรู้ และมีไขมันและการรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง ผู้ป่วยโรคหอบหืดจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่อาจต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลลัพธ์ แต่มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการดูแลแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในผลลัพธ์ระยะกลาง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยพัฒนาการดูแลผ่านการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์และมีแนวโน้มที่ดีในการนำไปใช้ พบว่ามีการพัฒนากระบวนการพัฒนาปรับปรุงการดูแล และจะวัดได้ทันทีหลังจากการสอน แต่หลังจากนั้นสองปี จะสังเกตเห็น การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตัวกลาง เช่น HbA1c และ ระดับ low-density lipoprotein (LDL)

Glasgow REPD, Funnell MMMSRNCDE, Bonomi AEMPH, Davis CRNMNARNP, Beckham VBSN, Wagner EHMDMPH.[15] ได้ศึกษาการจัดการตนเอง เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ breakthrough series โดยนำไปใช้ในทีมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและหัวใจล้มเหลว การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่จะที่จะใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในหลายพื้นที่ดูแล ผู้ป่วย

โรคเบาหวาน 256 คน และโรคหัวใจ101 คน โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของวากเนอร์

ผลการศึกษาพบว่าจะเกิดการปรับปรุงการจัดการการดูแลสุขภาพ ทั้งในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ลักษณะโปรแกรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในการทำงานต้องใช้ องค์ประกอบ 6 ด้านในการทำงานเพื่อการปรับปรุงตนเองด้านผลลัพธ์ คือ

1) การออกแบบระบบเพื่อการส่งมอบบริการ
2) การสนับสนุนการตัดสินใจ
3) ระบบข้อมูลเกี่ยวชั่นการเชื่อมโยงกับชุมชน,
4) การสนับสนุนการจัดการตัดสินใจ
5) องค์กรของระบบสุขภาพ

โดยจะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานเป็นวงจร PDSA ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินการทดลองมีการประเมินผลการ นำโปรแกรมไปใช้ตามขั้นตอน PDSA โดยการทำงานในแต่ละรอบ จะทำโดยบุคลากรการดูแลสุขภาพที่ให้การศึกษาการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ดยพยาบาลที่ให้การศึกษาและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีการจัดการตนเองในแต่ละรอบมีดังนี้

Session 1 หลักการการจัดการตนเอง รูปแบบและการตั้งเป้าหมายร่วมกันกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลว และกลุ่มโรคเบาหวาน

Session 2 การประชุมผ่านโทรศัพท์

- การสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์
- การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน
- การจัดการกรณี ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
- ความสามารถทางวัฒนธรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน
- การจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจลมเหลว

Session3 การสื่อสารกับผู้ป่วย

- การชำระเงินคืนและการเข้ารหัส (โรคเบาหวาน)
- การชำระเงินคืนและการเข้ารหัส (โรคหัวใจล้มเหลว)
- การทำงานและการตั้งค่าเป้าหมายร่วมกัน
- ทรัพยากรของชุมชนเพื่อการจัดการตนเอง
- ความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง และคำถาม
- การประชุมทางโทรศัพท์

Session4 การจัดการตนเอง โดยใช้บทเรียนเรื่อง การจัดการตนเองและวรรณกรรมที่ผ่านมา เล่าเรื่องราวความสำเร็จของการจัดการตนเอง จากทีมการเรียนการสอนการจัดการตนเอง ในการจัดการสอนจะประกอบไปด้วยการประชุมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ

Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al.[16] ได้ทำการศึกษา การนำโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบว่าองค์ประกอบใดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำเนินการได้ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่มีโครงสร้างที่จำกัดการวิจัยนี้ทำเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเทศเบลเยี่ยมถึง 4 ปี (1 กรกฎาคม 2003 - 30 มิถุนายน 2007) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน ประมาณ 2,300 คน

ผลการศึกษาพบดังนี้

1) คะแนนรวมขององค์กรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ACIC) เพิ่มขึ้นโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 1.45 เป็นการสนับสนุนที่จำกัด ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาเป็น 5.5 เป็นการสนับสนุนขั้นพื้นฐาน

2) ต้องการจัดตั้งกลุ่มที่จะช่วยขับเคลื่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรม มีแรงจูงใ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพ เป็นสิ่งทีจะทำให้เกิดผลสำเร็จ

3) อุปสรรคต่างๆ ควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ ขาดความมุ่งมั่นในการทำแต่ละขั้นตอนและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการระดมทุนอย่างยั่งยืน หากอุปสรรคต่างๆ ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดความสำเร็จได้

4) การเร่งการพัฒนา โดยเรียนรู้และการปฏิบัติตามการดำเนินการตามกลยุทธ์ที่ได้รับการพัฒนาอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

5) การสำรวจและบันทึก จุดแข็งและจุดอ่อน ขององค์กรของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ และมีการปรับรูปแบบโดยทีมวิจัยระหว่างผู้ให้บริการการดูแลทั้งหมด

6) ส่วนประกอบหลัก ของการทำการทดลองคือการพัฒนาและ การนำแนวทางของสหวิทยาการไปใช้ ด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนาและการดำเนินการ ของโปรแกรมการศึกษาที่มีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรื่องอาหารหรือการบำบัดในช่องปากโดยเน้นด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการจัดตั้งกลุ่มที่ช่วยขับเคลื่อนในท้องถิ่นและผู้จัดการโครงการในองค์กรที่จะออกแบบส่งมอบการดูแลสุขภาพ

การนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้จะต้องการพัฒนาและนำแนวทางของสหวิทยาการ ด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนาและการดำเนินการ ของโปรแกรมการศึกษาที่มีเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนองค์กรจะเป็นไปได้ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อน

และผู้ขับเคลื่อนโครงการที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วยรวมทั้งอุปสรรคต่าง ๆ ควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ

Siminerio LM, Drab SR, Gabbay RA, Gold K, McLaughlin S, Piatt GA, et al.[17] ศึกษาการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในการสอนผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษา ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานดังนี้

1) ผู้ที่ให้การศึกษาด้านเบาหวานและบุคลากรทุกสาขา ต้องได้รับคำแนะนำในการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่จะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการสร้างโอกาสในการเข้าถึงและความยั่งยืนของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) วากเนอร์และคณะ ให้กรอบแนวคิดที่มีหลายแง่มุม ที่จะช่วยในการกำหนด มุมมอง ในการส่งมอบการดูแลสุขภาพ และได้แสดงให้เห็นว่าทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้เน้นความสำคัญเรื่องผลลัพธ์และการป้องกัน

3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จากการดูแลในปัจจุบันสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง เน้นการส่งมอบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเองในการจัดการตนเองโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

4) โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานต้องทำแบบ มีการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ดูแลและคนในครอบครัว การให้สอนกิจกรรมการจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น และลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่าย

5) ลักษณะของโปรแกรมการให้ศึกษาโรคเบาหวานมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมการดูแลตนเอง7 เรื่อง ที่มีความจำเป็นสำหรับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่มากขึ้น ตามสมาคมผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวานสหรัฐอเมริกา ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การดูแลสุขภาพตนเอง 3) การตรวจสอบและติดตาม 4) การรับประทานยา 5) การแก้ปัญหา 6) การจัดการกับปัญหาสุขภาพ 7) การลดความเสี่ยง เพราะการให้ความรู้โปรแกรมการสนับสนุนตนเองเกี่ยวกับเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญในการวางรากฐานที่ส่งเสริมความรู้ทักษ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

6) กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยการเพิ่มจำนวนของคนที่ ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวานอย่างครอบคลุมและทำอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งจำเป็น

7) รูปแบบการดูจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดที่จะช่วยสนับสนุนโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะจัดทำเป็นระบบและส่งเสริมการจัดการตนเองได้แก่

1.ระบบสุขภาพ

2. ชุมชน

3. ทำงานร่วมกับพันธมิตรในสถานที่ต่างๆ เช่น วัด สถานสุขภาพในโรงเรียน พันธมิตรกับบริษัทประกัน หน่วยงานภาครัฐ และผู้กำหนดนโยบาย
4. การสนับสนุนการตัดสินใจ
5. ระบบข้อมูลทางคลินิก
6. การจัดการตนเอง
7. การออกแบบระบบ

2. เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้

Siminerio, Linda M.[18] ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่กำลังจะกลายเป็นความสำคัญสำหรับระบบสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษารูปแบบการผู้ป่วยดูแลเรื้อรังทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากในปัจจุบันเป็นกรอบการดูแลที่มีหลายแง่มุมเพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นภาพรวมของระบบ ไม่ได้แยกองค์ประกอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพราะทุกองค์ประกอบต้องทำงานร่วมกันซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จดังนี้

1.ระบบสุขภาพ ต้องทำหน้าที่เป็นรากฐานโดย ให้โครงสร้างและเป้าหมาย
2. ชุมชนจะต้องมีความเชื่อมโยงกับทรัพยากรของชุมชนและนโยบายที่กำหนด
3. การสนับสนุนการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทักษะและความมั่นใจในการจัดการด้วยตนเอง
4. สนับสนุนการตัดสินใจเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีการเข้าถึงแนวการดูแลทางตามที่กำหนด
5. ระบบข้อมูลทางคลินิกทำให้เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยทันเวลา
6. ระบบการจัดส่งมอบบริการ การนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้เพื่อปรับโครงสร้างการปฏิบัติทางการแพทย์ อำนวยความสะดวกในการดูแลทีม

การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการเปลี่ยนแปลงการส่งมอบบริการในระดับพื้นฐาน และการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่ในแต่ละองค์ประกอบแสดงให้เห็นสัญญาณที่ดีการปรับปรุง

3. วิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้โดยใช้ผู้จัดการรายกรณี

Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA.[19] ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 จำนวน 549 คน โดยให้ โปรแกรม

การพยาบาลสำหรับกลุ่มที่ได้รับการทดลองและดูแลด้วยผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับการใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรั เพื่อส่งเสริมให้เกิปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการจัดการดูแลตนเองและทีมที่ดูแลที่สนับสนุน ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการปฏิบัติในเชิงรุกในระบบบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง

ผลการศึกษาพบว่า HbA1C ไขมันความดันโลหิต และปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ ดัชนีมวลกายร ะดับการศึกษาและรายได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและพบว่าความทุกข์ทรมาน ความพึงพอใจของการรักษา และภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มการรักษาและกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับการใช้ผู้จัดการรายกรณี

ผู้ป่วยจะถูกสุ่มให้มีการติดตามการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยมีผู้ป่วยประมาณ 110 คน เพื่อเปิดโอกาสให้มีการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ที่สามารถจะสอนให้โปรแกรมเพื่อสร้างแรงจูงใจได้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยจะได้รับการดูแลจากแพทย์ทุกสามเดือน

4. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้โดยใช้

Lee A, Siu CF, Leung KT, Lau LC, Chan CC, Wong KK. [20]

ศึกษาการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ในผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ ที่มาติดตามการรักษาที่ คลินิกผู้ป่วยนอก ที่ Authority New Territory East Cluster of Hong Kong ซึ่งเป็นบริการสาธารณะ โดยการวิจัยการวิจัยแบบ single blind randomized controlled trial

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม การรับรู้ความสามารถของตนเองและการพัฒนาของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผลลัพธ์ทางคลินิก ที่วัดจาก ระดับ HbA1C ดัชนีมวลกายและรอบเอว รวมทั้ง hip ratio และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองดีขึ้นรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร ภายหลังการให้โปรแกรม

ลักษณะโปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

เน้นการมีส่วนรวมในการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วยตัวชี้วัดต่างๆ ได้แก่

1. ความเข้มข้นของ HbA1C ในผู้ป่วยที่มีการควบคุม DM ไม่ได้
2. ระดับของความดันโลหิต
3. ดัชนีมวลกาย
4. รอบเอว และอัตราส่วนสะโพก

5. ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการจัดการโรคเบาหวาน
6.ความถี่ในการออกกำลังกายมากขึ้น

Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A.[21] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 3,546 คน ผู้ป่วยได้รับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์จากกองทุนสุขภาพในสองรัฐของรัฐบาลกลางของเยอรมนี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเรียนในโปแกรมจะมีคะแนนการดแลตนเองดีขึ้นที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 3มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าเรียนในโปรแกรมและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใน

Kuo S, Bryce CL, Zgibor JC, Wolf DL, Roberts MS, Smith KJ.[22] ศึกษาความคุ้มทุนในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานในประชากรที่เป็นทหาร เพื่อประเมินค่าใช้จ่ายผลทางคลินิกและความคุ้มค่าของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการปรับปรุงผลลัพธ์และลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานโดยการให้บริการผ่านรูปแบบการดูแลตนเองในคลินิกที่มีการส่งมอบบริการเข้าสู่ชุมชนใน San Antonio ในช่วงระหว่าง เดือน มกราคม 2005 และธันวาคม 2008 ผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม การศึกษาครั้งนี้มี ผู้ป่วยเบาหวาน รวม 9654 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม DOC 1171 คน และโปรแกรมตามปกติ 8483 คน ผู้ป่วยมาจากสถานบริการสุขภาพของประชากรทหารตามที่ถูกระบุ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิง

ผลการศึกษาจากมุมมองของระบบการดูแลสุขภาพการใช้โปรแกรม DOC เสียค่าใช้จ่าย $ 45,495 ต่อquality-adjusted life-year (QALY) เมื่อเทียบกับการดูแลด้วยการดูแลปกติ UC จากมุมมองของสังคม โปรแกรม DOC จะเสียค่าใช้จ่าย $ 42,051 / QALY เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติในการวิเคราะห์ทางเดียวพบว่าการดูแลด้วยโปรแกรมDOC จะมี ประโยชน์มากกว่า ถึง 51% ของการทำซ้ำรูปแบบโดยใช้เกณฑ์การยอมรับ 50,000 ดอลลาร์ / QALY และใน 72% ที่เกณฑ์ 100,000 ดอลลาร์ / QALY

Dancer S, Courtney M.[23] ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่มีการปรับปรุงผลลัพธ์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญขององค์กรด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ การส่งมอบการออกแบบระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและความต้องการของชุมชนในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพโดยสรุปสาระสำคัญคือ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับการสอนในการนำการวิจัยให้เข้าไปบูรณาการกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นในการออกแบบการส่งมอบการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยองค์กรต้องมีความมุ่งมั่นในการที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ทั้งนี้จะต้องมีการประเมินองค์กรรวมทั้งรายละเอียดของแผนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้

เพื่อให้เกิดการดูแลเชิงรุกมากขึ้น โดยครอบคลุมระบบการดูแล120ฐานข้อมูลที่สะท้อนให้ผู้ให้บริการทราบเพื่อทำให้เกิดการปรับปรุงบริการโดยต้องทำให้เกิดการส่งเสริมการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยที่ให้บริการระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพสำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำนวยความสะดวกและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยระบบข้อมูลทางคลินิกมักจะบรรจุอยู่ภายในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ การสนับสนุนการตัดสินใจและแนวทางตามหลักฐานที่ควรให้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และความชอบของผู้ป่วยแนวทางการสนับสนุนการตัดสินใจควรจะนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันและควรใช้ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมการออกแบบระบบบริการ ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจากการให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงวิธีการให้การดูแลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การจัดการติดตามเยี่ยม เป็นกลุ่มสิ่งต่างๆ เหล่านี่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำ ให้มีการเพิ่มประสิทธิผลการดูแล

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น การสอนและเน้นการส่งเสริมบทบาทการจัดการโรคด้วยตนเองของผู้ป่วย สังเกตว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องคาบเกี่ยวทั้งระบบขององค์กรที่ดูแลสุขภาพและชุมชนการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนผู้ป่วยโรคเบาหวานในการจัดการโรคด้วยตนเอง การปรึกษาหารือผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการติดตาม น้ำตาลในเลือดการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ พบว่า 84.2% แสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ ต่อ HgA1C อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การใช้องค์ประกอบชุมชนของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงและการใช้ทรัพยากรของชุมชนในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะตอบการเปลี่ยนแปลงปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับในการเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เพื่อการทำงานแบบความร่วมมือ การนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานสุขภาพมีความจำเป็น โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับการออกแบบใหม่ และปรับให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีหลายองค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง

ในการพัฒนาและปรับปรุงไปหน่วยงานควรมีการพัฒนาตามรอบPDSA ตามการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการดูแลสำหรับผู้ป่วย หลังจากนั้น จะต้องมีการประเมินผลการ นำโปรแกรมไปใช้ตามขั้นตอน PDSA โดยการทำงานในแต่ละรอบ จะทำโดยบุคลากรการดูแลสุขภาพที่ให้การศึกษาการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในแต่ละรอบมีดังนี้

Session 1 หลักการการจัดการตนเอง รูปแบบและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

Session 2 การอภิปราย กลุ่มย่อยหรือการพูดคุยผ่านโทรศัพท์

- การสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์
- การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน
- การจัดการกรณี

Session3 การสื่อสารกับผู้ป่วย

- การทำงานและการตั้งค่าเป้าหมาย ร่วมกัน

- ทรัพยากรของชุมชนเพื่อการจัดการตนเอง
- ความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง และคำถาม

Session4 Self-management: บทเรียนเรื่อง การจัดการตนเองและวรรณกรรมที่ผ่านมา

- บทสรุป เล่าเรื่องราวความสำเร็จของการจัดการตนเอง จากทีมการเรียนการสอนการจัดการตนเอง จะประกอบไปด้วยการประชุมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สรุปการนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้ได้จะต้องมีวิธีการดังนี้

1) การพัฒนาด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล และนำแนวทางของสหวิทยาการมาใช้

2) การพัฒนาและการดำเนินการของโปรแกรมการศึกษาที่มีเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3) การปรับเปลี่ยนองค์กรจะเป็นไปได้ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อน โครงการที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย

4) อุปสรรคต่างๆ ควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง

5) การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

6) มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7) มีการการฝึกอบรมการจัดการตนเองและมีการสนับสนุนการจัดการตนเอง

8) การติดตามและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับอย่างไรก็ตามการดำเนินการทุกองค์ประกอบมีความสำคัญเพราะหากมีการดำเนินการที่ดีตามองค์ประกอบจะทำให้มีการปรับปรุงการดูแล

9) ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือ และสนับสนุนจากทางวิชาจากสถาบันต่างๆที่ต้องช่วยมาเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยปรับปรุงการบริการผู้ป่วย

10) รูปแบบการดูแลเรื้อรังที่อธิบายโดย วากเนอร์และคณะซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีหลายแง่มุมที่จะช่วยในการกำหนดมุมมองในการส่งมอบการดูแลสุขภาพ และแสดงให้เห็นว่าทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัว การให้สอนกิจกรรมการจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพรวมทั้งค่าใช้จ่าย

11) การให้ความรู้โปรแกรมการสนับสนุนตนเองเกี่ยวกับเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญในการวางรากฐาน ที่ส่งเสริมความรู้ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงโดยการเพิ่มจำนวนของคนที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการสนับสนุนตนเองอย่างครอบคลุม การทำอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งจำเป็น

12) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดส่งมอบบริการโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโดยต้องมีการใช้องค์ประกอบต่าง ๆ และต้องทำงานร่วมกันซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงการทำงานแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

1) ระบบสุขภาพ ต้องทำหน้าที่เป็นรากฐานโดยให้โครงสร้างการทำงานและกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน

2) ชุมชนจะต้องมีความเชื่อมโยงกับทรัพยากรของชุมชนและ นโยบายที่กำหนด

3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ทักษะและความมั่นใจในการจัดการด้วยตนเอง

4) สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีการเข้าถึงแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์

5) ระบบข้อมูลทางคลินิกการทำให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและ ทันเวลาในการใช้ดูแลรักษาโรคเบาหวานที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยการให้บริการผ่านรูปแบบการดูแลตนเองในคลินิกที่มีการส่งมอบบริการเข้าสู่ชุมชน

ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลด้วยผู้จัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลเรื้อรังเพื่อส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีความพร้อมอยากดูแลตนเองและทีมดูแลที่ได้รับการเตรียมตัวมาเพื่อการปฏิบัติในเชิงรุกทำให้มีการปรับปรุงมาตรฐานและกระบวนการดูแลตนเองเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น เช่น HbA1C ความดันโลหิต ค่าคลอเรสเตอรอลในเลือด ดัชนีมวลกาย รอบเอว และอัตราส่วนสะโพกระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน การจัดการตนเอง ความถี่ในการออกกำลังกายมากขึ้น การมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

4. การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

Brownson CA, Heisler M.[24] ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 1984-2008 รวมงานวิจัยที่ทบทวน 35 เรื่อง โดย 34 เรื่องเป็นการศึกษาหรือโครงการที่ทำในอเมริกาและ 1 เรื่องเป็นโครงการที่ทำในออสเตรเลีย พบองค์ประกอบของการสนับสนุนการจัดการตนเอง 6 องค์ประกอบในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

1. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ อาสาสมัครมีบทบาทในการเข้าไปหาผู้ป่วยถึงที่และค้นหาผู้ที่มีปัญหาทำการส่งต่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการสุขภาพประสานการดูแลและบริการต่าง ๆ ในลักษณะของผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษาช่วยเหลือในการยื่นเรื่องหรือจัดทำเอกสารการประกันสุขภาพหรือบริการอื่น ๆ

2. การประเมินปัญหาและจัดการอย่างเหมาะสม อาสาสมัครมีบทบาทประเมินความสามารถในการอ่านและเขียน ประเมินความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระดับของความรู้เกี่ยวกับโรค และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วย ให้ความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้บริการในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานบริการสุขภาพ เช่น ให้บริการที่บ้าน
3. การกำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายด้านพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง และการดำเนินการเพื่อให้ถึงเป้าหมาย ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ
4. การให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการเบาหวาน โดยจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงที่คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการฝึกอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามบริบททางวัฒนธรรม รวมทั้งสอนและฝึกทักษะการจัดการตนเองต่างๆ
5. การติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามอาการ ให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ ให้การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของการเชื่อมประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชนโดยระบุทรัพยากรที่ต้องการ สร้างสัมพันธภาพกับองค์กรในชุมชนต่างๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนแก่ผู้ป่วย พิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ พัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย

Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, et al.[24] ศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2โดยให้การศึกษาและคำปรึกษาผู้ป่วยผ่านอินเทอร์เนต มีการติดตามผลลัพธ์ใน 12 เดือน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การถอนตัวจากการทดลอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผลกระทบด้านชีววิทยาและด้านจิตสังคมรวมทั้งประเมินถึงความคงอยู่และการนำไปใช้ในงานสาธารณสุขในวงกว้างโดยใช้กรอบการประเมินที่ชื่อ RE-AIM ที่ศึกษาตัวแปรที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของโปรแกรม เช่น health literacy อายุ เชื้อชาติพื้นฐานการใช้คอมพิวเตอร์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 463 คนที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิใน Kaiser Permanente Colorado (KPCO) อายุระหว่าง 25-75 ปี มีดัชนีมวลกาย 25Kg/m^2 หรือมากกว่า มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ เช่นเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มและควบคุม 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และการเข้าร่วมชั้นเรียน และกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา ในระยะ 12 เดือน พบว่าอัตราการผู้ใช้เวปไซต์ในกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติลดลงน้อยที่สุด 18% กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ลดลง 31%และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และการเข้าร่วมชั้นเรียน ลดลง 25% ผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติลาติโนเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการ

ตนเอง และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการเข้าร่วมชั้นเรียนกับ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในเดือนที่ 12พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนั้นพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางชีววิทยาไปในทางที่ดีขึ้นทุกค่า ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกลับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มกลับไม่พบความแตกต่าง

นอกจากนั้นผลลัพธ์ ได้แก่การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา การสนับสนุนทรัพยากร ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวาน และคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อประเมินเดือนที่ 12

ลักษณะของการใช้โปรแกรม

ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองดังนี้

1) กลุ่มที่สนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้คอมพิวเตอร์ ได้รับรหัสส่วนตัวให้เข้าใช้ เวปไซต์ “My Path to Healthy Life” ในโปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้รับการถามถึงเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านต่างๆคือการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมและการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะบันทึกความก้าวหน้าในเป้าหมายทั้งสามส่วนในแต่ละวัน ซึ่งโปรแกรมจะแสดงผลกลับมาให้ผู้ป่วยทราบว่าบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้หรือไม่ ทุกสัปดาห์ เวปไซต์จะประกอบไปด้วยกราฟแสดง HbA1C ความดันโลหิต และระดับคลอเลสเตอรอลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้กลยุทธ์ในการจูงใจให้ผู้ป่วยใช้เวปไซต์ ผู้ป่วยจะจัดทำแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายภายหลัง 6 สัปดาห์แล้ว ซึ่งแต่ละแผนผู้ป่วยจะระบุปัญหาหรืออุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาไว้ด้วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการกระตุ้นให้มีการใช้เวปไซต์โดยผ่านทางโทรศัพท์อัตโนมัติในระบบของเวปไซต์

2) กลุ่มที่สนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้คอมพิวเตอร์ ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และการเข้าร่วมชั้นเรียนนอกจากจะมีการคอมพิวเตอร์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองแล้วจะมีกิจกรรมเพิ่มเติมดังนี้

- ผู้ให้กิจกรรมการทดลองมีการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ภายหลังจากผู้ป่วยจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว เพื่อสอบถามถึงการใช้เวปไซต์ ปัญหา รวมถึงการกำหนดเป้าหมาย

- การโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 โดยผู้ประสานงานจาก KPCO diabetes care เพื่ออภิปรายและสอบถามข้อมูลอื่นๆ ที่มากกว่าประเด็นการกำหนดเป้าหมาย

- การเข้าร่วมชั้นเรียน ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งจะเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร การสื่อการกับแพทย์ และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโครงการและการป้องกันการกลับสู่พฤติกรรมเดิมโดยมีรายละเอียดดังนี้

Session 1 จัดภายหลังทำ action plan แล้ว โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร นำโดยนักโภชนการ

Session 2 เป็นการเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคงของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี และชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่ดี หรือปัจจัยที่ทำให้กลับไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อกันเป็นลูกโซ่ มีกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงและการเกิดลูกโซ่ที่จะทำให้กลับสู่พฤติกรรมเดิมของตนเอง พร้อมทั้งวิธีการป้องกัน

Session 3 สอนโดยแพทย์ที่ใช้สองภาษา เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการพบแพทย์แต่ละครั้ง

3) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

McKay HG, Glasgow RE, Feil EG, Boles SM, Barrera M, Jr.[25] ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านอินเทอร์เนตต่อการรับประทานอาหาร ภาวะสุขภาพจิตและผลลัพธ์ด้านร่างกาย โดยใช้การศึกษาทดลองแบบสุ่มและควบคุมเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของการสนบสนุนโดยอาสาสมัครและการจัดการตนเองและการสะท้อนกลับเรื่องกิจกรรมกรรมการทดลองด้านอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 160 คน ผู้ชาย 75 คน และ ผู้หญิง 85 คนซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่พึ่งอินซูลิน

ผลการศึกษาการประเมินที่ระยะ 3 เดือนพบว่าผลลัพธ์ทางชีววิทยา มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น รับประทานไขมันลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้นเล็กน้อย

ลักษณะของโปรแกรม

- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับ การเข้าถึงระบบอินเทอร์เนต เพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลจัดการตนเองในโรคเบาหวาน D-Netsystem โดยโปรแกรมออกแบบมาเพื่อลดอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง การดูแลลูก เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจในการที่จะเรียนรู้การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้อินเทอร์เนตที่บ้านกลุ่มตัวอย่างจะถูกประเมินเมื่อแรกเข้าโครงการตรวจเลือดและที่ระยะ 3 เดือน

Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK.[26] ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ RE-AIM เป็นกรอบในการประเมินเป็นกรอบในการประเมินและเปรียบเทียบมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจาก คลินิกปฐมภูมิ ที่โคโรลาโด โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ 886 คนทำการทดลองเปรียบเทียบด้วยวิธี RCT โดยใช้กลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการประเมินความเสี่ยง มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยเป็นผู้ดำเนินการ มีผู้เข้าร่วมประกอบด้วย แพทย์ 52 คน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 886 คนในระยะเวลา 12 เดือนโดยแบ่งเป็นสามกลุ่มคือได้รับ 1) Diabetes Priority (DP) 2) กลุ่ม Diabetes Health Connection (DHC) และ 3) กลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดย DP programจะมีอัตราการเข้าร่วมสูงกว่าและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับโปรแกรม DHC ส่วน พฤติกรรมด้านอาหารและคุณภาพชีวิตไม่พบว่าดีขึ้นมากกว่า DHC

สำหรับกลุ่มผู้ป่วย DHC programพบว่าได้รับการยอมรับจากแพทย์สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม DP แต่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ไม่พบว่าสูงกว่า นอกจากนี้อัตราการให้คำปรึกษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และการ โทรศัพท์เพื่อติดตามผลในครั้งแรก สูงกว่ากลุ่ม DPอย่างไรก็ตาม พบว่าต้นทุนสำหรับโปรแกรม DHC สูงกว่า DP (547$ VS 222$)

ลักษณะโปรแกรม อยู่บนพื้นฐานการใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสามโปรแกรมดังนี้

1) Diabetes Priority (DP) เป็นโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ช่วย โดยมุ่งเน้นพัฒนาการปฏิบัติของแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและพัฒนาแผนเพื่อทำให้การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ดีขึ้น โดยเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นที่หน่วยปฐมภูมิ แบบมีการร่วมจ่ายใน 30 หน่วยของรัฐโคโรลาโด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับบริการเพิ่มเติมขณะมาพบแพทย์ตามนัด โดยเจ้าหน้าที่จะใช้โปรแกรมนี้ ระยะเวลา 20-30 นาที ระหว่างที่รอคิวพบแพทย์ เพื่อบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยระบุว่าได้รับข้อแนะนำจากแพทย์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาสูบ นอกจากนั้น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ยังช่วยผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมาย การเลือกกิจกรรม ระบุปัญหาหรืออุสรรค และกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการปัญหา และวางแผนปฏิบัติการ (action plan) ที่สามารถพิมพ์ออกมาให้ผู้ป่วยกลับบ้านด้วย ส่วนแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้ทบทวนแผนและลงนามรับรองแผนในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพบ ภายหลังพบแพทย์แล้ว พยาบาลหรือผู้ช่วยแพทย์จะพูดคุยสรุปเรื่องแผนกับผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดตารางนัดหมายในการติดต่อโดยโทรศัพท์ช่วงระหว่างการนัดครั้งถัดไป หรือการนัดพบใน 6-12 เดือนต่อไป

2) Diabetes Health Connection (DHC) เป็นโปรแกรมที่ช่วยปรับพฤติกรรมโดยใช้ CD-ROM เช่น เดียวกันแต่มีวิธีการและจุดเน้นในการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตมากกว่า

3) กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการประเมินความเสี่ยง (health risk appraisal program) เนื้อหามีจุดเน้นเฉพาะพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกาย โดยมีการประเมิน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการทำแผนปฏิบัติที่ลึกกว่า DP ในเวลา 30-45 นาที และยังครอบคลุมประเด็นการจัดการเบาหวานได้กว้างกว่า DP โปรแกรมนี้จะจัดแยกจากการพบแพทย์ในคลินิก ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่เป็น “health coach” การพบกันจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 2-3ชั่วโมง มีรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมิน การอภิปรายเพื่อจัดทำรายละเอียดแผนเฉพาะบุคคล รวมทั้งการสร้างทักษะในการทำกิจกรรมเช่น การกำหนดสัดส่วนอาหาร อบรมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการติดตามเป็นระยะเวลานาน 18 เดือน โดยเริ่มจากแผนด้านอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งจะถูกนำมาทบทวนในอีก 2 เดือนถัดไป และมีการติดตามโดยผ่านทางจดหมายและเมลล์ ส่วนแพทย์จะได้รับแผนปฏิบัติการของผู้ป่วยทางแฟ็กหรือแสกนและเก็บไว้ในบันทึกทางการแพทย์

Handley MA, Shumway M, Schillinger D.[27] ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้โทรศัพท์อัตโนมัติร่วมกับการจัดการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในหน่วยปฐมภูมิมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง มีอายุมากกว่า 17 ปี ใช้ภาษาอังกฤษ สเปน หรือแคนโตนิส มีค่า HbA1C ตั้งแต่ 8.0% ไม่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายหรือโรคทางจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 แห่ง ในซานฟรานซิสโก

ผลการศึกษา ต้นทุนที่ใช้ในระยะเริ่มต้นโครงการ เท่ากับ 65,167 ดอลลาร์ และต้นทุนระหว่างดำเนินการ เท่ากับ 32,333 ดอลลาร์ต้นทุนต่อ QALY อยู่ในช่วง 29,402 - 72,407 ดอลลาร์ ต้นทุนต่อรายที่ใช้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประมาณ 558 ดอลลาร์ โดยจำนวนนี้มีต้นทุนระหว่างดำเนินการเท่ากับ 277 ดอลลาร์ต่อราย

Van Olmen J, Ku GM, van Pelt M, Kalobu JC, Hen H, Darras C, et al.[28] ประเมินประสิทธิผลของการใช้โทรศัพท์มือถือในการช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงการดูแล และการมีพลังความสามารถ ของบุคคลที่เป็นเบาหวานที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ ประเทศคองโก กัมพูชาและฟิลิปปินส์ เพื่อประเมินกระบวนการปัจจัยเอื้อ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคจากการนำโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 จำนวน 480 คน แบ่งเป็น 1) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองและโทรศัพท์มือเพื่อที่จะได้โทรศัพท์ขอปรึกษาหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพได้แต่จะไม่ได้รับข้อความตามโครงการ 2) กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านทางโทรศัพท์มือถือ โดยได้รับข้อความที่ได้รับจะเป็นไปตามและสามารถโทรศัพท์ขอปรึกษาหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพได้

โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินที่เมื่อเริ่มเข้าโครงการ ปีที่ 1 และปีที่ 2

ผลการศึกษาการศึกษาครั้งนี้นำเสนอเป็นกระบวนการทดลองไม่ได้นำเสนอผลการศึกษา

ลักษณะโปรแกรมมีรายละเอียดดังนี้

1) โปรแกรม การให้ความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองโดยเนื้อหาขึ้นอยู่กับระบบสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ ซึ่งพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้และดำเนินการโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเอง

2) โปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์มือถือกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อความความรู้ คำแนะนำ การเฝ้าติดตาม โดยมีเนื้อหาไม่เกิน 160 คำ ผ่านทางระบบการส่งข้อความผ่านมือถือโดยข้อความที่ได้รับจะเป็นไปตามโครงการเพื่อการสื่อสาร (Project Initiated Communication : ProjIC)

ตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome indicators)

- ระดับ HbA1C
- ความดันโลหิต
- ดัชนีมวลกาย
- สัดส่วนรอบเอวรอบสะโพก
- การประเมินแผลที่เท้าจากเบาหวานนับจำนวนแผลที่เป็นอยู่ทั้งสองเท้า

การเข้าถึงการดูแล (access to care indicators)

- อัตราการล้มเหลวและการเข้าร่วมโครงการ
- ระยะเวลาทั้งหมดที่ได้รับการดูแล (total time for health care visits)
- สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ (health care expenditure)
- ตัวชี้วัดคุณภาพการสนับสนุน (quality of support indicators)
- การรับรู้คุณภาพการดูแล (perceived quality of care) โดยการใช้การประเมิน การดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่เป็นเบาหวาน(the Patient Assessment of Chronic Illness Care :PACIC) ของ Glasgow et al. (2005)
- ความต้องการความรู้การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและการใช้บริการชุดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของ Fitzgerald และคณะ (1996)
- การเสริมสร้างความสามารถผ่านทางโปรแกรมความรู้การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

พลังอำนาจ (Empowerment indicators)

- ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ทัศนคติต่อเบาหวาน
- ความรู้สึกได้ควบคุม
- ความสม่ำเสมอในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุม ใช้แบบบันทึกและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการรับประทานยา
- ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ

กระบวนการ

-จำนวนครั้งในการส่งข้อความการให้บริการผ่านโทรศัพท์มือถือ

-จำนวนและประเภท การส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือจากผู้ป่วย

-ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านทางโทรศัพท์

Ratanawongsa N, Handley MA, Quan J, Sarkar U, Pfeifer K, Soria C, et al.[29] ศึกษาผลของแนวปฏิบัติ ในการจัดการดูแลตนเอง โดยใช้ โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์อัตโนมัติ (SMARTSteps) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานจำนวน 362 คน ประกอบด้วยสัญชาติแคนโตนิสหรือสเปนใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 4 แห่ง ในแคลิฟอร์เนีย และซานฟรนซิสโก โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสามกลุ่มได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์อัตโนมัติ (SMARTSteps)

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อ การดำเนินการวิจัยผ่านไป 6 เดือน พบว่าทั้งสองกลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโปรแกรม SMARTSteps เพียงอย่างเดียว หรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม SMARTSteps ร่วมกับการกระตุ้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีคะแนนดังต่อไปนี้ สูงขึ้น คือ คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพ และยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง สมรรถนะในตนเอง และกระบวนการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนั้น HbA1C ความดันโลหิตและค่า LDL มีค่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ลักษณะโปรแกรม โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์อัตโนมัติ (SMARTSteps) จะให้การสนับสนุน 27สัปดาห์ สัปดาห์ละ 8-12 นาทีและโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์อัตโนมัติ (SMARTSteps) ร่วมกับการกระตุ้นเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง โดยวิธีการให้คำแนะนำ

Nes AAG, van Dulmen S, Eide E, Finset A, Kristjansdottir OB, Steen IS, et al. [30] ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของการให้โปรแกรมทางเวปไซต์ที่ให้ผ่านทางโทรศัพท์มือถือเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 11 คน ที่กรุงออสโล ประเทศ นอรเวย์

ผลการศึกษาพบว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมผลการตรวจระดับน้ำตาล ระดับ HbA1C ดัชนีมวลกาย หลังการใช้โปรแกรม มีแนวโน้มลดลงในแต่ผู้ป่วยแต่ละราย

- การเขียนบันทึกประจำวันโดยเฉลี่ย 68% การเขียนให้ประโยชน์ในทางบวก และคำถามที่ใช้ถามค่อนข้างง่าย ให้แรงจูงใจ และมีประโยชน์
- การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการโรคเบาหวานที่ดีขึ้น
- สำหรับผู้บำบัดและผู้วิจัยเชื่อว่ามีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยจากการพบกันก่อนเริ่มโปรแกรม และการพูดคุยทางโทรศัพท์ แต่ก็ต้องใช้เวลามากในการประมวลบันทึกประจำวันก่อนที่จะให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเป็นวิธีกระตุ้นการจัดการตนเอง
- ปัญหาด้านเทคนิค เช่น การเชื่อมต่อเครือข่าย

ลักษณะโปรแกรมโปรแกรมการทดลองพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับกิจกรรมผ่านทางสมาร์ทโฟนโดยประกอบด้วย

1) โปรแกรมทางอินเทอร์เนตที่เชื่อมต่อความปลอดภัยในการประเมินข้อมูล ในแต่ละวัน

2) การได้รับการสะท้อนกลับสถานการณ์เป็นรายบุคคล

3) ข้อมูลด้านเสียงเกี่ยวกับการทำจิตใจให้สงบและการผ่อนคลาย

4) เครื่องมือด้านสุขภาพเป็นแอฟพลิเคชั่น เรียกว่า Few Touch Application (FTA) ระยะเวลา 3 เดือน มีการเขียนรายงานประจำวันทุกวันตลอดระยะเวลาการศึกษา และมีการเขียนการสะท้อนกลับสถานการณ์แต่ละวันทำในเดือนแรก ส่วนเดือนที่ 2 และ 3 ทำแต่ละสัปดาห์

ขั้นตอนการวิจัยเป็นดังนี้

1. มีการพบกันระหว่างนักวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง มอบโทรศัพท์มือถือให้ และสอนวิธีการใช้การเติมข้อมูลในบันทึกประจำวัน การอ่านการสะท้อนกลับ การได้ยินข้อมูลที่เป็นเสียง การใช้แอฟพลิเคชั่น FTA และนอกจากนี้มอบคู่มือให้ด้วย

2. ได้รับคู่มือแบบฝึกหัด และสามารถบันทึกสถานการณ์ปัจจุบัน และเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพ

3. นักบำบัดจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่เขียนสะท้อนกลับให้กับผู้ป่วย จะติดต่อกับผู้ป่วยก่อนการเริ่มการให้กิจกรรมการทดลอง

4. การเขียนบันทึกประจำวันประกอบด้วยข้อคำถาม 16-19 ข้อ เพื่อเป็นการประเมินติดตามตนเองในพฤติกรรมสุขภาพ ความคิด ความรู้สึก และการประยุกต์ใช้วิธีการจัดการตนเอง ในบันทึกประจำวันจะมีข้อมูลระดับน้ำตาล การรับประทานอาหาร ยา กิจกรรม ความรู้สึกและการประเมินแบบย่อๆ ของการสะท้อนกลับ และการเขียนข้อความส่วนตัวถึงนักบำบัด การเขียนจะได้รับการกระตุ้นเตือนโดยข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ

5. การเขียนสะท้อนกลับ เป็นการสะท้อนกลับตามข้อมูลการบันทึกประจำวันและการพบกัน

6. การส่งข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับระดับน้ำตาลผ่านทางสมาร์ทโฟน

McEwen MM, Pasvogel A, Gallegos G, Barrera L. [31] ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองด้านเบาหวานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม สำหรับผู้ใหญ่ชาวอเมริกันเม็กซิกันที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระหว่างสหรัฐและเม็กซิโก และทดสอบความเป็นไปได้ของการสรรหาและการฝึกอบรมผู้ที่จะมีส่วนร่วมในการให้การทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวเม็กซิกัน อเมริกันที่สามารถพูดภาษาสเปนได้ อายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 21 คนและสามารถเข้าร่วมได้ทั้กิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรมส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกาย อาหาร การดูแลเท้าเพิ่มขึ้น มีการนั่งลดลง มีความเครียดเกี่ยวกับโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางร่างกาย เช่น HbA1C และดัชนีมวลกายเมื่อ

สิ้นสุดโปรแกรม ผู้เข้าร่วมสามารถตอบคำถามความรู้โรคเบาหวาน ได้ถูกต้อง 95% และสามารถระบุปัญหาที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานได้ 100% ระบุแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้ 100% และระบุกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างชัดเจน 100 %

ลักษณะของโปรแกรม

1) โปรแกรมมีระยะเวลา 6 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง ใช้ภาษาสเปนในการสื่อสาร นอกจากนั้นยังมี โปรแกรมที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ที่บ้าน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที

2) เนื้อหารายระเอียดของกิจกรรมประกอบด้วย

(1) เกริ่นภาพรวมและบทนำของการให้กิจกรรมและโรคเบาหวานชนิดที่ 2

(2) โภชนาการ

(3) กิจกรรมและการออกกำลังกาย

(4) การจัดการกับความเครียด

(5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

(6) กลยุท์การจัดการตนเองในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน

3) มีการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง ในดือนที่ 2-5 ซึ่งการเยี่ยมบ้านนั้นจะอธิบายถึงเนื้อหาของโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, et al.[32] ได้ทำการศึกษาพื่อพัฒนาโปรแกรมการสอนการจัดการตนเองแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โปรแกรมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ความเป็นไปได้ การยอมรับ และผลระยะยาวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ HbA1C ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าการเข้าร่วมชั้นเรียนของผู้ป่วยเฉลี่ยรายละ 4.9 ครั้ง มีผู้ป่วยร้อยละ 44 ที่เข้าร่วมครบทั้ง 6 ครั้ง ผลการประเมินโปรแกรมของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกได้รับการสนับสนุน ไม่โดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้นจากการได้รับการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน นอกจากนี้การเข้าร่วมกลุ่มทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษาได้ดี และรู้สึกดีกับการได้รับข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับเบาหวานและอาหารเฉพาะโรค

ผลทางคลินิก พบว่า ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเดือนที่ 12 และ 18 HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในเดือนที่ 12 คะแนนความรู้สึกเป็นภาระต่อโรคและการรักษาเบาหวานลดลงเฉพาะในเดือนที่ 12

ลักษณะโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาโดยทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพยาบาลโรคเบาหวาน ผู้วิจัยแพทย์ทั่วไปนักจิตวิทยาผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการมีกิจกรรมโปรแกรมนี้ใช้แนวคิดพื้นฐานคือการเสริมสร้างพลังอำนาจ trans-theoretical model และ social cognitive theory ที่ตั้งสมมุติฐานว่า

ผู้ป่วยเบาหวานคือผู้เชี่ยวชาญในชีวิตตนเองและมีความรับผิดชอบโดยตรงในสิ่งที่ตนเองเลือกกระทำ ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือโค้ชซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา และยอมรับทางที่ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงจูงใจ มีการตั้งค่าเป้าหมายร่วมกัน มีการทำแผนปฏิบัติการ โปรแกรมประกอบด้วยการสอน5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงทุก 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 เป็นการ ติดตามผล

Session 1: บทนำเนื้อหาประกอบด้วยเป้าหมายของโปรแกรมประเมินแรงจูงใจในการเข้าร่วมประเมินความคาดหวังการให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวานและวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีงานมอบหมายให้ทำที่บ้านคือ แนวทางในการปรับปรุงการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายมีอะไรบ้าง

Session 2: แนะนำการกำหนดเป้าหมายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายวิธีการประเมิน พฤติกรรมที่แท้จริงของตนเองโดยมีงานมอบหมายให้ทำที่บ้านคือการประเมินตนเองจากการบันทึกการรับประทานอาหารจำนวนก้าวและให้พยายามคิดเกี่ยวกับเป้าหมายส่วนบุคคล

Session 3: ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม จัดทำ แผนปฏิบัติโดยมีงานมอบหมายให้ทำแผนปฏิบัติที่บ้านคิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่จะทำให้ตนเองทำตามแผนไม่ได้ รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหาเริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงตามแผน

Session 4: อภิปรายเกี่ยวกับเป้าหมายและแผนปัญหาและอุปสรรคให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาหาร โดยมีงานมอบหมายให้ทำที่บ้านคือ การปรับเป้าหมายและแผน ปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจัง และการฝึกแก้ไขปัญหา

Session 5: อภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งหมด ปัญหาอุปสรรคที่พบ การแก้ไขปัญหา รวมทั้งเป้าหมายและแผนที่จะทำในระหว่าง 3 เดือน รวมทั้งการสร้างความมั่นใจ

Session 6: อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับเป้าหมายและแผน การแก้ไขปัญหา การดำเนินโปรแกรม การใช้กลุ่มสนับสนุนโดยเพื่อนและมีการให้ข้อมูลตามความต้องการเฉพาะบุคคลก่อนและหลังโปรแกรม จะมีการอภิปรายระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับสคริปที่ใช้ในโปรแกรม และมีการปรับปรุงเพิ่มเติมให้เหมาะสมตามปัญหาที่พบ

ผู้ทำหน้าที่โค้ชเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ที่ได้รับการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางโรคเบาหวานและฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งศึกษาด้วยตนเองเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอกจากนี้สมาชิกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก็ได้รับการฝึกและพัฒนาในแนวทางเดียวกัน

Comellas M, Walker EA, Movsas S, Merkin S, Zonszein J, Strelnick H.[33]

ศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้จิตอาสาเป็นผู้นำกลุ่มโดยคัดเลือกผู้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจากผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานและสามารถสื่อสารได้สองภาษาคือภาษาอังกฤษและสเปน โดยมี

คุณสมบัติเฉพาะคือมีทักษะในด้านมนุษย์สัมพันธ์ สะดวกในการเข้ารับการอบรม มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมโปรแกรมมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การแก้ไขปัญหา และการกำหนดเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 17 คนทั้งที่เป็นฮิสปานิคและไม่ใช่ มีรายได้น้อยในชุมชนทางตะวันออกและทางใต้ เมือง Bronx ที่รัฐนิวยอร์ก

ผลการศึกษา พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนการนับจำนวนก้าวไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนเนื่องจากมีความคลาดเคลื่อนจากการใช้งานไม่ถูกต้องผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพอใจต่อโปรแกรม เหมาะกับวัฒนธรรมของตน และเห็นว่ามีประโยชน์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ส่งเสริมเรื่องสุขภาพในชุมชนมีความพึงพอใจต่อบทบาทและประสบการณ์ที่ได้รับ และค่าตอบแทนที่ได้รับ

ลักษณะโปรแกรม

เป็นการฝึกอบรมเป็นเวลา 5 วัน โดยมีการเข้าร่วม ใน ชั้นเรียนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 10 ชั่วโมงซึ่งสอนโดยบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งทำให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชียวชาญกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน ผู้เข้าอบรมจะมีโอกาสร่วมรับประทานอาหารกลางวันกับผู้ฝึกโดยจะได้รับการสอนและให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารที่แต่ละคนเลือกรับประทานในมื้อนั้น และมีการอภิปรายเกี่ยวกับ การจัดการเบาหวานด้วยตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการควบคุมอารมณ์ การกำหนด เป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการสื่อสารกับแพทย์ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลารวม 5 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งมีการอภิปรายถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

Session 1 โรคเบาหวาน ความรู้สึกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และคิดว่าจะทำอย่างไรให้หลุดพ้นจากโรคนี้

Session 2 อาหาร ปัญหาในการบริโภคอาหารสำหรับโรคเบาหวาน

Session 3 การออกกำลังกาย ช่วยให้เบาหวานดีขึ้นได้อย่างไร ชอบการออกกำลังกายแบบไหน รวมทั้งการตั้งเป้าหมาย

Session 4 การทบทวนเป้าหมาย และอภิปรายถึงความรู้สึกที่ไม่ดีที่ทำให้เกิดความเครียด การพูดคุยกับแพทย์

Session 5 การสื่อสารกับแพทย์ ครอบครัว และคนรัก รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ เรื่อกิจกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการอภิปราย1 สัปดาห์ประเมินความผาสุก ช่วง 2 สัปดาห์หลังการอภิปรายและมีการประเมินจำนวนก้าว ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของการสอน

Tang TS, Funnell MM, Noorulla S, Oh M, Brown MB.[34] ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบผลกระทบระยะสั้นของการให้ความรู้การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานระยะ 6 เดือนต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การดูแลตนเองและภาวะจิตสังคม และเพื่อทดสอบผลกระทบระยะยาวของต่อโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีระยะเวลา 24 เดือนโดยการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ และเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนด้านสุขภาพที่ดีขึ้นจากการได้รับความรู้การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแอฟริกันอเมริกันที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ที่ Ypsilanti เขต Michigan จำนวน 60 คนที่อยู่ในโครงการวิจัยจนครบโปรแกรมจากตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมด 89 คน

ผลการศึกษา เมื่อเข้าโครงการ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมที่ 6 เดือน เหลือกลุ่มตัวอย่างอยู่ในโครงการ 79 คน (attrition rate 13%) และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมที่ 24 เดือน เหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ 60 คน (attrition rate of 33%) ซึ่งต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งคาดการณ์ตั้งแต่ baseline ถึง 30 เดือน เป็น 40%) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40 ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 62 ปี (SD=10.2) เป็นเพศชาย 30% (n=18) เพศหญิง 70% (n=42) มี 45% (n=27) สมรส มี 30% (n=18) มีระดับการศึกษามัธยมปลายหรือต่ำกว่า มี 80% (n=48) ว่างงาน มี 62% (n=37) ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐบาล

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน พบค่ามีการลดลงของค่าความดันไดแอสโตลิก (80.0 mmHg versus 75.7 mmHg; p<0.05) และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด (165.0 mg/dL versus 149.5 mg/dL; p< 0.001) อย่างมีนัยสำคัญและไม่พบการเปลี่ยนแปลงในHbA1C น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับคลอเรสเตอรอล ชนิด HDLและ LDL และแรงดันเลือดซีสโตลิค ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ (3.4 days/wk versus 4.2days/wk; p < 0.01) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (4.9 days/wk versus 5.6 days wk; p<0.05) และการตรวจเท้า 4.8 days/wk versus 5.6 days/wk; p < 0.01) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกิจกรรมทางกาย ยา และ/หรือการใช้อินซูลิน นอกจากนี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้เป็นโรคเบาหวาน และการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านเบาหวาน

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 24 เดือนไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (4.2 days/wk versus 4.8 days/wk; p<0.05) การเว้นช่วงอาหารคาร์โบไฮเดรตในแต่ละวัน (3.3 days/wk versus 4.1 days/wk; p < 0.01) และการใช้อินซูลิน (3.8 days/wk versus 5.2 days/wk; p <0.05) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องกิจกรรมทางกาย การทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า และการใช้ยา ด้านผลลัพธ์ทางจิตสังคม พบการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้เป็นโรคเบาหวาน (29.8 days/wk versus 26.7.2 days/wk; p < 0.05) และไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านเบาหวาน

การเปรียบเทียบคนที่เข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้น (30 เดือน) กับการยกเลิกกลางคันพบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ยกเลิกกลางคัน (M=62.4; SD=10.2 versus M = 55.7; SD 10.0) มีรายได้ที่สูงกว่าและมีจำนวนคนที่ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐบาลมากกว่า (62% versus 36%) และมีจำนวนคนที่ได้รับยาลดคอเลสเตอรอลมากกว่า (75% versus 43%) นอกจากนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างด้านตัวแปรทางคลินิก

ลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วย 2 ได้แก่

1. ระยะในการทำให้การจัดการตนเองด้านเบาหวานดีขึ้นในเวลา 6 เดือน โดยการให้การจัดกระทำทางไปรษณีย์ เริ่มต้นด้วยการให้ข้อมูลทางคลินิกย้อนกลับเช่น HbA1C ไขมันในเลือดความดันโลหิต ตามด้วยการส่งจุลสารน์การศึกษาเป็นรายสัปดาห์ในทันทีที่ผลการประเมินการตรวจต่างๆ ปรากฏ ผู้วิจัยจะส่งผลการตรวจทั้งหมดไปให้กลุ่มตัวอย่างและทีมสุขภาพที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการตรวจต่างๆจะนำเสนอในรูปแบบของผลสรุปการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (diabetic complication risk profile) ผลสรุปความเสี่ยงนี้จะส่งไปยังผู้ป่วยรวมถึงคำอธิบายผลของการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วย เช่นค่า HbA1C ค่าเป้าหมายของผลการตรวจต่างๆ ทางคลินิก(HbA1C อยู่ในช่วง < 7 % หรือ < 53 mmol/mol)และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นไปได้ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยส่งจุลสารรายสัปดาห์ที่เน้นในหัวข้อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านเบาหวาน เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลทางคลินิกแก่ผู้ป่วย จุลสารส์เหล่านี้ถูกปรับและทำให้ทันสมัยจากการศึกษาที่ผ่านมาและกำหนดเนื้อหาสาระที่สำคัญสำหรับการศึกษาโรคเบาหวานตามแนวทางมาตรฐานแห่งชาติสำหรับการศึกษาโรคเบาหวาน จากนั้นดำเนินการติดตามผลการให้ความรู้การจัดการตนเองด้านเบาหวานเป็นระยะเวลา 6 เดือนจึงสิ้นสุดการติดตาม ข้อมูลที่รวบรวมได้ ณ จุดสิ้นสุดที่ 6 เดือนจะถูกนำไปเป็นข้อมูลเริ่มต้นของโปรแกรม (24 month, empowerment-based DSMS intervention)

2. ระยะที่ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจ ใน 24 เดือน เพื่อให้การจัดการตนเองคงอยู่ในระยะยาว โดยใช้วิธีการสร้างเสริมพลังของแอนเดอสันและฟันเนลล์ (Anderson and Fullnell's empowerment) ประกอบด้วยการจัดประชุมรายสัปดาห์ 88 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ในช่วง 24 เดือน การจัดประชุมมีทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่ายเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ที่เข้าร่วมประชุมเลือกได้ตามความสะดวกเของแต่ละบุคคล ซึ่งตัวอย่างวิจัยจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมได้บ่อยตามต้องการ การอภิปรายกลุ่มจะดำเนินการตามข้อคำถามและสิ่งที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มกังวล ซึ่งวิธีการดำเนินการในแต่ละครั้งจะไม่ได้ดำเนินตามแนวหลักสูตรมาตรฐาน แต่จะดำเนินตามกระบวนที่ผู้อำนวยความสะดวกใช้ในการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ 1) สะท้อนความคิดประเด็นที่เกี่ยวกับความท้าทายหรือประสบการณ์ในการจัดการตนเอง 2) ให้ตระหนักถึงอารมณ์ที่จะเกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์เหล่านั้น 3) เข้าร่วมกลุ่มแก้ปัญหา 4) ถามคำถามเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเป็นโรคเบาหวาน 5) ตั้งพฤติกรรมเป้าหมายและทำแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การประชุมดำเนินการโดยพยาบาลที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและนักจิตวิทยาคลินิก

Tang TS, Funnell MM, Oh M.[35] ศึกษาเพื่อทดสอบผลลัพธ์ทางคลินิก การดูแลตนเอง และจิตสังคมซึ่งเป็นการติดตามผล 1 ปี หลังจากสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิคการเสริมพลังอำนาจ โครงการ 2 ปี ให้กิจกรรมการทดลองด้วยการจัดกลุ่มทุกสัปดาห์ นำกลุ่มโดยผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ 2 คน เน้นการทดลองการเรียนรู้ การเผชิญปัญหาด้านอารมณ์ การแก้ปัญหา

การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนดำเนินการ การอภิปรายกลุ่มเน้นการวิเคราะห์การลำดับความสำคัญในการจัดการตนเองและสิ่งที่กังวล ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในพื้นที่

ผลการศึกษา การติดตามผล 2 ปีหลังการจัดกระทำการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า การบริโภคอาหารสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะห่างของการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระหว่างวัน การใช้อินซูลินตามคำแนะนำและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และจากการติดตามในระยะ 1 ปีหลังการจัดกระทำพบว่านอกจากมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นแล้ว ยังมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ระดับคลอเสเตอรอล และ LDL ดีขึ้น แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกาย การทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจเท้า หรือการใช้ยา

ลักษณะของโปรแกรมการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยใหญ่ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการส่งเอกสารความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทางไปรษณีย์ไปยังตัวอย่างในการวิจัยร่วมกับการให้ข้อมูลป้อนกลับใช้เวลา 6 เดือน

ระยะที่ 2 เป็นการส่งเสริมต่อจากระยะที่ 1 ระยะนี้เป็นการจัดการสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดความยั่งยืนใช้เวลา 2 ปีระยะนี้ถูกออกแบบโดยอาศัยหลักการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโดยเชื่อว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่จัดการได้ เน้นที่ตัวผู้ป่วย เป็นผู้ตัดสินใจคนสุดท้ายและให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือก หรือร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้เลือกให้ ซึ่งเป้าหมายมีแนวโน้มที่จะประสบผลสำเร็จและยั่งยืนกว่า การจัดกระทำประกอบด้วยการประชุม 88 ครั้งเป็นรายสัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 75 นาที มีเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 24 เดือน สถานที่จัดที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ในช่วงเวลาต่างๆ กันตั้งแต่ 10.00 น. ถึง 15.00 น. ขึ้นอยู่กับเวลาว่างผู้ร่วมวิจัยโดยคณะผู้วิจัยเชิญตัวอย่างในการวิจัยเข้าร่วมประชุมได้บ่อยตามต้องการ รวมทั้งให้การสนับสนุนที่แตกต่างกันตามความต้องการและบรรลุความต้องการของชีวิต การอภิปรายกลุ่มจะใช้คำถามและความกังวลหรือความสนใจของตัวอย่างในการวิจัยเป็นแนวทาง

ระยะที่ 3 เป็นระยะการติดตามภายหลังจากระยะที่ 2หลังจากการให้โปรแกรมการจัดการเบาหวานซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการดูแลตามปกติ ไม่มีการจัดกระทำใดๆ

มีการวัดผลไว้เป็นพื้นฐานที่ 24 เดือนหรือ 2 ปี หลังการจัดกระทำและช่วงติดตามผล ที่ 36 เดือน หรือ 3 ปี เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ระดับคลอเรสเตอรอล HDL LDL ในกระแสเลือด ความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

Tang TS, Sohal PS, Garg AK.[36] ได้ศึกษาการประเมินโปรแกรมการฝึกผู้นำกลุ่มที่เป็นจิตอาสาช่วยในการดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ ในเขตเอเชียใต้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถในการดำเนินการโปรแกรมและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวาน หรือผู้ดูแลบุคคลที่เป็น

เบาหวาน ไม่จำเป็นต้องอาศัยในบ้านเดียวกัน เป็นคนเอเชียใต้ในเขตแวนคูเวอร์ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี เชี่ยวชาญในภาษาอังกฤษและภาษาปัญจาบี มียานพาหนะที่สามารถมารับการฝึกอบรมได้สามารถและเต็มใจในการร่วมโปรแกรมฝึกอบรมครบ 5 ครั้ง

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 8 คน อายุเฉลี่ย 56 ปี (SD=10.1, rang 41-72 ปี) เป็นหญิง 6 คน ชาย 2 คน มี 6 คนเป็นผู้ดูแลและมี 2 คนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน มี 6 คนเกิดในอินเดีย จำนวนปีเฉลี่ยที่อาศัยอยู่ในแคนาดา 20.8 ปี สมรสแล้ว 7 คน มี 4 คนที่พูดภาษาปัญจาบีได้คล่องแคล่ว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มี 3 คนทำงานแบบไม่เต็มเวลา อัตราการเข้าร่วมโครงการพบ 96%

ความสำเร็จในการจบการฝึกอบรม

- พบทักษะการฟังอย่างตั้งใจประมาณ 63%ผ่านการประเมิน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.16 ผู้เข้าอบรมคนที่ไม่ผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 สามารถผ่านในครั้งที่ 2 การอำนวยความสะดวกในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผู้เข้าอบรม 6 คนที่ผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 ผู้เข้าอบรมคนที่ไม่ผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 สามารถผ่านในครั้งที่ 2
- การตั้งเป้าหมาย 5 ขั้นตอน มีผู้เข้าอบรม 5 คนที่สามารถผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 ผู้เข้าอบรมคนที่ไม่ผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 สามารถผ่านในครั้งที่ 2
- การประเมินสมรรถนะของตนเอง มีผู้เข้าอบรม 5 คนที่สามารถผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 ผู้เข้าอบรมคนที่ไม่ผ่านการทดสอบในครั้งที่ 1 สามารถผ่านในครั้งที่ 2 โดยผู้ที่ไม่ผ่านในครั้งที่ 1 จะได้รับการฝึกซ่อมเสริมตัวต่อตัวกับผู้สอน

ความพึงพอใจในโปรแกรม

- ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความพึงพอใจได้ 4.3 คะแนน
- ระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งคะแนนความพึงพอใจได้ 4.3 คะแนน
- การเตรียมความพร้อมสำหรับการนำกลุ่มรายกลุ่ม คะแนนความพึงพอใจได้ 4.8 คะแนน
- การเตรียมความพร้อมสำหรับการนำกลุ่มรายบุคคล คะแนนความพึงพอใจได้ 4.8 คะแนน

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ผู้เข้าอบรมให้คะแนนความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองค่อนข้างสูงอย่างต่อเนื่อง ในการทำแบบทดสอบให้คะแนนความเชื่อมมั่น 4.5 (0.53) การรวมกลุ่มระดมสมอง 4.4 (0.74) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม 4.8 การเล่นบทบาทสมมุติ 4.5และสถานการณ์จำลองในการอำนวยความสะดวกกลุ่ม 4.5

ประเด็นที่ทำให้การอบรมในครั้งนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการฝึก ผู้เข้าอบรมให้ความเห็นว่า การกล่าวบทนำการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ประสบการณ์การตั้งเป้าหมายการจัดการด้วยตนเอง และออกแบบพฤติกรรมทดลอง และการทำกิจกรรมกลุ่ม

ประเด็นที่ทำให้การอบรมในครั้งนี้มีประสิทธิภาพน้อยได้แก่ระดับความรู้และทักษะที่แตกต่างกัน และการที่มีผู้เข้าอบรมบางคนเข้ามาสั่งการเองในกลุ่ม

ลักษณะของโปรแกรม

1. Original PLEASED programme

โปรแกรมนี้ใช้จิตอาสา ในการส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการสนับสนุน ความพยายามในการจัดการตนเองโดย พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดที่ว่า

1) โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องจัดการโดยผู้ป่วยเอง

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกกระทำเอง

3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นในรูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ

โปรแกรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

1) การพัฒนาความรู้เรื่องเบาหวาน

2) การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การอำนวยความสะดวก และทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3)การฝึกปฏิบัติและการส่งเสริมการพัฒนาทักษะที่ต้องการให้ดีขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง โปรแกรมจะสรุปสมรรถนะที่ผู้สมัครคาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการฝึกและสมรรถนะที่ผู้สมัครต้องการเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการฝึก ซึ่งสมรรถนะประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การทำให้มีความสามารถในการอำนวยความสะดวกผู้อื่นและความสามารถในตนเอง

2. South-Asia peer –leader training programme

โปรแกรมนี้พัฒนามาจาก ต้นแบบของ PLEASED peer leader training แต่เพื่อให้โปรแกรมนี้สอดคล้องกับความต้องการ สภาพแวดล้อม และบริบทของชุมชน Vancouver's South-Asian

- โปรแกรมการฝึกจะรวมการตั้งเป้าหมาย 5 ขั้นตอนเป็นสมรรถนะใหม่ที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนอกเหนือไปจากแนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจ ประกอบด้วยการระบุปัญหา ตระหนักถึงอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การตั้งเป้าหมายระยะยาว ออกแบบการทดลองพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว และดำเนินการและประเมินพฤติกรรมทดลอง

โปรแกรมการสอนจะเป็นแบบตัวต่อตัว ทั้ง 5 ครั้งดำเนินการทุกๆวันเสาร์ที่วิทยาลัยชุมชนท้องถิ่น การดำเนินการแต่ละครั้งใช้เวลานาน 4 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 20 ชั่วโมง โปรแกรมนี้ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำนวน 5 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลสุขศึกษาด้านเบาหวานที่ผ่านการรับรอง นักโภชนาการ 2 คน และเภสัชกร ทั้ง 5 ท่านต้องผ่านการ

อบรมการเป็นครูฝึกจำนวน 16ชั่วโมง ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย การสื่อสาร การอำนวยความสะดวก และทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ

1) การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การอำนวยความสะดวก และทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การประยุกต์ทักษะในสถานการณ์จำลอง วิธีการต่างๆที่ใช้ในการอบรมได้แก่ การสอบ การทำกลุ่ม การระดมสมอง การอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่ม การบรรยาย การสร้างทักษะ การแสดงละคร และสถานการณ์จำลอง

เนื้อหาและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดดังนี้

Session 1 เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการอำนายความสะดวกและบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อนอธิบายหลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอนหลักการสะท้อนกลับ สอนหลักการประเมินตนเอง สาธิตทักษะการฟังอย่างตั้งใจ สาธิตทักษะการถามคำถามปลายเปิด การสะท้อนคิด การเห็นคุณค่าในตนเอง และสาธิตทักษะในการพูดในสิ่งที่คิดออกมา

Session 2 สาธิตขบวนการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ขั้นตอน ออกแบบและประเมินแบบทดลอง สาธิตการอำนวยประโยชน์ให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสาธิตขบวนการแก้ไขปัญหา

Session 3 อภิปรายบทบาทของความเครียดกับเบาหวาน ตระหนักถึงอาการแสดงของภาวะเครียด ระบุยุทธวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเครียด อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานและภาวะซึมเศร้า ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า อภิปรายวิธีการในการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อภิปรายทางเลือกอื่นๆในการรับฟังข่าวร้าย และนำเสนอหัวข้อหรือประเด็นที่ยุ่งยากและกระทบจิตใจ

Session4 สาธิตการอำนวยความสะดวกในการประเมินพฤติกรรมทดลองเป็นกลุ่ม อภิปรายบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเอง ระบุยุทธวิธีในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและสาธิตวิธีการทำให้การประเมินความตระหนักในเบาหวานให้เสร็จสิ้น

Session 5 กระตุ้นกิจกรรมใน session 1- 4 และให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางโทรศัพท์

Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al.[37]ทำการศึกษาเพื่ออธิบายความเหมาะสมและผลของโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยกลุ่มจิตอาสาใน 4 ประเทศ คือ คามารูน แอฟริกาใต้ ไทย และ ยูกานดามีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานใน 4 ประเทศ คามารูน แอฟริกาใต้ ไทย และ ยูกานดา

ผลการศึกษาโครงการนี้มีการประเมินโครงการใน 4 ประเด็นคือ การนำไปใช้ การเข้าถึง การเข้ามามีส่วนร่วม การยอมรับของผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้งผลที่เกิดขึ้นต่อผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรม และความยั่งยืน

การนำไปใช้: แต่ละโครงการมีทั้งกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคล พบว่าทุกโครงการให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการทำกิจกรรมการดูแลตนเองประจำวัน การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การเชื่อมโยงกับการรักษาในคลินิกและการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเข้าถึง การมีส่วนร่วมและการยอมรับ: มีการรายงานถึงความสำเร็จในการเข้าถึงและการเข้าร่วมโครงการในสามประเทศคือ คามารูน แอฟริกาใต้ และอูกานดา ซึ่งรวมการเข้าถึงและการติดต่อกันโดยใช้โทรศัพท์

ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรม: คามารูน รายงานผลดัชนีมวลกาน ความดันลหิต ดัชนีมวลกายความดันโลหิต และ HbA1C ดีขึ้นโดยประเทศไทยรายงาน HbA1C และดัชนีมวลกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้ง คุณภาพชีวิตดีขึ้นอูกานดา รายงานผลเรื่อง พฤติกรรมด้านอาหาร ความดันโลหิต และ HbA1C ดีขึ้น

ความยั่งยืน: แอฟริกาใต้รายงานว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการยังคงมีกิจกรรมต่อและมีโครงการ ผู้หญิงและสันติภาพในท้องถิ่นมาสานต่อประเทศไทย มีระบบอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอยู่แล้วจึงสามารถดำเนินการต่อไปได้สำหรับประเทศอูกานดารายงานว่าการใช้คู่มือแบบสองภาษาช่วยให้โครงการดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

ลักษณะโครงการเป็นจิตอาสาของ the American Academy of Family Physicians Foundation โดยดำเนินงานในหลายประเทศดังนี้

โครงการในประเทศคามารูน: มีระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้จิตอาสาจำนวน 10 คน ที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานโดยคัดเลือกมาจากชนกลุ่มน้อย กลุ่มอาชีพ ศาสนา กีฬา ผ่าน social network เมื่อผ่านการอบรมแล้วจิตอาสาแต่ละคนได้รับมอบหมายให้ดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คน โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มเดือนละครั้ง และการพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเดือนละ3 -5 ครั้ง ทั้งการพบที่บ้านหรือผ่านทางโทรศัพท์

โครงการในประเทศแอฟริกาใต้: ใช้ชื่อโครงการ Diabetes Buddies ซึ่งเป็นการจับคู่ผู้ป่วยให้เป็นทั้งผู้รับและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดำเนินโครงการในระยะเวลา 3 เดือน รวม 12 ครั้งมีหญิงเบาหวานจำนวน 22 คนเข้าร่วมโครงการ การอบรมมีการอภิปรายเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการโรค และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การประสบความสำเร็จในการจัดการเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ด้านลบ และใช้บทบาทสมมติกับการปรับตัวต่อความเครียด คู่แต่ละคู่จะติดต่อกันโดยตรงและผ่านทางโทรศัพท์ โดยทางโครงการจะช่วยส่งสาระข้อมูลสนับสนุนการจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกายให้ทุกคู่ ทุกวัน

โครงการในประเทศไทย : เป็นโครงการภายใต้ระบบสุขภาพที่มีอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็น จิตอาสาโดยในโครงการนี้ใช้ อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านจำนวน 200 คน ต่อผู้ป่วยจำนวน 400 คนในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา และเขตชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านทั้งหมดได้รับการฝึกอบรมอย่างเต็มรูปแบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการชี้แจงโครงการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านและเก็บข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้นหนึ่งสัปดาห์ อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่จัดแคมป์ “ไกลเบาหวาน” โดย อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านทำหน้าที่ในการช่วยผู้ป่วยแต่ละคนกำหนดเป้าหมาย พัฒนาแผนที่เป็นรูปธรรม และประเมินความก้าวหน้า โครงการที่ทำในเขตเมืองกำหนดให้มีการอภิปรายกลุ่มทุกสัปดาห์ และเยี่ยมติดตามที่บ้านหรือโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้ง ส่วนโครงการในเขตชนบทจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันทุกวัน และกำหนดพบกลุ่มย่อยทุก 2-4 สัปดาห์

โครงการในประเทศยูกานดา: ใช้ชื่อโครงการว่า Diabetes Champion ดำเนินโครงการในระยะ 3 เดือนมีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 46 คน ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแชมเปี้ยนจะทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเองแก่คู่ของตนเองที่เป็นเบาหวานเหมือนกัน ทั้งคู่จะได้รับการฝึกอบรมการจัดการตนเองเหมือนกัน แต่ผู้เป็นแชมเปี้ยนจะได้รับการเสริมในหัวข้อ “การสื่อสาร” ทั้งคู่จะตกลงกันว่าจะติดต่อกันด้วยวิธีใด โดยมีคู่มือการดูแลตนเองฉบับเดียวกันอยู่ในมือ คู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการติดต่อกับแพทย์ ทั้งคู่ถูกจับคู่ ควบคู่ไปกับเจ้าหน้าที่ โดยในหนึ่งสัปดาห์พวกเขาจะต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งทั้งสองคนมีการพัฒนาตนเองเท่าเทียมกัน

Tang TS, Gillard ML, Funnell MM, Nwankwo R, Parker E, Spurlock D, et al.[38] ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ การยอมรับ และศักยภาพที่จะพัฒนาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาวและการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานในคนแอฟริกันอเมริกันชนบทที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการ

1) ส่งจดหมายไปเชิญชวนผู้ป่วยเบาหวานที่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ด้านเบาหวานและอาศัยอยู่ในเขตดีทรอยด์

2) ประกาศรับสมัครทางหนังสือพิมพ์

3) ประกาศทางวิทยุ

4) แจกใบปลิวที่ชุมชนในดีทรอยด์ ตาม สมาคมและโบสถ์ ต่าง ๆ ที่มีคนแอฟริกันอเมริกันเป็นสมาชิก พบว่ามีผู้ที่สนใจโทรศัพท์สมัครเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 81 คน มีคนที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์จำนวน 66 คน คิดอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมได้ 81% มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมจำนวน 62 คน อัตราการสูญหายคิดเป็น 6%

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 62คน มีอายุตั้งแต่ 36 ปี ถึง 82 ปี อายุเฉลี่ย 65ปี (SD=9.9) เป็น ชาย 19% (9 คน) หญิง81% (52คน) มี 28คน สมรสแล้ว มี 48% จบการศึกษาอย่างน้อยระดับวิทยาลัย มี 10% เป็นลูกจ้าง มี 63% ใช้สิทธิประกันสุขภาพจากรัฐบาล

1) ผลการเข้าร่วมโปรแกรม 24 ครั้งมี 10% (6 คน) ที่ไม่เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม มี 39% (24 คน) ที่เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม 1-7 ครั้ง มี 32% (20 คน) ที่เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม 8-16 ครั้ง มี 19% (12 คน) ที่เข้าร่วมการประชุมกลุ่ม 17-23 ครั้ง การจัดกิจกรรมในตอนเช้าคนจะสนใจมากเฉลี่ย 16 ครั้ง (SD=3.4, range, 10-27) จำนวนครั้งเฉลี่ยในการเข้าร่วมในตอนบ่ายเป็น 8 ครั้ง (SD=3.5, range, 2-18)

2) ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นคือ มีดัชนีมวลกายลดลง ($p < .001$) ระดับไขมันในเลือดลดลง ($p < .01$) ส่วนระดับ HbA1C และระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง

3) พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ($p < .05$) พฤติกรรมการลดการรับประทานดีขึ้น ($p < .05$) เพิ่มการทำกิจกรรมทางกาย ($p < .01$) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยๆ ($p < .01$) และการดูแลเท้าเพิ่มขึ้น ($p < .05$)

4) ตัวชี้วัดด้านจิตสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < .001$)กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความยุ่งยากน้อยลง ($p < .05$) การรับประทานอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพมีความยุ่งยากน้อยลง ($p < .05$) ส่วนไม่เปลี่ยนแปลงได้แก่ การรับประทานยา การทดสอบระดับน้ำตาลและการดูแลเท้า

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านเบาหวานที่ใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยการทำกลุ่มอาทิตย์ละ 1 ครั้ง นาน 90 นาที ในระยะเวลา 6 เดือน ดำเนินการโดยพยาบาลที่ได้รับการรับรองด้านการสอนเบาหวาน ความแตกต่างของโปรแกรมนี้กับโปรแกรมการสอนจัดการตนเองด้านเบาหวานแบบเดิมคือ การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื้อหาที่ใช้ในการสอนเน้นจากคำถามจากผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล วิธีการสอนใช้แนวของ Anderson's and Funnell แต่เพิ่มในเรื่องการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการสอนแบบกลุ่ม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยาวนาน โปรแกรมนี้ออกแบบให้มีความยืดหยุ่น ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มบ่อยๆตามที่เขาต้องการ และใช้วิธีการหลายๆอย่างในการสอนและการเรียน อาการทางคลินิก พฤติกรรม และประเด็นด้านจิตสังคมรวมอยู่ด้วย ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตกับเบาหวานเป็นจุดเน้นในการสอน ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์สิ่งที่ท้าทายในการจัดการตนเอง อภิปรายสิ่งที่เขาคิดและรู้สึก ถามคำถามเกี่ยวกับการดูแลที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานและการจัดการตนเอง สร้างวิธีการแก้ปัญหาโดยกลุ่ม ตั้งเป้าหมาย และสอบถามผลการปฏิบัติทุกๆ ครั้ง

นอกนี้ในแต่ละครั้งจะมีการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นไปที่ความต้องการ วิถีชีวิต เป้าหมายของผู้ป่วย และกระบวนการกลุ่มที่ดำเนินไป 5

ขั้นตอนคือ 1)การสะท้อนประสบการณ์ 2)อภิปรายด้านอารมณ์ 3)การจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ 4)ตอบคำถามเบาหวานและการดูแล 5)ให้ผลย้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้คู่มือการจัดการตนเองด้านเบาหวานเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการนำมาอภิปราย

Hess R, Bryce CL, Paone S, Fischer G, McTigue KM, Olshansky E, et al[39]

ศึกษาผลการนำโปรแกรมไปใช้ที่ทำงานและปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อเทคโนโลยีที่เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของ University of Pittsburgh Physicians General Internal Medicine (UPP–GIM) ประกอบด้วย แพทย์ 30 คน และแพทย์ฝึกหัด 32 คนและผู้ป่วยโรคเบาหวาน 39โดยทำการทดลองที่สถานปฏิบัติ ระดับปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยสามแห่ง

ผลการศึกษาไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในจำนวนของการพบผู้ป่วยหรือโทรศัพท์ที่โทรเข้ามาในสำนักงานแต่พบว่ามีจำนวนข้อความที่พูดเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม 39 คนมีรู้สึกว่าระบบช่วยส่งเสริมการติดต่อสื่อสารกับสำนักงานและระบบเตือนเป็นสิ่งที่มีประโยชน์

ลักษณะของโปรแกรมไม่มีรายละเอียด เป็นการประเมินการนำโปรแกรมไปใช้

Ratanawongsa N, Bhandari VK, Handley M, Rundall T, Hammer H, Schillinger D.[40]

ประเมินความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ ต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน113 คนที่เครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่ซานฟรานซิสโกโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสามกลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้โทรศัพท์อัตมัติสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมโดยทีมผู้ดูแลสุขภาพ
3. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้โทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เห็นว่ามีคุณภาพดี 37.2% ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 26.9% ในกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมและ 14.3% ในกลุ่มที่ใช้โทรศัพท์ ด้านความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการดูแลพบว่ามี ความยากในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการจัดการการดูแลตนเอง การมีเวลาจำกัดในระหว่างการเยี่ยม และการดูแลที่เหมาะสม ในการมุ่งเน้นจัดการปัญหาที่เร่งด่วนมากกว่าการมุ่งประเด็นไปที่การจัดการตนเอง

ลักษณะของโปรแกรมมีสามแบบคือ

1. โทรศัพท์อัตโนมัติ ที่ให้ข้อความด้านสุขภาพ และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และภาวะสุขภาพ

2. กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ เช่น ผู้จัดการรายกรณี หรือผู้ที่ช่วยอำนวยความสะดวกโดยเข้ากลุ่มประมาณ 6-10 คนใช้เวลา 90 นาทีเดือนละครั้ง

3. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ

Heisler M.[41] ศึกษารูปแบบและประสิทธิภาพของการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการสนับสนุนโดยการใช้จิตอาสา (Peersupport) เป็นวิธีการที่มีต้นทุนต่ำ ยืดหยุ่นในแง่ของการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังให้ประโยชน์ทั้งผู้ที่ได้รับและผู้ที่ให้การสนับสนุน คุณลักษณะของโปรแกรมเหล่านี้คือพยายามที่จะสร้างจุดแข็งองค์ความรู้และประสบการณ์ผ่านการนำเสนอของเพื่อนร่วมงาน โดยโปรแกรมการสนับสนุนสร้างมาจากพื้นฐานความคิดของผู้ที่มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังจะมีการจัดการที่ดี และสามารถให้คำแนะนำซึ่งกันและกันได้ สามารถแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ที่คนอื่นๆ เพราะผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพไม่สามารถเข้าใจได้ หากสามารถออกแบบการดูแลโดยจิจอาสาอย่างรอบคอบและนำไปปฏิบัติ อาจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ชีวิตอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยได้

นอกจากนี้ต้องใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบหวาน มีความจำเป็นที่ต้องการเพิ่มการสนับสนุนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การใช้โปรแกรมผ่านทางโทรศัพท์และเทคโนโลยีใหม่สำหรับผู้ป่วยจำนวนมากที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

Sae-Sia W, Maneewat K, Kurniawan T.[42] ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยแบบสุ่มและควบคุมกลุ่มตัวอย่าง70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 35เก็บข้อมูลที่เวสจาวา ประเทศอินโดนีเซีย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้า สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

ลักษณะโปรแกรม เป็นโปรแกรม 5 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาในการจัดการตนเองโดยใช้หลักการการจัดการตนเองสามขั้นตอน ของ Kanfer และ Goldstein ปี1991

Sarkar U, Handley MA, Gupta R, Tang A, Murphy E, Seligman HK, et al.[43]
ศึกษาผลที่ไม่พึงประสงค์และความเป็นไปได้ในการเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้เข้าร่วมงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการใช้โทรศัพท์อัตโนมัติ และมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลที่ติดตามเยี่ยม
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเป็นงานวิจัยทดลองสุ่มและควบคุม การดำเนินการวิจัย แบ่ง เป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ทบทวนประวัติผู้ป่วยก่อนทำการวิจัย 3 เดือนก่อนการเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 การให้การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านโทรศัพท์และ การใช้โปรแกรมผ่านเทคโนโลยี health IT นาน 9 เดือน

ระยะที่ 3ได้รับกิจกรรมครบ 9 เดือนแล้ว หลังจากนั้น 3 เดือน ทำการประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

ผลการศึกษา ก่อนการทดลองพบมี เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 111 ครั้ง และพบโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 153 ครั้ง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เช่น การได้รับบาดเจ็บ และต้องการการรักษาทางการแพทย์ การมีโอกาสเกิดเหตุการ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย แต่ไม่ต้องการการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการทดลองผ่านโทรศัพท์และ health-IT โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

Schillinger D, Handley M, Wang F, Hammer H.[44]

ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โทรศัพท์อัตโนมัติในการสนับสนุนการจัดการตนเองรวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทุกสัปดาห์ และการใช้ทีมสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กระบวนการสื่อสาร ผลลัพธ์ได้แก่ พฤติกรรมทางสุขภาพ การทำหน้าที่ และเมตาโบลิสมของร่างกายการวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทดลองแบบสุ่มควบคุมเก็บข้อมูลที่ชุมชนที่เมืองซานฟรานซิสโกและที่ภาควิชาสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 339 คน ที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทางโทรศัพท์รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทุกสัปดาห์
3. กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจากแพทย์ทุกเดือน

ผลการศึกษา

1.กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทางโทรศัพท์รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทุกสัปดาห์ มีคะแนนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.001)

2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทางโทรศัพท์รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทุกสัปดาห์ มีคะแนนในการพัฒนาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.05)

3. กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองทางโทรศัพท์รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P =.02)

4. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพมี พฤติกรรมการทำหน้าที่ และภาวะเมตาโบลิสมของร่างกายดีขึ้นดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P =.02)

Siminerio L, Ruppert KM, Gabbay RA[45] ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างโปรแกรมการสนับสนุนจัดการผู้ป่วยเบาหวาน (diabetes self-management support) และโปรแกรมการให้การศึกษาเรื่องการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน (diabetes self-management education) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยวัดระดับ HbA1C ระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำหนักตัว การดูแลตนเองความทุกข์ทรมานและความพึงพอใจต่อโปรแกรม งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 141 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม โดยได้รับกิจกรรมการทดลองในแต่ละกลุ่มดังนี้

ผลการศึกษา

1.สัปดาห์ที่ 6 พบว่า ระดับ HbA1C การสร้างเสริมพลังอำนาจ การดูแลตนเอง และความทุกข์ทรมานทางจิตใจเริ่มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติเมื่อเทียบก่อนการทดลอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา

2. กลุ่มที่ได้รับการสอนจากผู้ให้ความรู้ การสามารถ ทำให้ HbA1C ดีขึ้นในขณะที่กลุ่มอื่นๆ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี แต่เมื่อเวลาผ่านไป พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลเริ่มลดลง

3. พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ด้านอาการทางคลินิก พฤติกรรมหรือ ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ในทุกกลุ่ม

4. ในกลุ่มที่ได้รับความรู้การจัดการเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและลดระดับความทุกข์ทรมานหลังจากได้โปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวาน

ลักษณะของโปรแกรม

กลุ่ม 1 : ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานจากผู้ให้ความรู้จำนวน 38 คน

กลุ่ม 2 : ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานจากจิตอาสาจำนวน 36คน

กลุ่ม 3 : ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ในที่ทำงาน จำนวน 35 คน

กลุ่ม 4 : กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 32 คน

การวิจัยแบ่งเป็นระยะแรกมีการเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 6 ระยะที่สองมีการเยี่ยม เดือนที่ 3ระยะที่3 มีการเยี่ยม เดือนที่ 6เมื่อครบกำหนด ที่ 6 สัปดาห์ 3 เดือน 6 เดือน จะมีการวัด HbA1C ระดับความดันโลหิตไขมันในเลือด น้ำหนัก การดูแลตนเอง ความทุกข์ทรมานและความพึงพอใจต่อโปรแกรม

van Dijk de Vries A, van Bokhoven MA, Terluin B, van der Weijden T, van Eijk JT.[46]

ศึกษาการบูรณาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยประจำระดับปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาในการทำงานในชีวิตประจำวันและความทุกข์ทางอารมณ์โดยใช้การทดลองแบบสุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้ มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น แต่ในการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีระดับของความซึมเศร้าหรืออยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ลักษณะของโปรแกรม

ปัจจุบันพยาบาลปฏิบัติที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลที่เน้นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 20 นาทีโดยมีจุดมุ่งหมายคือการสอนให้ผู้ป่วยที่รับผิดชอบในการจัดการโรคเบาหวานและผลที่ตามมาในชีวิตประจำวันโดยการสนับสนุนจะต้องใช้กลยุทธ์ด้านจิตวิทยาซึ่งได้รับมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยในการกำหนดปัญหาและการแก้ปัญหาตัวเองมีการประยุกต์ใช้เทคนิคของการแก้ปัญหาประกอบด้วย 7 ขั้นตอน

1. มีการปรับปรุงการให้การดูแลรักษาทางคลีนิก
2. มีบูรณาการการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าไปในการปฏิบัติขององค์กร
3. มีการสนับสนุนด้านการเงิน เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองจากพยาบาลที่ปฏิบัติ
4. การอบรมพยาบาลที่ให้การดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง 3 ครั้ง ครั้งละ 8 ชั่วโมงพยาบาลจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน ความรุนแรงของปัญหาด้านจิตใจและจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ การสนับสนุนการจัดการตนเอง
5. การลงทะเบียนในระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยจะถูกบันทึกประวัติ ความรุนแรงของ ปัญหาด้านจิตใจ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล
6. มีการบันทึกขั้นตอนของการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายและการให้คำปรึกษาต่างๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย
7. การวางแผนในการดูแลต่อไป

สรุป

1. การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้ในรูปแบบที่หลากหลายและสามารถทำได้หลายช่องทางและต้องให้การสนับสนุนกันหลายรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ เช่น การสอนตัวต่อ การใช้การแนะนำโดยใช้โค้ชทางสุขภาพคอมพิวเตอร์ช่วยสอนโดยดูแผ่น CD-ROM การสอนผ่านเวปไซต์โทรศัพท์ อัตโนมัติ การส่งข้อความอาจทำร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ การใช้เทคโนโลยีอื่นๆ ช่วยเพื่อการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยจำนวนมากที่มีข้อจำกัดการใช้บริการด้านสุขภาพ เพิ่มความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสนับสนุนตนเอง

2. เพิ่มการสนับสนุนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ใช้บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ในการช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมีการอบรมความรู้และเทคนิคต่างๆ เนื่องจากการสนับสนุนการดูแลสุขภาพมีความหลากหลายแล้วแต่ความยากง่ายในแต่ละเรื่อง ควรมีความเข้าใจที่ตรงกันเพื่อให้เกิดความพร้อมในการเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้สนับสนุน ในการจัดการดูแลสุขภาพ

4. การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการใช้จิตอาสาก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพและมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และควรมีการอบรมผู้ที่จะเป็นจิตอาสา

5. มีการใช้เทคนิคในการส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น การสร้างเสริมพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหา

6. มีการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการส่งเสริมการสนับสนุนการัดการตนเอง ได้แก่ การวัดภาวะสุขภาพโดยทั่วไปคุณภาพชีวิตในการเข้ามามีส่วนร่วม อัตราการ เข้าร่วม และการถอนตัวจากโครงการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้นต่อตัวชี้วัด ด้านชีววิทยา และด้านจิตสังคม รวมถึงค่าใช้จ่ายและความยั่งยืนของโปรแกรม

7. มีหลายประเทศที่ทำการวิจัยและนำการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ได้แก่คองโก กัมพูชาฟิลิปปินส์ จีน ฮ่องกง สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เบลเยี่ยม คามารูน แอฟริกาใต้ ยูกานดา

ประเทศไทยได้มีการฝึกอบรมแกนนำซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติและอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้สนับสนุนและมีจิตอาสาทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ส่วนกิจกรรมก็หลากหลายแล้วแต่พื้นที่เพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ประสบการณ์การตั้งเป้าหมายการจัดการด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการออกแบบโปรแกรม คงต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและวัฒนธรรม ความหลากหลายของระบบสนับสนุน ความพึงพอใจซึ่งเป็นไปตามบริบทของแต่ละประเทศ

8. การสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องเพื่อรับฟังความคิดเห็นปัญหาจากผู้ป่วยและนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลในทีมอย่างต่อเนื่อง

5.การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

Minet L, Moller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE.[47] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ซึ่งเป็นงานวิจัยวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยเชิงทดลองควบคุมแบบสุ่ม 47 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สามารถควบคุมเบาหวานได้ แต่การให้ความรู้และมีการติดตามการให้ความรู้ในระยะสั้นมีผลกระทบอย่างไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าการให้ความรู้ด้านการจัดการตนเองเพียงอย่างเดียว มีประโยชน์เพียงเล็กน้อย

Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Muhlhauser I.[48] ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อประเมินคุณภาพของการให้การดูแลที่ซับซ้อนจากโปรแกรมความรู้การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 และความดันโลหิตสูงที่มีการนำมาใช้ในประเทศเยอรมัน ระหว่างปี 1997 ถึง มีนาคม 2006 โดยประเด็นที่ประเมินมีดังนี้ พื้นฐานทางทฤษฎีระบุองค์ประกอบที่สำคัญ (Active components) ลักษณะโปรแกรม ผลลัพธ์ จากการได้รับการดูแล

ผลการศึกษา

1.พื้นฐานทางทฤษฎี-ไม่มีงานวิจัยใดที่ระบุทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรม

2. ระบุองค์ประกอบที่สำคัญเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการการดูแล เช่น สภาพแวดล้อม ระยะเวลา ผู้ที่ดำเนินการให้โปรแกรมการทดลองหลักสูตรที่เป็นทางการหรือลักษณะการศึกษา เช่น การติดตามการดูแล อายุของผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย คุณลักษณะการศึกษา เป็นต้น

3. ลักษณะของโปรแกรมพบว่ามีโปรแกรมที่หลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม หลักสูตรการฝึกอย่างมีโครงสร้าง

4. ผลลัพธ์จากการได้รับการดูแล

1) ผลลัพธ์ระยะสั้นเช่น ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ระดับคลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ เป็นภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

2) ผลลัพธ์ระยะกลางได้แก่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนอง นิสัยในการรับประทานอาหาร การใช้บริการทางคลินิก ความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ด้านเบาหวานความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนวรรณกรรมนี้กลุ่มผู้วิจัย ออกตัวว่าไม่ได้ประเมินค่า การศึกษาที่ให้แก่ผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโปรแกรมที่ซับซ้อนและมีความแตกต่างกัน

Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ.[49] ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เก็บข้อมูลที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด การวิจัยนี้เป็นแบบการควบคุมแบบสุ่ม ตามด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสอบถามทั้งสองกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนติต่อโปรแกรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อใช้โปรแกรมแล้ว 8 เดือน ในกลุ่มทดลอง

Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G.[50] ศึกษาผลกระทบของ โปรแกรมการจัดการตนเองตาม การประเมินโดยใช้หลัก 5A (assess, advise, agree, assist, arrange) ต่อรูปแบบตัวชี้วัด ในการควบคุมการเผาผลาญอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบควบคุมแบบสุ่ม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่ามีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C และ HDL ในกลุ่มทดลองอย่างมีมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ LDL และดัชนีมวลกายระหว่างสองกลุ่ม

โปรแกรมการจัดการตนเองรูปแบบ 5A ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรายละเอียดดังนี้

1) ประเมิน (assess) การประเมินพฤติกรรมความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วย ผู้ป่วย ถูกสัมภาษณ์และพฤติกรรมในการฉีดอินซูลิน ใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การตรวจสอบน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การดูแลเท้า รวมทั้งปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

2) การให้คำแนะนำ (advice) ความผิดปกติทั้งหมดหรือที่ไม่คาดคิดที่ได้จากการประเมินจะได้รับการตรวจสอบกับผู้ป่วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะได้รับการระบุและแชร์ร่วมกันกับผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) การตกลงตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) ตามความสนใจของผู้ป่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพ ในสถานการณ์จริงโดยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีเขียนสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงานของแต่ละวัตถุประสงค์ถูกรวมอยู่ในข้อตกลงมีการให้ผู้ป่วยประเมินตลอด 12 สัปดาห์ของการให้กิจกรรมการทดลอง

4) ช่วยเหลือ **(**assist**)** ช่วยให้ผ่าน อุปสรรคและพัฒนาการปฏิบัติ ตามกลยุทธ์การที่สอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและ ให้การสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการระบุแผนในการติดตามเช่น การเยี่ยม การติดตามทางโทรศัพท์

5) การจัดการ **(**arrange) ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามด้วยการโทรศัพท์และ / หรือมีการเยี่ยมตามความจำเป็น และให้การสนับสนุนในระหว่างตลอดติดตาม

จึงเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง ตามโมเดล 5A สามารถ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังอดอาหารได้ และ HbA1C เพราะมีการสนับสนุนการจัดการตนเองโดย ผ่านกระบวนการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีความมั่นใจและมีบทบาทที่สำคัญ ในการจัดการโรคด้วยตนเอง

King DK, Estabrooks PA, Strycker LA, Toobert DJ, Bull SS, Glasgow RE.[51]

ศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้กิจกรรมทางกายหลายแง่มุมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในระยะเวลา 2 เดือน ได้หรือไม่โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่2 ซึ่งอาศัยอยู่ในเดนเวอร์ โคโรลาโด จากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีอายุรแพทย์ประจำ 42 แห่ง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย และเชิงทดลองโดยมีการสุ่มและควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริง จำนวน 335 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 174 คน กลุ่มควบคุม 161 คน ทำการเก็บข้อมูลที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและบ้านของผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง มีการพัฒนากิจกรรมทางกายทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีการพัฒนากิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (metabolic equivalents >3.0, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นกลุ่ม (cluster grouped participant) ตามรูปแบบกิจกรรม 3 ประเภท ได้แก่ 1) Rote Activity 2) กิจกรรมการกีฬา3)วิถีการดำเนินชีวิต และจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่มคือ1) Mixed Rote/ Lifestyle Activity 2) Mostly Rote Activity 3) Mostly Lifestyle Activity พบว่าที่ระยะเวลา 2 เดือนผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มต่างๆ ทั้ง 3 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของการใช้พลังงาน ในกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมโครงการที่อยู่ครบระยะเวลา 2 เดือนในการติดตามเยี่ยมรวม 301 คนเป็นกลุ่มทดลอง 153 คนและกลุ่มควบคุม 148 คน พบว่าอายุ โรคร่วม ดัชนีวลกายการบริหารยาอินซูลิน เพศหญิง การแต่งงาน การศึกษา เชื้อชาติ รายได้ และการสูบบุหรี่ ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยสอนแนะเกี่ยวกับสุขภาพสามารถช่วยพัฒนาการวางแผนการจัดกิจกรรมทางกายซึ่งเมื่อรวมกับการฝึกอบรมกิจกรรม โดยมีการเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญของกิจกรรมทั้งหมดและกิจกรรมแบบแอโรบิกระดับปานกลาง ความทนต่อการฝึกอบรม และการใช้พลังงานต่อสัปดาห์ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และการเข้าถึงกิจกรรมทางกายที่หลายหลายวิธีจะช่วยเพิ่มการพัฒนากิจกรรมทางกายหลังจาก 2 เดือน ซึ่งผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าแต่ละคนสามารถปรับรูปแบบกิจกรรมเพื่อให้มีกิจกรรมทางกายมากที่สุดได้

โปรแกรมการจัดการตนเอง

การศึกษานี้เป็นการออกแบบการทดลองที่อยู่บนพื้นฐานของรูปแบบการจัดการตนเองของเบาหวานซึ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนการตั้งเป้าหมายเฉพาะเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจงซึ่งผสมผสานระหว่าง การใช้ซีดีรอมกับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรศัพท์ ระหว่างการตรวจเยี่ยม โดยสมาชิกหนึ่งในเจ็ดคนซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยการสร้างแรงจูงใจ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิชาชีพจากชุดวิดีโอเทปโดยเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติเหมือนโค้ชทางสุขภาพสำหรับการวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายจะมีการถามผู้เข้าร่วมโครงการให้เลือกกิจกรรม 2 อย่างจากตัวอย่างกิจกรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่น การเดิน การทำงานบ้าน การขี่จักรยาน การทำสวน หรือเขียนกิจกรรมอื่น ๆ โดยต้องระบุความถี่ต่อสัปดาห์ และระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม เช่น การเดิน 3 วันต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 20 นาทีต่อวัน ซึ่งการเลือกกิจกรรมทางกายจะเป็นส่วนประกอบสำคัญของโปรแกรมคอมพิวเตอร์หลังจากการตรวจสอบเป้าหมาย อุปสรรคและกลยุทธ์และปรับแผนการปฏิบัติให้เหมาะสมจะได้รับการประเมิน

สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นผู้ร่วมโครงการที่ได้รับโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงในการเยี่ยมครั้งแรกจะได้รับการสะท้อนกลับ และสรุปการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป โดยไม่มีนัดการติดตามจะได้รับการเยี่ยมประมาณ 90 นาที 30 นาที สำหรับการประเมิน อีก 20-30 นาทีสำหรับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และอีก 20 – 30 นาทีสำหรับการตรวจสอบการประเมินความเสี่ยง

ผู้ร่วมโครงการทั้งหมดจะได้รับตารางในการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 2 เวลาที่ 2 เดือน ในการเยี่ยมครั้งที่ 2 นี้ กลุ่มที่ไดรับโปรแกรมการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจง จะได้รับการอภิปรายและตรวจสอบเป้าหมายในการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายกับโค้ชทางสุขภาพ ของตนเอง

Estabrooks PA, Nelson CC, Xu S, King D, Bayliss EA, Gaglio B, et al.[52] ศึกษาเพื่อตัดสินความถี่และประสิทธิภาพของการเลือกเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมยังคงอยู่อย่างยั่งยืนโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการรวม 422 คน ซึ่งได้รับการประเมินพฤติกรรมพื้นฐานโดยใช้คลินิกเป็นพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์และการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้ ซีดีรอม โดยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเป้าหมายของพฤติกรรมเอง ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนทางโทรศัพท์และทางไปรษณีย์ ในช่วงการเริ่มต้นโครงการเป็นระยะเวลา 6 เดือน และจะมีการติดตามประเมินพฤติกรรม โดยมีการรวบรวมข้อมูลความถี่ของการเลือกเป้าหมายพฤติกรรมและข้อมูลพฤติกรรมที่ระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งสถานที่เก็บข้อมูลคือสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีอายุรแพทย์ประจำอยู่ 52 คนในสถานพยาบาล 32 แห่ง ซึ่งการวิจัยนี้เป็นแบบสุ่มและควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ร่วมโครงการวิจัย (49.8%, n=210) ตั้งเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนวันของการมีกิจกรรมทางกายซึ่งตนเองสามารถทำได้ในหนึ่งสัปดาห์ขณะที่ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ (23.7%, n=100)หรือลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (26.5%, n=112) และพบว่า อายุ เพศ สถานภาพการสมรส เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ และคุณลักษณะของพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเลือกเป้าหมายพื้นฐานด้วยตนเอง ทั้งด้านกิจกรรมทางกาย การรับประทานผักผลไม้ การรับประทานอาหารไขมัน โดยผู้ร่วมโครงการที่เลือกเป้าหมายด้านกิจกรรมทางกาย จะมีการเพิ่มวันในการทำกิจกรรมทางกายมากกว่าการเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ หรือการลดการรับประทานอาหารไขมัน เช่น เดียวกับผู้ร่วมโครงการที่เลือกเป้าหมาย ด้านการลดการรับประทานอาหารไขมันจะมีการลดการรับประทานอาหารไขมันเพิ่มขึ้น มากกว่าการรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น หรือการเพิ่มวันในการทำกิจกรรมทางกาย ผลของการเลือกเป้าหมายพื้นฐาน ต่อการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารไขมัน การรับประทานผักผลไม้ และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดมีการลดจำนวนการรับประทานอาหารไขมันที่ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน อย่างไรก็ตามผู้ที่เลือกเป้าหมายในการลดการรับประทานอาหารไขมัน จะแสดงให้ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญอย่างชัดเจนในการลดการรับประทานอาหารไขมันมากกว่าผู้ที่เลือกเป้าหมายอื่น

สรุป เมื่อผู้ร่วมโครงการวิจัยมีการจัดรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเบาหวานชนิดที่ 2 พวกเขาจะเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

Fisher L, Polonsky WH, Parkin CG, Jelsovsky Z, Petersen B, Wagner RS.[53] ศึกษาผลของการสอนการตรวจน้ำตาลต่อเจตคติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มีการควบคุมตนน้ำตาลไม่ดีโดยการวิจัยเป็นแบบการการทดลองควบคุมและสุ่ม แบบกลุ่มชนิดสองทางกลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองจำนวน 483 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นสองกลุ่ม

1) กลุ่มที่มีความตั้งใจรักษา (Intent-to-treat) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลพื้นฐาน และมีการติดตามเยี่ยมก่อนการทดลองหนึ่งครั้ง
2) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าการทดลองแต่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

โดยมีการวัด ความเชื่อมั่นในผู้ป่วยเบาหวาน การยึดมั่นเรื่องยา อาหาร และกิจกรรมการออกกำลังกายการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การสร้างแรงจูงใจตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและ HbA1C

ผลการศึกษา กลุ่มที่เข้าร่วมการทดลองที่เข้าโปรแกรมอย่างน้อย 80% แสดงถึงความเชื่อมั่นและแรงจูงใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง HbA1C อย่างมีนัยสำคัญโปรแกรมการสอนการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง นำไปสู่การเพิ่มขึ้น ในความมั่นใจในตนเองและ แรงจูงใจในการจัดการตนเองโรคเบาหวาน

การเปลี่ยนแปลงในความมั่นใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเวลา

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมที่ทำอย่างมีโครงสร้าง 12 เดือนในโปรแกรมจะมีการฝึกใช้ Accu-Chek® 360 ° ฝึกดูระบบการวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกอบรมและได้รับแจ้งให้บันทึกรายละเอียด ระดับน้ำตาลในเลือดแบบ 7 point สามวันติดต่อกันก่อนที่จะมีการติดตามเยี่ยมโดยแพทย์จะมีการบันทึก preprandial/postprandial ของระดับน้ำตาลในเลือดในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ และก่อนนอน รวมทั้งการจัดอันดับของจำนวนอาหารและระดับพลังงานเพื่อให้เห็นภาพ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จะไม่ได้รับเครื่องมือหรือการฝึกอบรมการตรวจระดับน้ำตาลใด ๆ เพิ่มเติม

El-Gayar O, Timsina P, Nawar N, Eid W.[54] ศึกษาการใช้ข้อมูลสารสนเทศส่งเสริมในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ ได้สรุปว่ามีการศึกษา 77 เรื่องจาก 104 เรื่อง ที่ทำให้เห็นผลของการใช้เทคโนโลยีเชิงบวก การศึกษาสามสิบสี่เรื่อง แสดงให้เห็นประโยชน์ ของเทคโนโลยีที่ใช้อินเทอร์เน็ตในการจัดการตนเองของโรคเบาหวาน ต่อการจัดการตนเองของความเจ็บป่วยเรื้อรัง การศึกษายี่สิบหกเรื่องแสดงให้เห็นผลกระทบทางบวกของโทรศัพท์มือถือ / อุปกรณ์ในการจัดการตนเอง นอกจากนั้นเทคโนโลยีที่ยังช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานผลทางคลินิก เช่น ระดับฮีโมโกล และ glycated ยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าใช้จ่ายในการจัดการโรคลดลงและ / หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยดีขึ้น

Welch G, Shayne R.[55] ศึกษาการโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์และแสดงให้เห็นพฤติกรรม (interactive behavioral technologies intervention) ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ต่อการควบคุมน้ำตาลกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2002-2005 โดยงานวิจัยต้องมีการใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยี และทฤษฎีทางพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษา

1)มีการใช้เทคโนโลยีในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ การใช้เทคโนโลยีคือวิดีโอโฟน ระบบการติดตามทางไกลและการประชุมทางไกลผ่านวิดีโอมีการประเมินปัญหาทางโทรศัพท์และการให้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ การใช้คอมพิวเตอร์ในการติดตามประเมินอาการและค่าต่าง ๆได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การใช้คอมพิวเตอร์แบบสัมผัสหน้าจอ การใช้ interactive CD-ROM การส่งข้อความผ่านอีเมล์ การสนทนาผ่านระบบออนไลน์ การมีคอมพิวเตอร์ในบริเวณพักคอยของคลินิกเพื่อการเรียนรู้การรายงานผลให้ผู้ป่วยและแพทย์ผ่านทางเสียงและเอกสาร ให้การสนับสนุนด้านความรู้โดยใช้วิดีโอเทป

2) ทฤษฎีที่ใช้คือทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ทฤษฎีการสื่อสารกับผู้ป่วยและการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนด้านสังคม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ RE-AIM translational research model

3) ลักษณะโปรแกรมและวิธีการ พบว่ามีศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานทางอินเทอร์เนต การให้ความรู้โดยใช้บุคคล เช่น ผู้จัดการรายกรณี

4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากสถานดูแลปฐมภูมิ โดยพบว่าตัวอย่างมีความหลากหลายแตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ เชื้อชาติ การรู้หนังสือ รายได้ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เนตการใช้บริการสุขภาพ

5) ผลลัพธ์ตัวแปรที่วัดมีดังนี้

1) ตัวแปรทางคลินิกเช่น HbA1c ระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด

2) การวัดพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การติดตามประเมิน น้ำตาลในเลือดและ การใช้ยา

3) ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น คุณภาพชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ ความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรักษาและความพึงพอใจการดูแล

4) การใช้บริการทางสุขภาพเช่นการมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน การมานอนโรงพยาบาล และการมาห้องตรวจนอก

ผลการวิจัย ส่วนใหญ่จากการทบทวนพบว่าไม่มีผลต่อ HbA1C แต่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองและการตั้งเป้าหมายดีขึ้น การร่วมมือในการรักษาดีขึ้น การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานเพิ่มขึ้น ความทุกข์ทรมานลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น การใช้บริการสุขภาพลดลงส่วนด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน ยังไม่ชัดเจน

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากการทบทวนวรรณกรรม

1) การที่ค่า HbA1C ไม่ลดลงนั้นต้องประเมินดูด้วยว่าผู้ป่วยเข้าร่วมการทดลองในระยะเวลานานเท่าใด ความสม่ำเสมอเป็นอย่างไร และความถี่ในการเข้าร่วมเป็นอย่างไร
2) การใช้เทคโนโลยีได้เชื่อมโยงกับการรักษาตามปกติโดยตรง เชื่อมโยงกับบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการทดลอง

การสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับประชากรเบาหวานของไทยที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส ความรู้ไม่สูง ขาดประสบการณ์ใช้อินเทอร์เนต และอยู่ในชนบทที่ต้องรับบริการสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยต้องพิจารณาเทคโนยีที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

Osborn CY, Mayberry LS, Mulvaney SA, Hess R.[56] ศึกษาการใช้เวปไซต์สำหรับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ การดูแล และหรือกระบวนการดูแลสำหรับบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่1และ2 เป็นการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม ค.ศ. 2000-2010 การวิจัยนี้เป็นแบบการวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาได้จากบทความ 26 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ของการศึกษาในครั้งนี้

1) มีการวิจัยจำนวน15 เรื่องที่ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้เวปไซต์ในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรม ทางด้านจิตสังคม
2) การประเมินผลการวิจัยส่วนมากใช้สถิติเชิงปริมาณได้แก่งานวิจัยที่เป็นการวิจัย RCT quasi-experimental studies, pre-post study evaluations, or qualitative assessments of PWP usability

มีบางการศึกษาในการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นลักษณะเฉพาะที่ดีสำหรับการออกแบบโปรแกรมนี้ คือเน้นที่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ การให้ความรู้ในที่คนชุมชนเข้าถึงได้ซึ่งดีกว่าการให้ความรู้ในศูนย์การแพทย์และยังสามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้หลายช่องทางทั้งทางอิเลคโทรนิก โทรศัพท์และหนังสือพิมพ์ จึงสามารถใช้ประโยชน์ได้มากที่สุดและถึงชุมชนในเวลาเดียวกัน การศึกษาการใช้เวปไซต์ในผู้ป่วยมีแง่มุมดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ในการใช้โปรแกรม การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ เวปไซต์ในผู้ป่วย เป็นศึกษาข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการใช้โปรแกรม การบรรลุวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ที่มีคุณค่าที่สุดคือเป็นการสื่อสารทางอิเลคโทรนิกที่ปลอดภัยและใช้เป็นเครื่องมือติดตามได้ ผู้ป่วยยังได้รายงานอุปสรรคในการใช้หลายประการ เช่น ไม่ทราบชื่อผู้ใช้และรหัสการเข้าคอมพิวเตอร์ ที่ได้ประโยชน์เต็มที่จากนวัตกรรมทางเทคโนโลยีเพื่อช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น การตรวจคัดกรองเบาหวานและติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานเช่น HbA1C และ ไขมันการใช้โปรจะทำให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และทำให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

Hawkins SY.[57] ศึกษาผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสร้างแรงจูงใจโดยใช้วิดีโอโฟน เพื่อปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 32 คนทำการเก็บข้อมูลที่ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิการวิจัยนี้เป็นแบบสุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า

1) อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ตัวแปรทางคลินิก ความดันโลหิต และตัวแปรทางด้านพฤติกรรม ความรู้โรคเบาหวานและการเสริมสร้างอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มทดลองจะมีค่า HbA1C หลังการทดลองที่ระยะเวลา 6 เดือน ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองจาก 9.0 เป็น 7.3 % อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p= .05) ส่วนกลุ่มควบคุมจะมีค่า HbA1C ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ HbA1C ก่อนการ

ทดลอง 8.9 หลังการทดลอง 8.3 % และค่าระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การทดสอบความรู้เกี่ยวกับเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเพิ่มความรู้ของตนเองเกี่ยวกับเบาหวานระหว่างระยะเวลา 6 เดือนที่เข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกวากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.023)

การทดสอบสมรรถนะตนเองเพื่อการจัดการเบาหวานด้วยตนเองพบกลุ่มทดลองมีการเพิ่มสมรรถนะในการจัดการเบาหวานด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p = .002)

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและสมรรถนะของตนเองพบว่าผลของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับระดับสมรรถนะหรือความสามารถของผู้ร่วมโครงการในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ร่วมโครงการในกลุ่มทดลองที่มีสมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถลดระดับ HbA1C ได้มากกว่า ผู้ร่วมโครงการกลุ่มทดลองที่มีสมรรถนะในตัวเองต่ำ และผู้ร่วมโครงการกลุ่มควบคุมซึ่งมีสมรรถนะของตนเองทั้งสูงและต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p =.043) แม้ว่าผู้ร่วมโครงการกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนสมรรถนะของตนเองลดลงที่ระยะเวลา 6 เดือน

ลักษณะโปรแกรมการทดลอง
คู่มือการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1) กระบวนการของโรค 2) ภาวะโภชนาการ 3) การออกกำลังกาย 4) ยา 5) วิธีการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด 6) ภาวะแทรกซ้อน 7) การแก้ปัญหา8) ภาวะจิตสังคมและการปรับตัว

โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมต้องได้อ่านเอกสารประกอบก่อนเข้าร่วมอบรมในแต่ละเซสชั่นและในกลุ่มทดลองใช้แนวทางทำให้กิดการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้คำถามสี่ข้อคือ

1) สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
2) การพูดคุยให้เห็นถึงผลกระทบของ บทบาทของอารมณ์ความรู้สึก
3) ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและ
4) การตอบปัญหาทางคลินิกโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ จะช่วยอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเบาหวาน โดยใช้ การให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก หลีกเลี่ยงการตัดสินใจแทน ฟังอย่างตั้งใจ ทบทวนคำถาม อดทนและใจเย็น

Glasgow RE, Strycker LA, Kurz D, Faber A, Bell H, Dickman JM, et al.[58] ได้ศึกษาการบทเรียนที่ได้รับและการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในทางปฏิบัติจากการเชื่อมโยงอินเทอร์เน็ตเพื่อการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบการดูแลแบบปฐมภูมิ

ลักษณะของโปรแกรมการจัดการตนเองโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองโรคเบาหวานบนเว็บชื่อ เส้นทางของฉันเพื่อ สุขภาพที่ดี มีทั้งภาษาอังกฤษและสเปน ได้รับการ

พัฒนาบนพื้นฐานของทฤษฎีสังคมและนิเวศ และใช้ รูปแบบการจัดการตนเอง 5 As ผู้ป่วยจะต้องทำแบบประเมินออนไลน์สั้น ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและนิสัยการรับประทานยา การตั้งเป้าหมายที่เหมาะกับผู้ป่วย ระบุอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายของและพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงพฤติกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนในการติดตามความของตนเองอย่างน้อยสัปดาห์ครั้งบนเวปไซต์และได้รับข้อเสนอแนะทางจดหมายอิเลกโทรนิคหรือ เสียงโต้ตอบการแจ้งเตือนการทบทวนเป้าหมายและดำเนินการประเมินผลในอนาคต

Hunt CW, Grant JS, Appel SJ.[59]ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมความรู้จากการวิจัยที่ใช้กลุ่มปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้บทความที่ตีพิมพ์ในช่วง10 ปีที่ผ่านมา

ผลการศึกษา

1) ทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ในในการทำโปรแกรม มีหลายแบบ บางโปรแกรมไม่ได้อยู่ บนพื้นฐานการใช้ทฤษฎี มีบางงานวิจัยใช้ Tran theoretical Model of Change , ecological framework, Precede-Proceed conceptual framework และ social support model และมีจำนวนน้อยที่ใช้ผสมผสานหลายทฤษฎี

2) แหล่งที่มาและคุณลักษณะของปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนมีทั้งอาสาสมัคร มีน้อยที่ใช้คนในคลินิกจ้างทำงานและใช้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก ซึ่งโดยหลักการที่ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนควรเป็นคนในชุมชน สำหรับลักษณะปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนไม่ได้กล่าวรายละเอียดมากนัก พบว่าเป็นคนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยหรือเป็นผู้ป่วยเอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บางงานวิจัยระบุถึงระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี 2 เรื่องที่กำหนดคุณสมบัติของ ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนว่าต้องเป็นผู้ที่มีการใช้การจัดการตนเองและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี

3) การฝึกอบรม จากการทบทวนพบว่ามีการให้รายละเอียดของการฝึกอบรมที่ต่างกัน โดยพบว่ารูปแบบการฝึกอบรมมีแตกต่างกันขึ้นกับบทบาทที่คาดหวังสำหรับปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนต้องมีบทบาทในการสนับสนุนหรือโค้ชผู้ป่วยจะต้องฝึกอบรมหลายครั้งแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมงและต้องมีหัวข้อที่จำเป็นเช่น การฟังที่ดี การเสริมแรงทางบวก การให้การสนับสนุนและส่งเสริม และหากต้องทำบทบาทการสอนและให้คำปรึกษาจะต้องรับการฝึกอบรมเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงไปจนถึง 6 เดือน มีบางการศึกษาที่จัดโปรแกรมอบรมสำหรับที่ปรึกษาสุขภาพ นาน 20 ชั่วโมง

4) บทบาทและกิจกรรม พบว่าบทบาทของ ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนมีได้หลากหลายเช่น บทบาทผู้สนับสนุน ซึ่งจะให้การสนับสนุนด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย มีการจัดการประชุมกลุ่มสนับสนุนหรือสนับสนุนรายบุคคลทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ ในส่วนของการสนับสนุนเฉพาะบุคคลมีได้ตั้งแต่การเดินเป็นเพื่อนเพื่อสนับสนุนการเดินออกกำลังกาย ส่งอีเมล์กระตุ้น ส่งข่าวสาร การเสริมแรง ช่วยนัดแพทย์ สอนผู้ป่วยที่บ้านเป็นต้น นอกจากนั้นยังมีบทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ ผู้พิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ (advocator) และ ผู้สนับสนุนการจัดโปรแกรมต่างๆ สำหรับผู้ป่วย

5) ประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การศึกษาส่วนใหญ่ประเมินประสิทธิผลของ ที่ปรึกษาสุขภาพในชุมชนโดยดูจากผลลัพธ์ต่างๆ ที่ใช้บ่อยคือ HbA1C หลายการวิจัยพบว่ามีค่า HbA1C ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 1 การวิจัยที่ไม่ลด นอกจากนั้น บางการวิจัยพบผลในการลด LDL ไตรกลีเซอไรด์ ความดันโลหิตและเพิ่ม HDL อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยดังกล่าวยังมีความขัดแย้งกันอยู่ นอกจากนั้นยังมีหลายการศึกษาที่พบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การตรวจเท้าประจำปี กิจกรรมทางกาย การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน การเข้ารักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายแต่ผลการวิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนจากที่ปรึกษาสุขภาพชุมชนการได้รับข้อมูลสำหรับการปฏิบัติการแก่ปัญหาที่พบ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง เป็นต้น กล่าวโดยสรุป วิธีการประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติของ ที่ปรึกษาสุขภาพชุมชนใช้หลายวิธี การศึกษาส่วนใหญ่พบผลในการลด HbA1C แต่ผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยเฉพาะด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย ยังไม่สอดคล้อง ผลการวิจัยมีแนวโน้มที่แสดงว่าการปฏิบัติว่าที่ปรึกษาสุขภาพชุมชนให้ผลดีในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถจัดการตนเองได้ อาจเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ควรมีการเตรียมศักยภาพของ ที่ปรึกษาสุขภาพชุมชนและต้องทดสอบผลให้ชัดเจนมากขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

Wong-Rieger D, Rieger FP.[60] ได้ศึกษาประโยชน์ของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน สมรรถนะหลักสำหรับการโค้ช ทฤษฎีและหลักการของการโค้ช การประยุกต์ใช้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบประโยชน์ของการจัดการตนเองดังนี้

1) การให้ความรู้ร่วมกับการโค้ชเพิ่มความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมโปรแกรมและจัดการตนเอง มีผลดีกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การจัดการตนเองเป็นความจำเป็นและเป็นความต้องการของผู้ป่วย แต่ระบบการดูแลสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีโปรแกรมการฝึกอบรมและสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองใช้กันแพร่หลายทั่วโลกเช่นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะกลาง 7 ข้อ แต่พบว่าโปรแกรมดังกล่าวยังมีข้อจำกัดด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว การใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การโค้ชทางสุขภาพ บุคลากรเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยในกระบวนการคิดเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพทั้งส่วนบุคคลและวิชาชีพ โดยวิธีการนี้จะมีผู้โค้ชผู้ป่วยในการจัดการตนเอง บทบาทของโค้ชจะแตกต่างจากบทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญดั้งเดิมที่มุ่งให้ข้อมูล ชี้แนะและตัดสินใจ โดยการโค้ชจะเป็นการร่วมมือกับผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายแก้ปัญหาและติดตามผล ซึ่งปัจจุบันมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้โค้ชหลายโปรแกรม โปรแกรมส่วนใหญ่จะฝึกทักษะเช่น การสร้างแรงจูงใจการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยกรอบแนวคิดของการโค้ชจะรวมเอาแนวคิด การเปลี่ยนแปลง Transtheorethecal(stage of change) และรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้คิด (cognitive

behavioral model การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy) การสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)และกำหนดสมรรถนะกลางสำหรับผู้โค้ชการจัดการตนเองไว้ สมรรถนะหลักสำหรับการโค้ช

2) ผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สุด ในการวางกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การสอนควรกระทำเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมเป้าหมายของผู้ป่วยขึ้นกับวิสัยทัศน์เรื่องสุขภาพและการให้คุณค่าแก่สุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนสิ่งสำคัญคือคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ไม่ใช่ถามว่าทำไมจึงมีพฤติกรรมอย่างนั้น ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้เลือกเป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายจะสร้างแรงจูงใจ การจัดลำดับจะเกิดขึ้นโดยชั่งระหว่างอนาคตและชีวิตปัจจุบันของผู้ป่วย ความเชื่อมั่นในผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของการโค้ช ผู้ทำหน้าที่โค้ชเป็นผู้ให้แนวทางการเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย

หลักการโค้ชมีดังนี้

1) ใช้การฟังแบบสะท้อนคิด (reflective listening)

2) ประเมินและจัดการพยาบาลให้ตรงกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละคน

3) การตัดสินใจเลือกโดยเน้นหลักสมดุลเพื่อเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละคน

4) ช่วยให้บุคคลพัฒนา เป้าหมายและแผนปฏิบัติการ แบบมีความเฉพาะเจาะจง วัดได้ บรรลุผลสำเร็จได้ อยู่ในความเป็นจริง และเหมาะกับเวลา

5) ช่วยบุคคลในการ ระบุปัญหาและอุปสรรค ใช้กระบวนการแก้ปัญหา และพัฒนากลยุทธ์เพื่อความสำเร็จ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้โค้ช มีการวัดตัวแปรดังนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง การเข้าร่วมการจัดการตนอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ

Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA.[61] ได้ศึกษาการแก้ปัญหาในการจัดการโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มการดูแลตามปกติ และอีก 168 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่ม โปรแกรมวิถีชีวิตแบบเมดิเตอเรเนียน

ผลการศึกษา พบความสัมพันธ์ระหว่างการแก้ปัญหาและผลลัพธ์หลักมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.16\text{-}0.34$, all $p < 0.01$) คะแนนการแก้ปัญหาดีขึ้น ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมวิถีการดำเนินชีวิตแบบเมดิเตอริเนียน ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรม 6 เดือนและได้รับการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคมเริ่มด้วยการเข้าอบรมโปรแกรมเป็นเวลา 2 วันครึ่ง ทำซ้ำโดยการประชุม 1 ชั่วโมงเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและให้กลุ่มสนับสนุน

Hill-briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang Y-t, Hill MN, et al.[62] ศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับและประสิทธิผลของการอบรมด้านการจัดการตนเอง ด้านเบาหวานสำหรับผู้ที่มีความรู้ต่ำและการเข้าถึงต่อการควบคุมโรค การทดลองเป็นแบบสุ่มควบคุม แบบสองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนห้าสิบหกคนที่เป็นแอฟริกันอเมริกันจะได้รับการฝึกอบรมการจัดการตนเอง โรคเบาหวานที่ได้รับการออกแบบสำหรับการจัดส่งมอบบริการ โดยมีโปรแกรมที่เข้มข้นแบ่งเป็นสามกลุ่ม มีการประเมินผล HbA1C ความดันโลหิตขณะบีบตัว ความดันโลหิตขณะคลายตัวระดับ LDL และ HDL คอเลสเตอรอลและความรู้ การแก้ปัญหา พฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยจะถูกวัดเดือนที่ 3 หลังให้การทดลอง และมีการติดตามที่ 6-9 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวด้านความรู้ เร่งรัดการฝึกอบรมการแก้ปัญหาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ดี ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีรายได้รายต่ำการยอมรับของทั้งสองโปรแกรมที่สูง มีอัตราการเข้าร่วมมากกว่า 85% และมีการคงอยู่ในการเข้าร่วมโปรแกรมถึง 95% และสามเดือนหลังให้การทดลองกลุ่มทดลอง มีการลดลงของ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.02$). และการลดลง ของ HbA1C จะเกี่ยวข้องกับทักษะการแก้ไขปัญหาในช่วงที่มีการติดตาม ($ß = -0.13$, $p=0.04$).

Liu S, Bi A, Fu D, Fu H, Luo W, Ma X, et al. [63] ศึกษาเพื่อประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน ชุมชนชนบทของเซี่ยงไฮ้ โดยเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและควบคุม ในประเทศจีนเพื่อ เป็นทางเลือกในการสนับสนุนผู้ป่วยการจัดการตนเอง และการตรวจสอบประสิทธิผลต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ตนเอง การรับรู้สมรรถนในตนเอง ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนชนบท ของเซี่ยงไฮ้

ผลการศึกษา ในกลุ่มทดลองโดยเฉลี่ยมีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาในการออกกำลังกายมากกว่า 40 นาทีต่อสัปดาห์ ($p = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการจัดการเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.02$) และมีการเพิ่มขึ้นเรื่อง การระวังความเจ็บป่วยและมีการติดตามวัดความดันโลหิต โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีการเข้ากลุ่มโดยเฉลี่ย 10.1 ครั้ง จาก 12 ครั้ง

การพัฒนาโปรแกรมมีลักษณะดังนี้

1) มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคมุ่งที่ผู้ป่วยเป็นหลัก
2) ตรวจสอบคุณภาพ การประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ มีการติดตามเป็นกลุ่ม
3) มีการสนทนากลุ่มในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 สี่ครั้ง และอภิปรายกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน เพื่อให้ข้อเสนอแนะในเรื่องเนื้อหา ความถี่ขนาดของกลุ่มและรูปแบบของการทำโปรแกรมเป็นกลุ่ม
4) มีการประชุมเชิงปฏิบัติการสามวัน ในการดำเนินการออกแบบเนื้อหา ขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่ม
5) มีการดำเนินการจัดทำคู่มือโดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้แก่แพทย์เวชปฏิบัติผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน พยาบาลชุมชน มีการร่วมวางแผนกิจกรรมพัฒนาอุปกรณ์การเรียนการสอน และช่วยดำเนินการนำไปใช้

ลักษณะโปรแกรมมีดังนี้

เซสชั่น 1 ภาพรวมของการจัดการตนเองและการตั้งเป้าหมายและการทำแผนปฏิบัติโรคเบาหวาน

เซสชั่น 2 การผ่อนคลาย / การจัดการกับอาการด้วยความรู้และสติปัญญา

เซสชั่น 3 การเพิ่มการออกกำลังกายแอโรบิก

เซสชั่น 4 รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ วางแผนการรับประทานอาหาร

เซสชั่น 5 ยาผู้จัดการ การฉีดอินซูลิน

เซสชั่น 6 การจัดการความเหนื่อยล้า การจัดการกับความโกรธ / กลัว / แห้ว

เซสชั่น 7 การตรวจทางการแพทย์ประจำ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลการทดสอบเลือด

เซสชั่น 8 การป้องกันและรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดเฉียบพลัน

เซสชั่น 9 การจัดการ ความดันโลหิตสูง

เซสชั่น 10 การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

เซสชั่น 11 การสื่อสารและการทำงานเป็นหุ้นส่วน กับทีมการดูแลสุขภาพ แสวงหาการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

เซสชั่น 12 การวางแผนสำหรับอนาคต

โปรแกรมการติดตามเป็นกลุ่มจึงเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชนบทของจีนอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการนำโปรแกรมไปใช้

โปรแกรมประกอบด้วย โปรแกรม 12 ครั้งใน 12 เดือน กลุ่มละ 20-25 คนและการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

การดำเนินกลุ่ม มีความยาวของแต่ละเซสชั่นเป็น 1.5 ชั่วโมง บวก 1 ชั่วโมงภายหลังการทำกลุ่มสำหรับพูดคุยในแต่ละท่าน และมีการประชุมกลุ่มเพื่อสรุป

การดำเนินโปรแกรมกลุ่มแต่ละครั้งสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งเป็นหกขั้นตอนคือ

1) การแนะนำ / ข้อเสนอแนะ 15 นาที
2) การจัดการศึกษากลุ่ม การจัดการตนเอง 35 นาที
3) พักและกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ 15 นาที
4) คำถามและคำตอบ 10 นาที
5) การวางแผนและการปิดการสนทนา 10 นาที
6) การติดตามเยี่ยมแบบหนึ่งต่อหนึ่ง เพื่อประเมินติดตามผลในการให้บริการการดูแลสุขภาพในการเยี่ยมจะมีการพูดคุยให้คำปรึกษาเรื่องการปรับพฤติกรรม การตีดตามประเมินผลลัพธ์ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและน้ำหนัก

Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H.[64] ศึกษาการรับประทานอาหารอย่างมีสติด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพในความตระหนักของความหิวและความอิ่มเพื่อการปรับปรุงการรับประทานอาหาร กฎระเบียบและรูปแบบการบริโภคอาหาร ลดอาการของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลและการส่งเสริมการสูญเสียน้ำหนัก การจัดการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยให้เพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจจะเกิดขึ้น จากการเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นการให้กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา โดยมีโปรแกรมสองโปรแกรมคือ กลุ่มที่สร้างความตระหนักในการกินจำนวน 27 คน และกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 25 คน มีการติดตามผลในเวลาสามเดือนภายหลัง สามเดือน พบว่าการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ การรับรู้สมรรถนะที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การยับยั้งชั่งใจในการรับประทานอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการเพิ่มขึ้นในความรู้ด้านโภชนาการและการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากกว่ากลุ่มที่ สร้างความตระหนักในการกิน (p all $<.05$) ที่ 3 เดือนกลุ่มที่สร้างความตระหนักในการกิน มีการสติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในขณะที่กลุ่มที่ส่งเสริมการจัดการตนเองมีการเพิ่มขึ้นในการบริโภคผักผลไม้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา (p all < 0.0125) อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่ม เป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละโปรแกรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการใช้คู่มือการดูแลรวม 8 สัปดาห์ และ โดยให้ความรู้สัปดาห์ละสองครั้ง ครั้งละสองชั่วโมงครึ่ง และการนำกลุ่มทำโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วโดยนักโภชนาการจะเป็นคนสอนทั้งสองกลุ่ม

ลักษณะของโปรแกรมมีรายละเอียดดังนี้

1) โปรแกรมที่สร้างความตระหนักในการกินสำหรับโรคเบาหวานเป็นรูปแบบของ การทดลองที่พัฒนามาจากการดื่มสุราการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ และโรคอ้วน ของ Kristeller & Wolever ค.ศ. 2011 เน้นการรับประทานอาหารอย่างมีสติ เป็นเครื่องมือในการปลูกฝังความสนใจเพื่อเพิ่มความตระหนัก โดยมีการออกแบบให้บุคคล มีการควบคุมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยทุกๆ เซสชั่น จะเกี่ยวข้องกับการทำสมาธิสติและการประยุกต์ใช้ในการ การรับประทานอาหาร ทุกครั้งรวมถึงสมาธิที่มุ่งเน้น ต่อประสบการณ์ความคิดและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร องค์ประกอบอื่น ๆ รวมถึงการสร้างความตระหนัก ระหว่างร่างกายและจิตใจยึดถือความหิวแรงกดดันทางสังคม ที่ทำให้เกิดการกินและความชอบในการเลือกรับประทานอาหาร

ผู้เข้าร่วมแต่ละคนได้รับซีดีรอมเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ ในการทำสมาธิของพวกเขา ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนที่จะนั่งสมาธิ 6 วัน / สัปดาห์และการฝึกสมาธิย่อยๆในช่วงเวลาอื่น ๆ ปลูกฝังความรู้ประสบการณ์ต่างๆ เช่น ความหิวหรือ ความเครียด องค์ประกอบที่สำคัญคือเป็นวิธีการที่จะปลูกฝัง "ภูมิปัญญาภายใน" กล่าวคือสติสัมปชัญญะของประสบการณ์ภายใน ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและ "ภูมิปัญญาด้านนอก" กล่าวคือส่วนบุคคล การใช้ความรู้ของความต้องการของอาหาร / โรคเบาหวาน ในโปรแกรมที่ตระหนักในการกินมีข้อมูลพื้นฐานรวมเกี่ยวกับอาหารการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักและน้ำตาล

2) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ชื่อ The Smart Choice ตั้งอยู่บนพื้นฐานของพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน ใช้ social cognitive theory มาออกแบบเพื่อปรับปรุง ความรู้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เพื่อนำไปสู่การดูแลตนเอง โปรแกรมนี้ยังให้ความรู้เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับปริมาณของคาร์โบไฮเดรต และไขมันที่เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดและพารามิเตอร์ของไขมัน ผู้ที่เข้ารับการอบรมจะได้รับเป้าหมายเกี่ยวกับแคลอรี่ คาร์โบฮัยเดรต และปริมาณไขมันทั้งหมด และจะมีเซสชั่นที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย และมีหลายๆ เซสชั่นอื่นๆ ที่จะมีการเดินใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีอย่างไร ก็ตามการออกแบบการศึกษา ใช้การจูงใจเน้นการออกกำลังกายที่มุ่งเน้นไปที่การรับประทานอาหาร การเข้าร่วมในแต่ละครั้งจะทำให้ผู้เข้าร่วมการทดลองเพิ่มการรู้สมรรถนะในตนเอง ผู้ที่เข้าร่วมจะมีการตั้งเป้าหมายของตัวเอง ตอนท้ายของแต่ละเซสชั่น มีการอภิปรายในระหว่างเซสชั่น เรื่องความคืบหน้าในเป้าหมายรายสัปดาห์และอุปสรรค

Moskowitz D, Thom DH, Hessler D, Ghorob A, Bodenheimer T.[65] ศึกษาเพื่อทดสอบผลของการใช้จิตอาสามาเป็นโค้ชสุขภาพ ต่อระดับ Hb A1C กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลในคลินิกในชุมชน จำนวน 299 คน แบ่งเป็นกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ 151 คนและกลุ่มที่ได้รับการโค้ชทางสุขภาพ 148 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้มี HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8.0% ใน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษาเก็บข้อมูลในชุมชนในซานฟรานซิสโกการวิจัยเป็นแบบ การวิจัยเชิงทดลอง สุ่มและควบคุม ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการ

ตนเองและระดับHb A1C ในกลุ่มที่ได้รับการโค้ช เช่นเดียวกันกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประโยชน์จากการโค้ชเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่มีระดับคะแนนการจัดการตนเองต่ำ และมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำกลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับต่ำกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจะมี Hb A1C สูงขึ้นเล็กน้อย (0.3%) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการโค้ชทางสุขภาพมี HbA1C ลดลง (-0.9%)

- กลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงทั้งสองกลุ่มมี Hb A1cลดลงเหมือนกัน
- กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจะมี hemoglobin A1cสูงขึ้น (0.5%) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการโค้ชทางสุขภาพ มี hemoglobin A1C ลดลง (-0.8%)
- กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงทั้งสองกลุ่มมี HbA1C ลดลงเหมือนกัน

Rosenbek Minet LK, Wagner L, Lonvig EM, Hjelmborg J, Henriksen JE.[66] ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 176 คน อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 173 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่ม และได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคลจากผู้ให้คำปรึกษา 5 คนระยะเวลา 1 ปี ด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ลักษณะโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ด้านเบาหวานแบบกลุ่มประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้ความรู้ด้านเบาหวาน 4 วัน จัดเป็นกลุ่มที่มีสมาชิกประมาณ 8-10 คน ประกอบด้วย การรักษาเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด อาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ วิธีการสอนใช้รูปแบบการกำหนดการกระทำของตนเอง (self-determination) เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (mutual problem-solving) ผู้สอนเป็นทีมสหสาขาวิชาประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน 3 คน นักโภชนาการ 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และ นักจิตวิทยา 1 คน

2. การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลด้วยวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งการให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 45 นาที ณ เดือนที่ 1, 3, 6, 9, และ 12 ซึ่งได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร โปรแกรม การงดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และโปรแกรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษา

เมื่อครบ 12 เดือน เหลือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 153 คน และผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 145 คน

1.ผลการศึกษาสรุปว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับการรับรู้สมรรถนะในการจัดการด้านเบาหวาน ที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ที่ 12 เดือน ส่วนที่ 24 เดือน ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

2.กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีระดับการรับรู้สมรรถนะในการจัดการด้านเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ (-0.387, p=0.002)

Williams GC, McGregor H, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL, Elder D.[67] ทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการทดลองที่มีการกระตุ้น โดยการอาศัยการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการให้การศึกษาโดยการดูวีดิโอเทป โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 232 คน ที่โรงพยาบาลในชุมชนระหว่างปี คศ 1996 และ ปี1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ให้โปรแกรมการการกระตุ้น โดยการอาศัยการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีการเข้าร่วมการสนทนาการจัดการตนเองด้านเบาหวานมากขึ้น สามารถทำนายได้ว่ามีระดับน้ำตาลดีขึ้น

ลักษณะของโปรแกรม

กลุ่มทดลองจะมีการดูวีดิโอเทป ดูเทป 3 ครั้งโดยใช้ระยะเวลาเท่าๆ กัน

Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M.[68] วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือการสำรวจว่าการที่ผู้ป่วยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มี อย่างน้อยหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ระบุ เช่น เบาหวาน โรคไขข้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นโรคเรื้อรัง หรือไขมันในเลือดสูง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลพื้ฐานที่ 6 สัปดาห์ และหลังการให้ การทดลองและใน 6 เดือน จากการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองไปในทางบวกมากขึ้น รูปแบบการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมี 4 ระยะ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการของสุขภาพของตัวเอง

ขั้นตอน 1 ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะต้องมีบทบาทที่สำคัญ ในการดูแลสุขภาพของตัวเอง เพราะยังเชื่อว่ายังคงเป็นผู้รับการดูแลเพียงอย่างเดียว

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยอาจขาดข้อเท็จจริงพื้นฐานทำให้ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะเริ่มต้นดูแลตนเองแต่อาจจะขาดความเชื่อมั่นและทักษะเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยยอมรับและนำพฤติกรรมใหม่ไปใช้ แต่อาจจะไม่ สามารถที่จะรักษาให้พฤติกรรมอยู่อย่างคงทน ได้เมื่อมีเหตุการณ์ ที่ต้องคุกคามชีวิตหรือมีวิกฤติทางสุขภาพ

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอาทิตย์ละครั้ง โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพต่างกันจะเรียนด้วยกัน ผู้นำกลุ่มทั้งสองจะได้รับการฝึกฝนในการอำนวยความสะดวกในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งอาจไม่ได้เป็นวิชาชีพ โดยมีหัวข้อในการอบรมในผู้นำกลุ่มแต่ละเซสชั่น ดังนี้

1) เทคนิคในการ จัดการกับปัญหา เช่น ความคับข้องใจ ความเมื่อยล้า ปวด และ การแยกผู้ป่วย

2) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ความทนทาน

3) การใช้ยาที่เหมาะ

4) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กับครอบครัวเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

5) ภาวะโภชนาการและ

6) วิธีการประเมินผลการรักษาใหม่ ชั้นเรียนมีส่วนร่วมอย่างมากมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการประสบความสำเร็จสร้างจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วมในความสามารถของพวกเขาในการจัดการ สุขภาพและการรักษาความสมดุลของชีวิต

Steinsbekk A, Rygg LO, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A.[69]

ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินผลของการให้ความรู้การจัดการตนเองด้านเบาหวานแบบกลุ่มต่ออาการทางคลินิก วิถีชีวิต และผลลัพธ์ทางจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 ถึงสัปดาห์ที่ 2 ในปี ค.ศ. 2008 ใช้ระเบียบวิจัยแบบสุ่มควบคุม มีกิจกรรมให้ความรู้แบบกลุ่มและการให้ความรู้แบบกลุ่มนี้ต้องมีการเข้าร่วมอย่างน้อย 1 ครั้ง ใช้เวลานาน 1 ชม ติดตามประเมินผลอย่างน้อย 6 เดือน มีการแบ่งระยะงานวิจัยตามระยะเวลาที่วัดผลลัพธ์ ออกเป็น 3 ช่วงคือ 1) ช่วงระยะสั้น คือ ช่วง 6 เดือน หรือ ระหว่าง 4-8 เดือน 2) ระยะยาว คือช่วง 12 เดือน หรือ ระหว่าง 9-16 เดือน และ 3) ระยะ 2 ปี หรือมากกว่า อยู่ระหว่างตั้งแต่ 17 เดือนขึ้นไป โดยงานวิจัยทั้งหมดมีการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก การควบคุมทางเมตาบอลิก วัดจาก HbA1C และ ระดับน้ำตาลในเลือดวิถีชีวิต เช่น ความรู้ด้านเบาหวาน และทักษะในการจัดการตนเอง และจิตสังคม เช่น คุณภาพชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจ และความเชื่อมั่นในตนเองนอกจากนั้นมีการกำหนดผลลัพธ์รองได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ไขมันรวม ความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วย และการเสียชีวิต

ผลการศึกษา จากการศึกษาทั้งหมด 21 เรื่อง มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้น 2833 คน จำนวนผู้ป่วยชายมีสัดส่วนเป็น 4 ใน 10 อายุเฉลี่ย 60 ปี ดัชนีมวลกาย 31.6, HbA1C 8.23%, ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8 ปี ใช้ยารักษา 82%

จากการศึกษาพบว่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน 6 เดือน (0.44 %, การวิจัย 13 เรื่อง ผู้ป่วย 1883 คน) ใน 12 เดือน (0.46% งานวิจัย 11 เรื่อง ผู้ป่วย 1503 คน) และใน 2 ปี (0.87 %, งานวิจัย 3 เรื่อง ผู้ป่วย 397 คน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ที่ 12 เดือนก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.26 mmol/L, งานวิจัย 5 เรื่อง ผู้ป่วย 955 คน) แต่ไม่มีนัยสำคัญที่ 6 เดือน

ผลลัพธ์ด้านวิถีชีวิต ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 6 เดือน 12 เดือน และที่ 2 ปี และทักษะการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 6 เดือนเช่นกันสำหรับผลลัพธ์ด้านจิตสังคม พบว่าหลัง 6 เดือน การเกิดพลังอำนาจ/สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่มีผลสรุปเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันสูงในเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและน้ำหนักตัวลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตัวแปรด้าน อัตราตาย ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและไขมันในเลือด

จากการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานด้านการทดลองที่เป็นการศึกษาเดี่ยวและดำเนินการต่ำกว่า 10 เดือน และใช้เวลาในการให้ความรู้มากกว่า 12 ชั่วโมง แบ่งเป็น 6-10 ครั้ง ทำให้เกิดผลดีที่สุด แต่ยังต้องการงานวิจัยเพิ่มเพื่อยืนยันผล และสามารถสรุปได้ว่า การให้ความรู้การจัดการตนเองด้านเบาหวาน แบบกลุ่มส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก วิถีชีวิต และจิตสังคมดีขึ้น และการให้ความรู้แบบกลุ่มจะช่วยในเรื่องของการประหยัดเวลา งบประมาณ และทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานแต่ละรายได้มีโอกาสพบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนความรู้

Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams R.[70] ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมถึงกลยุทธ์การสอนการจัดการตนเองเป็นกลุ่มเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นการจัดการการเรียนรู้เชิงรุกในการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของผู้เรียน หรือให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ โดยจัดให้มีผู้ร่วมโครงการ ประมาณ 6 คนหรือมากว่า 6 คนต่อ 1 กลุ่ม ในระยะเวลาช่วงการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม จะให้การดูแลตามปกติ ไม่มีการให้การพยาบาลใดเพิ่มเติม

ผลการศึกษาแสดงโดยการทำการวิเคราะห์เมต้าพบ ระดับ HbA1C และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในกลุ่มทดลองมีมากกว่าในกลุ่มควบคุม (3 trials , n = 432) และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถลดการใช้ยาของตนเองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่มากกว่า 12 – 14 เดือน (5 trials ,n =654) การประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสมรรถนะของตนเองในด้านจิตสังคม พบว่า คะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมด ในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุมตลอดช่วงระยะเวลาการ ติดตาม ($P < 0.05$)

Debussche X, Collin F, Fianu A, Balcou-Debussche M, Fouet-Rosiers I, Koleck M, et al.[71] ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการควบคุมเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกจาก 5 โรงพยาบาล ใน Reunion Island จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ > 18 ปี เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษามานานกว่า 1 ปี 2) HbA1c > 7.5% นาน >3เดือน แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การขาดเลือดหรือ proliferative retinopathy, การมีเลือดไปเลี้ยงที่ไต หัวใจ ไม่เพียงพอ หรือ ที่เกี่ยวข้องกับการมีแผลที่เท้า การวิจัยนี้เป็นแบบการทดลองแบบสุ่มและควบคุม

ผลการศึกษา ระดับ HbA1C ลดลงในระยะเวลา 2 ปี หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย และผลลัพธ์รองได้แก่ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ระดับไขมันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ดีขึ้นในระยะเวลา 2 ปี หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง

โดยโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1. องค์ประกอบที่ 1: การประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้
2. องค์ประกอบที่ 2: ทักษะการแก้ปัญหา
3. องค์ประกอบที่3: การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง
4. องค์ประกอบที่4: การผสมผสานไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
5. องค์ประกอบที่5: วัฒนธรรมและ การใช้วัสดุอุปกรณ์ ในการให้ความรู้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม

Molsted S, Tribler J, Poulsen PB, Snorgaard O.[72] การศึกษาผลการให้โปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านเบาหวานต่อตัวชี้วัดทางคลินิกและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเทศเดนมาร์ก จำนวน 702 คน เก็บข้อมูลที่ศูนย์บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ เขต Frederiksborg ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ชุมชนเป็นฐาน

ผลการศึกษาผู้ป่วย

1) เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 896 คน เข้าร่วมโปรแกรม การจัดการตนเองระหว่างปี 2003 - 2006 มีผู้ป่วย 194 คน คิดเป็น 22% ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการเนื่องจากระยะเวลาไม่พอสรุปเหลือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 702 คน โดยมีผู้ร่วมโครงการออกระหว่างการศึกษา ใน โมดูล 1 & 2 จำนวน 106 คน คิดเป็น 18% และออกระหว่างการศึกษา ใน โมดูล 2 & 3 จำนวน 138 คน เหตุผลสำคัญที่ผู้ร่วมออกระหว่างการศึกษาคือ ขาดความสนใจ 17% และมีปัญหาสุขภาพ 14%

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 702 คน ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการเป็นโรค ไม่แตกต่างกันในเรื่องอายุ ในขณะที่ระยะเวลาการเป็นเบาหวานในเพศชายนานกว่าเพศหญิง

2) ระหว่างการให้โปรแกรมความรู้การจัดการตนเองระดับ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งเพศชายและเพศหญิงขนาดของยาเบาหวาน ลดลง 4% เพิ่มขึ้น 28 % ของจำนวนผู้ป่วย และที่เหลือไม่มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดยาเบาหวาน อย่างไรก็ตามการพัฒนาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของขนาดยาเบาหวาน น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งเพศชายและเพศหญิง เส้นรอบเอว ลดลงในเพศหญิงแต่ไม่เปลี่ยนแปลงในเพศชาย การลดลงของความดันโลหิต ไม่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาลดความดัน แต่จำนวนของยาที่ใช้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตลดลง และในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลงหรือความดันเพิ่มเล็กน้อยการลดลงของระดับไขมัน เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานยาลดไขมัน ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันลดลง จะมีการเพิ่มการรับประทานยาลดไขมัน

3) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1C โดยใช้การถดถอยโลจิสติค พบว่า HbA1cที่พื้นฐาน (โมดูล1) และการลดลงของน้ำหนักตัว จาก โมดูล1–3 เป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญ(P<0.001)ในขณะที่ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานยาเบาหวาน อายุและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นปัจจัยทำนายที่ไม่มีนัยสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1C

4) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ การจัดการตนเองจะมี ระดับ HbA1C จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (P <0.001) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดี และภาวะเครียดในทุกวันของชีวิตดีขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ และไม่มีรายงานการเปลี่ยนแปลงในการจำกัดกิจกรรมปกติซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วย

5) ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม การจัดการตนเอง ระดับของกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ไม่ค่อยออกกำลังกายหรือมีลักษณะการทำงานในท่านั่งเป็นส่วนใหญ่ ระหว่างการเรียนโมดูล 1 และ 3 ผู้ป่วย 9% เพิ่มการรับประทานผักต้ม (p = 0.024) 12% เพิ่มการรับประทานผักดิบ (p = 0.005) และ 22% เพิ่มการรับประทานปลา (p <0.001) แต่ไม่มีรายงานการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานผลไม้ เช่นเดียวกับระหว่าง โมดูล1 และ 3 ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่ายดำเนินการโปรแกรมการจัดการตนเองในชุมชนประกอบด้วยเงินเดือนและค่าจ้างสำหรับทีมราคาวัสดุอุปกรณ์การเก็บรักษาสิ่งที่สร้างขึ้นและอื่นๆ ได้รับการประมาณการราคาไว้ 3640 DKK ต่อผู้ป่วย 1 คน อย่างไรก็ตามจำนวนครั้งของการเยี่ยมจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปในระยะที่1 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้นในระยะที่ 4 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (p <0.001) ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง

6) ผลของการศึกษานี้มีอิทธิพลต่อการประหยัดค่าใช้จ่ายซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ระยะเวลา 1 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ลดลง 15% ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลง 4.8% พบว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการตัดขา การเกิด retinopathy และโรคไต ประมาณการไว้ที่ 9.66% ตามการลดลงของ HbA1C 0.46% (21% × 0.46) การเชื่อมโยงการลดปัจจัยเสี่ยงนี้กับค่าใช้จ่ายในการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของโรงพยาบาล พบว่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 423 DKK ต่อผู้ป่วย 1 คน

สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองสามารถปฏิบัติได้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและสามารถปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นอกจากนั้นยังมีตัวชี้วัดเมตาโบลิกตัวอื่น ๆ ให้ดีขึ้น การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนวิสัยทัศน์ในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นพื้นฐานของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีโครงสร้างซึ่งดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยค่าใช้จ่ายส่วนเกินทำโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย

ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนองในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 3โมดูลใช้ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน

โมดูล1 ใช้เวลา 28 ชั่วโมง ภายใน 4 วัน จำนวน 702 คน

โมดูล2 ใช้เวลา 14 ชั่วโมง ภายใน 2 วัน (3 เดือนต่อมา) จำนวน 596 คน

โมดูล3 ใช้เวลา 7 ชั่วโมง ภายใน 1 วัน (ภายในเวลา 12 เดือนหลังจากชั่วโมง1เสร็จเรียบร้อย) จำนวน 458 คน

การให้ความรู้ จะแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๆ กลุ่มละ 12 คนและทีมสหสาขาที่ให้ความรู้ประกอบด้วยพยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัดและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลทั่วไปส่วนผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อจะสนับสนุนทีมโดยเป็นที่ปรึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้ อยู่บนพื้นฐานของกลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ และปรัชญาทีมผู้ให้ความรู้ต้องผ่านการฝึกอบรมเฉพาะที่ทำให้สามารถเข้าถึงกลยุทธ์นี้ การฝึกอบรมมีทั้งทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติ ระหว่างช่วงเวลาของการศึกษา การฝึกอบรมจะได้รับการติดตามประเมินผลจากครูผู้สอนซึ่งเป็นการอภิปรายภายใน ซึ่งคอร์สนี้จะเน้นที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการปฏิบัติและสุดท้ายการดูแลทีมจะได้รับความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา ซึ่งจุดประสงค์ทั้งหมดก็เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยทีมเป็นสหสาขาและทำงานประสานความร่วมมือในแต่ละพื้นที่ของการศึกษา แทนที่จะให้ความรู้และทักษะกับผู้ป่วยอย่างเดียวทีมจะกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล่าวถึงปัญหาอุปสรรคและตั้งเป้าหมายของตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความพยายามที่จะทำเพื่อช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ ควรจะเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงภายในมากกว่าภายนอก

หลักสูตรเน้นที่ลักษณะส่วนบุคคลที่ต้องอยู่กับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยอาการปัจจัยเสี่ยงและการวัดผลการรักษาอื่น ๆ การเฝ้าระวังหรือการแปลผลการทดสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยความรู้จะรวมถึงทักษะการปฏิบัติ

เพื่อเป็นการเตรียมในการเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการอ่านฉลากโภชนาการเมื่อไปซื้อกับข้าวหรือไปจ่ายตลาดที่ซูเปอร์มาเกตผู้ป่วยจะกล่าวถึงแรงจูงใจ ปัญหาอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกาย และศึกษาผลของการเดิน 30 นาทีต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยคำสั่งและปริมาณของเนื้อหาหลักสูตรแตกต่างกันระหว่างโปรแกรมการให้ความรู้แต่ละเรื่องของการจัดการตนเองตั้งแต่ทีมได้ติดตามเป้าหมายของผู้ป่วยและความต้องการตลอดระยะเวลาการศึกษา โดยค่าใช้จ่ายได้รับจากภาษีที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

Rothschild SK, Martin MA, Swider SM, Lynas CT, Avery EF, Janssen I, et al.[73] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมในคนงานกลุ่มเม็กซิกันอเมริกันการวิจัยนี้เป็นการศึกษาสุ่มควบคุมแบบปกปิด เพื่อดู ในการปรับปรุงหรือเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย เช่น HbA1C ระดับความดันโลหิตและการจัดการตนเองของเม็กซิกันอเมริกันที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างแบ่งจำนวน 144 คน โดย 73 คน ได้รับการให้คำปรึกษาด้านเบาหวาน และ จำนวน 71 คน ได้รับการสอนด้านเบาหวานผ่านจดหมาย ที่ Rush University at Chicago

ผลการศึกษา เมื่อมีการติดตามกลุ่มคนชาวเม็กซิกันอเมริกัน พบกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการรักษาอย่างต่อเนื่องน้อยและมีการติดตามระดับน้ำตาลน้อย

- 70% มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อย และ HbA1c > 7.0
- 57.3% มีความดันโลหิตไม่ดี

ลักษณะโปรแกรม

การทดลองประกอบด้วยการจัดการตนเองที่ถูกฝึกปฏิบัติและให้กลุ่มคนชาวเม็กซิกันอเมริกันประมาณ 24 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้ข้อมูลเหมือนๆ กัน ผ่านทางจดหมายที่เป็น 2 ภาษา ทำการประเมินและเก็บข้อมูลในช่วงแรกเข้า 12 เดือนและ 24 เดือนหลังมีการสุ่มตัวอย่าง
โดยภายหลังการทดลองมีการติดตาม 5 ทักษะ คือ

1) การระดมสมองและการจัดการปัญหา
2) การเขียนบันทึก
3) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
4) การแสวงหาการช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อน
5) การจัดการกับความเครียด

หลักสูตรของชาวเม็กซิกันอเมริกันจะสอนหลักการของพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีการเยี่ยมบ้านแต่ละคนเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสิ่งแวดล้อมที่อยู่ มีการเยี่ยม 2 ครั้งต่อเดือนใน 1 ปีแรก 24 ครั้งและ 1 ครั้งต่อเดือนในปีที่ 2 12 ครั้ง

Sinclair KA, Makahi EK, Shea-Solatorio C, Yoshimura SR, Townsend CK, Kaholokula JK. [74]ทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองตามวัฒนธรรมในโรคเบาหวาน

โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 34 และกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจำนวน 48 คน

ผลการศึกษาภายหลังการให้การทดลองมีการประเมินผล HbA1c ความเข้าใจการจัดการตนเองของโรคเบาหวาน ของกิจกรรมการการจัดการตนเองและความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในสามเดือนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองและกลุ่มที่ควบคุม (p <0.001) HbA1C (p <0.0001) และความเข้าใจ (p <0.0001) ประสิทธิภาพการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน (p <0.0001)

Jortberg BT, Miller BF, Gabbay RA, Sparling K, Dickinson WP.[75] ศึกษาการดูแลที่บ้านว่ามีผลลัพธ์ต่อภาะจิตสังคมอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอย่างสมบูรณ์และเป็นองค์รวมที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม การดูแลแบบบูรณาการควรจะใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยทั้งหมดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โดยลักษณะดังกล่าวต้องผสมผสานระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ผู้จัดการการดูแลเพื่อเน้นด้านปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคนและประเด็นทางด้านจิตสังคม เพิ่มการเข้าถึงสำหรับปัจจัยเสี่ยง การสำรวจ นวัตกรรมรูปแบบการดูแลและขยายทีมผู้ดูแลไปยังประเด็นด้านจิตสังคม ทำให้มีการพัฒนาหรือปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วย การประสานความร่วมมือระหว่างการดูแล การเข้าถึงการดูแลและการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน การทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปฐมภูมิ ควรมีลักษณะที่ผสมผสานดังนี้

1) การผสมผสานระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากปัญหาสุขภาพด้านจิตใจมักพบในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมากกว่าสถานพยาบาลอื่น

2) เน้นการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งประเด็นดังกล่าวมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การประสานความร่วมมือหรือมีการสร้างมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอย่างดี จะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถติดตามการรักษาได้ต่อเนื่อง

3) การจัดการการดูแล หรือการประสานงานการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงโดยผู้จัดการการดูแลซึ่งสามารถให้การดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานได้หลากหลาย มีการจัดแบ่งเวลา ระหว่างการติดตามเยี่ยมสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดการเกี่ยวกับการลงทะเบียนของผู้ป่วยและการวัดคุณภาพการรายงาน สำหรับรูปแบบการดูแลที่บ้านมีหลายโครงการที่มีการผสมผสานผู้จัดการการดูแลเข้าไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

4) มีทีมสำหรับการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อจัดการโรคให้มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะเกี่ยวข้องกับผู้ร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานและสมาชิกของหน่วยงานอายุรแพทย์เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงกับการปรับวิถีการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกายและข้อกำหนดในการบริหารยา ซึ่งมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วย ความเชื่อ ค่านิยม สภาพเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา สภาวะทางจิตสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทีม

ผู้ดูแลสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงเมื่อมีการทำงานประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อพัฒนาแผนการดูแลของพวกเค้า

5) การปฏิรูประบบการจ่ายเงิน ที่มีผลกระทบกับการให้บริการการดูแลทางคลินิกในเชิงรุก

6) มีระบบการดูแลที่เข้าถึงสามารถส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยตองการคำปรึกษา โดยระบบนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในเมืองไทยได้ที่มีองค์ประกอบค่อนข้างครบถ้วน

Rosal MC, White MJ, Restrepo A, Olendzki B, Scavron J, Sinagra E, et al.[76] ศึกษาประสิทธิผลของวัฒนธรรมและการให้การศึกษา ด้านการทดลองการจัดการเกี่ยวกับเบาหวานในกลุ่มชนลาตินต่อการควบคุมน้ำตาลในกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน 250 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 5 ศูนย์สุขภาพชุมชน ในมลรัฐแมสซาจูเซ็ท สหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษา จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 252 คน ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 55 ปี คิดเป็น 46.9% เป็นเพศหญิง 76.6% โสด74.2% จบการศึกษาเกรด 8 หรือน้อยกว่า 56%ไม่ทำงาน 88.7% รายได้ต่ำกว่า $10,000 ต่อปี คิดเป็น 50% ประชากรส่วนใหญ่ป็นชาว Puerto Rican 91.5% และให้สัมภาษณ์เป็นภาษาสเปน ส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานอย่างน้อย 6 ปี 68.5% ก่อนเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ลักษณะของโปรแกรม

1) การทดลองโดยมีการให้โปรแกรมการดูแลแบบเข้มข้น 12 ครั้งทุกสัปดาห์ ตามด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่องเดือนละครั้ง 8 ครั้ง รูปแบบเน้นการทำงานเป็นกลุ่มแต่ครั้งแรกจะทำในแต่ละบ้านของผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกกลุ่มจะมีการโค้ชแบบสั้นๆ รวมถึงการทบทวนความก้าวหน้าในแต่ละคน การแก้ปัญหาและการสร้างเป้าหมายใหม่ๆ และการประเมินความปลอดภัย

2) เน้นการสนทนาที่เป็นคำแนะนำและข้อความที่สำคัญ ที่สามารถพกพาไปด้วยจะเน้นความเข้าใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับข้อมูล การจัดการโรคเบาหวานในบุคคลที่มีความต้องการการศึกษาที่แตกต่างกัน “คำแนะนำด้านอาหาร” โดยใช้เป็นรูปภาพของอาหาร ใช้สีไฟจราจรบอกระดับความรุนแรงของน้ำตาล ซึ่งสามารถทดสอบระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

3) การตั้งปัญหาของผู้ที่มีการศึกษาต่ำและการติดตามด้วยตนเอง ข้อความจะอยู่ในชีทรวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น เครื่องนับก้าวและข้อแนะนำสำหรับการใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ปลอดภัยสำหรับเดินและออกกำลังกาย โอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือสำหรับการพัฒนาทักษะรวมถึงการฝึกฝนในการใช้วิธีการทำอาหารที่มีสุขภาพดีสำหรับอาหารชาตินั้นๆ ให้คำแนะนำง่ายๆ ในการอ่านฉลากและการทัวร์ในตลาดที่มีอาหารด้านสุขภาพ

4) ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมที่นิยมด้านวัฒนธรรม เช่น การดูโอเปร่า การเล่นเกมส์บิงโก้เกี่ยวกับอาหาร การกินร่วมกันเหมือนครอบครัว การส่งเสริมการทำกลุ่มร่วมกัน เช่น กิจกรรมการแยกน้ำแข็ง อาหารสำรับกลุ่มจะเน้นการสนทนาที่เป็นคำแนะนำ โดยการกระตุ้น

รสชาติอาหารสำหรับการเตรียมอาหาร การเตรียมอาหารง่าย ๆ คู่มือการเตรียมอาหารที่บ้าน วิธีการกินอาหารใหม่ๆ เน้นการพูดคุยในกลุ่มให้มีทัศนคติที่ดีในการกินอาหารสำหรับเบาหวาน

5) ขณะทำกลุ่มให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพุดคุย 1 ต่อ 1 เป็นเวลา 10 นาที กับผู้ทำการทดลอง ผู้ทำการทดลองเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษา ตั้งเป้าหมายทางพฤติกรรม ประเมินความก้าวหน้า ให้คำแนะนำป้อนกลับและปรับปรุงให้สะดวกยิ่งขึ้น

6) ผู้ทำการทดลองจะดาวน์โหลดข้อมูลจากการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกไว้ในแต่ละครั้งและแต่ละวัน การกินอาหารและการออกกำลังกายเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลและพฤติกรรมการจัดการตนเอง

7) บุคคลสำคัญคนอื่น ๆ ถูกเชิญให้มาเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งเพื่ออธิบายการสนับสนุนโดยการเน้นบ้านเป็นศูนย์กลางสำหรับการทดลองที่จะทำ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการเข้าร่วม ผู้ป่วยจะได้รับการเตือนโดยทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนในแต่ละครั้งและจัดหารถให้ในแต่ละครั้งถ้ามีความต้องการ

Ritzwoller DP, Sukhanova AS, Glasgow RE, Strycker LA, King DK, Gaglio B, et al.[77]

วัตถุประสงค์หลักการศึกษานี้ต้องการศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้โปรแกรมการทดลอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลที่ช่วยเพิ่มการตัดสินใจขององค์กรและผู้กำหนดนโยบาย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรับสมัคร การให้การทดลอง การเข้าร่วมการทดลองอยู่ที่ประมาณ $ 45,896, $ 432,433 และ $ 179,697 ตามลำดับ และคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการให้การทดลอง 1 คนประมาณ $ 4,634 และ$7,723 ต่อการลดลงของHb A1C และต่อการลดลงของดัชนีมวลกายต่อหน่วยแม้ว่าค่าใช้จ่ายอาจจะสูงกว่าการทดลอง แต่อาจมีผลดีในระยาวในการให้โปรแกรมลดความเสี่ยง

การจัดการตนเองและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 เรื่อง

เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) นอกจากนั้นเป็นงานวิจัย การจัดการตนเอง จำนวน 16 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) จำนวน 11 เรื่อง การวิจัยทดลอง (experimental) 1 เรื่องเชิงบรรยาย (descriptive Study) จำนวน 4 เรื่องโดยสรุปเนื้อหาได้ดังนี้

งานวิจัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 เรื่องมีรายละเอียดดังนี้

กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา[78] ศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองโดยมีวิธีการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวมีการประเมินก่อนและหลัง

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอนเท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระดับน้ำตาลในเลือดของวันที่ 2 และวันที่ 3 ลดลงจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยกิจกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทั้งภาพรวมด้านการเลือกรับประทานอาหารและด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และด้านการแก้ปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำเกินไปมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยกิจกรรมการจัดการตนเองวันที่14 และ 28 แตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กิจกรรมการจัดการตนเองสอดคล้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่พบว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงวันที่ 14 และ 28 มากกว่าวันที่ 1

ผลการศึกษาได้ยืนยันการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ลักษณะโปรแกรม

1) การสอนทักษะการใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์

2) วิธีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

3) การให้ความรู้การติดตามทางโทรศัพท์การเยี่ยมบ้านและการมาพบแพทย์เพื่อปรับการรักษา

4) โดยใช้เวลาดำเนินการ 28 วันต่อคนเก็บข้อมูลผลการตรวจเลือดวันละ 7 ช่วงเวลาในวันที่ 1, 2 และ 3 การวัดกิจกรรมและสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองในวันที่ 1, 14 และ 28

ทัศนีย์ ขันทอง, พัชรี คมจักรพันธุ์ และแสงอรุณ อิสระมาลัย[79] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว แบบอนุกรมเวลา (One group time series design) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การเสริมทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิด ของแคนเฟอร์และแกลกิมกับการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การสนับสนุนต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 ทั้งช่วงควบคุมและช่วงทดลองโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเท่านั้นที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .001$)

ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์, พัชรี อ่างบุญตา และลินจง โปธิบาล[80] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างมี 52 ราย ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่แตง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ต่ำลง ซึ่งพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพได้

ลักษณะโปรแกรม

การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการสอนและให้ความรู้ ฝึกทักษะและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่มๆ ละประมาณ 10-15 ราย ครั้งละ 2-2.5 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ติดต่อกันกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย ชนิด พยาธิสภาพของการเกิดโรคเบาหวาน อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สอนการตั้งเป้าหมาย และการกำหนดผลการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านเทคนิคการจัดการอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัญหาทางอารมณ์

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์

สัปดาห์ที่ 7-15 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่บ้านโดยมีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน และการใช้โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้งจนครบ

สัปดาห์ที่ 16 วัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมี 16 เรื่องดังนี้

วราภรณ์ ดีเสียง[81] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 40 คน ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มโดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การประเมินตนเองและตั้งเป้าหมาย การมีสนับสนุนและใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง และการประเมินผลการปฏิบัติ

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอไม่แตกต่างกันค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดให้เป็นรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมด 5 ครั้ง

1) ครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมรายบุคคลเกี่ยงกับการประเมินตนเองละตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับ LDL-C ให้ใกล้เคียงกับเป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเบาหวาน อธิบายผลการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและโคเลสตอลในเลือชนิดความหนาแน่นต่ำที่ผ่านมาและการใช้สมุดบันทึกการจัดการตนเอง ใช้เวลา 45 นาที

2) ครั้งที่ 2 ในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง การใช้ยา ให้ความรู้และสาธิตเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม การใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน ตัวอย่างสัดส่วนอาหารที่รับประทานเป็นประจำ และการออกกำลังกายโดยใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการเดินเร็ว

3) ครั้งที่ 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อติดตามการปฏิบัติตนต่างๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาในการจัดการตนเอง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง

4) ส่วนครั้งที่ 5 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคลที่โรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและ LDL-C และดูแลให้พบแพทย์เพื่อตรวจและรับการรักษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจเลือด ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทราบเมื่อมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม ช่วยปรับแผนการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อไป

ชดช้อย วัฒนะ[82] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 147 คน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดจันทบุรี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอ วัน ซีลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการตนเอง ประกอบด้วยการให้ความรู้

เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและฝึกทักษะการจัดการตนเองมีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างสมรรถนะและการส่งเสริมการจัดการตนเอง

1.1) สร้างแผนปฏิบัติโดยมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันในแต่ละระยะ และมีการทบทวนแผนปฏิบัติร่วมกันโดยผู้ป่วยต้องสะท้อนถึงความสำเร็จปัญหาและอุปสรรคที่พบเพื่อการปรับปรุงครั้งต่อไป

1.2) ฝึกทักษะให้ชำนาญในด้านต่างๆ โดยจะต้องมีการอภิปรายในกลุ่ม มีการสะท้อนข้อมูลกลับ เช่น การวางแผนในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตและการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงการรับประทานยา

1.3) มีตัวแบบที่ประสบความสำเร็จให้ดู

1.4) มีการชักชวนด้วยคำพูด ให้กำลังใจ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการนำไปสู่เป้าหมาย

1.5) ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญที่เกิดได้ทั้งทางร่างกายและอารมณ์จากการเป็นเบาหวาน มีการอภิปรายถึงปัญหา และการแก้ปัญหา

2) มีการให้คู่มือการมีชีวิตอยู่กับเบาหวานเพื่อส่งเสริมการควบคม น้ำตาลและ คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน การจัดการด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การติดตามประเมินผลและความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง

เสาวลักษณ์ คูณทวี[83] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย–จิตแบบชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย – จิตแบบชี่กง โดยมีแผนการสอนและคู่มือเป็นสื่อที่ใช้ในโปรแกรม

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลง ของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลง ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นตอนการประเมินปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา

2) ขั้นตอนวางแผนการดูแล กำหนดเป้าหมาย

3) ขั้นตอนการให้ความรู้ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

4) ขั้นตอนการปฏิบัติและการกำกับตนเอง

5) ขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินความก้าวหน้าจากแบบบันทึก โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย 3 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามผล 2 ครั้ง ระยะเวลาดำเนินการ 9 สัปดาห์ ดังรายละเอียดการจัดกิจกรรมมีต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ในวันแรกของการเริ่มกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการตนเอง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 1 วัน 8 ชั่วโมง

1.1 ผู้วิจัยประเมินปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยและทักษะการแก้ปัญหาในช่วง 1เดือนที่ผ่านมา

1.2 ผู้วิจัยเปิดวิดีทัศน์โรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต โดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเองในคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 ฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆโดยจัดกิจกรรมการฝึกทักษะด้านการคำนวณดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์ภาวะน้ำหนักตัว และให้แต่ละกลุ่มเลือกอาหารที่เหมาะสมของแต่ละมื้อในหนึ่งวัน กำหนดสัดส่วนอาหารและการใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน การเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านหรือไปงานเลี้ยง ตัวอย่างอาหารที่นำมาใช้ประกอบการสอนแยกเป็นกลุ่มอาหารที่ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดจำนวนและอาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ด้านการฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ ผู้วิจัยสร้างสถานการณ์จำลองให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ที่เป็นลมจากอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ด้านการฝึกทักษะการออกกำลังกาย ผู้วิจัยฝึกทักษะการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการเดิน

1.4 ฝึกทักษะด้านการบันทึกกิจกรรมการกำกับตนเอง โดยบันทึกการรับประทานอาหารแต่ละมื้อในหนึ่งวัน การรับประทานยาหรือฉีดยา การออกกำลังกาย และการใช้วิธีผ่อนคลายเครียด บันทึกเฉพาะในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการบันทึกกิจกรรมการกำกับตัวเอง ผู้วิจัยเสนอแนะให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือในการเขียนบันทึกให้กับผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การบันทึกการกำกับตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมด้านต่างๆของตนเองได้ ว่าอยู่ในเกรฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

1.5 ให้สมุดคู่มือบันทึกผู้ป่วย และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ทุกขั้นตอนที่กล่าวทั้งหมดได้ดำเนินกิจกรรมในวันแรกของโปรแกรม คือในวันจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน

1.6 ผู้วิจัยติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาพูดคุย 10 – 15 นาที ให้กำลังใจซักถามปัญหาและหาแนวทาง แก้ไขปัญหาร่วมกัน กระตุ้นเตือนการมาตามนัดและการติดต่อกลับมายังผู้วิจัยเมื่อมีปัญหา

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที ณ บริเวณวัดไร่ขิง

2.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยรายบุคคล เดิมจะเป็นการนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัดร่วมกับการพบผู้วิจัยภายหลังการพบแพทย์ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แพทย์นัดติตามผลอี 2-3 เดือน เพื่อประเมินระดับฮีโมโกลบินเอวันซีร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้า การนัดผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัดจึงอาจจะเพิ่มภาระงานให้กับบุคคลกรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยจึงนัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมโครงการ ชีวิตสดใสห่างไกลจากภาวะแทรกซ้องของเบาหวาน ซึ่งจัดโดยโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ณ บริเวณวัดไร่ขิงแทนโดยกิจกรรมในโครงการประกอบด้วยการตรวจวันความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจสภาพผิวหนัง การถ่ายภาพตรวจจอประสาทตา การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติประกอบกับการประเมินข้อมูลในสมุดบันทึกผู้ป่วย การกำกับตนเอง เปรียบเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้การเสริมแรง คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.2 สำหรับผู้ป่วยที่มาตามนัดไม่ได้ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลและให้คำแนะนำรายบุคคลใช้เวลาพูดคุย 10-15 นาที

2.3 ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลาพูดคุย 10 -15 นาที ให้กำลังใจ ซักถามปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการมาตามนัดและการติดต่อกลับมายังผู้วิจัยเมื่อมีปัญหา

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 60 นาที ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

3.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อเจาะเลือดและตรวจวัดความดันโลหิต

3.2 ประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึก

3.3 แจ้งผลการตรวจเลือด

3.4 ผู้วิจัยให้การเสริมแรง ชมเชย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.5 ให้ความรู้เรื่องการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ชมวีดีทัศน์และสาธิตวิธีการฝึกโดยผู้วิจัย

ปริชาติ ทองสาลี[84] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติ โยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 คน

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองที่ลดลงของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้น ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากศาสตร์แห่งโยคะของสถาบันไกวัลยธรรม แนวคิดการจัดการตนเองของ โทบินและคณะ ปี คศ.1986

วราภรณ์ ดีเสียง และสุนิดา ปรีชาวงษ์[85] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ชนิดความหนาแน่นต่ำ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและเปรียบเทียบระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการจนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการ

รักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันในด้านชนิดของยาลดระดับน้ำตาล ยาลดระดับไขมัน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทำการสุ่มแบ่งกลุ่มโดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การประเมินตนเองและตั้งเป้าหมาย การมีสนับสนุนและใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง และการประเมินผลการปฏิบัติ

ผลการศึกษา พบค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน

ลักษณะโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดให้เป็นรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมด 5 ครั้ง

1) ครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรม รายบุคคลเกี่ยงกับการประเมินตนเองละตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับ LDL-C ให้ใกล้เคียงกับเป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเบาหวาน อธิบายผลการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและโคเลสตอลในเลือชนิดความหนาแน่นต่ำที่ผ่านมาและการใช้สมุดบันทึกการจัดการตนเอง ใช้เวลา 45 นาที

2) ครั้งที่ 2 ในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 5-10 คน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง การใช้ยา ให้ความรู้และสาธิตเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม การใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน ตัวอย่างสัดส่วนอาหารที่รับประทานเป็นประจำ และการออกกำลังกายโดยใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการเดินเร็ว

3) ครั้งที่ 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อติดตามการปฏิบัติตนต่างๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาในการจัดการตนเอง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนครั้งที่ 5 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคลที่โรงพยาบาล

ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและ LDL-C และดูแลให้พบแพทย์เพื่อตรวจและรับการรักษา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจเลือด ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทราบ เมื่อมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม ช่วยปรับแผนการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อไป

ศันสนีย์ กองสกุล[86] ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรม 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า

1) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะ และการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคภายหลัง การทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองและมีระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P＜.01)

2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคมีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P＜.05)

ภาวนา กีรยุตวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล[87]โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานเมื่อครบ 26 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และศึกษาสิ่งสนับสนุน อุปสรรค และการบริการที่ต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการคงการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 8-10 คนต่อกลุ่ม จะได้รับการสนทนากลุ่มๆ ละ 2 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตเมื่อครบ 26 เดือน น้อยกว่า 3 เดือน และ 6 เดือน ($p > .05$, $p < .05$,$p > .05$ ตามลำดับ) และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .05$, $p > .05$, $p > .05$ ตามลำดับ) และค่าน้ำตาลสะสม เมื่อครบ 26 เดือน มากกว่า 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่าสิ่งสนับสนุนให้มีการจัดการดูแลตนเองต่อเนื่อง คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และครอบครัว

สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง คือ ความรับผิดชอบในเรื่องการงานและครอบครัว มีสถานการณ์ชีวิตอื่นแทรกและปัญหาการควบคุมตนเอง และกิจกรรมที่ต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง คือ การจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนทุก 3 เดือน ผลจากการศึกษานี้ควรนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมการกระตุ้นเตือน และนำไปใช้ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในระยะหลัง 6 เดือนขึ้นไป เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคงการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ภาวนา กีรติยุตวงศ์, และสมจิต หนุเจริญกุล[88] ติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานเมื่อครบ 26 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และศึกษาสิ่งสนับสนุน อุปสรรค และการบริการที่ต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการคงการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 29 ราย เก็บข้อมูลโดยตอบแบบประเมินความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต รวมทั้งตรวจค่าน้ำตาลสะสม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯในปี พ.ศ. 2549 กลุ่มตัวอย่าง 8-10 คนต่อกลุ่มจำนวนจะได้รับการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 2 ครั้ง นำข้อมูลจากการวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองที่ประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วม 3 และ 6 เดือน มาร่วมวิเคราะห์ด้วย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตเมื่อครบ 26 เดือน น้อยกว่า 3 เดือน และ 6 เดือน ($p > .05$, $p < .05$,$p > .05$ ตามลำดับ) และมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .05$, $p > .05$, $p > .05$ ตามลำดับ)และค่าน้ำตาลสะสม เมื่อครบ 26 เดือน มากกว่า 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่าสิ่งสนับสนุนให้มีการจัดการดูแลตนเองต่อเนื่อง คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และครอบครัว สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง คือ ความรับผิดชอบในเรื่องการงานและครอบครัว มีสถานการณ์ชีวิตอื่นแทรกและปัญหาการควบคุมตนเอง และกิจกรรมที่ต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง คือ การจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนทุก 3 เดือน ผลจากการศึกษานี้ควรนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมการกระตุ้นเตือน และนำไปใช้ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในระยะหลัง 6 เดือนขึ้นไป เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคงการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

สำอางค์ เวียงนนท์[89] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลคำม่วง จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้คุณลักษณะทั้ง 2 กลุ่ม เหมือนกันในเรื่องเพศและชนิดของยา กลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา

1.ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและเป็นรายด้านมากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยสรุป โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการควบคุมโรคให้เหมาะสมและลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นจึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลวิธีการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้มีแรงจูงใจมีความพยายามที่จะจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการจัดการความเครียดและกลวิธีการจัดการตนเอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้ทราบเป้าหมายที่เป็นมาตรฐานและเป้าหมายที่ตนเองจะปฏิบัติในทั้ง 4 ด้าน มีกำหนดการ 1 วัน

ขั้นตอนที่ 2) การติดตามตนเอง (Self-management) เป็นการสังเกตตนเองและบันทึกปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมโดยใช้แบบติดตามตนเอง วิ่งในแบบติดตามตนเอง ประกอบด้วยแบบบันทึกย่อย ดังนี้

1) แบบบันทึกการรับประทานอาหารทุกวันใน 1 สัปดาห์

2) แบบบันทึกการออกกำลังกายและแบบบันทึกการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกวันใน 1 สัปดาห์

3) แบบบันทึกการประเมินความเครียด และ

4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมคู่มือการจัดการตนเองประกอบการปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้แบบติดตามตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถประเมนพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) หลังจากผู้ป่วยเบาหวานประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองแล้วพบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อยๆ

และผู้วิจัยให้คำชม เมื่อปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเขียนดาวให้ 5ดาว ในแบบบันทึกการติดตามตนเอง หลังผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการติดตามตนเองพบว่า บันทึกได้ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่1)

ขั้นตอนที่1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ผู้วิจัยให้ความรู้ ฝึกทักษะในเรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและการจัดการความเครียด และกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้จัดการตนเองในชีวิตประจำวัน พร้อมกันทั้ง 15 คนและผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการจัดการความเครียดพร้อมการใช้แบบบันทึกการติดตามตนเองประกอบกับการใช้คู่มือการจัดการตนเองคู่มือการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 1 วัน

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ที่บ้านโดยการนัดหมายล่วงหน้า 1 สัปดาห์ วันละ4 – 5 ราย ใช้เวลา 45 – 60 นาที / ราย โดยดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self- Monitoring) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self - Monitoring) ผู้วิจัยติดตามการบันทึกแบบติดตามตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ในการบันทึก ซึ่งในแบบติดตามตนเองประกอบด้วยแบบบันทึกย่อย ดังนี้ 1) แบบบันทึกการรับประทานอาหารทุกวัน ใน 1 สัปดาห์ 2) แบบบันทึกการออกกำลังกายและแบบบันทึกการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ทุกวันใน1 สัปดาห์ 3) แบบบันทึกการประเมินความเครียด และ4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมคู่มือการจัดการตนเองประกอบการปฏิบัติตัวที่บ้าน และผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะซ้ำ จนสามารถปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเองได้สำเร็จ เมื่อพบว่าผู้ป่วยเบาหวานบันทึกแบบติดตามตนเองไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เมื่อผู้ป่วยมีการสังเกตตนเองและบันทึกปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองได้ครบถ้วน สมบูรณ์ ก็จะสามารถประเมินพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เมื่อประเมินได้ว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดการปฏิบัติเพื่อจัดการพฤติกรรมให้เหมาะสม บรรลุเป้าหมายที่วางไว้วาง เมื่อประเมินแบบติดตามตนเองแล้วพบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อยๆ

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) หลังจากผู้ป่วยเบาหวานประเมินแบบติดตามตนเองแล้วพบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ และผู้วิจัยให้คำชม เมื่อปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเขียนดาวให้ 5 ดวง ในแบบบันทึกการติดตามตนเอง หลังผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการติดตามตนเองพบว่าบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 – 12) เป็นระยะการปฏิบัติตนที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานตามกลวิธีการจัดการ และให้เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานไว้เพื่อติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหา หรือมาพบด้วยตัวเองที่โรงพยาบาลคำม่วง

หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 13 นัดหมาย กลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง(Post – test)

สุชาดา คงหาญ[90] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ โดยให้มีลักษณะเหมือนกันด้านเพศ และมีความคล้ายคลึงกันด้านอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค ชนิดของยาที่ใช้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา ทองเพชร[91] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โปรแกรมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึง เรื่องเพศและชนิดยาเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า

1.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังรับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

4.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ลักษณะโปรแกรม

ระยะที่ 1 การประเมินปัญหาสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเองรวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการมาตรวจตามนัด

ระยะที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติมีการเตรียมความรู้และพัฒนาทักษะเป็นรายบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาคปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเบาหวาน การมาตรวจตามนัด ขั้นตอนและวิธีการกำกับตนเอง การจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา มีการฝึกทักษะตรวจน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองโดยการสาธิตแล้วให้ผู้ป่วยฝึกทำย้อนกลับผู้ป่วยกำกับตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน ประเมินตนเองจากแบบบันทึกการติดตามตนเองและผลการตรวจน้ำตาลปัสสาวะ เสริมแรงตนเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามและประเมินการปฏิบัติ พร้อมทั้งเสริมแรงแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยซ้ำและเสริมแรงโดยการส่งจดหมายให้กำลังใจ

ระยะที่ 3 การติดตามผลติดตามผลการกำกับตนเองตามเป้าหมาย

มนตรี คำรังษี[92] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดใหม่ 2 รายใหม่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองรายใหม่ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ FBS และค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3)ภายหลังทดลองพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้

ภาวนา กีรติยุตวงศ์ ยุพิน เมืองศิริ และวัลภา คุณทรงเกียรติ[93] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อค่าน้ำตาลสะสม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อค่าน้ำตาลสะสมหลังการทดลองเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ จำนวน 80 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 40 ราย

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง เดือนที่ 3 เดือนที่ 6 มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและช่วงเวลาที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลต่อค่าน้ำตาลสะสม ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ในการให้บริการ ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานต่อไป

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaclick ปี 1991คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน แบบบันทึกกราฟแสดงแนวโน้มระดับน้ำตาลในเลือด แบบบันทึกการติดตามตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีลักษณะดังนี้

1) เดือนที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองเรื่องอาหารเบาหวาน การออกกำลังกายและการรับประทานยาเบาหวานที่ถูกต้องด้วยกระบวนการกลุ่มเจาะ FBS

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองเรื่องอาหารเบาหวาน การออกกำลังกายและการรับประทานยาเบาหวานที่ถูต้องด้วยกระบวนการกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 4 ให้ผู้ป่วยจัดการตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ได้รับที่บ้าน

2) เดือนที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองเรื่องอาหารเบาหวาน การออกกำลังกายและการรับประทานยาเบาหวานที่ถูกต้องด้วยกระบวนการกลุ่ม เจาะ FBS

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองเรื่องอาหารเบาหวานเป็นรายบุคคลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมความสามารถการตนเองเรื่องอาหารเบาหวาน การออกกำลังกายและการรับประทานยาเบาหวานที่ถูกต้องด้วยกระบวนการกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 4 ให้ผู้ป่วยจัดการตนเองตามโปรแกรมส่งเริมความสามารถการจัดการตนเองที่ได้รับที่บ้าน

3) เดือนที่ 3

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้วยกระบวนการกลุ่ม เจาะ HbA1C

สัปดาห์ที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 กระตุ้นเตือนและเสริมแรงการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 4 ให้ผู้ป่วยจัดการตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองที่ได้รับที่บ้าน

4) เดือนที่ 4 ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีขั้นตอนเช่นเดียวกับเดือนที่2

เดือนที่ 5,6 ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีขั้นตอนเช่นเดียวกับเดือนที่ 3 (เดือนที่ 5 ไม่เจาะ HbA1C)

จิราพร นิลสุ, และรัตน์ศิริ ทาโต[94] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนต่อระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อน กำหนดทักษะทั้ง 6 ด้าน ของ Hiester และใช้กระบวนการการจัดการตนเองของสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C มากกว่า 8 % ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย รวมทั้งหมด 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับ HbA1C ได้

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวาน โดยมีการจัดกิจกรรมโดยผู้วิจัยจำนวน 3 ครั้ง จากกลุ่มเพื่อนเบาหวาน ติดตามทางโทรศัพท์ 4 ครั้ง เครื่องมือทีใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อน ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพสไลด์และคู่มือ “พิชิตเบาหวาน” เป็นสื่อในการดำเนินกิจกรรม เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของเพื่อนเบาหวาน

กลุ่มทดลอง มีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยระยะต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะการประเมินปัญหา (วันที่ 1 ของการทดลอง)

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการตั้งเป้าหมาย (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 ระยะวางแผน (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1)

ขั้นตอนที่ 4 ระยะปฏิบัติตามแผน (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นระยะติดตามและประเมินผล โดยเพื่อนเบาหวานทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง จากนั้นสัปดาห์ที่ 9 จึงนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมและเพื่อนเบาหวานมาพบเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และปาริชาติ เพียสุพรรณ์[95] ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม การวิจัยเชิงบรรยายนี้ เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมทั้งชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป 120 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2553 – กุมภาพันธ์ 2554 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก 2 ด้านคือ การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้าน

สุขภาพและบุคคลที่มีความหมายในชีวิต ระดับปานกลาง 2 ด้านคือการกำกับตนเอง และการบูรณาการด้วยตนเอง ที่เหลือคือด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด มีการจัดการตนเองระดับน้อย จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองของมีความสำคัญ และพยาบาลในฐานะผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ และสนับสนุน ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองที่ดีได้

นิภา วัธนเวคิน[96] ศึกษาการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน เป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามระยะเวลาที่เป็นโรค และการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวานอาจส่งผลให้การมองเห็นของผู้ป่วยลดลง จนเกิดการสูญเสียการมองเห็นในที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการสร้างเสริมสุขภาพ มีแรงจูงใจในการจัดการดูแลตนเองและพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ลดปัญหาที่จะเกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ฉัตรประอร งามอุโฆษ, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, และน้ำเพชร สายบัวทอง[97] ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากเข้าอบรมในโครงการให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่เข้าอบรมในโครงการครบ 1 ปีจำนวน 45 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting plasma glucose) และ 3) แบบบันทึกผลน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (glycosylated haemoglobin: HbA1C) จากเวชระเบียนทั้งก่อนเข้าอบรมและเมื่อมาติดตามผลการรักษาแต่ละครั้งอีก 5 ครั้งในช่วง 1 ปีหลังเข้าอบรมความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพไปแล้ว

ผลการศึกษาพบว่า

1) ค่าเฉลี่ยของ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าก่อนเข้าอบรมสูงกว่าเมื่อมาตรวจรักษาครั้งที่ 4 หลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ค่าเฉลี่ยของ HbA1C ก่อนเข้าอบรมสูงกว่าเมื่อมาตรวจรักษาครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 หลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ค่าเฉลี่ยของ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและ HbA1C เมื่อมาตรวจรักษาครั้งอื่นๆ หลังการอบรมแตกต่างกับก่อนเข้าอบรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโครงการให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานแบบกลุ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามช่วง 2-3 เดือนก่อนครบ 1 ปีหลังการอบรม ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการอบรมซ้ำในช่วงนี้ ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อเนื่องยิ่งขึ้น

6.ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลลัพธ์จากการทบมวนวรรณกรรมพบมีการวัดผลลัพธ์ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome indicators)

1. ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน
   - HbA1c[11,13,14,28,38, 45]
   - ระดับความดันโลหิต[13, 19, 24, 28,38, 45]
   - ระดับไขมันในเลือด (LDL และ HDL คอเลสเตอรอล)[19,25,38, 45, 62]
   - ดัชนีมวลกายและรอบเอว[20.28,32,38, 45]
   - น้ำหนัก[45]
   - การประเมินแผลที่เท้าจากเบาหวานนับจำนวนแผลที่เป็นอยู่ทั้งสองเท้า[28]
   - การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน[71]
   - ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ[82]
2. ผลลัพธ์ทางจิตสังคมและพฤติกรรม (Psychosocial and behavioral outcome)
   - คุณภาพชีวิต[9,25]
   - ภาวะซึมเศร้า[9,19]
   - ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์[19,32]
   - ความพึงพอใจของการรักษา [19]
   - การรับรู้สมรรถนะของตนเอง[20, 36]
   - การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร[20, 25]
   - พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย[24]
   - พฤติกรรม[32]
   - กิจกรรมการดูแลตนเอง[32] พฤติกรรมการดูแลตนเอง[38]
   - ความผาสุก[32]
   - ความพึงพอใจในโปรแกรม[36, 45]
   - ความเชื่อด้านสุขภาพ[48]
   - ความรู้ การแก้ปัญหา [62,78-80]
   -การเสริมสร้างพลังอำนาจ [70]
   -พฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค[86]
3. วัดการปรับปรุงและการพัฒนาการดูแลขององค์กรและกระกระบวนการดูแล
   - กระบวนการการปรับปรุงและพัฒนาการดูขององค์กร [14,16]
   -การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จาก การดูแลในปัจจุบัน สู่การดูแลที่ต่อเนื่อง[23]
   -ลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่าย[23]

- คุ้มค่าคุ้มทุน[27]
- การเข้าถึงการดูแล (access to care indicators) [28]
- ระยะเวลาทั้งหมดที่ได้รับการดูแล (total time for health care visits) [28]
- สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ (health care expenditure) [28]
- คุณภาพการสนับสนุน (Quality of support indicators) [28]

เช่น การรับรู้คุณภาพการดูแล (perceived quality of care) ใช้ the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patientsของ Glasgow et al. (2005)

- ความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการดูแล [39]
- ความคิดเห็นต่อการกระตุ้นผู้ป่วย[39]
- ความคิดเห็นต่อคุณภาพการดูแล [39]

4. อื่น ๆ

- ตัวชี้วัดพลังอำนาจ (Empowerment indicators)[28]
- ตัวชี้วัดกระบวนการ[28]

เช่น จำนวนครั้งในการส่ง SMS ให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดย project manager

- จำนวนและประเภท (โทรศัพท์หรือส่ง SMS) จากกลุ่มตัวอย่างถึงผู้ให้ข้อมูล ประเมินโดยผู้จัดการโครงการ
- ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง[28]
- clinical service usage, self-esteem, social support[48]
- health care utilization เช่นการมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน การมานอนโรงพยาบาล และการมาห้องตรวจนอก(OPD)[55,59]

7.สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วย เบาหวานและเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยที่คัดเข้ามามีทั้งหมด 97 เรื่อง แบ่งเป็น Self-management 47 เรื่อง Self-management support 28 และ เรื่อง Chronic care model 13 เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง แบ่งระดับงานวิจัยเป็น Meta-analysis 1 เรื่องsystematic review 9 เรื่อง RCT 36 เรื่อง Quasi experimental 19 เรื่อง Experimental 5 เรื่อง Prospective study 4 เรื่อง Descriptive study 14 เรื่อง Qualitative study 4 เรื่อง Review 5 เรื่อง

จากหลักฐานพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง เช่น สิ่งแวดล้อม มีผลกระทบทางอารมณ์ และเกี่ยวกับการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน ปัจจัยสนับสนุนการจัดการโรค ได้แก่ การสื่อสาร มีแนวปฏิบัติในการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีสมรรถนะแห่งตน การได้รับการพัฒนาในด้านสมรรถนะแห่งตน ฯลฯ ปัจจัยที่ขัดขวางการสนับสนุนการจัดการโรค ได้แก่ การไม่ยอมรับว่าเป็นโรค การหมดหวัง การไม่รู้สึกว่ามีอาการ การได้รับยามากเกินไป น้ำหนักลด การไม่ได้รับดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่ใช้ รูปแบบการดูแลเรื้อรัง ภายใต้บริการชุมชน ที่ออกแบบโดย การใช้ รูปแบบการดูแลเรื้อรัง ทำให้เห็นการทำงานที่เชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยในองค์ประกอบที่ควรเป็นพื้นฐาน คือ การสนับสนุนการตัดสินใจ ข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนองค์กรและองค์ประกอบที่ต้องปรับให้เข้ากับผู้ป่วยในแต่ละคน คือการสนับสนุนการจัดการตนเองและการออกแบบบริการการส่งมอบการดูแลและต้องปรับให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งด้วย ซึ่งการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเป็นแนวคิด จะทำให้เกิดการออกแบบโปรแกรมที่เป็นหลายมิติ หรือมีหลายแง่มุม พบว่ารูปแบบการดูแลเรื้อรังเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยพัฒนาการดูแลผ่านการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์และมีแนวโน้มที่ดีในการนำ รูปแบบการดูแลเรื้อรังไปใช้ แม้จะมีผลทางลบและทางบวก แต่ก็พบว่ามีการพัฒนากระบวนการพัฒนาปรับปรุงการดูแลจะวัดได้ทันทีหลังจากการสอน ต่อมาในการติตามระยะยาวบางการศึกษาจึงจะเห็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตัวกลาง เช่น HbA1c และ ระดับ low-density lipoprotein (LDL)

รูปแบบการผู้ป่วยดูแลเรื้อรังทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จากระบบในปัจจุบันของเราเป็นกรอบการดูแลที่มีหลายแง่มุม เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไม่ได้ส่งมอบในการแยกแต่ละองค์ประกอบโดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องทำงานร่วมกันเป็นองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จ การนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้ได้จะต้องการพัฒนาและนำแนวทางของวิทยาการ ด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนาและการดำเนินการ ของโปรแกรมการศึกษาที่มีเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนองค์กรจะเป็นไปได้ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อนที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย อุปสรรคต่างๆ ควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี และควรมีการ การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดส่งมอบบริการ โดยองค์ประกอบโดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องทำงานร่วมกันซึ่งมีความสำคัญ

ต่อความสำเร็จดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงการทำงานแต่ละองค์ประกอบจึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน

1. ระบบสุขภาพ ต้องทำหน้าที่เป็นรากฐานโดย ให้โครงสร้างและเป้าหมาย

2. ชุมชน จะต้องมีความเชื่อมโยงกับทรัพยากรของชุมชนและ นโยบายที่กำหนด

3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ทักษะและความมั่นใจในการจัดการด้วยตนเอง

4. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีการเข้าถึงแนวทางตามหลักฐานที่

5. ระบบข้อมูลทางคลินิกทำให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและประชากรของผู้ป่วย ทันเวลา

การนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้ได้จะต้องการพัฒนาและนำแนวทางของวิทยาการ ด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนาและการดำเนินการ ของโปรแกรมการศึกษาที่มีเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนองค์กรจะเป็นไปได้ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อนโครงการที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย อุปสรรคต่างๆ ควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอในการพัฒนาและปรับปรุงไปหน่วยงานควรมีการพัฒนาตามรอบ PDSA ตามการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการดูแลสำหรับผู้ป่วย หลังจากนั้น จะต้องมีการประเมินผลการ นำโปรแกรมไปใช้ตามขั้นตอน PDSA โดยการทำงานในแต่ละรอบ จะทำโดยบุคลากรการดูแลสุขภาพที่ให้การศึกษาการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้โดยใช้ ผู้จัดการรายกรณี

การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมีสี่ระยะที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการของสุขภาพของตัวเองได้บุคคลากรที่จัดบริการการดูแลผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญ

ขั้นตอน 1 ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะต้องมีบทบาทที่สำคัญ ในการดูแลสุขภาพของตัวเองเพราะยังเชื่อว่ายังคงเป็นผู้รับการดูแลเพียงอย่างเดียว

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยอาจขาดข้อเท็จจริงพื้นฐานทำให้ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะเริ่มต้นดูแลตนเองแต่อาจจะขาดความเชื่อมั่นและทักษะเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ป่วยยอมรับและนำพฤติกรรมใหม่ไปใช้ แต่อาจจะไม่ สามารถที่จะรักษาให้พฤติกรรมอยู่อย่างคงทนได้เมื่อมีเหตุการณ์ ที่ต้องคุกคามชีวิตหรือมีวิกฤติทางสุขภาพ

ทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ในในการทำโปรแกรมการจัดการตนเอง มีหลายทฤษฎีได้แก่ Tran theoretical Model of Change , ecological framework, Precede-Proceed conceptual framework และ social support model, Self-efficacy, Transtheorethecal (stage of change) Motivational

interviewing Cognitive behavior therapy แต่พบว่าทฤษฎีที่มีผู้ใช้จำนวนมากได้แก่ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (self-efficacy)

เนื้อหาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่มีความจำเป็นสำหรับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่มากขึ้น สมาคมผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน (AADE)มีการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ในการสร้างแรงจูงใจ การแก้ไขปัญหา บางโปรแกรม มีการใช้การจัดการความเครียด การใช้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง จะเน้นพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ประการได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพการมีกิจกรรม การตรวจสอบและติดตาม การรับประทานยา การแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาสุขภาพ และการลดความเสี่ยง

การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย มีการใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีความจำเป็นที่ต้องการเพิ่มการสนับสนุนการใช้โปรแกรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐานการสนับสนุนการจัดการทางโทรศัพท์และโปรแกรมที่ใช้การติดต่อสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีเช่นอินเทอร์เนตโทรศัพท์อัตโนมัติ ยังสามารถใช้การสนับสนุนจากจิตอาสาน่าจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถนำมาใช้ได้ โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานต้องทำแบบ มีการปฏิสัมพันธ์ ต่อเนื่องซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือผู้ดูแล หรือคนในครอบครัว การให้สอนกิจกรรมการดูแลตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น และลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพรวมทั้งค่าใช้จ่ายโปรแกรมการสอน เน้นการตั้งเป้าหมาย มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการจัดการดูแลและสนับสนุนมากขึ้น มีการโทรติดตามเยี่ยม มีการสนับสนุนด้วยเจ้าหน้าที่ และจิตอาสาที่อยู่ในชุมชนบทบาทของ ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนมีได้หลากหลายเช่น บทบาทผู้สนับสนุน ซึ่งจะให้การสนับสนุนด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย มีการจัดการประชุมกลุ่มสนับสนุน หรือสนับสนุนรายบุคคลทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ ในส่วนของการสนับสนุนเฉพาะบุคคลมีได้ตั้งแต่การเดินเป็นเพื่อนเพื่อสนับสนุนการเดินออกกำลังกาย ส่งอีเมล์กระตุ้น ส่งข่าวสารการเสริมแรง ช่วยนัดแพทย์ สอนผู้ป่วยที่บ้านเป็นต้น นอกจากนั้นยังมีบทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ ผู้พิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ (advocator) และ ผู้สนับสนุนการจัดโปรแกรมต่างๆ สำหรับผู้ป่วยซึ่งอาจไม่ได้เป็นวิชาชีพ โดยมีหัวข้อในการอบรมในผู้นำกลุ่มแต่ละเซสชั่น ดังนี้

1) เทคนิคในการ จัดการกับปัญหา เช่น ความคับข้องใจ ความเมื่อยล้าปวด และ การแยกผู้ป่วย

2) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ความทนทาน

3) การใช้ยาที่เหมาะ

4) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กับครอบครัวเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

5) ภาวะโภชนาการและ

6) วิธีการประเมินผลการรักษาใหม่ ชั้นเรียนมีส่วนร่วมอย่างมากมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการประสบความสำเร็จสร้างจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วมในความสามารถของพวกเขาในการจัดการ สุขภาพและการรักษาความสมดุลของชีวิต

เมื่อมีโปรแกรมแล้วต้องมีกระบวนการในการนำโปรแกรมการจัดการตนเองสรุปที่สำคัญได้ดังนี้

กระบวนการการจัดการตนเองของสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา

ขั้นตอนที่ 1 ระยะการประเมินปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการตั้งเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 3 ระยะวางแผน

ขั้นตอนที่ 4 ระยะปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนที่ 5 เป็นระยะติดตามและประเมินผล

นอกจากนั้นมีวิธีการดำเนินการให้เกิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้มีแรงจูงใจมีความพยายามที่จะจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2) การติดตามตนเอง (Self-management) เป็นการสังเกตตนเองและบันทึกปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมโดยใช้แบบติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้แบบติดตามตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถประเมนพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) หลังจากผู้ป่วยเบาหวานประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองแล้วพบว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นเทคนิคในการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อยๆ

การสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองยังสามารถนำเนินการในรูปแบบ 5A ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรายละเอียดดังนี้

1) ประเมิน (assess)การประเมินพฤติกรรมความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วย ผู้ป่วย ทั้งปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

2) การให้คำแนะนำ (advice) ความผิดปกติทั้งหมด จะมีการแชร์ร่วมกันกับผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) การตกลงตั้งเป้าหมายร่วมกัน (agree) ตามความสนใจของผู้ป่วยมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพในสถานการณ์จริงโดยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4)ช่วยเหลือ **(assist)** ช่วยให้ผ่าน อุปสรรคและพัฒนาการปฏิบัติ ตามกลยุทธ์การที่สอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการแก้ปัญหาและ ให้การสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการระบุแผนในการติดตามเช่น การเยี่ยม การติดตามทางโทรศัพท์

5)การจัดการ **(arrange)** ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามด้วยการโทรศัพท์และ / หรือมีการเยี่ยมตามความจำเป็น และให้การสนับสนุนในระหว่างตลอดติดตาม

จากการศึกษาพบว่า การจัดการสุขภาพตนเอง รูปแบบการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ไปในทางบวกมากขึ้น

การวัดผลลัพธ์มีทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะสั้น ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด

ผลลัพธ์ระยะกลางได้แก่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้บริการทางสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตนเองการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ประเมินค่าการศึกษาที่ให้แก่ผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผลลัพธ์ระยะยาวได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนจาก การได้รับข้อมูลสำหรับการปฏิบัติการแก่ปัญหาที่พบ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง เป็นต้น ส่วนการวัดผลลัพธ์ในประเทศไทยที่นิยมกันได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี พฤติกรรมการควบคุมโรคและการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Cherrington A, Wallston KA, Rothman RL. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. Journal of behavioral medicine. 2010;33(1):81-9.
2. Fort M, Alvarado-Molina N, Pena L, Mendoza Montano C, Murrillo S, Martinez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San Jose, Costa Rica and Tuxtla Gutierrez, Mexico. BMC Family Practice. 2013;14(1):131.
3. Huffman FG, Vaccaro JA, Gundupalli D, Zarini GG, Dixon Z. Acculturation and Diabetes Self-management of Cuban Americans: Is Age a Protective Factor? Ageing International. 2012;37(2):195-209.
4. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. BMC health services research. 2008;8:214.
5. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Family Practice. 2013;14(1):1-6.
6. Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart DE. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. BMC health services research. 2008;8(1):33.
7. Hinder S, Greenhalgh T. This does my head in Ethnographic study of self-management by people with diabetes. BMC health services research. 2012;12(1):83.
8. Jortberg BT, Miller BF, Gabbay RA, Sparling K, Dickinson WP. Patient-centered medical home: how it affects psychosocial outcomes for diabetes. Current diabetes reports. 2012;12(6):721-8.
9. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health services research. 2007;42(4):1443-63.
10. Khan MA, Evans AT, Shah S. Caring for uninsured patients with diabetes: designing and evaluating a novel chronic care model for diabetes care. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010;16(4):700-6.

11. Hariharan JMD, Tarima SP, Azam LMBA, Meurer JMDMBA. Chronic Care Model As a Framework to Improve Diabetes Care at an Academic Internal Medicine Faculty-Resident Practice. Journal of Ambulatory Care Management January/March. 2014;37(1):42-50.
12. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. Diabetes Care. 2006;29(4):811-7.
13. Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM, Songer T, Siminerio LM, Korytkowski MM, et al. 3-year follow-up of clinical and behavioral improvements following a multifaceted diabetes care intervention: results of a randomized controlled trial. Diabetes Educator. 2010;36(2):301-9.
14. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health affairs (Project Hope). 2009;28(1):75-85.
15. Glasgow REPD, Funnell MMMSRNCDE, Bonomi AEMPH, Davis CRNMNARNP, Beckham VBSN, Wagner EHMDMPH. Self-Management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. Annals of Behavioral Medicine. 2002;24(2):80-7.
16. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC health services research. 2009;9(1):1-14.
17. Siminerio LM, Drab SR, Gabbay RA, Gold K, McLaughlin S, Piatt GA, et al. Diabetes educators: implementing the chronic care model. The Diabetes educator. 2008;34(3):451-6.
18. Siminerio LM. The Role of Technology and the Chronic Care Model. Journal of Diabetes Science and Technology. 2010;4(2):470-5.
19. Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. Contemporary clinical trials. 2009;30(4):366-74.
20. Lee A, Siu CF, Leung KT, Lau LC, Chan CC, Wong KK. General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle

behaviours of diabetic care: randomised control trial of a chronic care model. Postgrad Med J. 2011;87(1032):688-93.

21. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the Chronic Care Model: an evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. Diabetes Care. 2008;31(6):1150-4.
22. Kuo S, Bryce CL, Zgibor JC, Wolf DL, Roberts MS, Smith KJ. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for diabetes care in a military population. J Diabetes Sci Technol. 2011;5(3):501-13.
23. Dancer S, Courtney M. Improving diabetes patient outcomes: framing research into the chronic care model. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2010;22(11):580-5.
24. Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, et al. Twelve-month outcomes of an Internet-based diabetes self-management support program. Patient Education & Counseling. 2012;87(1):81-92.
25. McKay HG, Glasgow RE, Feil EG, Boles SM, Barrera M, Jr. Internet-Based Diabetes Self-Management and Support: Initial Outcomes From the Diabetes Network Project. Rehabilitation Psychology. 2002;47(1):31-48.
26. Glasgow RE, Nelson CC, Strycker LA, King DK. Using RE-AIM Metrics to Evaluate Diabetes Self-Management Support Interventions. American Journal of Preventive Medicine. 2006;30(1):67-73.
27. Handley MA, Shumway M, Schillinger D. Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. Ann Fam Med. 2008;6(6):512-8.
28. van Olmen J, Ku GM, van Pelt M, Kalobu JC, Hen H, Darras C, et al. The effectiveness of text messages support for diabetes self-management: protocol of the TEXT4DSM study in the democratic Republic of Congo, Cambodia and the Philippines. BMC Public Health. 2013;13:423.
29. Ratanawongsa N, Handley MA, Quan J, Sarkar U, Pfeifer K, Soria C, et al. Quasi-experimental trial of diabetes Self-Management Automated and Real-Time Telephonic Support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: study protocol. BMC health services research. 2012;12:22.
30. Nes AAG, van Dulmen S, Eide E, Finset A, Kristjansdottir OB, Steen IS, et al. The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational

feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. Diabetes Research & Clinical Practice. 2012;97(3):385-93.

31. McEwen MM, Pasvogel A, Gallegos G, Barrera L. Type 2 diabetes self-management social support intervention at the U.S.-Mexico border. Public Health Nursing. 2010;27(4):310-9.
32. Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, et al. Supporting diabetes self-management in primary care: Pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. Primary Care Diabetes. 2009;3(2):103-9.
33. Comellas M, Walker EA, Movsas S, Merkin S, Zonszein J, Strelnick H. Training community health promoters to implement diabetes self-management support programs for urban minority adults. The Diabetes educator. 2010;36(1):141-51.
34. Tang TS, Funnell MM, Noorulla S, Oh M, Brown MB. Sustaining short-term improvements over the long-term: Results from a 2-year diabetes self-management support (DSMS) intervention. Diabetes Research & Clinical Practice. 2012;95(1):85-92.
35. Tang TS, Funnell MM, Oh M. Lasting effects of a 2-year diabetes self-management support intervention: outcomes at 1-year follow-up. Preventing Chronic Disease. 2012;9:E109-E.
36. Tang TS, Sohal PS, Garg AK. Evaluating a diabetes self-management support peer leader training programme for the English- and Punjabi-speaking South-Asian community in Vancouver. Diabet Med. 2013;30(6):746-52.
37. Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al. Peer Support For Self-Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings. Health Affairs. 2012;31(1):130-9.
38. Tang TS, Gillard ML, Funnell MM, Nwankwo R, Parker E, Spurlock D, et al. Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions: a preliminary report. Diabetes Educator. 2005;31(1):91-7.
39. Hess R, Bryce CL, Paone S, Fischer G, McTigue KM, Olshansky E, et al. Exploring challenges and potentials of personal health records in diabetes self-management: implementation and initial assessment. Telemedicine Journal & E-Health. 2007;13(5):509-17.
40. Ratanawongsa N, Bhandari VK, Handley M, Rundall T, Hammer H, Schillinger D. Primary care provider perceptions of the effectiveness of two self-management

support programs for vulnerable patients with diabetes. Journal of Diabetes Science & Technology. 2012;6(1):116-24.

41. Heisler M. From research to practice/DSME support. Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. Diabetes Spectrum. 2007;20(4):214-21.
42. Sae-Sia W, Maneewat K, Kurniawan T. EFFECT OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON DIABETIC FOOT CARE BEHAVIORS. International Journal of Research in Nursing. 2013;4(1):14-21.
43. Sarkar U, Handley MA, Gupta R, Tang A, Murphy E, Seligman HK, et al. Use of an Interactive, Telephone-based Self-management Support Program to Identify Adverse Events Among Ambulatory Diabetes Patients. Journal of general internal medicine. 2008;23(4):459-65.
44. Schillinger D, Handley M, Wang F, Hammer H. Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial. Diabetes Care. 2009;32(4):559-66.
45. Siminerio L, Ruppert KM, Gabbay RA. Who Can Provide Diabetes Self-Management Support in Primary Care?: Findings From a Randomized Controlled Trial. Diabetes Educator. 2013;39(5):705-13.
46. van Dijk de Vries A, van Bokhoven MA, Terluin B, van der Weijden T, van Eijk JT. Integrating nurse-led Self-Management Support (SMS) in routine primary care: design of a hybrid effectiveness-implementation study among type 2 diabetes patients with problems of daily functioning and emotional distress: a study protocol. BMC Fam Pract. 2013;14(1):77.
47. Minet L, Moller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. Patient education and counseling. 2010;80(1):29-41.
48. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Muhlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. Diabetologia. 2007;50(7):1375-83.
49. Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. Journal of occupational rehabilitation. 2013;23(2):189-99.

50. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. Journal of diabetes and metabolic disorders. 2012;11(1):6.
51. King DK, Estabrooks PA, Strycker LA, Toobert DJ, Bull SS, Glasgow RE. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2006;31(2):128-37.
52. Estabrooks PA, Nelson CC, Xu S, King D, Bayliss EA, Gaglio B, et al. The Frequency and Behavioral Outcomes of Goal Choices in the Self-management of Diabetes. The Diabetes educator. 2005;31(3):391-400.
53. Fisher L, Polonsky WH, Parkin CG, Jelsovsky Z, Petersen B, Wagner RS. The impact of structured blood glucose testing on attitudes toward self-management among poorly controlled, insulin-naive patients with type 2 diabetes. Diabetes research and clinical practice. 2012;96(2):149-55.
54. El-Gayar O, Timsina P, Nawar N, Eid W. A systematic review of IT for diabetes self-management: are we there yet? International journal of medical informatics. 2013;82(8):637-52.
55. Welch G, Shayne R. Interactive behavioral technologies and diabetes self-management support: Recent research findings from clinical trials. Current diabetes reports. 2006;6(2):130-6.
56. Osborn CY, Mayberry LS, Mulvaney SA, Hess R. Patient web portals to improve diabetes outcomes: a systematic review. Current diabetes reports. 2010;10(6):422-35.
57. Hawkins SY. Improving glycemic control in older adults using a videophone motivational diabetes self-management intervention. Res Theory Nurs Pract. 2010;24(4):217-32.
58. Glasgow RE, Strycker LA, Kurz D, Faber A, Bell H, Dickman JM, et al. Recruitment for an internet-based diabetes self-management program: scientific and ethical implications. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2010;40(1):40-8
59. Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. Journal of community health. 2011;36(5):883-93.
60. Wong-Rieger D, Rieger FP. Health coaching in diabetes: empowering patients to self-manage. Can J Diabetes. 2013;37(1):41-4.

61. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. Journal of behavioral medicine. 2004;27(5):477-90.
62. Hill-briggs F, Lazo M, Peyrot M, Doswell A, Chang Y-t, Hill MN, et al. Effect of Problem-Solving-Based Diabetes Self-Management Training on Diabetes Control in a Low Income Patient Sample. Journal of general internal medicine. 2011;26(9):972-8.
63. Liu S, Bi A, Fu D, Fu H, Luo W, Ma X, et al. Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012;12:1043.
64. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H. Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. Health Educ Behav. 2014;41(2):145-54.
65. Moskowitz D, Thom DH, Hessler D, Ghorob A, Bodenheimer T. Peer coaching to improve diabetes self-management: which patients benefit most? Journal of general internal medicine. 2013;28(7):938-42.
66. Rosenbek Minet LK, Wagner L, Lonvig EM, Hjelmborg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. Diabetologia. 2011;54(7):1620-9.
67. Williams GC, McGregor H, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL, Elder D. Promoting glycemic control through diabetes self-management: evaluating a patient activation intervention. Patient education and counseling. 2005;56(1):28-34.
68. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health services research. 2007;42(4):1443-63.
69. Steinsbekk A, Rygg LO, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. BMC health services research. 2012;12:213.
70. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005;2.

71. Debussche X, Collin F, Fianu A, Balcou-Debussche M, Fouet-Rosiers I, Koleck M, et al. Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island. Cardiovascular diabetology. 2012;11:91.
72. Molsted S, Tribler J, Poulsen PB, Snorgaard O. The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with Type 2 diabetes. A community-based study. Health Education Research. 2012;27(5):804-13.
73. Rothschild SK, Martin MA, Swider SM, Lynas CT, Avery EF, Janssen I, et al. The Mexican-American Trial of Community Health workers (MATCH): design and baseline characteristics of a randomized controlled trial testing a culturally tailored community diabetes self-management intervention. Contemporary clinical trials. 2012;33(2):369-77.
74. Sinclair KA, Makahi EK, Shea-Solatorio C, Yoshimura SR, Townsend CK, Kaholokula JK. Outcomes from a diabetes self-management intervention for Native Hawaiians and Pacific People: Partners in Care. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2013;45(1):24-32.
75. Jortberg BT, Miller BF, Gabbay RA, Sparling K, Dickinson WP. Patient-centered medical home: how it affects psychosocial outcomes for diabetes. Current diabetes reports. 2012;12(6):721-8.
76. Rosal MC, White MJ, Restrepo A, Olendzki B, Scavron J, Sinagra E, et al. Design and methods for a randomized clinical trial of a diabetes self-management intervention for low-income Latinos: Latinos en Control. BMC medical research methodology. 2009;9:81.
77. Ritzwoller DP, Sukhanova AS, Glasgow RE, Strycker LA, King DK, Gaglio B, et al. Intervention costs and cost-effectiveness for a multiple-risk-factor diabetes self-management trial for Latinas: economic analysis of inverted exclamation markViva Bien! Translational behavioral medicine. 2011;1(3):427-35.
78. กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. (วิทยานิพนธ์) นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2554.
79. ทัศนีย์ ขันทอง, พัชรี คมจักรพันธุ์, และแสงอรุณ อิสระมาลัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล. 2556; 28(1):85-100.

80. ณัฐพงศ์ โฆษชุณหนันท์, พัชรี อ่างบุญตา และลินจง โปธิบาล.ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร. 2555; 39(3): 93-104.
81. วราภรณ์ ดีเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2. (วิทยานิพนธ์)กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
82. ชดช้อย วัฒนะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
83. เสาวลักษณ์ คูณทวี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา. (วิทยานิพนธ์)กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
84. ปริชาติ ทองสาลี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกปฏิบัติโยคะ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความผาสุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์)กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
85. วราภรณ์ ดีเสียง และสุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552; 20(2):27-39.
86. ศันสนีย์ กองสกุล. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์) ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
87. ภาวนา กีรยุตวงศ์, และสมจิต หนูเจริญกุล. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nursing Journal. 2553; 16(2): 85-97.
88. ภาวนา กีรติยุตวงศ์, และสมจิต หนุเจริญกุล. (2553). การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีสาร. 2553; 16(2): 293-307
89. สำอางค์ เวียงนนท์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2553; 28(4):5-14.

90. สุชาดา คงหาญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2. (วิทยานิพนธ์) นครศรีธรรมราช: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
91. จินตนา ทองเพชร. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556; 4(2): 69-78.
92. มนตรี คำรังษี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดใหม่ 2 รายใหม่. โรงพยาบาลสกลนคร. 2556; 15(1): 43-54.
93. ภาวนา กีรติยุตวงศ์, ยุพิน เมืองศิริ, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อค่าน้ำตาลสะสม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 21(1): 37-51.
94. จิราพร นิลสุ, และรัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากเพื่อนต่อระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 21(3): 1-13.
95. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และปาริชาติ เพียสุพรรณ์. (2555). การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555; 35(3): 26-36.
96. นิภา วัธนเวคิน. การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2550; 13(2): 97-105.
97. ฉัตรประอรงามอุโฆษ, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, และน้ำเพชรสายบัวทอง.(2551).การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม.รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2551; 14(3): 289-297.

---

3) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. การส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
    - 3.1 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง
    - 3.2 การควบคุมความดันโลหิตที่เน้นการติดตามเยี่ยม
    - 3.3 การส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้การสอนทางไกล
    - 3.4 การส่งเสริมสมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
4. ผลลัพธ์ของการในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง

1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) แบ่งเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 7 เรื่อง Self-management 34 เรื่อง Self-management support 2 เรื่อง ไม่พบงานวิจัย Chronic care model

การประเมินผลข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (Data evaluation)

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยและต่างประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้งานวิจัยทั้งหมด 43 เรื่อง ทั้งหมด Meta analysis 1 เรื่อง systematic review 3 เรื่อง RCT 21 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 8 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง งานวิจัย Descriptive study 1 เรื่อง การ Review 2 เรื่อง ดังตาราง

ผลการสืบค้นได้นำเสนอในของตาราง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Springer link	1.Lenz M, Steckelberg A, Richter B, Mühlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. Diabetologia. 2007 2007/07/01;50(7):1375-83.	Meta analysis Level I
Willyinterscience	2.Radhakrishnan K. The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(3):496-510.	systematic Level I
PubMed	3. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: A systematic review and methodological critique of the literature. Archives of Internal Medicine. 2004;164(15):1641-9.	Systematic review Level I
CochraneLibary	4. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice. 2010;60(581):e476-e88.	Systematic review Level I
PubMed	5. Xue F, Yao W, Lewin R. A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. BMC Cardiovasc Disord. [10.1186/1471-2261-8-10]. 2008;8(1):10.	RCT Level II
CINAHL	6. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen Y-e, Zhu L, Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the World Health organization. 2003;81(3):174-82.	RCT Level II
PubMed	7. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P,	RCT

	&Tanomsup S. Effectiveness of a self-management program for Thais with essential hypertension. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2011: 15(2), 97-109.	Level II
ovid	8. Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Bosworth HB. The effect of a hypertension self-management intervention on diabetes and cholesterol control. American Journal of Medicine. [Randomized Controlled TrialResearch Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2009 Jul;122(7):639-46.	RCT Level II
PubMed	9. Pezzin LE, Feldman PH, Mongoven JM, McDonald MV, Gerber LM, Peng TR. Improving blood pressure control: results of home-based post-acute care interventions. J GEN INTERN MED. 2011;26(3):280-6.	RCT Level II
CINAHL	10. Glasgow RE, Askew S, Purcell P, Levine E, Warner ET, Stange KC, et al. Use of RE-AIM to address health inequities: Application in a low-income community health center-based weight loss and hypertension self-management program. Translational behavioral medicine. 2013;3(2):200-10.	RCT Level II
Ovid	11. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two Self-management Interventions to Improve Hypertension ControlA Randomized Trial. Annals of Internal Medicine. 2009;151(10):687-95.	RCT Level II
PubMed	12. Feldman PH, McDonald MV, Mongoven JM, Peng TR, Gerber LM, Pezzin LE. Home-based blood pressure interventions for blacks. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2009;2(3):241-8.	RCT Level II
BMJ	13. O'Brien C, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, Haque MS, Hobbs FDR, et al. Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): protocol for a randomised	RCT Level II

	controlled trial. BMC Cardiovasc Disord. 2013;13(1):21.	
PubMed	14. Reed SD, Li Y, Oddone EZ, Neary AM, Orr MM, Grubber JM, et al. Economic evaluation of home blood pressure monitoring with or without telephonic behavioral self-management in patients with hypertension. American journal of hypertension. 2010;23(2):142-8.	RCT Level II
PubMed	15. van Onzenoort HAW, Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AGH, Nelemans PJ, van der Kuy P-HM, et al. Effect of self-measurement of blood pressure on adherence to treatment in patients with mild-to-moderate hypertension. Journal of Hypertension. 2010;28(3):622-7.	RCT Level II
SpingerLink	16. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. Patient Education and Counseling. 2005;57(1):5-14.	RCT Level II
SpingerLink	17. Bosworth HB, DuBard CA, Ruppenkamp J, Trygstad T, Hewson DL, Jackson GL. Evaluation of a self-management implementation intervention to improve hypertension control among patients in Medicaid. Translational behavioral medicine. 2011;1(1):191-9.	RCT Level II
PubMed	18. Piette JD, Datwani H, Gaudioso S, Foster SM, Westphal J, Perry W, et al. Hypertension management using mobile technology and home blood pressure monitoring: results of a randomized trial in two low/middle-income countries. Telemedicine and e-Health. 2012;18(8):613-20.	RCT Level II
PubMed	19. Bosworth HB, Olsen MK, McCant F, Harrelson M, Gentry P, Rose C, et al. Hypertension Intervention Nurse Telemedicine Study (HINTS): testing a multifactorial tailored behavioral/educational and a medication management intervention for blood pressure	RCT Level II

	control. American heart journal. 2007;153(6):918-24.	
PubMed	20. Watson AJ, Singh K, Myint-U K, Grant RW, Jethwani K, Murachver E, et al. Evaluating a web-based self-management program for employees with hypertension and prehypertension: a randomized clinical trial. American heart journal. 2012;164(4):625-31.	RCT Level II
PubMed	21. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Powers BJ, Oddone EZ. Racial differences in two self-management hypertension interventions. The American journal of medicine. 2011;124(5):468-e1.	RCT Level II
PubMed	22. Earle K. In people with poorly controlled hypertension, self-management including telemonitoring is more effective than usual care for reducing systolic blood pressure at 6 and 12 months. Evidence Based Medicine. 2011;16(1):17-8.	RCT Level II
CINALH	23. McManus RJ, Bray EP, Mant J, Holder R, Greenfield S, Bryan S, et al. Protocol for a randomised controlled trial of telemonitoring and self-management in the control of hypertension: telemonitoring and self-management in hypertension. [ISRCTN17585681]. BMC Cardiovasc Disord. 2009;9:6-.	RCT Level II
PubMed	24. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. The Lancet. 2010;376(9736):163-72.	RCT Level II
ScienceDirect	25. Wang V, Smith VA, Bosworth HB, Oddone EZ, Olsen MK, McCant F, et al. Economic evaluation of telephone self-management interventions for blood pressure control. American heart journal. 2012;163(6):980-6.	RCT Level II

PubMed	26. Park YH, Chang H, Kim J, Kwak JS. Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. Journal of clinical nursing. 2013;22(5-6):710-22.	experiment Level III
SpingerLink	27. Bokhour BG, Cohn ES, Cortés DE, Solomon JL, Fix GM, Elwy AR, et al. The role of patients' explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. J GEN INTERN MED. 2012;27(12):1626-34.	Quality research VI
Pubmed	28. Hayes A, Morzinski J, Ertl K, Wurm C, Patterson L, Wilke N, et al. Preliminary description of the feasibility of using peer leaders to encourage hypertension self-management. WMJ. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Apr;109(2):85-90.	Descriptive study Level VI
Pubmed	29. osworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient self-management support: novel strategies in hypertension and heart disease. Cardiology clinics. 2010; 28(4):655-63.	Review VII
Pubmed	30. Perez A. Self-management of hypertension in Hispanic adults. Clin Nurs Res. 2011 Nov;20(4):347-65.	review Level VII
ThaiLis	31.ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.พยาบาลสาร. 2552: 36(3), 125-136.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	32.สุภัสษร ชมภู. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	33.เบญจมาศ ถาดแสง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2555: 39(4), 124-137.	Quasi-experimental Level III
ThaiLis	34.ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต ในผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่	Quasi-experimental Level III

	ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.	
ThaiLis	35.สุวิมล สันติเวส. ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2545: 29(4), 53-67.	experimental Level III
ThaiLis	36.สายฝน กันธมาลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.	experimental Level III
ThaiLis	37.จอมพล พรมชาติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอ.บ้านวังตาบัว ต.โคกสลุด อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.	experimental Level III
ThaiLis	38.ชินกฤต เมธาสุวภัทร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.	experimental Level III
ThaiLis	39.ธิรานี โหมขุนทด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552: 32(3), 9-28.	Quasi experimental Level III
ThaiLis	40.พิชามญชุ์ ภู่เจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.	Quasi experimental Level III
ThaiLis	41.ประจวบ สุขสัมพันธ์. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง.(วิทยานิพนธ์).	Quasi experimental Level III

	พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.	
ThaiLis	42.วีณา เที่ยงธรรม, อรนุช พงษ์สมบูรณ์, และอาภาพร เผ่าวัฒนา. โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553: 22(1-3), 11-28.	Quasi experiment Level III
ThaiLis	43.บุญเรือง ขาวนวล. การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.	Qualitative research VI

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การดูแลตนเอง สามารถประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้และพฤติกรรมการดูแลตนเองการรับประทานอาหารการได้รับยาอย่างต่อเนื่องการควบคุมน้ำหนัก การให้ความรู้แบบการศึกษาด้านการจัดการตนเอง เป็นปัจจัยที่เอื้อ หรือช่วยสนับสนุนเอื้ออำนวยต่อการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การสนับสนุนการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง นอกนั้นยังมีปัจจัยหรือสิ่งที่ช่วยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับวัฒนธรรมสังคมและการดูแลสุขภาพได้แก่ สุขนิสัย วิถีชีวิตในการดำรงชีวิต การเข้าถึงการดูแลสุขภาพการมีคู่มือดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย รูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผล รูปแบบของอาหาร การผสมผสานทางวัฒนธรรม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การจัดการดูแลตนเองในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีรายละเอียดดังนี้

Perez, A.[1] ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับ การจัดการดูแลตนเองในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มฮิสแปนิกซึ่งตีพิมพ์ระหว่าง ปี 1985 – 2010 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรค ต่อการจัดการดูแลตนเองเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มฮิสแปนิกได้แก่ 1) อุปสรรคต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการรักษาโรค 2) อุปสรรคเกี่ยวข้องกับรูปแบบของอาหาร 3) อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับระดับการผสมผสานทางวัฒนธรรมหรือการที่จะรับเอาวัฒนธรรมของสังคมอื่นมาประพฤติปฏิบัติ 4) อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่เอื้อหรือช่วยสนับสนุน เอื้ออำนวย ต่อการจัดการดูแลตนเองเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มฮิสแปนิกได้แก่ 1) ปัจจัยหรือสิ่งที่ช่วยเอื้ออำนวยเกี่ยวกับวัฒนธรรมสังคมและการดูและสุขภาพได้แก่ การมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดได้สองภาษา การมีคู่มือดูแลสุขภาพที่เป็นภาษาสเปน การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย และการประชุมอภิปรายปัญหาสุขภาพแบบกลุ่ม 2) ปัจจัยเกี่ยวกับการมีรูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผล

Bokhour, B., Cohn, E., Cortés, D., Solomon, J., Fix, G., Elwy, A. R., et al. ปี [2]

ศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ สาเหตุ การเกิด กลไกการเกิดพยาธิสรีรภาพ อาการและผลของการรักษา รวมทั้ง บริบททางสังคมที่เกียวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวกับ ความดันโลหิตสูง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ในกลุ่มผู้ป่วยสองกลุ่มในเมือง

พบว่า ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวต่างกันในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่างกัน นอกจากนั้น ประสบการณ์ การมีชีวิตของผู้ป่วยประจำวัน เช่น การมีวิถีชีวิตที่แยกตนเอง ภาวะสุขภาพ สุขนิสัย ประจำวัน อุปสรรคในการออกกำลังกาย และการเลือกและวิถีการดำรงชีวิต จะมีความเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการจัดการตนเองเรื่องความดันโลหิตสูง

Uhlig, K., Patel, K., Ip, S., Kitsios, G. D., & Balk, E. M. [3] ศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการได้รับการสนับสนุนหรือไม่ไดรับการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าภายในเวลา 2 เดือน กลุ่มที่มีการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองกับการดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแต่พบว่าในเวลา 6 เดือนของการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัว ในเวลา 12 เดือนของการติดตามผลไม่พบการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นมีการศึกษาเปรียบเทียบการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนกับการดูแลตามปกติ การได้รับแรงสนับสนุนร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือจากทีมสุขภาพ มีการให้ข้อมูลการรักษากับผู้ป่วยทางเวบไซต์ การให้ข้อมูลค่าความดันโลหิตทางโทรศัพท์อัตโนมัติ การให้คำปรึกษาทางไกล การจัดการพฤติกรรม การบริหารจัดการการใช้ยา การติดตามเยี่ยมของพยาบาลและเภสัชกรและการให้ยาตามวันเวลาที่กำหนด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนมีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวลดลงหรือความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลง ตั้งแต่ 0.0 ถึง -4.4 มิลลิเมตรปรอท

ผลรวมของการศึกษา 18 เดือน พบว่า งานวิจัยที่อยู่ในระดับเกรด A ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และงานวิจัย 2 เรื่องที่มีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 24-60 เดือน มีงานวิจัยจำนวน 12 เรื่องที่รายงานการจำแนกค่าความดันโลหิต ซึ่งมี 5 เรื่อง ที่ผู้ป่วยควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายด้วยการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุน

การศึกษา 13 เรื่อง ที่มีการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนเปรียบเทียบกับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมแต่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน กลุ่มที่มีความแตกต่างด้านการสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการดูแลพฤติกรรมหรือการจัดการกับโรคโดยพยาบาลหรือเภสัชกร วิธีการบริหารยา การให้ความรู้ การวัดความดันและส่งข้อมูลมายังคลินิก การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพบนเวบไซต์ การติดตามค่าความดันโลหิต การบันทึกค่าความดัน ค่าความดันและการใช้ยา คำแนะนำเกี่ยวกับความดันโลหิตหรือการเยี่ยมบ้าน มีงานวิจัย 11 การศึกษาที่มีการวัดค่าความดันโลหิตที่คลินิกอย่างต่อเนื่องร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุน มีเพียง 1 การศึกษาที่แสดงให้เห็นความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัวลดลงมี1 การศึกษาที่ประเมินการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตใน 24 ชั่วโมงและพบว่าการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการติดตามทางไกลมีผลต่อค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวแต่ไม่มีผลต่อค่าความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลง

Warren-Findlow, J., Basalik, D. W., Dulin, M., Tapp, H., & Kuhn, L. [4] ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หญิงผิวดำ มีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่ลดลง เช่น การ

รับประทานอาหาร และ การได้รับยาอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานอาหาร (DASH) มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ขณะคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเห็นได้ว่า พฤติกรรมทางสุขภาพมีผลต่อค่าความดันโลหิตที่ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Burke, V., Beilin, L. J., Cutt, H. E., Mansour, J., Williams, A., & Mori, T. A.[5] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรักษาในชีวิตประจำวัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงค่าเคมีในเลือดสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า

1) กลุ่มที่เข้าโปรแกรมมีน้ำหนักและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ใน 4 เดือน มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก ทั้งอิ่มตัวและไม่อิ่มตัว คอเลสเตอรอลและเกลือ เพิ่มการบริโภคโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต การติดตามที่มากกว่า 4 เดือน พบว่าการเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีไฟเบอร์ในโปรแกรมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก การดื่มแอลกอฮอล์มีความสำคัญสำหรับผู้ดื่มในการเข้าร่วมโปรแกรมใน 4 เดือนแต่ไม่มีผลในช่วงติดตาม กลุ่มที่มีการดูแลตามโปรแกรมได้รับการบริโภคผักและปลาเพิ่มมากขึ้น การรับประทานเนื้อสัตว์ลดลงอย่างมาก

3) Red cell phospholipid fatty acids ติดตามผลใน 4 เดือนพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ EPA, DHA และ oleic acid มีการลดลงของ arachidonic acid และ stearic acid

4) การทำกิจกรรมทางกาย ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายใน 4 เดือน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าการใช้เวลาในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 63 นาที/สัปดาห์และกลุ่มควบคุม มีค่า 26 นาที/สัปดาห์ (p=0.004)

5) ค่าไขมันในเลือดกลูโคส และอินซูลินภายหลัง 4 เดือนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคลอเรสเตอรอลลดลง และไตรกลีเซอไรด์ลดลง แต่เอชดีแอล คลอเรสเตอรอลเพิ่มมากขึ้น ส่วนค่าน้ำตาลและ อินซูลินมีค่าไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J., & Solomon, D. H.[6] ทบทวนงานวิจัยที่ให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาพบว่ามีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น คือ การให้ความรู้แบบ ตัวต่อตัว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงการให้การศึกษาเรื่องการจัดการตนเองมีประโยชน์ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางต่อผลลัพธ์สุดท้าย คือ ระดับฮีโมโกลบิน และระดับความดันโลหิตขณะบีบตัว โดยในผู้ป่วย 2 กลุ่มโรคนี้ จะได้รับการสอนเรื่องเป้าหมายของการรักษา เช่น ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม และวิธีการที่มี

ประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าหมายในการรักษา เช่น การรับประทานยาและอาหารตามคำสั่งการรักษา โดยให้เรียนรู้ที่จะติดตามผลลัพธ์เหล่านี้ตามวัตถุประสงค์นอกจากนั้นยังพบว่าการจัดกระบวนการบริหารจัดการการดูแลและบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพขององค์กรจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Wong, K., Boulanger, L., Smalarz, A., Wu, N., Fraser, K., & Wogen, J.[7] ได้ทำการศึกษาผลกระทบของกระบวนการบริหารจัดการการดูแลและบูรณาการของการดูแลในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มแพทย์จำนวน 300 คน ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง รวมทั้งเบาหวาน และโรคอ้วนการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบขององค์กรในการดูแลสุขภาพ 2) ออกแบบส่งต่อผู้ป่วยใหม่ 3) สนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิก 5) สนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าการดูแลของแพทย์อย่างต่อเนื่องและการให้บริการแบบบูรณาการจะอยู่ในระดับสูง (42.2%) และสามารควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าการดูแลในระดับต่ำ (37.0%) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -0.38, p= 0.04) การให้บริการแบบบูรณาการกับการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.38, p< 0.05) การบูรณาการทางโครงสร้างกับการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.49, p< 0.01) การควบคุมความดันโลหิตกับการบูรณาการดูแลมีความสัมพันธ์กัน (r= 0.34, p= 0.07) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิกของแพทย์กับการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.36, p= 0.095) สำหรับหน่วยงานที่เริ่มมีการจัดทำโปรแกรม ควรมีการวางแนวทางจัดทำโปรแกรมการจัดการโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ได้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมากขึ้น มีการบูรณาการ การดูแล และมีการนำไปทดลองใช้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม

Fahey, T., Schroeder, K., & Ebrahim, S.[8] ได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการศึกษาและการบริหารจัดการที่พัฒนาการควบคุมและติดตามผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต โดยมุ่งเป้าหมายไปที่

1) ติดตามค่าความดันโลหิตด้วยตนเอง
2) การให้ความรู้กับผู้ป่วย
3) การให้ความรู้กับทีมสุขภาพ
4) พยาบาลหรือเภสัชกรเป็นผู้นำในการดูแล
5) การจัดการของกลุ่มทดลองเพื่อพัฒนาการดูแล
6) การนัดหมายตามระบบ

ผลการวิจัยว่าการให้ความรู้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและการให้ความรู้แก้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการควบคุมความดันโลหิตได้และการให้ความรู้กับแพทย์ผู้ทำการรักษา และวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลหรือเภสัชกรทำให้ส่งผลต่อแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นการพัฒนาระบบการดูแล โปรแกรมการตรวจวัดค่าความดันโลหิตและการติดตามผล สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวได้ การติดตามผลใน 5 ปีพบว่าค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการใช้ระบบการนัดหมายพบว่าที่ผู้ป่วยมีการพัฒนาการติดตามการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงเห็นได้ว่าเป้าหมายในการพัฒนาเชิงระบบนอกเหนือจากการให้ความรู้การจัดการตนเองกับผู้ป่วยแล้ว ยังต้องเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบการดูแล เช่น โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นที่สอดคล้องกับการตั้งเป้าหมาย

Angell, S และคณะ [9] ศึกษาการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและการประเมินประสิทธิผลการบูรณาการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มตัวอย่างจาก 20 คลินิก เป็นคลินิกปฐมภูมิ 18 คลินิก คลินิกโรคไต 2 คลินิก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1616 คนโดยลักษณะโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีลักษณะดังนี้

1. มีการสอนวิธีการจัดการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิก มีการศึกษาแนวทางการควบคุมดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ JNC7

2. ระหว่างการศึกษามีการติดตามเยี่ยมของทีมสุขภาพ โดยการแนะนำผู้ป่วยให้วัดความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกค่าความดันโลหิต ให้ความรู้ในการใช้เครื่องวัดความดัน ผู้ป่วยมีการติดตามค่าความดันโลหิตเป็นระยะ ทีมสุขภาพต้องให้คำแนะนำที่สำคัญกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เขาสามารถดูแลตนเองเมื่อมีค่าความดันโลหิตสูงหรือต่ำได้ รวมถึงการบันทึกค่าความดันโลหิตในการ์ดที่ทีมสุขภาพจัดให้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำเมื่อทีมสุขภาพมาเยี่ยม

3. มีการนัดผู้ป่วยตามตารางนัดของแพทย์ เพื่อประเมินผลโปรแกรมจึงต้องติดตามผู้ป่วยนานถึง 9 เดือน ทุกคลินิกจะให้คำแนะนำผู้ป่วยในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองระหว่างการศึกษาทีมสุขภาพติดตามให้ความรู้และกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพ ในแต่ละคลินิกมีผู้ดูแลรับผิดชอบในการให้ความรู้ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองใช้เวลาในการให้คำแนะนำการวัดค่าความดันโลหิตคนละ 10 -30 นาที

4. ผู้ดูแลโปรแกรมเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลผลการติดตามวัดค่าความดันโลหิต เจ้าหน้าที่ทุกคนในคลินิกได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งเข้ามายังคลินิก รวมทั้งข้อมูลที่เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

5. ผู้ที่ให้ข้อมูลเป็นทีมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล และผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้ 52.5% สามารถควบคุมความดันโลหิตจาก 41.1% ถึง 70.8% กลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี

3. การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.1ลักษณะของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Xue, F., Yao, W., & Lewin, R. J.[9] ศึกษาการทดลองแบบสุ่ม 5 สัปดาห์โดยใช้ คู่มือโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ส่งมอบการบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชนเซี่ยงไฮ้ประเทศจีนเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว 140-180 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตขณะคลายตัว 90-110 มิลลิเมตรปรอท มีอายุระหว่าง 18-69 ปี

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวและคลายตัวลดลง ค่าระดับไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และรอบเอวดีขึ้น มีการเพิ่มการออกกำลังกายคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีกว่ากลุ่มควบคุมและการใช้ยาลดความดันโลหิตลดลงเมื่อสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อยที่มีกิจกรรมต่างๆ ใน 5 สัปดาห์ แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วย 10-12 คน ใน 3 การประชุมแรกใช้เวลา 2.5 ชั่วโมง และการประชุมสุดท้ายใช้เวลา1 ชั่วโมง

โปรแกรมประกอบด้วย

1.การพูดคุยเกี่ยวกับความรู้ การตกลงร่วมกันในการจัดการตนเอง แพทย์ชุมชนผู้ซึ่งได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น แพทย์ชุมชนเป็นผู้นำการออกกำลังกาย การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ การคำนวณค่าดัชนีมวลกายและประมาณค่าพลังงาน

2. กำหนดเป้าหมายในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิต ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนกำหนดเป้าหมายของตนเอง และนำไปเสนอในกลุ่มซึ่งได้รับการชื่นชมและได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มที่ประชุมร่วมกันก่อนที่จะกำหนดเป้าหมายต่อไป

3. ผู้ป่วยเป็นผู้นำการออกกำลังกาย แต่ละกลุ่มจะมีผู้นำการออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายที่ใช้ คือ ไทเก็ก รำพัด มีการติดตามตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติทุกวัน การชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ และการวัดรอบเอว

4. ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือความดันโลหิตสูงมี 2 ภาษา คือ ภาษาอังกฤษและภาษาจีน จากการประชุมครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย

1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง

2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้านการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์และอาหารลดเกลือ

3) ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4) บันทึกค่าความดันโลหิตทุกวัน ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ และวัดรอบเอว

5) การวางแผนกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและบันทึกสิ่งที่ประสบความสำเร็จในแต่ละสัปดาห์

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือโรคความดันโลหิตสูงที่แจกให้กับทุกคนที่เป็นสมาชิกของสโมสร อธิบายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

Powers, B. J., Olsen, M. K., Oddone, E. Z., & Bosworth, H. B. [11] ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคความดันโลหิตสูง ต่อการควบคุม โรคเบาหวานและการควบคุมคอเลสเตอรอล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 588 คน ที่ได้รับการดูแลจากแหล่งบริการระดับปฐมภูมิ the Durham VA (Veterans Affairs) Medical Center primary care clinics จำนวน 3 แห่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาโดยยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงใน 1 ปีผ่านมากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 588 คน มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากการใช้คอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 294 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 294 คน โดยมีการจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยใช้ค่าทางห้องปฏิบัติการคือระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ระดับ fasting LDLCholesterol และ LDL-C measurements มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลอง 24สัปดาห์นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และประเมินความแตกฉานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผลการศึกษาที่มีการติดตามมากกว่า 2 ปี ผลคือ กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1C ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะเวลามากกว่า 2 ปี แต่ระดับ LDL-C ที่ระดับน้อยที่สุดคือ 0.9 mg/dL ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองจะได้รับการสนทนาผ่านทางโทรศัพท์ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ 2 เดือน และ 24 เดือน โดยพยาบาลทั้งหมด 12 คนโดยไม่มีการได้พบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว แต่เป็นการสนทนาผ่านทางโทรศัพท์ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้ และพฤติกรรม ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในด้านจำ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพ การรับประทานยา ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกายการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความแตกฉานในสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับ ยา ผลข้างเคียงของยา

2. จดบันทึกข้อมูลค่าทางห้องปฏิบัติการคือ HbA1C, FBS, LDL, Cholesterol และ LDL-C measurements มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลอง 24 สัปดาห์ นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และประเมินความแตกฉานเกี่ยวกับสุขภาพ

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลเกี่ยวกับเรื่องการควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วไป ส่วนในกลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลโดยการโทรศัพท์

Fu, D., Fu, H., McGowan, P., Yi-e, S., & et al. [12]ศึกษาการประเมินผลเชิงปริมาณในโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเซี่ยงไฮ้ เป็นทดลองควบคุมแบบสุ่มประชากรที่

อาศัยอยู่ในมณฑลเซี่ยงไฮ้ 5 มณฑลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศหญิง และเพศชายมีเกณฑ์อายุมากกว่าเท่ากับ 20 ปี ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย) โรคปอด (โรคหอบหิด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง) โรคข้ออักเสบ โรคสมองขาดเลือด และโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา 6 เดือนพบว่า

1) ระดับคะแนนการจัดการตนเอง ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีการเพิ่มช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายแอโรบิคมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ มากกว่า 25นาทีต่อสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01)

2) กลุ่มทดลองมีคะแนนของ cognitive symptom behavior มากกว่ากลุ่มควบคุม (p= 0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะ ในการจัดการอาการของโรคและการจัดการโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001)

4) กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะทางสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีการประเมินทั้ง 8 มิติของ ภาวะทางสุขภาพ (Self- related, health distress, fatigue,shortness of breath, pain, disbillity, depression และ social role activity limitation)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รวมทั้งมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.04)

ลักษณะโปรแกรม

1. กลุ่มทดลองได้รับการสอนโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประชาชน (lay- led CDSMP course)และได้รับคู่มือในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การออกกำลังกายในทุก 1 สัปดาห์โดยมีผู้นำในการออกกำลังกาย อาทิตย์ละประมาณ 2- 2.5 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งหมด 6 เดือน

2. โดยผู้นำในการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาข้อมูลในการออกกำลังกายมาจาหนังสือที่ได้รับจากโปรแกรม โดยหนึ่งในสองของผู้นำในการออกกกำลังกายไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยโปรแกรมมีการผสมผสานในการใช้การดูแลสุขภาพของโครงสร้างของรัฐ และการดูแลของคนในชนบท สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมหลังจากสิ้นสุดการทดลอง

Rujiwatthanakorn, D., Panpakdee, O., Malathum, P., & Tanomsup, S. (2011)[13]

ได้ศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยในประเทศไทย ที่มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 50 คนและกลุ่มควบคุม 46 คน ด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเองคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านการกินยาการดูแลตนเองด้าน

การควบคุมอาหารการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิค น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0. 001) และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p= 0. 0350)นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการความเครียด คะแนนการควบคุมเกี่ยวกับพฤติกรรมความเสี่ยง ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.297)

ลักษณะโปรแกรม

1. โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยการเข้าร่วมกลุ่มเรียนรู้ แบบกลุ่มย่อย 3 ครั้งเพื่อปรับกระบวนการคิด เพิ่มความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองการปรับกระบวนการคิดจะเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลถ้ามีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสามารถปรึกษาหารือ และพูดคุยกันในกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การอ่านฉลากอาหาร การออกกำลังกาย และการฝึกลมหายใจ โดยผู้ป่วยมีการตั้งประจุดประสงค์ในการลดความดันโลหิต มีการจดบันทึกในสมุดบันทึกและมีการแสดงกราฟในการบันทึก

2. สัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมจะประเมินซ้ำ และพูดคุยกันปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเอง เช่น การอ่านฉลากอาหาร การเดินออกกำลังกาย และการฝึกลมหายใจพร้อมทั้งยกกรณีตัวอย่างให้ผู้ป่วยพูดคุยกันปรึกษาหารือกันในเรื่องการควบคุมอาหารพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาในการดูแลตนเอง และสอบถามคำถาม ข้อสงสัยต่างๆ กับผู้วิจัย

3. สัปดาห์ที่ 8 พูดคุยกันปรึกษาหารือกันในปัญหาการดูแลตนเอง เช่น การอ่านฉลากอาหาร การเดินออกกำลังกาย และการฝึกลมหายใจ ประเมินซ้ำ ในกลุ่มทดลองจะมีการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจโดยมีการเขียนจดหมายให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ดีขึ้น ทั้งหมด 3 ครั้ง

ส่วนในกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลทั่วไปประกอบด้วย การวัดความดันโลหิตสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดไขมันในเลือด จากแพทย์ โดยมีการป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลในวันอังคาร วันพุธ และวันพฤหัสบดี กลุ่มควบคุมจะมาพบแพทย์ในวันจันทร์ และวันศุกร์

สรุปการสร้างโปรแกรมการสอนเพื่อปรับกระบวนการคิด ให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การจัดการความเครียดการควบคุมเกี่ยวกับพฤติกรรมความเสี่ยง การตั้งเป้าหมาย ด้วการจดบันทึก สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยสำหรับประเทศไทยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถผสมผสานกับเทคนิคอื่นได้อีก

Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodriguez Loria G, Waisman G, et al. [14]

ศึกษาผลของการให้การศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมดันโลหิตในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้การศึกษาสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเอง(self-

management empowerment education model) กับ รูปแบบการให้การศึกษาแบบวิธีการปฏิบัติตาม กับ compliance-based approach education model) ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์ประจำคลินิกด้วยเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตได้น้อยหรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ตรวจพบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ที่คลินิกสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ที่บ้านได้

ผลการศึกษาค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวใน 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท (p= .02) ขณะที่กลุ่มควบคุมลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท(p= .35) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.021)ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ในเวลากลางคืนของกลุ่มทดลองลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท (p= .04) ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 5 มิลลิเมตรปรอท (p= .19)จำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5 ส่วนกลุ่มควบคุม ค่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน5ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน(70%)ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 13คน 44.8%ที่ควบคุมความดันโลหิตได้

ลักษณะของโปรแกรม

มีการนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆมาปรับแต่งให้เหมาะกับสภาพสังคมและการศึกษา ในการสนับสนุนและจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาสร้างเป็นรูปแบบการให้การศึกษาสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. สื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเห็นด้วยกับเป้าหมายที่วางไว้
3. ชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็น มีความกังวลกับคุณภาพชีวิต
4. มีทีมสุขภาพให้ความช่วยผู้ป่วย
5. การรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
6. ประสบการณ์การเรียนรู้มีความแตกต่างในแต่ละบุคคลในด้าน ความตั้งใจในการรับรู้ การได้รับคำแนะนำอย่างเป็นกันเอง การได้รับความรู้ คุณค่า ความต้องการ และผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง การแนะนำให้เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตง่าย ๆ และเป็นไปได้ จะประสบความสำเร็จในการอบรม ที่จะช่วยกระตุ้นผู้ป่วย แก้ปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ๆละ 10 คนเพื่อเข้ารับการอบรมจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม ทีมสุขภาพจะแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อฟัง ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยควรทำหรือไม่ทำเนื้อหาของทั้งสองโมเดลนำมาจาก hypertension management guideline from National Institutes of Health

and the American Heart Associationแต่ละโมเดลจะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอนที่ต่อเนื่องกัน แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง

Park, Y.-H., Chang, H., Kim, J., & Kwak, J. S.[15] ทำการศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนในสถานการดูแลกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านบริบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 47 คน โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปี เป็นต้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 12 เดือน ก่อนที่จะมาพักอาศัยอยู่ในบ้านบริบาลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาผู้ป่วยอายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 77.4 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลาการใช้ยาลดความดันโลหิตโดยเฉลี่ย 11.8 ปี ซึ่งในจำนวนนี้มี 36 คน ที่ใช้ยาโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดต่ำลงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้น และมีค่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้ยาตามที่แพทย์กำหนดพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ลักษณะโปรแกรม

1. กลุ่มควบคุม ที่ใช้โปรแกรมการจัดการความดันโลหิตตามแบบปกติ

2. กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (health education) และได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยมุ่งเน้นการให้คำปรึกษาที่ปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

3. โปรแกรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการดูแลตนเองที่ปรับให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน (Patient-tailored self-management intervention) เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับบทเรียนความรู้ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ และความรู้เรื่องการจัดการดูแลตนเอง ทุกๆวันจันทร์ เป็นเวลา 60 นาที และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเรื่องการจัดการดูแลตนเองให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ทุกวันพุธ คนละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

4. การวัดความดันโลหิต ใช้วิธีวัดตามข้อกำหนดของ The seventh report of the Joint National Committee on prevention (7 JNC) การตรวจวัด ประเมิน การดูแลเรื่องความดันโลหิตสูง ทำการติดตามโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ซึ่งจะไม่ทราบว่า ผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการประเมินผลค่าความดันโลหิตโดยใช้คู่มือมาตรฐานของ The trial of hypertension collaborative research group

สรุปการออกแบบโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะและการมีแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้

Pezzin LE, Feldman PH, Mongoven JM, McDonald MV, Gerber LM, Peng TR.[16] ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อ ในการลดความดันโลหิตและพัฒนาการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยแอฟริกัน-อเมริกันที่มีรายได้น้อย และเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 845 รายโดยเก็บข้อมูลที่ Medicare certified home health organizationโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสามกลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับขั้นพื้นฐาน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติม (Augmented Intervention)

ผลการศึกษา

1) มากกว่า 20 % ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตที่ระยะเวลา 3 เดือนแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างแต่ละกลุ่ม ถึงแม้ว่าในกลุ่มที่มีการเพิ่มโปรแกรมให้กับผู้ป่วย (Augmented Intervention) จะสามารถลดความดันโลหิตขณะบีบตัวได้ 3.3 จุดแต่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติม (Augmented Intervention) ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตระยะที่ 2 พัฒนาในทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับค่าพื้นฐานเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเป็นไปได้มากกว่าในการควบคุมความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (16% vs 10%, $p<0.05$) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงเมื่อวัดที่ระยะเวลา 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-8 mmHg, $p<0.05$)

- กลุ่มที่ได้รับดูแลขั้นพื้นฐานไม่สามารถปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ด้านของความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแกติ

- ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติมมีผลลัพธ์ดีขึ้นทั้งหมดยกเว้นความดันโลหิตขณะคลายตัวเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

- ด้านค่าใช้จ่าย ในกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมขั้นพื้นฐาน เมื่อคิดค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่า ใช้ค่าใช้จ่ายสูงกว่า

ลักษณะของโปรแกรม

โดยมีโปรแกรมสำหรับสามกลุ่มดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติ (Usual Care) ประกอบด้วย ประเมินผลทางคลินิคและการประเมินการทำหน้าที่ การตรวจสอบการใช้ยา มีการวางแผนการดูแลโดยแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามบันทึก และปรับเปลี่ยนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลขั้นพื้นฐาน(Basic Intervention) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางจดหมายอิเลกโทรนิก หลังจากการสัมภาษณ์และคัดเลือกเข้ากลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยจะได้รับอีเมลล์ทั้งหมด 2 ฉบับ ฉบับแรกเป็นการตอบรับอัตโนมัติโดยมีการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะแก่ผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงอย่างย่อ ซึ่งข้อความจะประกอบไปด้วยปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นตามคำแนะนำของ JNC7 และ weblink ของแนวปฏิบัติ อีเมลล์ฉบับที่ 2 จะส่งให้หลังจากนั้นอีก 7 วัน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโมเดล 5A ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการลดความดันโลหิต (Lowering your Blood Pressure, JCN7) การติดตามค่าของความดันโลหิต ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต และคำแนะนำในการบันทึกค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและนำผลการบันทึกไปให้พยาบาล

3) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติม (Augmented Intervention) ให้การดูแลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการนำพยาบาลหรือผู้ให้ความรู้ที่ผ่านการอบรมการใช้กระบวนการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ในการช่วยเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาและกฎเกณฑ์เกี่ยวกับพฤติกรรมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หลังการคัดเลือกเข้ากลุ่ม พยาบาลจะประเมินจุดเน้นของโรคความดันโลหิต ตรวจสอบการใช้ยา และกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย และแนะนำการใช้สมุดที่บันทึกข้อมูลความดันโลหิตในการใช้โต้ตอบและเครื่องมือที่จะนำมาใช้ตลอดระยะเวลาของการศึกษานี้หลังจากนั้นจะให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ทุกสองสัปดาห์เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยทีมจะมีการตรวจสอบตารางบันทึกค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และมีการสื่อสารตามความจำเป็นระหว่างพยาบาลและเจ้าหน้าที่เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา การทำโปรแกรมการจัดการตนเองให้สามารถเป็นที่ยอมรับได้และให้มีการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกันและทำให้เกิดความยั่งยืนในโปรแกรมในพื้นที่

Glasgow RE, Askew S, Purcell P, Levine E, Warner ET, Stange KC, et al.[17] ได้ศึกษาการจัดการตนเองเพื่อตรวจสอบ การเข้าถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรม การการยอมรับ การนำไปใช้ และความยั่งยืนของโปรแกรมที่อยู่ในพื้นโดยศึกษาที่หน่วยปฐมภูมิ 3 แห่งในเมืองบอสตัน มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานการทดลองทั้งหมด 365 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 180 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 185 คน มีการติดตามผลการทดลองทั้งหมด 24 เดือน โดยมีการประเมินโครงการทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 12 เดือนแรก และครั้งที่ 2 24 เดือนโดยมีการติดตามผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และอินเตอร์เน็ต เพื่อลดภาระของการเดินทาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบอินเตอร์เน็ต ผู้ป่วยสามารถศึกษาข้อมูลต่างๆ ทางโทรศัพท์ และหนังสือที่ทีมวิจัยจัดทำขึ้น หนังสือเล่มนี้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา และการวิจัยในครั้งนี้มีผู้ป่วยที่หลากหลายในระดับการศึกษาจึงมีการจัดทำหนังสือในการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระดับตามความสามารถของผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ติดตามผลของโปรแกรมต้องได้รับการฝึกอบรมจำนวน 2 วันทั้งในเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยการสืบค้นข้อมูลการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการการดูแลตนเองมีการใช้แนวทางปฏิบัติ การเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม และมีการเข้ากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินย้อนกลับอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษากลุ่มทดลอง มีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ในเวลา 24 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมใน

ระยะเวลา 24 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน แต่ไม่มีความแตกต่างกันใน ระยะเวลา 18 เดือน และ 24 เดือน

ลักษณะของโปรแกรม

โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 180 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 185 คน มีการติดตามผลการทดลองทั้งหมด 24 เดือน โดยมีการประเมินโครงการทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 12 เดือนแรก และครั้งที่ 2 24 เดือนโดยมีการติดตามผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และอินเตอร์เน็ต เพื่อลดภาระของการเดินทางและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบอินเตอร์เน็ต ผู้ป่วยสามารถศึกษาข้อมูลต่างๆ ทางโทรศัพท์ และหนังสือที่ทีมวิจัยจัดทำขึ้น หนังสือใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนามีการจัดทำหนังสือในการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระดับตามความสามารถของผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ติดตามผลของโปรแกรมต้องได้รับการฝึกอบรมจำนวน 2 วันทั้งในเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยการสืบค้นข้อมูลการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการการดูแลตนเองมีการใช้แนวทางปฏิบัติ การเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม และมีการเข้ากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินย้อนกลับอีกครั้งในการดูแลผู้ป่วย

Jang, Y., &Yoo, H. [18] ศึกษาโปรแกรมทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ การจัดการตนเองบนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมสำหรับชาวเกาหลีที่มีโรคเรื้อรังโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่มีการใช้ทฤษฎีปัญญสังคม(Social cognitive theory) หรือการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเป็นการศึกษาพัฒนาหรือประเมินโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากงานวิจัย 9 เรื่อง ที่เป็นการศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง 100% การรับรู้สมรรถนะในตนเอง 78% ความรู้ 56% ความดันโลหิต 56% คลอเรสเตอรอล 33% และน้ำหนัก 11%นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเบาหวานซึ่ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงพฤติกรรมการจัดการตนเอง 73% การรับรู้สมรรถนะในตนเอง 64% มีการวัด HbA1C 55% มีการวัดระดับน้ำตาลในเลือด 18% ความรู้ 18%, กลยุทธ์การปรับตัว 9%, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 9% และระดับน้ำตาลในปัสสาวะ 9%

เห็นได้ว่ากลยุทธ์ที่ทำให้สมรรถนะในตนเองสูงขึ้นคือการที่ต้องมัทักษะและความเชี่ยวชาญและยังพบว่ามีการใช้กลยุทธ์การชักชวนร่วมด้วย

โดยลักษณะที่สำคัญทางทฤษฎีที่ทำให้มีการเพิ่มสมรรถนะคือ

1.ทักษะความเชี่ยวชาญ (skill mastery)การได้รับความรู้จากประสบการณ์ การเพิ่มความมั่นใจและมีทักษะการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมากเพียงใด

2.การสังเกต (observation learning)ทักษะการจัดการตนเองที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่นที่มีปัญหาเหมือนกันและประสบความสำเร็จจากการจัดการกับปัญหา

3. จากสังคมและการชักชวน (social and Verbal persuasion)กิจกรรมที่สนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการจัดการโรคด้วยสมาชิกของกลุ่ม

4.การเรียนรู้ในการแปลความหมาย (reinterpretation of symptoms) ผู้ป่วยเรียนรู้กิจกรรมเพื่อลดความกดดันด้านร่างกายและจิตใจโดยการเรียนรู้ทักษะใหม่

มีการศึกษาในเมืองไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ศิริวัฒน์วงค์พุทธคำ[19] ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมีกิจกรรมจำนวน 5ครั้งโดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 ของการทดลองและทำการติดตามเยี่ยมบ้านและ/หรือโทรศัพท์ 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มทดลองได้รับแผนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) แผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงอาการและอาการแสดงแนวทางการดูแลรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคได้แก่การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวการออกกำลังกายการจัดการความเครียดการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองประกอบด้วยการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักแบบบันทึกด้านการออกกำลังกายการจัดการความเครียดการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความดันโลหิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองภายหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรม 12 สัปดาห์ สร้างจากวิธีการจัดการตนเองของเครียร์ มีการทำกลุ่ม ๆ ละ 15 ราย มีการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้รับแผนการจัดการตนเองคู่มือการจัดการตนเองเครื่องวัดความดันโลหิต แบบบันทึกความดันโลหิตมีกิจกรรมจำนวน 5ครั้งโดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 ของการทดลองและทำการติดตามเยี่ยมบ้านและ/หรือโทรศัพท์ 1 ครั้ง/สัปดาห์

สุภัสษร ชมพู[20] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่สถานบริการปฐมภูมิโรพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย จำนวน 60 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 หน่วยให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม ละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิคลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

พัฒนามาจากแนวคิดการกำกับตนเองของKanfer[21] โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ใช้ระยะเวลาการดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์โดยมีการดำเนินการในแต่ละระยะดังนี้

1) ระยะที่ 1 (ระยะการเตรียมพร้อมของผู้ป่วย)

สัปดาห์ที่ 1 ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ที่บ้านของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ผู้ป่วยเลือกกลวิธีในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมกับตนเอง การบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน และกำหนดการให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) ระยะที่ 2 (ระยะการเตรียมพร้อมของผู้ป่วย)

2.1) การพบครั้งที่ 2ซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิต หลังจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ถึงวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และค้นหาสาเหตุที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต หลังจากนั้นให้ผู้ป่วย โดยให้กำหนดเป้าหมายว่าจะลดความดันโลหิตเหลือระดับใด โดยเป้าหมายนี้ต้องมีความเป็นไปได้ ไม่ยากเกินไปสำหรับผู้ป่วยและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

2.2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีในการปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตในด้านการรับประทานอาหาร และควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย ความเครียดและการจัดการความเครียด การดื่มสุรา กาแฟ และการสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยา ที่ผู้ป่วยพิจารณาแล้ว

ว่าเหมาะสมกันในแต่ละด้าน แต่ถ้าผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยก็จะนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเอง

2.3) การลงบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน

2.4) ให้ผู้ป่วยแต่ละราย เลือกชนิดของการใช้แรงเสริมตนเอง ที่สามารถทำได้

3) การพบครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน ใช้เวลาประมาณ 45นาที) ซักถามสุขภาพ ทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองผู้วิจัยติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วย จากแบบบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าติดตามผล
การปฏิบัติตน โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4) การพบครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที) ซักถามสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง ภายหลังจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองจนครบ 8 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยแสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เบญจมาศ ถาดแสง[22] ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 - มกราคม พ.ศ. 2554 จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) คู่มือการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงสมควรให้นำไปใช้ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรม 13 สัปดาห์ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและฝึกทักษะการตั้งจุดมุ่งหมาย จัดการอาการการออกกำลังกายการจัดการกับปัญหา การทักษะ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การทำกิจกรรมใช้เวลา 2-2.5 ชั่วโมง มีการติดตามโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรในรายที่ไม่มีโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์

1) ครั้งที่1ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและฝึกทักษะการตั้งจุดมุ่งหมาย โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่มๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้เวลาระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง
2) ครั้งที่ 2เทคนิคการจัดการอาการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้เวลาระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง
3) ครั้งที่ 3 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในด้านการออกกำลังกายเป็นรายกลุ่ม ๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้ระยะเวลาประมาณ 2.5 ชั่วโมง
4) ครั้งที่ 4 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นรายกลุ่มๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้ระยะเวลาประมาณ 2.5 ชั่วโมง
5) ครั้งที่ 5 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้านการใช้ยารักษาความดันเป็นรายกลุ่ม ๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้ระยะเวลาประมาณ 2.5 ชั่วโมง
6) ครั้งที่ 6 ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัดเป็นรายกลุ่มๆ ละประมาณ 10-15 ราย ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
7) ครั้งที่ 7-12โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่บ้านโดยมีการติดตามโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรในรายที่ไม่มีโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์
8) ครั้งที่ 13 ประเมินผล

ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร[23] ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต ในผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการปรับแนวคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้จำนวน 96 ราย จากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในประเทศไทย ถูกสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอันดับหนึ่งคือความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองด้านการกินยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการประเมินตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 10 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการตนเองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การปรับกระบวนการคิดเรื่องความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง ด้วยการให้ความรู้ตัวแบบ การตั้งเป้าหมายและการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการกระทา กิจกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการส่งจดหมายสนับสนุนและให้กำ ลังใจเพื่อกระตุ้นกลุ่มทดลองและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจัดโปรแกรมโดยใช้รูปแบบกลุ่มย่อย 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์

จากงานวิจัยทั้งที่กล่าวมาทั้งหมดพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นโปรแกรม 8 สัปดาห์-15 สัปดาห์มีการสอนเป็นกลุ่มและ เดี่ยวการทำกิจกรรมใช้เวลา 2-2.5 ชั่วโมงให้คู่มือการจัดการตนเองฝึกทักษะการตั้งจุดมุ่งหมายจัดการอาการการออกกำลังกายการจัดการกับปัญหา การทักษะ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้กำลังใจสร้างแรงจูงใจในการกระทำมีการติดตามโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรในรายที่ไม่มีโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์

3.2การควบคุมความดันโลหิตโดยการติดตามเยี่ยม

นอกจากโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองจะมีความสำคัญแล้ว การมีการติดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ จะทำให้ นำไปสู่เป้าหมายการลดความดันโลหิตได้รายละเอียดดังนี้

Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Grubber, J. M., Neary, A. M., Orr, M. M., Powers, B. J., et al.[24] ทำการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการดูแลตนเองใน 2 รูปแบบเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 636 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และควบคุม โดยทำการศึกษาแบบสุ่มควบคุม แบบ 4 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่มีการดูแลตามปกติ กลุ่มที่สอง ได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ กลุ่มที่สามการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน กลุ่มที่สี่ได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์และติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านจากผลการศึกษา 24 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่การติดตามวัดความดันโลหิตและได้รับคำแนะนำการดูแลพบว่าค่าความดันโลหิตลดลงมากที่สุด

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมมีลักษณะต่างๆ กันดังนี้

1) กลุ่มแรก ให้การดูแลตามปกติ มีการประเมินค่าความดันโลหิตทุก 6 เดือน

2) กลุ่มที่สองได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับอันตรายจากความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหารลดเกลือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอร์ฮอ การสนับสนุนจากสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์

3) กลุ่มที่สาม การติดตามวัดความดันโลหิต ของ Omron HHEM 773AC ถ้ารอบวงแขนของผู้ป่วยไม่มากกว่า 17 นิ้ว และรอบวงข้อมือไม่น้อยกว่า 8.5 นิ้ว ซึ่งถ้ารอบวงแขนหรือข้อมือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำการใช้เครื่องวัดความดันที่บ้านและติดตามความถูกต้องของการวัดเป็นระยะ ถ้าไม่ถูกต้อง มีการสอนใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยวัดความดันโลหิต 3 วันใน 1 สัปดาห์โดยวัดในเวลาเดียวกันทุกครั้งและบันทึกผล ผู้วิจัยติดตามผลค่าความดันโลหิตทางเมล์ทุก 2 เดือน

4. กลุ่มที่สี่ ได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองและการติดตามวัดความดันโลหิต

สรุปการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน แต่เมื่อเวลาผ่านไป2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ มีค่าความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนกลุ่มที่มีการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านหรือได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านยังมีค่าความดันโลหิตลดต่ำลง

Feldman, P. Hและ คณะ[25] ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพื้นฐานโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยพยาบาลครอบครัว กับวิธีการที่ใช้เป็นมาตราฐานปัจจุบัน ในการควบคุมความดันโลหิต และการมารับบริการที่ศูนย์การพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหน่วยงานประกันสุขภาพ ในเขตเมืองจำนวนผู้ป่วย 845 คน เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน มีการบริหารจัดการตนเองเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นโดยใช้ค่าใช้จ่ายที่น้อย

ลักษณะโปรแกรม

1. อบรมเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ให้แก่พยาบาลครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต
2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม แต่ละกลุ่มมีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลครอบครัว ส่งจดหมายอิเลกโทรนิคแจ้งการบริหารจัดการความดันโลหิตตามข้อเสนอของ Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatmeant of Hight Blood pressure (JNC7) โดยไม่มีการพบปะหรือติดต่อกับทีมพยาบาลที่ร่วมวิจัย

2.2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพื้นฐานผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับจดหมายอิเล็กโทรนิคแจ้งการบริหารจัดการความดันโลหิตตามข้อเสนอของ JNC7 เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่จะได้รับการติดตามการบริหารจัดการความดันโลหิตทางอีเมลล์และได้รับคู่มือที่เป็นแนวทาง “ลดความดันโลหิต” แต่ไม่มีการพบปะหรือติดต่อกับทีมพยาบาลที่ร่วมวิจัย

2.3 กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับอีเมล์แจ้งการบริหารจัดการความดันโลหิตตามข้อเสนอของ JNC7 ได้รับการติดตามการบริหารจัดการความดันโลหิตทางจดหมายอิเลกโทรนิคแต่จะมีพยาบาลครอบครัวที่ร่วมวิจัยเป็นผู้ประสานและให้คำแนะนำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งมีระยะเวลา 12 เดือน แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 (1-3 เดือน) ประเมินปัจจัยเสี่ยงในชีวิตประจำวัน แนะนำวิธีการวัดความดันโลหิตพยาบาลที่เป็นผู้ประสานงานเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การกำหนดเป้าหมาย การบริหารจัดการยา การับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์

ระยะที่ 2 (4-12 เดือน) พยาบาลที่เป็นผู้ประสานงานใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยและพยาบาลที่เป็นผู้ประสานงานกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการประเมินการบริหารจัดการตนเองเกี่ยวกับความดันโลหิต ก่อนเริ่มเข้าโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน และ 12 เดือน

สรุปการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยประเมินแต่ละปัจจัยที่นำมาเป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรมได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา และที่ทำให้เกิดความสำเร็จรวมทั้งความต้องการนอกจากนั้นการมีการใช้เทคนิค การสร้างแรงจูงใจ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกันมาเป็นกลไก ในการขับเคลื่อนโปรแกรมการจัดการตนเองให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

O'Brien, C., Bray, E. P., Bryan, S., Greenfield, S. M., Haque, M. S., Hobbs, F. D., et al.[26] ได้ทำการศึกษาแบบมุ่งเป้าหมายในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตในโรคหลอดเลือดสมองและในกลุ่มเสี่ยง สำหรับการควบคุมน้ำหนัก และโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยกลุ่มตัวอย่าง มี ผู้ป่วยอายุมากกว่า 35 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดชั่วคราวโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ค่าความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ทำงานในระบบปฐมภูมิในประเทศ ผู้ป่วยทั้งหมด 540 คน มีการสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาในระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะบีบตัว ลดลง5 มิลลิเมตรปรอท มากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมีกลุ่มทดลองมีสมรรถนะในตนเองสูงขึ้น มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แตกต่างจากกกลุ่มควบคุมทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองได้รับการติดตามให้คำปรึกษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ 2 เดือน และ 24 เดือน โดยพยาบาลทั้งหมด 12 คน โดยไม่มีการได้พบผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว แต่เป็นการสนทนาผ่านทางโทรศัพท์ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้ และพฤติกรรม ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในด้านจำ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ การรับประทานยา ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกายการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความแตกฉานในสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับ ยา ผลข้างเคียงของยา กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลโดยการโทรศัพท์ ผู้ป่วยมีการวัดความดันโลหิตด้วยตัวเองโดยใช้เครื่อง automated sphygmomanometer จากนั้นผู้ป่วยปรับยาลดความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง โดยมีผู้ป่วยได้รับการดูแล และร่วมติดตามจากพยาบาลทั่วไปที่จะตั้งเป้าหมายในการลดความดันโลหิตที่ใช้ในการประเมินมาจาก The British Hypertension Society guidelines และ Joint British Societies Guidelines Communication of home readings และให้ให้ผู้ป่วยมาที่คลินิกทั้งหมด 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือนว่า โดยแต่ละครั้งที่พบผู้ป่วยไม่เกิน1 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยต้องสามารถติดตามผลเรื่องน้ำหนักและสามารถวัดความดันโลหิตด้วยตัวเอง จึงเห็นได้ว่าการวัดความดันโลหิตเป็นระยะเป็นการสะท้อนข้อมูลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อที่จะได้มีการปรับปรุง

มีการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง และการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ความดันโลหิตสูง และคำถามเกี่ยวกับการเจตคติการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเองมีการวัดประเมินความดันโลหิต และมีการแจก สมุดบันทึก สำหรับประเมินการจัดการตนเองในวิถีการดำเนินชีวิตและรวมทั้งสมรรถนะในตนเอง โดยมีการเริ่มติดตามผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตกับผู้ป่วยในวันจันทร์สัปดาห์แรกของเดือน

Reed, S. D., Li, Y., Oddone, E. Z., Neary, A. M., Orr, M. M., Grubber, J. M., et al.[27] ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสอนในการปรับพฤติกรรมทางโทรศัพท์ในการควบคุมความดันโลหิตโดยเป็นการทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 636 คน การติดตามผลของโปรแกรมทั้งหมด 24 เดือน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการใช้พฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต

กลุ่มทดลองที่ 3 ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควบคู่กับโปรแกรมการใช้พฤติกรรมในการควบคุมความดันมีความดันโลหิต

ผลการศึกษา ในระยะเวลา 24 เดือน

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการควบคุมความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ด้วยตนเองที่บ้านลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.6 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควบคู่กับโปรแกรมการใช้พฤติกรรมในการควบคุมมีความดันโลหิต มีความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 3.9 มิลลิเมตรปรอท ($p = 0.01$)

จากการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควบคู่กับโปรแกรมการใช้พฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่ใช้การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยทั้งการให้ผู้ป่วยมีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านควบคู่กับการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนแปลงวิธีการจากการที่พยาบาลชุมชนเดินทางไปเยี่ยมบ้าน เป็นการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เรื่องยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละราย

นอกจากนี้พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษา กลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า กลุ่มที่มีการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านเท่ากับ 947 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ และมากกว่าโปรแกรมแบบการใช้พฤติกรรมในการควบคุมความดันมีความดันโลหิต เท่ากับ 910 เหรียญดอลลาร์สหรัฐและมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควบคู่กับโปรแกรมแบบการใช้พฤติกรรมในการควบคุมความดันเท่ากับ 626 เหรียญดอลลาร์สหรัฐโดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

1) โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้มีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง 10 นาที โดยผู้ช่วยวิจัยและมีการให้เครื่องวัดความดันโลหิตผู้ป่วยกลับไปวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยต้องวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครบ 6 เดือน

2) โปรแกรมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พยาบาลติดต่อทางโทรศัพท์หาผู้ป่วย ทั้งเรื่องเกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลใช้โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้ปรึกษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละรายและมีการบันทึกเกี่ยวกับช่วงเวลา และบทของการสนทนา

van Onzenoort HAW, Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AGH, Nelemans PJ, van der Kuy P-HM, et al.[28] ประเมินประสิทธิผลของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองต่อการยึดมั่นต่อการรักษาในผู้ป่วยที่มี ความดันโลหิตในอ่อนถึงปานกลางโดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่ม มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 228 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองมีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง จำนวน 114 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 114 มีการติดตามความดันโลหิตในโรงพยาบาล ทั้งหมด 3 ครั้ง

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 228 คนจะได้รับการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ Medication Event Monitoring System(MEMS) V Track Caps (Aardex Corp.,Zug, Switzerland) และการใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ มีการบันทึกเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงและการติดตามวัดความดันโลหิตโดยแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ

กลุ่มควบคุมจำนวน 114 มีการติดตามความดันโลหิตในโรงพยาบาล ทั้งหมด 3 ครั้ง

กลุ่มทดลอง มีการติดตามความดันโลหิตทั้งหมดด้วยตนเองทั้งหมด 6 ครั้งใน 1 วันโดยมีการวัดในตอนเช้า 3 ครั้ง และวัดในตอนเย็นทั้งหมด 3 ครั้ง โดยมีการจดบันทึกความดันโลหิตเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีการวัดในข้างที่ผู้ป่วยไม่ถนัด หลังจากผู้ป่วยพักแล้ว 5 นาที และการรักษาลดขนาดยาเป็นขั้น ตามระดับความดันโลหิต โดยมีทั้งหมด 4 ขั้น โดยมีเป้าหมายของความดันโลหิตขณะบีบตัวอยู่ระหว่าง 120- 139 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 80 และ 89 มิลลิเมตรปรอทซึ่งผู้ป่วยจะได้รับเครื่องวัดความดันโลหิตทั้งกลุ่มทดลอง และควบคุม (Omron HEM-705 CP; Omron Health care Company, Kyoto, Japan)

ผลการศึกษาพบว่าในช่วงเวลาที่พบแพทย์ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาผู้ป่วยในการประเมินตนเองใน

การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และการเพิ่มและลดขนาดยาด้วยตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมทั้งช่วยในการควบคุมความดันโลหิต

Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, et al.[29]ศึกษาการให้กิจกรรมการทดลองโดยพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาผ่าน คลินิก Durham VAMC ที่ระบบปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 294 ราย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มควบคุม ใช้วิธีให้พยาบาลสอน และติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ผลการศึกษามีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด6 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ใกล้เคียงกันทั้งคะแนนความเชื่อมันในตนเอง คะแนนความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตสูง คะแนนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และความทนต่อการใช้ยาของผู้ป่วย

โปรแกรมการทดลอง

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงและความรู้ ซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ดีซึ่งพยาบาลจะติดตามในเดือนที่ 3 และ 15 ทางโทรศัพท์
2. การทดสอบความจำโดยมีการทดสอบหลายขั้นตอนโดยใช้รูปแบบของ the National Heart Lung, and Blood Institute ทาง http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/treat/tips.htm
3. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy)
4. พยาบาลจะเป็นผู้อธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา ตั้งแต่ครั้งแรกของการพูดคุยทางโทรศัพท์ ซึ่งพยาบาลจะติดต่อผู้ป่วยทุก ๆ 2 เดือน นอกจากพยาบาลจะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแล้ว ยังให้ข้อมูลกับบุคคลในครอบครัว เพื่อช่วยในการตัดสินใจรับข้อมูลข่าวสาร คำอธิบายที่ให้จะเกี่ยวกับการใช้ยา 6 กลุ่ม คือ 1) ACE inhibitors 2) Beta blockers 3) Calcium Channel Blocker 4) Diuretics 5) Alpha Blockers 6) Central Alpha 2 agonists
5. การสนับสนุนทางสังคมประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับ การแยกตัวหรือการขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลสำคัญโรงพยาบาล ชุมชน การได้รับยาหรือการไปพบแพทย์ตามนัด
6. การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพ และผู้ป่วยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจ ซึ่งพัฒนาโดย Kaplan et al. ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่ำ คือ คะแนน $\leq$ 21 จาก 30 คะแนน ซึ่งต้องมีการเพิ่มการให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่
7. การไม่มาตามนัดเมื่อพยาบาลมีการโทรศัพท์ติดตามกรณีที่ไม่มีการมาตรวจตามนัดตามตารางการพบแพทย์ พยาบาลจะให้ข้อมูลและนัดมาพบใหม่อีกครั้ง

8. การรับยา ผู้ป่วยที่ขาดยา จะได้รับคำอธิบายถึงคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยพยาบาล

9. พยาบาลจะมีการโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาลดความดันโลหิต รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตผู้ป่วยทั้งหมด การใช้คาเฟอีน และเกลือ ดัชนีมวลกาย ความเครียด การดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ดังนั้นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การลดความตึงเครียด งดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ พยาบาลจะให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารโดยใช้คู่มือ (the Dietary Approaches to Stop Hypertention (DASH)

Chiu, C. W., & Wong, F. K. Y. [30] ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลต่อภาวะความดันโลหิตสูงเป็นการศึกษาแบบสุ่มควบคุมโดยติดตามผลภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ภายใน 8 สัปดาห์และสามารถพัฒนาความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองได้ทุกด้าน คือการติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้านการออกกำลังกาย อาหารและยา เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตที่บ้านระหว่างกลุ่มของค่า (Z=-3.94, p<0.0001) การออกกำลังกาย (Z=-4.51, p<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนการควบคุมในการติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้านและการออกกำลังกายได้ ส่วนเรื่องอาหารและยาไม่สามารถควบคุมได้ และกลุ่มทดลองมีค่าความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะของโปรแกรม

กลุ่มควบคุมได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลที่คลินิกเพียงอย่างเดียว

กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต การใช้ยา การติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนักและการจัดการกับความเครียด การให้คำปรึกษาของพยาบาลต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและจัดการไปสู่เป้าหมายภายใน 8 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาประมาณ 45 นาทีพยาบาลจะโทรศัพท์หาผู้ป่วยทุก 2-3 สัปดาห์ หลังจากให้คำปรึกษาและก่อนที่จะไปเยี่ยมบ้าน โดยมีขั้นตอนขั้นตอนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ดังนี้

1) พยาบาลแนะนำตนเอง แนะนำสภาพทั่วไปของผู้ป่วย
2) ประเมินค่าความดันโลหิตที่ได้ติดตามกับสุขภาพตามการดำเนินชีวิตและการทบทวนเป้าหมาย
3) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่จะกระตุ้นให้เกิดการจัดการดูแลตนเอง การจัดหาเครื่องมือเพื่อการดูแลสุขภาพและประเมินความจำเป็นเพื่อการส่งต่อ
4) ทบทวนสิ่งที่กล่าวมา ถ้าเหมาะสมดีแล้วตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ
5) จบการสนทนาทางโทรศัพท์ด้วยคำพูดที่ให้กำลังใจผู้ป่วยและนัดเวลาสำหรับการโทรศัพท์ครั้งต่อไป ยกเว้นการโทรศัพท์ครั้งสุดท้าย

สรุปการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต การใช้ยา การติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนักและการจัดการกับความเครียด ต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และมีการจัดการไปสู่เป้าหมายการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมายและการสอนทางโทรศัพท์สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้

Crabtree, M. M., Stuart-Shor, E., & McAllister, M.[31]พบว่าการวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นเครื่องมือการจัดการด้วยตัวเอง มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของ การวัดความดันโลหิตที่บ้านเมื่อเทียบกับการติดตามโดยผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว การวัดความดันโลหิตที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องให้ร่วมมือกับผู้ให้บริการในการจัดการการดูแลตนเอง โดยเป้าหมายของการวัดความดันโลหิตที่บ้านนำไปสู่การการปรับปรุงคุณภาพ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่าย การจัดกระทำ การวัดความดันโลหิตที่บ้านต้องรวมถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย และทักษะการจัดการตนเองรวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีการบูรณาการสอดคล้องกับ Wagner's Chronic Care Model[32] ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงการดูแลระบบสุขภาพชุมชน องค์กร และการปฏิบัติ และระดับของผู้ป่วย โดยมีใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นเป้าหมายและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

มีการศึกษาความยั่งยืนของการให้การทดลองโดยการติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการจัดการรายกรณีโดยเภสัชกรสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้นได้หรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับการให้การดูแลแบบปกติ และเพื่อตรวจสอบว่าระดับความดันโลหิตจะยังสามารถคงอยู่ได้หรือไม่หลังจากหยุดการให้กิจกรรมการทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของโรคร่วม และผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 450 คน โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยทั้งหมด 14692 คน เก็บข้อมูลที่คลินิคทั้งหมด 16 แห่งใน Minneapolis-St Paul, Minnesota

ผลการศึกษาพบว่าการติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการจัดการรายกรณีโดยเภสัชกรมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้สามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการรับประทานโซเดียมอีกทั้งยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจและความรู้ในการจัดการและติดตามระดับความดันโลหิตของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมจึงเห็นได้ว่าการใช้การจัดการรายกรณี ในกลุ่มที่มีโรคร่วมจึงมีประโยชน์มากในการที่จะทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

3.3 การส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้การสอนทางไกล

มีการศึกษาการให้กิจกรรมการทดลองเกี่ยวกับความดันโลหิต ผ่านสื่อทางไกลเพื่อดูผลการให้การความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การจัดการเกี่ยวกับยาต่อการควบคุมความดันโลหิต ส่วน

ใหญ่ต้องยึดหลักที่สำคัญคือ ต้องมีการให้ความรู้ต่างๆ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดัน การใช้สื่อทางไกลจะช่วยให้มีการเขาถึงบริการที่ดีกว่า โปรแกรมทางไกล เช่น การใช้โทรศัพท์อัตโนมัติร่วมกับการวัดค่าความดันโลหิตที่บ้าน จะช่วยพัฒนาการควบคุมค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวในผู้ป่วยทำให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดี ถ้าหากมีการจัดระบบที่ดี จะทำให้สามารถมีการบันทึกและมีการรายงานผลค่าความดันโลหิต เพราะขณะนี้มีเทคโนโลยีที่สามารถใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์อัตโนมัติได้นำมาใช้ให้ข้อมูลในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต การสื่อสารทางไกลทำให้สามารถเห็นหน้าในการพูดคุยมีการเตือนและยังสามารถให้สมาชิกในครอบครัวข้ามีส่วนร่วมในการดูแลได้ นอกจากนั้นยังมีเรื่องการเรียนการสอนผ่านเว็บไซต์ เช่น การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้สื่อทางไกลจะเป็นส่วนที่สามารถช่วยทำให้เพิ่มความรู้และมีแนวโน้มในการดูแลที่ดี โดยมีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

Piette JD, Datwani H, Gaudioso S, Foster SM, Westphal J, Perry W, et al.[33] ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพการจัดการดูแลตนเองและการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยใช้โทรศัพท์อัตโนมัติในการสอนการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน มีรายได้น้อยถึงปานกลางอยู่ในเม็กซิโก 100 คน และอยู่ในฮอนดูรัส 100 คน จากคลินิกเอกชน 4 แห่งและคลินิกของรัฐ 2 แห่งในชุมชน Cortes, Honduras และใน Real del Monte ,Mexico จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้คอมพิวเตอร์ โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างให้เท่าเทียมกันจากแต่ละชุมชน ผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โดยแปลเป็นภาษาสแปนิช ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทถึงน้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอทจะได้รับจดหมายที่มีข้อมูลเกี่ยวการดูแลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจากทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้อ่านและนำหนังสือมาให้แพทย์ประจำคลินิกเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยที่มีมิลลิเมตรปรอทมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท ให้มาพบแพทย์ที่คลินิก กลุ่มควบคุมได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีการติดตามค่าความดันโลหิตใน 6 สัปดาห์

ผลการศึกษา

การใช้โทรศัพท์อัตโนมัติร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะช่วยพัฒนาการควบคุมความดันโลหิตขณะบีบตัวในผู้ป่วยรายได้น้อยถึงปานกลางได้ นอกจากนั้นผลการทดลองทำให้ผู้ป่วยที่มีซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น ปัญหาการใช้ยาลดความดันโลหิตลดลง การรับรู้ในการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยหรือต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตจะพัฒนาค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวให้ดีขึ้น

ลักษณะโปรแกรม

การเห็นหน้าคู่สนทนาระหว่างการสื่อสารทางโทรศัพท์อัตโนมัติ ได้นำมาใช้กับกลุ่มทดลองโดยการให้ข้อมูลในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต การใช้ยาลดความดันโลหิตและการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คำแนะนำทางโทรศัพท์ถูกแปลเป็นภาษาสแปนิช

ซึ่งผ่านการสรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญชาวสแปนิชระบบการให้ข้อมูลและติดตามค่าความดันโลหิตมีดังนี้คือ

1) ผู้ป่วยได้รับเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งคู่มือที่บอกรายละเอียดของวิธีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ผู้วิจัยสาธิตการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

2) ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และบันทึกข้อมูลไว้ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการวัดค่าความดันโลหิตและติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทุกสัปดาห์

3) สอบถามการวัดความดันโลหิตตามปกติและสอบถามค่าความดันโลหิตที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าปกติ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การลดอาหารเค็ม นอกจากนี้ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการดูแลตนเองและความผิดปกติอื่นๆ

4) การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพผ่านระบบจดหมายอิเลกโทรนิก เมื่อผู้ป่วยรายงานผลค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว≥ 130 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานหรือค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว≥ 140 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่ใช่เบาหวานหรือ< 100 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทุกราย เมื่อมีความผิดปกติของผลค่าความดันโลหิตหรือรายงานผลน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ระบบจะรีบส่งข้อมูลให้กับผู้ป่วย

5) ผู้ป่วยสามารถเลือกสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนผู้ซึ่งได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์อัตโนมัติเพื่อการรายงานผลของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ รวมถึงข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการสื่อสารทางโทรศัพท์อัตโนมัติได้นำมาใช้ให้ข้อมูลในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต การใช้ยาลดความดันโลหิตและการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระบบอัตโนมัติสามารถพูดคุยเห็นหน้ามีการเตือน และยังสามารถให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลได้

Bosworth, H. B[34] ศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การจัดการเกี่ยวกับยาต่อการควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดี จำนวน 600 รายโดยแบ่งการทดลองเป็น 4 กลุ่ม

ผลการศึกษา

1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตตลอดการติดตามการดูแล
2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการตนเองเมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่18 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ถึงร้อยละ 15
3) กลุ่มที่ 3 ที่ได้รับการจัดการเมื่อสิ้นสุดการศึกษา 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ถึงร้อยละ 15
4) กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่มีเมื่อสิ้นสุดการศึกษา 18 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ถึงร้อยละ 25

ลักษณะโปรแกรมการทดลอง
แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติคือ กลุ่มที่ทีมสุขภาพเป็นผู้ดูแล และไม่มีโปรแกรมของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เฉพาะเจาะจง
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่ออกแบบให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายคือ กลุ่มที่มีการประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้านโดยพยาบาล และใช้โมดูล 11เรื่องที่ออกแบบให้เหมาะกับแต่ละบุคคลประกอบด้วย
   1) ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง
   2) ความจำ
   3) สังคม/ สิ่งแวดล้อมทางการแพทย์
   4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
   5) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาความดันโลหิตสูง
   6) ภาวะสุขภาพ
   7) อาหาร
   8) การออกกำลังกาย
   9) การสูบบุหรี่
   10) การดื่มแอลกอฮอล์
   11) การลดความเครียด

3. โปรแกรมบริหารจัดการยา (Medication management)คือกลุ่มที่มีการประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้านโดยพยาบาล และใช้โปรแกรมบริหารจัดการยา

4. กลุ่มที่ใช้โปรแกรมผสมผสานระหว่างการปรับพฤติกรรมและการใช้ยา (Combined behavioral and medication) คือ กลุ่มที่มีการประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้านโดยพยาบาล และใช้โปรแกรมที่ออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 11 พฤติกรรมและใช้โปรแกรมบริหารจัดการยา

สรุปผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง และได้รับการบริหารจัดการด้านยา รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยา ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

Watson, A. J., Singh, K., Myint, U. K., Grant, R. W., Jethwani, K., Murachver, E., et al.[35] ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านเวปไซต์ในลูกจ้างที่เป็น ความดันโลหิตสูง และภาวะก่อนเป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว

มากกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 8 0มิลลิเมตรปรอท ในระยะเวลาอย่างน้อย1สัปดาห์ โดยได้ รับการวินิจฉัยจากแพทและได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีอายุ 35-65 ปีผู้ป่วยสามารถที่จะติดต่อทางโทรศัพท์ และอินเตอร์เน็ตได้ เป็นการทดลองแบบสุ่ม

ผลการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แต่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความถี่ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองมีความกระตือรือร้นในการศึกษาข้อมูลการดูแลเพิ่มขึ้นจากระยะ 1 เดือนเปรียบเทียบกับระยะ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางนอกจากนี้ผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะของโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยทั้งหมด 404 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 207 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 197 คน มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีการศึกษาการใช้วิธีเครื่อง the Omron Automatic blood pressure Monitor (model HEM 705-CP) ทางเว็ปไซด์ด้วยตนเอง และมีการตอบคำถามหลังจากการศึกษา จากนั้นมีการส่งเครื่องวัดความดันไปยังบ้านผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยวัดความดันโลหิตจะมีการส่งข้อมูลไปทางระบบอินเตอร์เน๊ต กลุ่มทดลองจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จะมีการเชื่อมต่อกับผู้เชี่ยวชาญในโรคหัวใจ นอกจากนี้มีการส่งข้อความเกี่ยวกับการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยผ่านทางเว็ปไซต์ เว็ปไซต์ มีการเก็บข้อมูลที่มีการระบุถึงปริมาณการเปลี่ยนแปลงยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการมาพบแพทย์ สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการฝึกใช้เครื่อง Omron model HEM 705-CP และติดตามค่าความดันโลหิตสูงทางเว็ปไซด์ แต่ไม่มีการได้รับข้อมูล และข้อความอื่นๆ ผ่านทางเว็ปไซต์สรุปการเรียนทางไกล จะเป็นส่วนที่สามารถช่วยเสริมการเรียนได้ทำให้เพิ่มความรู้และมีแนวโน้มในการดูแลที่ดี

Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Grubber, J. M., Powers, B. J., &Oddone, E. Z.[36]

ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของคนผิวขาวและไม่ใช่ผิวขาวการศึกษา ส่งอีเมล์ไปทั้งสิ้น 2060 ราย โทรติดตาม 1728 ราย มีผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 656 คนผลการศึกษาพบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวผิวขาว กลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติกลุ่มที่มีการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน และกลุ่มที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างของค่าความดันโลหิต เช่น เดียวกับการวัดค่าความดันโลหิตในเดือนที่ 12 และ 24 ที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตขณะคลายตัวในกลุ่มที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผิวขาวในช่วง 12 เดือนแรกพบว่าทุกกลุ่มที่มีการทดลองทำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ มีค่าความดันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p< .05$) โดยมีค่าความดันโลหิตลดลง -5.3 -5.7 มิลลิเมตรปรอทและในช่วง 12 เดือนแรกพบว่าทุกกลุ่มที่มีการจัดค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ($p< .05$) มีค่าความดันโลหิตลดลง -2.7- 3.7 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติในช่วง24 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์และการติดตามวัดความดันโลหิตเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ มีค่า ความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .04$)

ลักษณะโปรแกรม

1) ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ ทีมสุขภาพได้จัดให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายตามปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคนในด้านความรู้ ความจำ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง 5 ประการคือ อาหาร การลดน้ำหนัก ลดการรับประทานเกลือ การออกกำลังกายและการดื่มสุรา

พยาบาลเป็นผู้รายงานค่าความดันโลหิตทางโทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้งรวมทั้งการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์กับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเหล่านี้ได้รับการอบรมในการสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

2) การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยเครื่อง Omron HHEM 773AC ถ้ารอบวงแขนของผู้ป่วยไม่มากกว่า 17 นิ้ว และรอบวงข้อมือไม่น้อยกว่า 8.5 นิ้ว ซึ่งถ้ารอบวงแขนหรือข้อมือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำการใช้เครื่องวัดความดันที่บ้านและติดตามความถูกต้องของการวัดเป็นระยะ ถ้าไม่ถูกต้อง มีการสอนใหม่อีกครั้ง ผู้ป่วยวัดความดันโลหิต 3 วันใน 1 สัปดาห์ โดยวัดในเวลาเดียวกันทุกครั้งและบันทึกผล ผู้วิจัยติดตามผลค่าความดันโลหิตทางเมล์ทุก 2 เดือน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำการจัดการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

Earle, K.[37] **ศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่**

การศึกษาผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี การจัดการตนเอง การจัดการตนเอง รวมทั้ง telemonitoring จะช่วยลดความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กว่า การดูแลตามปกติช่วง 6 และ 12 เดือน การศึกษานี้ช่วยสนับสนุนบทบาทของการจัดการตนเองโดยการใช้ telemonitoring เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความดันโลหิต

McManus RJ, Bray EP, Mant J, Holder R, Greenfield S, Bryan S,[38] ทำรูปแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองความดันโลหิตสูงทางไกลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 636 คน ผู้ป่วยมีอายุ35-65 ปี การติดตามผลของโปรแกรมทั้งหมด 6, 12 เดือน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดยงานวิจัยทำที่ West Midlands area drawn from the Midlands

ผลการศึกษา ในระยะเวลา 6, 12 เดือน ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 6, 12 เดือน

โปรแกรมการจัดการตนเอง

1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแล จากแพทย์ทั่วไปและหมอครอบครัว

2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความดันโลหิตสูงทางไกลที่บ้าน และมีการปรับลดขนาดยาลดความดันโลหิตสูงด้วยตนเองและมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะกับแต่ละบุคคล โดยจะใช้ NICE hypertension guideline มีการติดตามความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบทางไกลผ่านอินเทอร์เนตและกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกใช้เครื่องวัดความดันโลหิตสูงจากผู้ช่วยวิจัย

สรุปการส่งเสริมการจัดการตนเองโดย โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านด้วยการศึกษาทางไกลช่วยให้มีการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการปรับยา สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้

McManus, R.J., Mant, J., Bray, E. P., Holder, R.,Jones, M. I.,Greenfield, S.,et al.[39] ตรวจสอบการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยใช้ระบบทางไกลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้กลุ่มตัวอย่าง อายุ 35 – 85 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันมากกว่า 1ชนิดมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ทำการวิจัยในโรงพยาบาล ทั่วไป 24 ใน West Midlands ของประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยทุกคนได้รับการสอนตามNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) Guidelinesงานวิจัยนี้ ศึกษาผู้ป่วย 527 คน ใน 24 ชุมชน ผู้ป่วยจำนวน480 คน91%ที่มีการติดตามเยี่ยม 6 เดือน, 12 เดือนอย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1) มีการลดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ 12 เดือน

2) ผลการรักษาผู้ป่วยที่แยกตัวจากสังคมจะลดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ได้มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทางสังคม และ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (P=0.09)

3) ผู้ป่วยจำนวน 210คน ประมาณ 80% มีการจัดการตนเองอย่างสมบูรณ์ใน 12 เดือน ผู้ป่วย 148คน ประมาณ 70%มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตมากกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมภายใน 6 เดือน และ 12 เดือน

4) การให้คำปรึกษาและจัดการค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.2(95% CI 2.9-3.5) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 3.5 (95% CI 3.2- 3.7)

5) ผลข้างเคียงของการรักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีขาบวมบ่อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6) สิ้นสุดการศึกษา 12 เดือน 71% ของกลุ่มทดลองมีการติดตามค่าความดันโลหิตด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 43% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.0001$)

ลักษณะของโปรแกรม

1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

2) กลุ่มทดลองเข้าร่วมการอบรม 2 ครั้ง โดยทีมวิจัย ผู้ป่วยได้รับการอบรมเรื่องการติดตามค่าความดันโลหิตของตนเองในสัปดาห์แรกของเดือนโดยใช้เครื่อง Omron 705 IT และส่งค่าความดันโลหิตไปยังทีมผู้วิจัย โดยการวัดค่าความดันโลหิตด้วยตนเองในตอนเช้า ใน 1 เดือน วัดค่าความดันโลหิตอย่างน้อย 4 ครั้ง

3) การปรับเปลี่ยนการใช้ยาของกลุ่มทดลองโดยแพทย์ครอบครัว หลังจากการได้รับการอบรม

4) วัดค่าความดันโลหิตแรกรับเข้ารับการทดลอง ติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน การวัดค่าความดันโลหิตหลังจากพักเป็นเวลา 5 นาที ใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ

5) ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและความวิตกกังวลจากการใช้ยา

6) เสร็จสิ้นการทดลอง สอบถามผู้ป่วยเรื่องการติดตามค่าความดันโลหิตโดยการติดตามวัดจากแพทย์ การติดตามวัดของพยาบาล และการติดตามวัดค่าความดันโลหิตของตนเอง

Wang V, Smith VA, Bosworth HB, Oddone EZ, Olsen MK, McCant F, et al.[40] ประเมินภาวะทางเศรษฐกิจ เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการโทรศัพท์เพื่อควบคุมความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 140/90มิลลิเมตรปรอท นานกว่า 12 เดือน ได้รับการรักษาโดยยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเก็บข้อมูลที่Durham Veterans Affairs Medical Center ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 591 คนมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มที่มีการจัดการด้านพฤติกรรมกลุ่มที่มีการจัดการเรื่องยาและกลุ่มที่ควบคู่ทั้งสองอย่างคือ กลุ่มที่มีการจัดการพฤติกรรมและการจัดการเรื่องการใช้ยา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในการจัดการตนเองควบคู่ทั้งสองอย่างคือกลุ่มที่มีการจัดการพฤติกรรมและการจัดการเรื่องการใช้ยา มีความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญแต่ในระยะเวลา 18 เดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ค่าใช้จ่ายในการจัดทำโปรแกรมพบว่า โปรแกรมการจัดการด้านพฤติกรรมมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ $947 เหรียญสหรัฐ ซึ่งน้อยกว่า โปรแกรมที่ใช้การจัดการโดยยามีค่าใช้จ่าย เท่ากับ 1,275 เหรียญสหรัฐ และกลุ่มที่ใช้ทั้งสองอย่างควบคู่กันมีค่าใช้จ่าย 1,153 เหรียญสหรัฐ ซึ่งพบว่าสาม

โปรแกรมมีความแตกต่างกันของค่าใช้จ่าย และการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ เช่น การใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยของพยาบาลพบว่าใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยมากที่สุด ประมาณ 288 ชั่วโมง โดยก่อนที่จะพุดคุย พยาบาลต้องมีเวลาการเตรียมเอกสาร และบทสนทนาก่อนการพูดคุย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้ดูแลจากพยาบาล ทุก 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยมีการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะรับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาล และได้รับการดูแลโดยใช้โมเดลเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยมีหัวข้อดูแลเกี่ยวกับ ความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงของยาควบคุมความดันโลหิตสูง การรับประทานอาการเค็ม การควบคุมน้ำหนัก การลดความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จึงพบว่ากลุ่มที่มีทั้งการปรับพฤติกรรมและการใช้ยาสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่า

ลักษณะของโปรแกรม

1) กลุ่มการจัดการตนเองโดยใช้การปรับพฤติกรรมจะมีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยในกลุ่มที่มีการติดตามผลความดันโลหิตสูงที่บ้าน จะมีการสอนให้ผู้ป่วยใช้เครื่องวัดความดันจำนวน 10 นาที โดยจะมีการติดตามความดันโลหิตทุก 2 อาทิตย์

2) ในกลุ่มที่มีการจัดการโดยการใช้ยา พยาบาลจะมีการรายงานติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับยาความดันโลหิตสูง และมีการติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์

3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับทั้งสองโปรแกรมจะได้ดูแลจากพยาบาล ทุก 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยมีการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะรับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาล และได้รับการดูแลโดยใช้ โมเดลเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยมีหัวข้อดูแลเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงของยาควบคุมความดันโลหิตสูง การรับประทานอาการเค็ม การควบคุมน้ำหนัก การลดความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

4) กลุ่มควบคุมไม่มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

สรุป การใช้การปรับพฤติกรรมและการสนับสนุนในการรับประทานยาสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Gentry, P., Orr, M., Dudley, T., McCant, F., Oddone, E. Z.[41]

ศึกษาการให้กิจกรรมเพื่อการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 636 ราย ที่มาจากการสุ่ม ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 12 เดือนโดยแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ที่ Duke Clinic สหรัฐอเมริกา มีการบันทึกการใช้ยาลดความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า73% ในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่ำกว่าที่พื้นฐาน และผู้ป่วย 75% มีการติดตามระดับความดันโลหิตตลอด 24 เดือน

โปรแกรมการทดลอง

1) กลุ่มทดลองจะมีการให้โปรแกรมผ่านทางโทรศัพท์โดยมีการมุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมที่เกี่ยวกับความดันโลหิต
2) มีการติดตามวัดความดันโลหิต
3) มีการผสมผสานการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตและการติดตามการวัดความดันโลหิต

สรุป การให้โปรแกรมผ่านทางโทรศัพท์โดยมีการมุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมที่เกี่ยวกับความดันโลหิต
สามารถช่วยลดความดันได้

3.4 การส่งเสริมสมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากกลุ่มความดันโลหิตสูงมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระบบสนับสนุนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีดังนี้

สุวิมล สันติเวส[42] ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม วิดีทัศน์ตัวแบบเสนอเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน ทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรม

1) สัปดาห์ที่ 1

1.1) วันที่ 1 (ใช้เวลา 45-60 นาที)ประเมินด้านร่างกายและอารมณ์ชมวิดีทัศน์การเสนอตัวแบบ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มี พฤติกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสมพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมีการแจกคู่มือปฏิบัติตนเลือกวิธีการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว ซักถามปัญหาให้กำลังใจในความพยายามของกลุ่มตัวอย่าง

1.2) วันที่ 2(ใช้เวลาประมาณ 30-45)ซักถามปัญหาที่พบ และ ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต และการหายใจประเมินถึงอารณ์ความเครียด ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข

1.3) วันที่3 (ใช้เวลาประมาณ 30-45)ซักถามปัญหาที่พบ และ ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต และการหายใจประเมินถึงอารณ์ความเครียด ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2) สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างเลือกออกกำลังกายเองที่บ้าน โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้กำลังใจติดตามสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สายฝน กันธมาลี[43] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 รายรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม

ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะโปรแกรมที่ให้เป็นโปรแกรม 10 สัปดาห์มีรายละเอียดดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1
   1.1)ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 90 นาที)ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายโดยการเดินวิธีการประเมินระดับความหนักเบาของการออกกำลังกายโดยวัดการรับรู้ถึงความเหนื่อยขณะออกกำลังกายของบอร์ก มีการแจกคู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการบันทึกสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนในการออกกำลังกายสมาชิกในครอบครัวซักถามปัญหา
   1.2)ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 90 นาที) ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจชมวิดีทัศน์ตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับผลดีต่อการควบคุมโรคจากการออกกำลังกายเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการเดิน คนละ 15 นาทีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการออกกำลังกายทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรชมเชยให้กำลังแก่กลุ่มตัวอย่างขณะฝึกออกกำลังกาย ซักถามปัญหาในการฝึกออกกำลังกายและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
   1.3)ครั้งที่ 3 และ 4 (ใช้เวลา 60 นาที)ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวฝึกออกกำลังกาย ตามโปรแกรมกล่าวชมเชยให้กำลังใจ
2) สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 5 ถึง 7 (ใช้เวลา 60 นาที)กิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 และ 4 แต่ให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวฝึกการเดินออกกำลังกายเพิ่มเป็น 8 นาที และสัมภาษณ์การได้รับสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในท้ายสัปดาห์ที่ 2
3) สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1(ใช้เวลา 60 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรมประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวฝึกออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ตามโปรแกรมกล่าวชมเชยให้กำลังใจโดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างฝึกการเดินออกกำลังกายทั้ง 4 ด้าน ซึ่งในการฝึกแต่ละครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างลงบันทึกการเดินออกกำลังกายในแบบบันทึกการออกกำลังกาย และสมาชิกในครอบครัวลงบันทึกการให้การสนับสนุนในแบบบันทึกการให้การสนับสนุนทางสังคม
4) สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ทำคล้ายกับสัปดาห์ที่3เพิ่มระยะเวลาการเดินเป็น 14 นาที ให้ค่าคะแนนควาเหนื่อยของบอร์ก 12-13

5) สัปดาห์ที่ 5 และ 6มีการฝึกออกกำลังกายที่มากขึ้นกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวฝึกออกกำลังกายระดับที่ยากขึ้นกว่าเดิม โดยเพิ่มระยะเวลาการเดินเป็น 17 นาทีในสัปดาห์ที่ 5 และเพิ่มเป็น 20 นาทีในสัปดาห์ที่ 6

6) สัปดาห์ที่ 7 ถึง 10ให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายที่บ้านโดยให้เดินออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที นั่นคือระยะ อบอุ่นร่างกาย 5 นาที ระยะการเดิน 20 นาที และระยะผ่อนคลาย 5 นาที ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3ครั้ง

จอมพล พรมชาติ[44] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอ.บ้านวังตาบัว ตำบลโคกสลุด อำเภอบางกระทุ่มจังหวัดพิษณุโลก การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยบ้านวังตาบัว จำนวน 42 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 5 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ลักษณะโปรแกรม

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยการจัดกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว โดยมีรายละเอียดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะดังนี้

1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ครั้งที่ 1 มีการให้ความรู้และทักษะในการควบคุมอาหาร และความดันโลหิตพฤติกรรมการบริโภคอาหารช่วยกันคัดเลือกและวิเคราะห์อาหารที่ควรบริโภคเสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมน้ำหนักและระดับความดันโลหิตได้ดีมาเล่าประสบการณ์เรื่องการบริโภคอาหารสื่อสารชักจูงใจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแลการบริโภคอาหาร รวมทั้งตอบปัญหาหรือซักถาม แจกคู่มือพฤติกรรมสุขภาพตนเองและแนะนำวิธีการลงบันทึกมีการประเมินสภาวะทางสรีระกลุ่มทดลองโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และดัชนีมวลกายพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด การลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ของกลุ่มโดยการฝึกสมาธิในระดับต้นเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้สื่อสารพูดชักจูง

2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ครั้งที่ 2 เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตามแพทย์นัด พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีการประเมิน

ร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดดัชนีมวลกาย โดยแจ้งผลให้กลุ่มทดลองทราบและลงบันทึกได้อย่างถูกต้องมีการกระตุ้นเตือน ในสัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 7 และ 8 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยผู้ศึกษากระตุ้นเตือนด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในหมู่นั้นๆ

ชินกฤต เมธาสุวภัทร[45] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ลักษณะโปรแกรมมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการทำกิจกรรมที่สถานีอนามัย เป็นโปรแกรม 5 สัปดาห์ มีการทำกิจกรรมสองครั้งดังนี้

1) กิจกรรมครั้งที่1 สัปดาห์ที่1 ให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลอง เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการปฏิบัติตัวด้านต่างๆในการควบคุมความดันโลหิตสูง และซักถามบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนด้านการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารและการจัดเตรียมอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านโดยใช้เทคนิค ชมวิดีทัศน์การออกกำลังกาย โดยการรำไม้พลองป้าบุญมี ผู้ศึกษาสาธิต มีการฝึกปฏิบัติตัวแบบบุคคลที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายการควบคุมน้ำหนักและการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมโดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตน ผลเสียของการไม่ควบคุมอาหาร ไม่ควบคุมน้ำหนักตัวประเมินความรู้และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5)ประเมินความรู้และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตผู้ป่วยแต่ละคนบอกเล่าผลของการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทั้งนี้ในเรื่องของค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ปัญหาและอุปสรรคที่พบการแก้ไขปัญหาที่ทำแล้วได้ผลดี การดูแลสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ธิรานี โหมขุนทด[46] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$)

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรม 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 5 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งกลุ่ม ตามแผนการให้ความรู้ 3 เรื่องแผนการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต แผนการให้ความรู้เรื่องอาหารความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ละช่วงใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีการแจกคู่มือให้กลับไปทบทวน มีการบันทึกพฤติกรรมเพื่อประเมินผลตนเอง มีการเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองผ่านกระบวนการกลุ่มมีการติดตามเยี่ยมมบ้าน

มีรายละเอียดดังนี้

1) ครั้งที่ 1 (สัดาห์ที่ 1) เวลา 3 ชั่วโมง

ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ตามแผนการให้ความรู้ 3 เรื่อง คือ แผนการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต แผนการให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแผนการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ละช่วงใช้เวลาประมาณ 30 นาที แจกคู่มือเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมแนะนำวิธีการลงบันทึกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไปบันทึกเองที่บ้านโดยผู้วิจัยพูดจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองผ่านกระบวนการกลุ่มมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

2) ครั้งที่ 2-5 (สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการออกกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการเดินเร็ว ทบทวนวิธีประเมินความหนักของการออกกำลังกายและสอนวิธีการจับชีพจร

สัปดาห์ที่ 5-8 ให้กลุ่มตัวอย่างไปออกกำลังกายเองที่บ้าน

3) ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6) การติดตามเยี่ยมบ้านซักถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรม หากพบปัญหาพูดคุยถามสาเหตุ และเสนอแนวทางในการแก้ไข และพูดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน
4) ครั้งที่7(สัปดาห์ที่ 8) ประเมินผล

พิชามญชุ์ ภู่เจริญ[47] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านไร่ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2550 จำนวน 30 ราย

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ทั้งยังพบว่าการเพิ่มสรรถนะแห่งตน ทั้ง 4 ด้าน ทำให้ผู้สูงอายุ มีกำลังใจ มั่นใจ และให้ความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

ลักษณะโปรแกรม

สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura,1997) โดยให้การสนับสนุนส่งเสริม 4 ด้าน คือ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์จากบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และความพร้อมทางสภาพร่างกายและอารมณ์ โปรแกรมการทดลอง โดยแบ่งเป็นสี่ขั้นตอน คือ

1) ขั้นก่อนการทดลองเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ 1 ประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์
2) ขั้นทดลอง 2 ให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง/วิธีการควบคุมมีตัวแบบเล่าประสบการณ์ที่ มีการชักจูงด้วยคำพูด มีการสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติ ชี้ให้เห็นถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เริ่มผิดปกติของผู้ป่วยแต่ละรายกิจกรรมในการฝึกทักษะสนทนากลุ่ม ในเรื่องการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มในชีวิตประจำวัน ความเข้าใจเกี่ยวกับคู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน
3) ขั้นตอนทดลอง 3 ปฏิบัติตนในการควบคุมและหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
4) ขั้นหลังการทดลองเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ

สรุปโปรแกรมสร้างสมรรถนะแห่งตน โดยใช้เทคนิคให้การสนับสนุนส่งเสริม 4 ด้าน คือ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์จากบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และความพร้อมทางสภาพร่างกายและอารมณ์การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การทดลองฝึกปฏิบัติ การติดตามเยี่ยม นอกจากเทคนิคแล้วมีการสอดแทรกโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

4. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเองการวิจัยทุกการศึกษามุ่งไปที่การควบคุมความดันโลหิต จากโปรแกรมการปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมการรับประทานยา การส่งเสริมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ผลลัพธ์ที่วัดมีหลายอย่าง เช่น ควบคุมความดันโลหิตโดยดูค่าความดันโลหิต

ขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด การลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ นอกจากนั้นมีการวัด ค่าดัชนีมวลกายน้ำหนักส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ ซักถามปัญหาที่พบ และประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิตซักถามปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการจัดการตนเอง

5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง

1. มีการบูรณาการที่สอดคล้องกับ Wagner's Chronic Care Model ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงการดูแลระบบสุขภาพชุมชน องค์กร และการปฏิบัติ และในระดับของผู้ป่วย โดยมีใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นเป้าหมายและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบขององค์กรในการดูแลสุขภาพ 2) ออกแบบส่งต่อผู้ป่วยใหม่ 3) สนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบการให้ข้อมูลทางคลินิก 5) สนับสนุนการจัดการตนเอง

2. การออกแบบระบบบริการที่ดีนอกจากการให้การดูแลรักษาแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ควรมีการรวมการจัดการศึกษาในการจัดการตนเองโดยการให้กิจกรรมการทดลองเกี่ยวกับความดันโลหิตผ่านสื่อทางไกลเพื่อดูผลการให้การความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การจัดการเกี่ยวกับยาต่อการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่ต้องยึดหลักที่สำคัญคือ ต้องมีการให้ความรู้ต่างๆ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดัน แต่การใช้สื่อทางไกลจะช่วยให้มีการเขาถึงบริการที่ดีกว่า โปรแกรมทางไกล เช่น การใช้โทรศัพท์อัตโนมัติร่วมกับการวัดค่าความดันโลหิตที่บ้านจะช่วยพัฒนาการควบคุมค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในผู้ป่วย

การออกแบบบริการโดยมีการติดตามเยี่ยมโดยโทรศัพท์หรือมีการสอนทางโทรศัพท์และมีการกระตุ้นเตือน การมีเป้าหมายร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตมีการเสริมเทคนิคแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ หลักที่สำคัญคือเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพการจัดการเรื่องการวัดความดันด้วยตนเองจะเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ ทำให้ ค่าความดันลดลง เนื่องจากช่วยเป็นตัวสะท้อนพฤติกรรมการจัดการตนเองทางสุขภาพและยังเป็นตัวช่วยในการปรับพฤติกรรมด้วยจะทำให้มีการควบคุมความดันโลหิตที่ดี การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้สื่อทางไกลทำให้สามารถพูดคุยทำเห็นหน้าในการพูดคุยมีการเตือน และยังสามารถให้สมาชิกในครอบครัวข้ามีส่วนร่วมในการดูแลได้ นอกจากนั้นยังมีเรื่องการเรียนการสอนผ่านเว็บไซต์ การจัดการเรียนการสอนโดยผ่านสื่อทางไกล เช่น web-based self-management programThe telemonitoring and self-management การเรียนทางไกลจะเป็นส่วนที่สามารถช่วยทำให้เพิ่มความรู้และมีแนวโน้มในการดูแลที่ดี

การจัดระบบที่ดีจะทำให้สามารถมีการบันทึก และมีการรายงานผลค่าความดันโลหิตและสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีเพราะขณะนี้มีเทคโนโลยีที่สามารถใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์อัตโนมัติได้นำมาใช้ให้ข้อมูลในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต

3. เป้าหมายในการพัฒนาเชิงระบบนอกเหนือจากการให้ความรู้การจัดการตนเองกับผู้ป่วยแล้วยังต้องเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากรเพราะการให้ความรู้กับบุคลากรผู้ทำการรักษาและวิชาชีพ

ด้านสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาลหรือเภสัชกรทำให้ส่งผลต่อแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นโดยจะต้องให้การพัฒนาบุคลากร ดังต่อไปนี้

1) การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) สื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเห็นด้วยกับเป้าหมายที่วางไว้

3) ชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็น มีความกังวลกับคุณภาพชีวิต

4) มีทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

5) การรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

6) ประสบการณ์การเรียนรู้มีความแตกต่างในแต่ละบุคคลในด้านความตั้งใจในการรับรู้การได้รับคำแนะนำอย่างเป็นกันเอง การได้รับความรู้ คุณค่า ความต้องการ และผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง การแนะนำให้เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตง่ายๆและเป็นไปได้ จะประสบความสำเร็จในการอบรม ที่จะช่วยกระตุ้นผู้ป่วย แก้ปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7) เทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยมุ่งเน้นการให้คำปรึกษาที่ปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

4. การจัดการตนเองด้านควบคุมความดันโลหิตจะต้องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและการให้ความรู้แก้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการควบคุมความดันโลหิตได้นอกจากนั้นการให้ความรู้นั้นจะต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยความรู้ ควรออกแบบให้เหมาะกับแต่ละบุคคลประกอบด้วยเรื่องที่น่าสนใจดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง

2) ความจำ

3) สังคม/ สิ่งแวดล้อมทางการแพทย์

4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

5) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาความดันโลหิตสูง

6) ภาวะสุขภาพ

7) อาหาร

8) การออกกำลังกาย

9) การสูบบุหรี่

10) การดื่มแอลกอฮอล์

11) การลดความเครียด

5. โปรแกรมการปรับพฤติกรรม ควรมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีการให้ความรู้และทักษะในการควบคุมอาหาร และความดันโลหิตโดยเน้นการปรับพฤติกรรมดังนี้

5.1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารช่วยกันคัดเลือกและวิเคราะห์อาหารที่ควรบริโภค เสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมน้ำหนักและระดับความดันโลหิตได้ดี มาเล่าประสบการณ์เรื่องการบริโภคอาหารสื่อสารชักจูงใจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความ

ดันโลหิตสูงแลการบริโภคอาหาร รวมทั้งตอบปัญหาหรือซักถาม แจกคู่มือพฤติกรรมสุขภาพตนเองและแนะนำวิธีการลงบันทึกมีการประเมินสภาวะทางสรีระกลุ่มทดลองโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย

5.2)พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด การลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ของกลุ่มโดยการฝึกสมาธิในระดับต้นเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้สื่อสารพูดชักจูง

5.3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา

6. การจัดการรายกรณีโดยเภสัชกร สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้นและมีการกระตุ้นเตือนด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน

7. โปรแกรมมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ร่วมกับการเน้นการจัดการควบคุมความดันโลหิตโดยการติดตามเยี่ยม พบว่านอกจากการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองจะมีความสำคัญแล้วการมีการติดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ จะทำให้ นำไปสู่เป้าหมายการลดความดันโลหิตได้

8. ในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่มีการใช้ทฤษฎีการเพิ่มสมรรถนะในตนเองโดยมีรายละเอียดดังนี้

8.1) ทักษะความเชี่ยวชาญ (skill mastery)การได้รับความรู้จากประสบการณ์ การเพิ่มความมั่นใจและมีทักษะการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมากเพียงใด

8.2) การสังเกต (observation learning)ทักษะการจัดการตนเองที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่นที่มีปัญหาเหมือนกันและประสบความสำเร็จจากการจัดการกับปัญหา

8.3) จากสังคมและการชักชวน (Social and Verbal persuasion)กิจกรรมที่สนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการจัดการโรคด้วยสมาชิกของกลุ่ม

8.4) การเรียนรู้ในการแปลความหมาย (reinterpretation of symptoms) ผู้ป่วยเรียนรู้กิจกรรมเพื่อลดความกดดันด้านร่างกายและจิตใจโดยการเรียนรู้ทักษะใหม่

โดยสรุป จากงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่จะช่วยลดความดันโลหิตได้จะต้องประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะกับการสนับสนุนการติดตามประเมินผลการเยี่ยมที่บ้านมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน และการติดตามวัดความดันโลหิตโดยเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงการที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตัวได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับอันตรายจากความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหารลดเกลือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การสนับสนุนจากสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพโดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ มีการติดตามและประเมินจากเจ้าหน้าที่ในค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Perez, A. (2011). Self-management of hypertension in Hispanic adults.ClinNurs Res, 20(4), 347-365.
2. Bokhour BG, Cohn ES, Cortés DE, Solomon JL, Fix GM, Elwy AR, et al. The role of patients' explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. J GEN INTERN MED. 2012;27(12):1626-34.
3.Uhlig K, Patel K, Ip S, Kitsios GD, Balk EM. Self-Measured Blood Pressure Monitoring in the Management of Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal Medicine. 2013;159(3):185-94.
4. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and clinical blood pressure among patients with hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich). 2013 Sep;15(9):637-43.
5. Burke V, Beilin LJ, Cutt HE, Mansour J, Williams A, Mori TA. A lifestyle program for treated hypertensives improved health-related behaviors and cardiovascular risk factors, a randomized controlled trial. Journal of Clinical Epidemiology. 2007;60(2):133-41.
6.Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: A systematic review and methodological critique of the literature. Archives of Internal Medicine. 2004;164(15):1641-9.
7. Wong K, Boulanger L, Smalarz A, Wu N, Fraser K, Wogen J. Impact of care management processes and integration of care on blood pressure control in diabetes. BMC Fam Pract. 2013;14:30.
8. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. British Journal of General Practice. 2005;55(520):875-82.
9. Angell S, Guthartz S, Dalal M, Foster V, Pogue V, Wei A, et al. Integrating self blood pressure monitoring into the routine management of uncontrolled hypertension: translating evidence to practice. The Journal of Clinical Hypertension. 2013;15 (3):180-5.
10. Xue F, Yao W, Lewin R. A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. BMC Cardiovasc Disord. [10.1186/1471-2261-8-10]. 2008;8(1):10.
11. Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Bosworth HB. The effect of a hypertension self-management intervention on diabetes and cholesterol control. American Journal of

Medicine. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2009 Jul;122(7):639-46.

12. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen Y-e, Zhu L, Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the World Health organization. 2003;81(3):174-82.
13. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, & Tanomsup S. Effectiveness of a self-management program for Thais with essential hypertension. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2011: 15(2), 97-109.
14. Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodriguez Loria G, Waisman G, et al. Effect of education on blood pressure control in elderly persons: a randomized controlled trial. Am J Hypertens. 2006 Jul;19(7):737-43.
15. Park YH, Chang H, Kim J, Kwak JS. Patient-tailored self-management intervention for older adults with hypertension in a nursing home. Journal of clinical nursing. 2013;22(5-6):710-22.
16. Pezzin LE, Feldman PH, Mongoven JM, McDonald MV, Gerber LM, Peng TR. Improving blood pressure control: results of home-based post-acute care interventions. J GEN INTERN MED. 2011;26(3):280-6.
17. Glasgow RE, Askew S, Purcell P, Levine E, Warner ET, Stange KC, et al. Use of RE-AIM to address health inequities: Application in a low-income community health center-based weight loss and hypertension self-management program. Translational behavioral medicine. 2013;3(2):200-10.
18. Jang Y, Yoo H. Self-management programs based on the social cognitive theory for Koreans with chronic disease: A systematic review. Contemporary nurse. 2012;40(2):147-59.
19. ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.พยาบาลสาร. 2552: 36(3), 125-136.
20. สุภัสษร ชมภู. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
21. Kanfer FH. Self-management: Strategies and tactics. Maximizing treatment gains. 1979:185-224.
22. เบญจมาศ ถาดแสง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2555: 39(4), 124-137.

23. ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต ในผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
24. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two Self-management Interventions to Improve Hypertension ControlA Randomized Trial. Annals of Internal Medicine. 2009;151(10):687-95.
25. Feldman PH, McDonald MV, Mongoven JM, Peng TR, Gerber LM, Pezzin LE. Home-based blood pressure interventions for blacks. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2009;2(3):241-8.
26. O'Brien C, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, Haque MS, Hobbs FDR, et al. Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): protocol for a randomised controlled trial. BMC Cardiovasc Disord. 2013;13(1):21.
27. Reed SD, Li Y, Oddone EZ, Neary AM, Orr MM, Grubber JM, et al. Economic evaluation of home blood pressure monitoring with or without telephonic behavioral self-management in patients with hypertension. American journal of hypertension. 2010;23(2):142-8.
28. van Onzenoort HAW, Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AGH, Nelemans PJ, van der Kuy P-HM, et al. Effect of self-measurement of blood pressure on adherence to treatment in patients with mild-to-moderate hypertension. Journal of Hypertension. 2010;28(3):622-7.
29. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. Patient Education and Counseling. 2005;57(1):5-14.
30. Chiu CW, Wong FKY. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial. International journal of nursing studies. 2010;47(11):1374-82.
31. Crabtree MM, Stuart-Shor E, McAllister M. Home Blood Pressure Monitoring: An Integrated Review of the Literature. The Journal for Nurse Practitioners. 2013;9(6):356-61.
32. Wagner E. Managed care and chronic illness: health services research needs. Health services research. 1997;32(5):702.
33. Piette JD, Datwani H, Gaudioso S, Foster SM, Westphal J, Perry W, et al. Hypertension management using mobile technology and home blood pressure

monitoring: results of a randomized trial in two low/middle-income countries. Telemedicine and e-Health. 2012;18(8):613-20.

34. Bosworth HB, Olsen MK, McCant F, Harrelson M, Gentry P, Rose C, et al. Hypertension Intervention Nurse Telemedicine Study (HINTS): testing a multifactorial tailored behavioral/educational and a medication management intervention for blood pressure control. American heart journal. 2007;153(6):918-24.
35. Watson AJ, Singh K, Myint-U K, Grant RW, Jethwani K, Murachver E, et al. Evaluating a web-based self-management program for employees with hypertension and prehypertension: a randomized clinical trial. American heart journal. 2012;164(4):625-31.
36. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Powers BJ, Oddone EZ. Racial differences in two self-management hypertension interventions. The American journal of medicine. 2011;124(5):468-e1.
37. Earle K. In people with poorly controlled hypertension, self-management including telemonitoring is more effective than usual care for reducing systolic blood pressure at 6 and 12 months. Evidence Based Medicine. 2011;16(1):17-8.
38. McManus RJ, Bray EP, Mant J, Holder R, Greenfield S, Bryan S, et al. Protocol for a randomised controlled trial of telemonitoring and self-management in the control of hypertension: telemonitoring and self-management in hypertension. [ISRCTN17585681]. BMC Cardiovasc Disord. 2009;9:6-.
39. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. The Lancet. 2010;376(9736):163-72.
40. Wang V, Smith VA, Bosworth HB, Oddone EZ, Olsen MK, McCant F, et al. Economic evaluation of telephone self-management interventions for blood pressure control. American heart journal. 2012;163(6):980-6.
41. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. Patient Education and Counseling. 2005;57(1):5-14.
42. สุวิมล สันติเวส. ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2545: 29(4), 53-67.

43. สายฝน กันธมาลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
44. จอมพล พรมชาติ. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอ.บ้านวังตาบัว ต.โคกสลุด อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
45. ชินกฤต เมธาสุวภัทร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
46. ธิรานี โหมขุนทด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552: 32(3), 9-28.
47. พิชามญชุ์ ภู่เจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.

---

4) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเนื้อหาในการนำเสนอดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
   3.1.1) โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)
   3.1.2) .การใช้การเรียนการสอนทางไกลโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
4. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่พบ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคัดเลือกงานวิจัยทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 -2557 (ค.ศ. 2004 -2014) ผลการทบทวนได้จำนวนเรื่องทั้งสิ้น 300 เรื่อง คัดออกรอบแรก เหลือ 64 เรื่อง คัดออก เหลือ 10 เรื่อง จากการศึกษาทั้งหมดแบ่งสิ่งที่พบในการศึกษาทั้งหมดเป็น ประเด็นหลักๆ คือ 1) การใช้ Chronic care model 1 เรื่อง และ self-management 9 เรื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบเรื่อง self-management support การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองใช้ในหลายประเทศได้แก่ ประเทศอังกฤษออสเตรเลียแคนาดาสหรัฐอเมริกาสวีเดนฮ่องกงนิวซีแลนด์ ประเทศอังกฤษและประเทศในอเมริกาเหนือ มีการทำวิจัยทั้งในกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนอาศัยอยู่ที่บ้านการให้โปรแกรมทั้งการให้เป็น

การประเมินผลข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (Data evaluation)

ผลการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt, Stetler, & Allan[1] จำกัดการสืบค้นตั้งแต่ปี 2004 ถึงปี 2014 ได้จำนวนเรื่องทั้งสิ้น 6,000 เรื่อง คัดออกรอบแรก เหลือ 64 เรื่อง รอบสุดท้ายคัดไว้เหลือ 10 เรื่อง คือ systematic review 4 เรื่อง RCT 4 เรื่อง experiment 1 เรื่อง Qualitative study 1 เรื่อง

รายบุคคล รายกลุ่ม มีทั้งสอนโดยใช้ workbook interventions บุคลากรที่สอนมีทั้งบุคลากร
สาธารณสุข นักวิจัยบุคคลทั่วไปพยาบาลเฉพาะทาง

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
CINAHL	1.Jones F, Mandy A, Partridge C. Changing self-efficacy in individuals following a first time stroke: preliminary study of a novel self-management intervention. Clinical Rehabilitation. 2009;23(6):522-33.	systematic review Level I
pubmed	2.Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. Clin Rehabil. 2013 Oct;27(10):867-78.	systematic review Level I
pubmed	3.Boger EJ, Demain S, Latter S. Self-management: a systematic review of outcome measures adopted in self-management interventions for stroke. Disabil Rehabil. 2013 Aug;35(17):1415-28.	systematic review Level I
pubmed	4.Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. J Adv Nurs. 2011 Sep;67(9):1876-94.	Systematic review Level I
Ovid	5.Cheng EM, Cunningham WE, Towfighi A, Sanossian N, Bryg RJ, Anderson TL, et al. Randomized, controlled trial of an intervention to enable stroke survivors throughout the Los Angeles County safety net to "stay with the guidelines". Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011 Mar;4(2):229-34.	RCT Level II
Ovids	6.Cadilhac DA, Hoffmann S, Kilkenny M, Lindley R, Lalor E, Osborne RH, et al. A phase II multicentered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. Stroke. 2011 Jun;42(6):1673-9.	RCT Level II
Pubmed	7. Kendall E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, Charker J. Recovery following stroke: the role of self-management education. Soc Sci Med.	RCT Level II

	2007 Feb;64(3):735-46.	
CINAHL	8.Damush TM, Ofner S, Yu Z, Plue L, Nicholas G, Williams LS. Implementation of a stroke self-management program: A randomized controlled pilot study of veterans with stroke. Transl Behav Med. 2011 Dec;1(4):561-72.	RCT Level II
Pubmed	9.Taylor DM, Cameron JI, Walsh L, McEwen S, Kagan A, Streiner DL, et al. Exploring the feasibility of videoconference delivery of a self-management program to rural participants with stroke. Telemed J E Health. 2009 Sep;15(7):646-54.	Experiment Level III
CINAHL	10. Jones F, Mandy A, Partridge C. Changing self-efficacy in individuals following a first time stroke: preliminary study of a novel self-management intervention. Clin Rehabil. 2009 Jun;23(6):522-33.	Qualitative Study VI

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่1:หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	4
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	4
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม	1
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	1
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	6
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	0
รวม	10

2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้สรรถนะในตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวกับการรับรู้สรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถใช้เป็นตัวทำนายและความบกพร่องในการจัดการตนเองที่จะเกิดตามมาได้ โดยมีพื้นฐานจาก ทฤษฎี ของ แบนดูรา[2]ซึ่งมีพื้นฐานมาจาก Social Cognitive Theory โดยการรับรู้สรรถนะในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ทางร่างกาย การับรู้ต่อพฤติกรรมที่ควบคุมตนเอง Jones, &Riazi[3] จากการศึกษาของ Damushet al.[4]พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน จะมีความสัมพันธ์กับการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ และยังมีการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้าน บทบาทครอบครัว บทบาททางสังคม และการทำงาน โดยในการศึกษานี้อยู่บนพื้นฐานของโปรแกรมมาจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมีการเลือกปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขทุกครั้งที่มีการโทรศัพท์ติดตามครั้งละ 20 นาทีจะมีการติดตาม การให้คำปรึกษาและการเพิ่มโปรแกรมฯ ในแต่ละสัปดาห์ผ่านระบบการประชุมทางไกลและจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

สอดคล้องกับ Korpershoek, van der Bijl, et al.[5] ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 1996-2009

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี ระดับการดูแลตนเองต่ำและสมรรถนะในตนเองต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าภายหลังที่มีภาวะหลอดเลือดสมองใน 1 เดือนและ 6 เดือนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีสมรรถนะในตนเองต่ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีสมรรถนะในตนเองสูงจะมีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาบ่อยกว่า และปรับตัวได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยที่มีสมรรถนะในด้านความจำต่ำจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีสมรรถนะในความจำสูงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นยังพบว่า สมรรถนะในตนเองจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นที่ 1เดือนและ6เดือน หลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าในกลุ่ม 12–22 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าที่ได้รับโปรแกรมตามปกติกลุ่มที่มีสมรรถนะคงที่จะมีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจในการกลับเข้าสู่สังคมสูงกว่าประสิทธิผลของการให้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะในตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โดยพบว่ามีงานวิจัยแบบสุ่มทดลองถึง 4 งานวิจัย ที่แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะในตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การลดต่ำลงของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตภายหลังการเกิดหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทยของ แสงแก้วราชภักดี[6] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือนเดือนหลังเจ็บป่วย ประเมิน เปรียบเทียบ และหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ระดับที่ไม่น่าพอใจในแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มีปัญหาตีบหรือแตก ในแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 1 และ 3 เดือนหลังเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 125 คน จากโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพฯมหานครเก็บข้อมูลเดือนธันวาคม 2005 ถึงเดือน กรกฎาคม 2006ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น 6 ด้าน ได้แก่ความสามารถด้านร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากบทบาทด้าน ร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพกาย ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ส่วนอีกสองด้านคือด้านบทบาทด้านสังคมและสุขภาพจิต คะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพบว่าใน 1 เดือนหลังป่วยปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจได้แก่ลักษณะที่ต้องพึ่งพิง ความบกพร่องขั้นรุนแรงด้านความรู้ความเข้าใจ (CNS< 7) การมีรอยโรคที่สมองซีกขวา กลุ่มโสด การมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปและกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังป่วยภายในสามเดือน และหลังป่วยภายในสามเดือนปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่ไม่น่าพอใจได้แก่ลักษณะที่ต้องพึ่งพิงความบกพร่องขั้นรุนแรงด้านความรู้ความเข้าใจ โรคหลอดเลือดสมองแบบ Thrombosis การมีรอยโรคที่สมองซีกขวา กลุ่มที่โสดและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสรุปปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาหลังป่วย การปรับตัวมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจัดโปรแกรมการฟื้นฟูแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

เพ็ญศรี สิริวรารมย์[7] ได้ศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมาพบว่าผู้ป่วยมีวิธีในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลายวิธีร่วมกัน คือ การบริหารข้อต่อ การเดินจับราวการเดิน ปั่นจักรยาน และเดินเหยียบกะลามะพร้าว เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยหลายวิธีร่วมกัน คือ การบริหารข้อต่อ ฝึกการยืน/การเดิน ทำกายภาพบำบัด บีบนวด/นวดแผนไทยประคบสมุนไพร ผู้ป่วยร้อยละ 71.7 ฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยฝึกช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ร้อยละ 63.3 ผู้ดูแลร้อยละ 66.7 เคยได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและได้ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า มีสาเหตุมาจาก ผู้ป่วยมีอาการเกร็ง ปวดไหล่ หรือเจ็บเมื่อทำกายภาพบำบัด ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ และผู้ดูแลมีภาระงานมาก และอายุมาก ทำให้ไม่สามารถช่วยฟื้นฟูได้เต็มที่ และพบว่า ผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดีขึ้นร้อยละ 67.4 และร้อยละ 21.0 สามารถจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคม ดีขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ฟื้นฟูไม่ต่อเนื่องมีเพียงร้อยละ 29.4 ที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดีขึ้น และมีเพียงร้อยละ 6.0 ที่สามารถจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคม ดีขึ้น แต่มีถึงร้อยละ 6.0 จัดการตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมลดลง

นอกจากนั้น บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์[8] ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001และ คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปจากการศึกษาในประเทศไทยแม้จะไม่ได้มีโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่แต่มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องไปจนถึงชุมชนและแสดงให้เห็นว่าซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและหากผู้ดูแลได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

ปิยรัตน์ ตวงสิน[9]ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.266, p < .006$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = 0.035, p = 0.72$) เมื่อวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแล มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแล ($\beta = -0.338, p < .001$) ส่วนการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อภาระการดูแล โดยผ่านทางการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ($\beta = -0.11$) และการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล มีอิทธิพลโดยตรงกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล ($\beta = 0.411, p < .001$) ดังนั้น พยาบาลควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้และสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จึงเห็นได้ว่าการช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตามควรมุ่งเน้นในการสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้นเพื่อลดภาระที่จะเกิดขึ้น กษมาเชียงทอง[10] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเด็นความเชื่อด้านสุขภาพอาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองควรมีการนำปัจจัยต่างมาประกอบในการจัดทำโปรแกรมที่เหมาะกับประเทศไทยต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคดังกล่าว

3. ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยสรุปลักษณะที่สำคัญของโปรแกรมได้ดังนี้

3.1) โปรแกรมการจัดการตนเองที่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model)

Cheng, Cunningham, Towfighi, Sanossian, Bryg, Anderson, et al.[11] ทำการทดลองแบบสุ่มเพื่อประสิทธิผลของการใช้ โปรแกรม สอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ (Systemic Use of stroke Averting Interventions) ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากบ้านสู่โรงพยาบาลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะการใช้ชีวิต ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การรับรู้คุณภาพการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต โปรแกรมนี้ใช้รูปแบบของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลต่อเนื่องและ การใช้ทรัพยากรชุมชนมีการสอนกลยุทธ์การจัดการตนเอง และมีการใช้ผู้จัดการรายกรณี โดยใช้กลุ่มทดลองจำนวน 205 คน และกลุ่มควบคุม 205 คน

ผลการศึกษาไม่มีรายละเอียด

ลักษณะโปรแกรม

เป็นโปรแกรม 12 เดือนมีการให้ความรู้มีการเพิ่มสอนเทคนิคเรื่อง การจัดการตนเอง สอนการแก้ไขปัญหา มีการทำกลุ่ม มีการกระตุ้น ให้ความรู้โดยมีการใช้ผู้จัดการรายกรณี มีการสอนในการติดตามประเมินตนเองโดยการวัดความดันโลหิตจุดเด่นคือ มีการ ให้ การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการให้ความรู้โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองมีการใช้เทคนิคต่างๆ สอนการแก้ไขปัญหา มีการใช้ผู้จัดการรายกรณี ฝึกทักษะให้ทำเองมีการสอนในการติดตามประเมินตนเองมีการใช้องค์ประกอบของการส่งมอบบริการการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่นมีการโทรศัพท์ติดตามผลต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) พยาบาลตามเยี่ยมบ้าน

2) ทำกลุ่มครั้งที่1 ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดลือดสมองปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยา การใช้ทรัพบากรชุมชน

3) วัดและประเมินจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ระดับไขมันในเลือด

4) ทำกลุ่มครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกลยุทธ์ในการเพิ่มการจัดการตนเองในการจัดการกับโรค เช่น การปรับวิถีชีวิตในการรับปรทานอาหาร และกิจกรรมทางกาย

5) พยาบาลตามเยี่ยมบ้าน

6) วัดและประเมินจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

7) ทำกลุ่มครั้งที่ 3 ประกอบด้วยผู้จัดการรายกรณี เน้นย้ำเนื้อหาที่นำเสนอในการทำกลุ่มครั้งก่อนรวมถึงปัญหาที่มี หลังจากนั้นจึงสรุปเนื้อหาสั้นๆ ในแต่ละครั้งที่มีการทำกลุ่ม ทั้งหมด 3

ครั้งผู้จัดการรายกรณี ที่ดูแลกลุ่มต่างๆ จะกระตุ้นและช่วยกันเสริมเนื้อหา แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเผชิญความท้าทายที่แตกต่างกันออกไปในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยแต่ละคนและมีการโทรศัพท์ตามเยี่ยมเพื่อประสานงานและให้การช่วยเหลือกลุ่มทดลองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 และระหว่างการทำกลุ่มกับภายหลังจากเยี่ยมบ้าน จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะประเมินผลการได้รับโปรแกรมฯ ดังนี้

8) เดือนที่ 12 มี วัดและประเมินจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองติดตามค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว ระดับไขมันในเลือด

3.1.1) โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ในปี 2009Jones, Mandy& Partridge[12] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้หนังสือในผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยทำเป็นโปรแกรมรายกรณี ใช้ระยะเวลา 14 สัปดาห์ประกอบไปด้วยเนื้อหา4 ตอนดังนี้

1) ตอนที่ 1เป็นการหาแหล่งที่มาในการสร้างสมรรถนะในตนเองจากประสบการณ์การเจ็บป่วย ความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองและผลที่ได้รับตามมาของแต่ละคน เช่น ตั้งคำถามว่า พวกเราสามารถพยายามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากจุดเล็กๆไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้นได้อย่างไร
2) ตอนที่ 2เปิดโอกาสให้แต่ละคนเล่าเรื่องถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและความทุพพลภาพที่ได้รับจากโรคหลอดเลือดหลอดสมอง
3) ตอนที่ 3 ให้ยกตัวอย่างเกี่ยวกับกลยุทธ์ ที่แตกต่างกันในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่ประสบมานั้นจนประสบความสำเร็จ หรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิต
4) ตอนที่4 ให้ทุกคนจดบันทึกสิ่งที่อยากจะสร้างให้กับตนเอง ที่คาดว่าจะทำให้ประสบผลสำเร็จ

ผลการศึกษาพบว่ามีคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และ การควบคุมการฟื้นตัว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คะแนนความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kendall et al[13] ทำการศึกษาในระยะยาว ชนิดการทดลองควบคุมแบบสุ่มและติดตามไปข้างหน้าดูผลการใช้หลักสูตรการสอนการจัดการในโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองพบว่าระดับของการเข้าห้องเรียนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่าระดับของการรับรู้สมรรถนะในตนเองของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญผลจากงานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินผลลัพที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะของโปรแกรม

หลักสูตรนี้จะได้รับการสอนตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีการฟื้นฟูสภาพโดยจะทำการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ 2-3 เดือนแรกที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพและในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสภาพสูงสุดตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้คือ ตัวแปรที่เกี่ยวกับทางร่างกาย จิตใจ ตัวแปรทางด้านสังคมโปรแกรมนี้ จะจัดมีการเรียนรู้ในกลุ่มย่อยประมาณ 10-15 คน จัดสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง โด

คอร์สนี้จัดในชุมชน สอนโดย บุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วจากโปรแกรม Stanford Chronic Disease Self- Management Program (CDSMP) เนื้อหาในคอร์สนี้ จะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการคลายความเครียด โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม การสนับสนุน เพื่อเพิ่มการแก้ไขปัญหา การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการดูแลตนเองที่มีผลกระทบมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังผล

Cadilhac et al.[14] การทำการทดลองแบบสุ่มและควบคุมแบ่งเป็นสามกลุ่มโดยกลุ่มที่ได้รับการทดลองและการดูแลแบบมาตรฐานมีจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 48คน โดยการศึกษานี้ทำในออสเตรเลีย

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงและโปรแกรมโดยทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบข้อดีของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกแบบมาสำหรับผู้รอดชีวิต (self-management program designed for survivors : SSMP) คือ มีความเฉพาะต่อผู้ป่วยแต่ละราย มีการสอนต่อเนื่องติดต่อกันนาน ผู้สอนได้รับการอบรม ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายและตรงตามความต้องการทุกสัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยม

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมการทดลองมีสามแบบคือ

1) โปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกแบบมาสำหรับผู้รอดชีวิต (self-management program designed for survivors : SSMP) ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมากขึ้นไป ใช้เมื่อเทียบกับโปรแกรมโดยทั่วไปของStanford chronic condition -self-management program และการได้รับการพยาบาลตามปกติ
2) โดยโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์คัดเลือกเฉพาะผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และใช้ระยะเวลาต่อเนื่องติดต่อกันนาน
3) ใช้เฉพาะผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการอบรมจาก มูลนิธิโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (The National Stroke Foundation)
4) จัดหาข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายและตรงตามความต้องการทุกสัปดา

5) ทบทวนข้อมูลซ้ำในสัปดาห์อื่นๆ เพื่อมั่นใจว่าความรู้ที่ได้ยังอยู่ เกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะ โดยผู้ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีการติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง ผู้ช่วยสอนจะเยี่ยมจำนวนครั้งแตกต่างไป

6) การประเมินครั้งแรก 2-4 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรมฯ และ 6 เดือน

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ**Jones, & Riaziในปี 2011**[15] พบว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองทำให้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเป็นตัวทำนายและวัดความบกพร่องที่จะเกิดตามมาในผู้ป่วยได้โดย การรับรู้สมรรถนะในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางกาย การับรู้ต่อพฤติกรรมที่ควบคุมตนเอง

Lennon, McKenna, & Jones, ในปี 2013[16] ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ตั้งแต่มกราคม 2000 และตุลาคม 2012 พบว่ามีใช้ทฤษฎีของแบนดูรา[2]ซึ่งมีพื้นฐานมาจากปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโดยมีถึง 4 การศึกษาใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของมหาวิทยาลัย (the Stanford Chronic Disease Self-Management Programme) โดยมีการนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีการเพิ่มเติม เนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตัวอย่างลักษณะของโปรแกรมที่ทำ ในโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ทฤษฎีของแบนดูรามีทั้งหมด 6 ตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) อธิบายเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนในโรคหลอดเลือดสมองการฟื้นจากโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับความกลัวในผู้ที่รอดชีวิต

2) การรับบริการเพื่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การนัดหมายเข้ารับบริการ การฟื้นตัว การปฏิบัติตัวที่บ้าน

3) การส่งส่งเสริมการมีกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการมีส่วนร่วมกับครอบครัว

4)การปรับตัวในตัวและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการ 5.การลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5) การปรับตัวในบทบาทใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6) การติดตามเยี่ยมผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ทรัพยากรในชุมชน ตามความต้องการผลจาการการใช้โปรแกรมดังกล่าว พบว่ามีการทดลอง 6 การศึกษาใน 9 ของงานวิจัยแบบทดลองและสุ่มพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้เข้าร่วมการทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ด้านความมั่นใจในการฟื้นตัว คุณภาพชีวิตของครอบครัวและการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็กมีการเพิ่มขึ้นของ ความรู้ที่เกี่ยวกับ โรคหลอด

เลือดสมองระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีตั้งแต่ 24 วัน จนถึง 4 ปี มีเพียง 2 การศึกษา ที่ระบุว่าจะต้องได้รับโปรแกรมภายใน 1 เดือน

3.1.2 การใช้การเรียนการสอนทางไกลโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

Taylor, et al.[17]ศึกษาความเป็นไปได้ ในการใช้การประชุมทางไกลโดยใช้วิดีโอคอนเฟอเรนส์ในการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ชนบท ในประเทศแคนาดา โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Moving On after Stroke (MOST®; Baycrest, Toronto, Canada)เป็นโปรแกรม ที่มีกิจกรรมหลายรูปแบบชนิดการให้ความรู้การจิตศึกษา และมีการฝึกหัดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านการจัดการศึกษา การทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกหัดปรับให้เข้ากับการสื่อสารทางสุขภาพทางไกล ร่วมกับ การสนับสนุนการวิจัยในพื้นที่

4.ผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง

Boger, Demain& Latter[18] ได้ทบทวนวรรณกรรมด้านผลลัพธ์ ทีนำมาใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยที่พบมีทั้งให้intervention เป็นรายบุคคล ใช้workbook interventions สอนการจัดการตนเองรายกลุ่มที่ออกแบบไว้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะผู้สอนเป็นทั้งบุคลากรสาธารณสุข พยาบาลเฉพาะทาง นักวิจัย และบุคคลทั่วไปที่มีความชำนาญ ระยะของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งทำการศึกษาหลังระยะการฟื้นหายเฉียบพลัน (น้อยกว่าสามเดือนภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง) การดูแลฟื้นหายในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน กลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่างานวิจัยจะศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง แต่ไม่มีการศึกษาไหนที่วัดการจัดการตนเองแต่จะวัด ตัวที่จะสะท้อนหรือนำไปสู่การจัดการตนเองดังได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนั้นมีทั้งการวัดเจตคติ ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การจัดการตนเอง การใช้ทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา แม้ว่าจะไม่ได้มีกลไกเชิงทฤษฎีที่มาอธิบายความเชื่อมโยงกันของแนวคิดเหล่านี้กับการจัดการตนเองอย่างกระจ่างก็ตามในเบื้องต้นการตรวจสอบพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าทำให้เกิดขึ้นโดยเฉพาะในโรคที่จะมีภาระโรคเพิ่มขึ้นต่อระบบทรัพยากรการดูแลสุขภาพและสังคมและนำไปสู่การลดค่าใช้จ่าย โดยสมมติฐานเบื้องต้นอยู่ที่การจัดการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพถ้ามีการวางแผนการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นควรมีการวางแผนประเมินผลสองประการ 1) ต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้หรือไม่ 2) ผลที่ตามมาในการดูแลสุขภาพตนเองคืออะไร สุขภาพดีขึ้นไหม

ดำเนินการการจัดการดูแลตนเองเพื่อที่จะตอบคำถามในสองประเด็นดังนี้ 1) ทำให้เกิดข้อสงสัยที่จะประเมิน ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองว่าควรประเมินผลลัพธ์อะไร ความคุ้มทุน ผลที่เกิดขึ้นทางคลินิก 2) ถ้าการสร้างโปรแกรมอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีที่ไม่ชัดเจน จึงทำให้ยากที่จะวัดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นคำถามที่ตามมาคืออิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร การวัดผลของโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างไรจึงเหมาะสม

5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Self-management programmes ส่วนใหญ่จะทำงานวิจัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตแล้ว และทำในชุมชน หรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และยังมีการทำโปรแกรมที่บ้านมีทั้งที่ทำโดยทำโดย healthcare professionalsและ กลุ่มอาสาสมัคร ลักษณะโปรแกรมที่ให้ก็มีแตกต่างกัน โดยมีการใช้ทฤษฎีที่ต่างกันบ้าง แต่ส่วนใหญ่ใช้ใช้ทฤษฎีของแบนดูรา[2]ซึ่งมีพื้นฐานมาจาก Social Cognitive Theoryซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยลักษณะการสอนมีทั้งสอนเป็นกลุ่มและสอนตัวต่อตัว เนื้อหาที่ให้เนื้อหาของโปรแกรมการจัดการตนเอง มีหลายองค์ประกอบแตกต่างกันในแต่ละการศึกษามีเช่นมีตั้งแต่การให้ความรู้ การใช้ DVD กรณีศึกษาตัวอย่าง การให้ออกกำลังกาย (exercise sessions) การถามการแก้ปัญหา(problem solving quizzes) คู่มือ(workbooks) การศึกษาทางไกลที่มีเหมือนกันทุกการศึกษาคือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือ การติดตาม problem solvingการวัดผลลัพธ์ มีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีการวัด social health Status, ความรู้, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ความพึงพอใจในการให้ ความเป็นไปได้(feasibility)จาการศึกษา พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลที่ดีกว่าจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประเด็นเรื่องยังไม่รู้ และต้องทำวิจัยต่อไปโดยน่าจะเน้นการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมในการและค้นหาแนวทางใหม่ในการส่งต่อมอบการดูแลที่ต่อเนื่องและสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเน้นการมีส่วนร่วมของขุมชนโดยสามารถใช้กรอบแนวคิดการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเป็นแนวคิดในการสร้างกลไกในการทำงานเชิงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดภาระที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stetler C, Allan J. Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. Worldviews Evid Based Nurs. 2005;2(3):113-21.
2. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997
3. Jones F, Riazi A, Norris M. Self-management after stroke: time for some more questions? Disabil Rehabil. 2013 Feb;35(3):257-6.
4. Damush TM, Ofner S, Yu Z, Plue L, Nicholas G, Williams LS. Implementation of a stroke self-management program: A randomized controlled pilot study of veterans with stroke. TranslBehav Med. 2011 Dec;1(4):561-72.
5. Korpershoek C, van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. J Adv Nurs. 2011 Sep;67(9):1876-94.
6. แสงแก้ว ราชภักดี. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 3 เดือนเดือนหลังเจ็บป่วย; 2549.
7. เพ็ญศรี สิริวรารมย์. สภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในอำเภอ หนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา; 2550
8. บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; 2549.
9. ปิยรัตน์ ตวงสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลการได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; 2545.
10. กษมาเชียงทอง(สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการจัดการโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตุลาคม; 2554.
11.Cheng EM, Cunningham WE, Towfighi A, Sanossian N, Bryg RJ, Anderson TL, et al. Randomized, controlled trial of an intervention to enable stroke survivors throughout the Los Angeles County safety net to "stay with the guidelines". CircCardiovascQual Outcomes. 2011 Mar;4(2):229-34.10.Jones, Mandy& Partridge
12. Jones F, Mandy A, Partridge C. Changing self-efficacy in individuals following a first time stroke: preliminary study of a novel self-management intervention. ClinRehabil. 2009 Jun;23(6):522-33.
13. Kendall E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, Charker J. Recovery following stroke: the role of self-management education. SocSci Med. 2007 Feb; 64(3):735-46.

14. Cadilhac DA, Hoffmann S, Kilkenny M, Lindley R, Lalor E, Osborne RH, et al. A phase II multicentered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. Stroke. 2011 Jun;42(6):1673-9.

15. Jones F, Riazi A, Norris M. Self-management after stroke: time for some more questions? Disabil Rehabil. 2013 Feb;35(3):257-6

16. Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: systematic review. ClinRehabil. 2013 Oct;27(10):867-78.

17. Taylor DM, Cameron JI, Walsh L, McEwen S, Kagan A, Streiner DL, et al. Exploring the feasibility of videoconference delivery of a self-management program to rural participants with stroke. Telemed J E Health. 2009 Sep; 15(7):646-54.

18.Boger EJ, Demain S, Latter S. Self-management: a systematic review of outcome measures adopted in self-management interventions for stroke. DisabilRehabil. 2013 Aug;35(17):1415-28.

---

5) ผลการวิเคราะห์ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด 50 เรื่อง งานวิจัยจำนวน 25 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาครั้งนี้ และมีงานวิจัยจำนวน 25 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยและต่างประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยจำนวน 25 เรื่องการจัดการตนเอง (Self-management) 16 เรื่อง และการสนับสนุนในการจัดการตนเอง (Self-management support) 4 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 เรื่อง

การประเมินผลข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (Data evaluation)

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ทีกำหนดจำนวน 25 เรื่อง เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองสุ่มแบบปกปิด (Randomized controlled trials) จำนวน 4 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลอง Experimentalstudy จำนวน 7 เรื่อง Quasi-experimental จำนวน 4 เรื่อง Descriptive study จำนวน 1 รวมเป็น 10 เรื่อง

ผลการสืบค้นได้นำเสนอในของตาราง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Pubmed	1. Blickem C, Blakeman T, Kennedy A, Bower P, Reeves D, Gardner C, et al. The clinical and cost-effectiveness of the BRinging Information and Guided Help Together (BRIGHT) intervention for the self-management support of people with stage 3 chronic kidney disease in primary care: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013;14(1):1-11.	RCT Level II
Pubmed	2.Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wu IW, Lee CC, Wu MS. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. Nephrol Dial Transplant. 2011;26(11):3560-6.	RCT Level II
Pubmed	3. Choi ES, Lee J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012;42(7):1070-8.	RCT Level II
Pubmed	4.Byrne J, Khunti K, Stone M, Farooqi A, Carr S. Feasibility of a structured group education session to improve self-management of blood pressure in people with chronic kidney disease: an open randomised pilot trial. BMJ open. 2011;1(2):e000381.	RCT Level II
ProQuest	5.Kazawa K, Moriyama M. Effects of a self-management skills-acquisition program on pre-dialysis patients with diabetic nephropathy. Nephrol Nurs J. 2013;40(2):141-8; quiz 9.	Experimental Level III
Science direct	6. Lin CC, Tsai FM, Lin HS, Hwang SJ, Chen HC. Effects of a self-management program on patients	Experimental study

	with early-stage chronic kidney disease: a pilot study. Appl Nurs Res. 2013;26(3):151-6.	Level III
Pubmed	7. Su CY, Lu XH, Chen W, Wang T. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. Journal of advanced nursing. 2009; 65 (7):1381-9.	Quasi-experimental Study Level III
Pubmed	8.Lingerfelt KL, Thornton K. An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. Nephrol Nurs J. 2011;38(6):483-8; quiz 9.	Quasi-experimental Study Level III
Pubmed	9. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrology Nursing Journal. 2008;35(2):147-56.	Descriptive study Level VI
Pubmed	10. Thomas N, Bryar R, Makanjuola D. Development of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease (CKD). Journal of renal care. 2008;34(3):151-8.	Descriptive study Level VI
Pubmed	11. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. Int J Nurs Stud. 2014;51(2):208-16.	Descriptive study Level VI
willyinterscience	12.Su CY, Lu XH, Chen W, Wang T. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. Journal of advanced nursing. 2009;65(7):1381-9.	Descriptive study Level VI
Proquest	13. Sarian M, Brault D, Perreault N.Self-management support for peritoneal dialysis patients. CANNT Journal. 2012;22(3):18-24.	CQI CCM Level IIV
ThaiLis	14.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, ภารดี นานาศิลป์. Pacific Rim	Descriptive study Level VI

	Int J Nurs Res. 2555 ; 16(4) 277-293.	
ThaiLis	15. ชัญญาภัค ชาญประโคน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังจากเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.	Experimental study Level III
ThaiLis	16. ศุภรา โถตันคำ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.	Experimental study Level III
ThaiLis	17. พนิดา โยวะผุย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.	Experimental study Level III
ThaiLis	18.สุรดา โพธิ์ตาทอง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 255515(1), 31-39.	Experimental study Level III
ThaiLis	19.โสภา บุตรดา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ต่อภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. Journal of Sakonnakhon Hospital; 2554: 15(1),40-49.	Experimental study Level III
ThaiLis	20. จิราภรณ์ ชูวงศ์ และ เจียมจิตโสภณสุขสถิตย์. ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ: 2554: 5(2), 41-50.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	21. สุพิชา อาจคิดการ. พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไต เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. (วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.	Quasi-exerimental Level III

ThaiLis	22. บุญต่าย สิทธิไพศาล. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.	descriptive study Level VI
ThaiLis	23. สุธาสินี วีระเดช. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.(วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาลัยขอนแก่น; 2554.	descriptive study Level VI
ThaiLis	24. แสงรวี มณีศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิยาลัยมหิดล; 2553.	descriptive study Level VI
ThaiLis	25. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.(วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.	descriptive study Level VI
	รวม	25

สำหรับระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่1:หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	0
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	4
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม	10
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	0
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	11
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	0
รวม	25

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้ง 23 เรื่อง ไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับปัจจัย แต่จากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลอง 3 เรื่อง พบว่า มีการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ที่บ่งบอกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองหรือที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและจากการค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มเติมอีก 4 งานวิจัยพบงานปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. อายุ (age)

สุพิชา อาจคิดการลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาศุขะ[1]อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(β= .177, $p < .05$)และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ลินจง โปธิบาล ดุสิต ล้ำเลิศกุล และทิพาพร วงศ์หงส์กุล[2] พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่า อายุมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการจัดการตนเองโดยผ่านสมรรถนะแห่งตนเช่นกัน (β= .264, $p < .01$)

2. โรคร่วม (comorbidity)

การมีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ พบว่า มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น การศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในเขตภาคเหนือของไทย พบว่า โรคร่วมมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการจัดการดูแลตนเอง (β= -.263, $p < .001$)[2]

3. ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย (illness identity)

ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่พบว่ามีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตภาคเหนือของไทย (β= -.226, $p < .001$)[7]ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยประกอบด้วยการประเมินประสบการณ์และความรุนแรงของความเจ็บป่วย (assessing experiences and severity of illness) ซึ่งลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของภาพสะท้อนความคิดต่อการเจ็บป่วย (illness representation)[2]

4. สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

สมรรถนะแห่งตนหมายถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สำเร็จเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แน่นอน[15]พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหลายการศึกษา เช่นการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการลินจง โปธิบาล และดวงฤดี ลาศุขะ[1] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 110 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง (β= .222, p < .01) การศึกษาของ ศิริธร สง่ากุล[3] พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม($p < .05$)และการศึกษาของ ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ ลินจง โปธิบาล ศิริรัตน์ ปานอุทัย ดุสิต ล้ำเลิศและ ภารดี นานาศิลป์[4] พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ($\beta = .51$, $p < .01$) นอกจากนี้การศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ[2] ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในแผนกไตและไตเทียม 6 แห่ง ในเขตภาคเหนือของไทย จำนวน 110 ราย พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง ($\beta = .425$, $p < .001$) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยชาวจีนที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 216 ราย ณ ศูนย์ล้างไตของโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเอง ($\beta = .220$, $p < .01$)[5]

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการและคณะ[1] ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .314$, $p < .001$) การศึกษาของ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ[2] พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตภาคเหนือของไทย ($\beta = .200$, $p < .01$) และยังมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .513$, $p < .01$) และการศึกษาของ ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ[4] ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta = .13$, $p < .05$) และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .18$, $p < .05$) ในการศึกษานี้ยัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมโดย

ผ่านสมรรถนะแห่งตน (β = .30, p < .01) นอกจากนี้การศึกษาของ Li, Jiang, & Lin[5] ในผู้ป่วยชาวจีนที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเอง (β = .198, p < .01)

6. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease knowledge) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (self-care knowledge)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสาเหตุ การวินิจฉัยและการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Li, Jiang, & Lin[5]พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชาวจีนที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ (β = .241, p < .001) ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ[4]พบว่า ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการจัดการตนเอง (β = .13, p < .05) และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านสมรรถนะแห่งตน (β = .12, p < .05) ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้ สุพิชา อาจคิดการ และคณะ[1] ได้รายงานว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสามารทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (β = .275, p < .001)

Cueuto-Manzano Martinez-Ramirez และ Cortes-Sanabria[6] ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า การให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีเนื้อหาครอบคลุมการจัดการด้านอารมณ์ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตดีขึ้นในทุกด้าน ส่วนด้านอาการทางคลินิกและผลทางชีวเคมี พบว่า 1) ระดับ systolic blood pressure ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงมีระดับ systolic blood pressure ลดลง 2) ค่าดัชนีมวลกายและขนาดรอบเอวมีขนาดลดลงทุกกลุ่มโรค 3) อัตราการกรองผ่านไตมีปริมาณเพิ่มขึ้นในกลุ่มเบาหวานและน้ำหนักเกินหรืออ้วน และ 4) ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับลดลงในกลุ่มเบาหวานและน้ำหนักเกินหรืออ้วน ส่วนระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และอัลบูมินในปัสสาวะไม่พบการเปลี่ยนแปลงในทุกกลุ่มโรค และทุกกลุ่มโรคไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาและยา และไม่พบการเกิดโรคไตเรื้อรัง

การศึกษาของ Choi & Lee[7]พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองแบบตัวต่อตัวซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มเล็กร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลโดย แพทย์ พยาบาล และ นักโภชนาการ เนื้อหาในการให้ความรู้ในการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับ ระยะของโรค อาการ การรักษา และการจัดการตนเอง 2) อาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสารอาหารและสมดุลเกลือแร่ 3) ชนิดและกระบวนการในการบำบัดทดแทนไต และ 4) การเพิ่มแรงจูงใจ และความสามารถในการจัดการตนเอง ทำให้ความรู้และการปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lin, Lin CC, Tsai FM, Lin HS, Hwang SJ, Chen HC[8]พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่มที่มีการผสมผสานระหว่างการสอน การให้ดูวิดีโอ การอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแนะนำ การสาธิต การใช้คู่มือการสอน การสื่อสารเช่น ใช้โทรศัพท์ และการ self-monitoring ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดการดำเนินของโรคได้เป็นอย่างดี

7. การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา (cognitive function)

การทำหน้าที่ด้านสติปัญญาหรือความคิดมีความสำคัญต่อการแก้ปัญหา การตัดสินใจและการเรียนรู้ในการจัดการดูแลตนเอง[9,10] การทำหน้าที่ด้านสติปัญญาเป็นคุณลักษณะหนึ่งของสภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ซึ่งหมายถึง การรู้บุคคล เวลา และสถานที่ การมีสมาธิ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และความจำ[11,12.13]ดังนั้นถ้ามีการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาหรือความคิดบกพร่องก็จะส่งผลต่อการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ[4]ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า การทำหน้าที่ด้านสติปัญญาหรือความคิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผ่านสมรรถนะแห่งตน (β = .35, p < .001)

8. การทำหน้าที่ทางร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrument Activities of Daily Living [IADLs])

การทำหน้าที่ทางร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง เป็นมิติหนึ่งของการทำหน้าที่ทางกาย (physical function) ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนและเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบด้วย การเดินนอกบ้าน (walking outdoor) การประกอบอาหาร (cooking) การทำงานบ้านแบบใช้แรงมาก (doing heavy house work) การใช้เงิน (using money) และเดินทางด้วยรถสาธารณะ (using public transport)[14] และการศึกษาของ **ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ**[4]พบว่า การทำหน้าที่ทางร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง (β= .18, p < .05) และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านสมรรถนะแห่งตน (β= .30, p < .05) ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

9. ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินควรและนานเกินไปแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผลก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยมักมีความรู้สึกด้อยค่ารู้สึกผิดอยากตายมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานกิจวัตรประจำวันและการสังคมทั่วไป[15]**Li**[5] พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการจัดการดูแลตนเองโดยตรงทางลบ (β = -.220, p < .01) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 3 วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากงานวิจัยเชิงทดลองจำนวนทั้งสิ้น 15 เรื่อง สามารถจำแนกวิธีการปฏิบัติในการส่งเสริมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การควบคุมตนเอง (self-regulation) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based learning) การให้ความรู้ด้วยวิธีต่างๆ(การให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยายโดยนักสุขศึกษา การให้ความรู้โดยการใช้สื่อผสมการให้ความรู้โดย สอนโดยใช้สื่อผสมแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันการให้ความรู้แบบการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ (active learning) การให้ความรู้แบบมีโครงสร้าง และการสนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งในแต่ละวิธีนั้นมีรูปแบบสาระที่แตกต่างกันรวมถึงมีข้อจำกัดของการรายงานข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลด้วยการวิเคราะห์เมต้าได้ ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการทบวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหาโดยมีรายละเอียดในแต่ละหมวดดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองที่สูงขึ้นและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า มีงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 3 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติการจัดการตนเองดังต่อไปนี้

Moattari และคณะ[16]ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อสมรรถนะแห่งตน คุณภาพชีวิต ตัวชี้วัดทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดไตด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ เนื้อหาและวิธีการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลมีจำนวน 4 ครั้ง โดยผู้ป่วยจะได้รับการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นและการตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและการแก้ปัญหาการตั้งเป้าหมายจะเป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพและเขียนเป็นข้อตกลงในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ส่วนการปรึกษารายกลุ่ม (ประมาณ 12-13 คน) เป็นการดำเนินการโดยพยาบาลจิตเวช 2 ครั้ง ๆ ละ 1.5-2 ชั่วโมง ซึ่งเน้นที่การจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การจูงใจ มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการติดตามทางโทรศัพท์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การตัดสินใจ และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตและค่า น้ำหนักตัวเพิ่มระหว่างการฟอกเลือด(interdialytic weight gain[IDWG])ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนค่าฮีโมโกลบิน(hemoglobin [Hb]), ฮีมาโทคริต (hematocrit levels[Hct])เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Tsay& Hung[17]ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจคือพยาบาลที่จบการศึกษาปริญญาโทและเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับโรคไต (nephrology clinical nurse [CNS]) เป็นผู้ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 3 ครั้ง/สัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย การพัฒนาทักษะและการตระหนักรู้ในการกำหนดเป้าหมาย, การแก้ปัญหา, การจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการจูงใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตสังคม ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการบรรลุเป้าหมายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Byrneและคณะ[18]ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้โดยการสอนแบบกลุ่มที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based structured group educational intervention [CHEERS])เพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังผู้ดำเนินการสอนคือบุคลากรทางสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคไตและความดันโลหิตสูง ยา อาหาร และการควบคุมความดันโลหิตการใช้ประสบการณ์และความชำนาญในการสนับสนุนทางบวกและเพิ่มแรงจูงใจ เพิ่มทักษะการจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่ม กลุ่มละ 2-6 คน ครั้งละ 2.5 ชม. เป็นเวลา 3 เดือน ครั้งสุดท้ายให้นำเพื่อนหรือผู้สนับสนุนมาด้วย และแบ่งเป็น 8 กลุ่มในการแนะนำการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การอภิปรายกิจกรรมการแก้ปัญหา(problem solving activities)และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อ ครบ 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่าง เขียนเป้าหมายเป็นการเตือนความจำส่งกลับทางจดหมาย และมีการให้การสนับสนุนและคำแนะนำโดยพยาบาลทางโทรศัพท์และอีเมล์ผลการศึกษาแบบนำร่องพบว่า ไม่สามารถที่จะสรรหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะเข้าร่วม และระยะเวลาในการทำวิจัยเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถหากุล่มตัวอย่างได้มากกว่านี้ และทำให้การหยุดการเข้าร่วมวิจัยนี้เกิดขึ้นในอัตราที่สูง แบบประเมินความพึงพอใจใน The structured CHEERS patient education intervention ได้รับการตอบกลับจำนวนน้อย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่เข้าฟัง ในการให้ความรู้เพิ่มเติมนอกเหนือจากการให้ความรู้ที่จัดให้ในโครงการวิจัย

2.การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)

Sharpและคณะ[19]ใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral intervention) ที่พัฒนาที่ Glasgow University ต่อการจัดการตนเองด้านการจัดการสารน้ำ คุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านอารมณ์ รวมทั้ง attributions และความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมสารน้ำในร่างกาย ลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม 10 สัปดาห์ รายกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้ การเทคนิคการปรับพฤติกรรมและความคิด คู่มือการรักษาและเทปเสียงในการปฏิบัติตัวที่บ้านในกลุ่มทดลองจะถูกแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-8 คน ทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แนวปฏิบัติที่ใช้จะมีส่วนของการให้ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดสารน้ำ เทคนิคทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม การตั้งเป้าหมายและการควบคุมตนเอง ส่วนของความคิด (cognitive part) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถเกิดตระหนักรู้จากภายในรวมทั้งการประเมินความเป็นเหตุผลและความถูกต้องของความเชื่อของตนที่ใช้ในการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม มีวิธีการจัดการกับอาการ การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม โดยมีคู่มือการดำเนินการสำหรับผู้ที่เป็นพี่เลี้ยง(facilitation)และให้คู่มือการรักษา แบบบันทึกต่าง ๆ และเทปเสียงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน มีการเก็บข้อมูลระหว่างการได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 4) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรเพียง 3 ตัว ได้แก่ สุขภาพจิต (mental health)บทบาทางอารมณ์(role-emotional)และ attrition C ซึ่งเป็นความยากลำบากในการควบคุมสารน้ำ ส่วนผลระยะยาวที่วัดที่ 10 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของค่าน้ำหนักตัวเพิ่มระหว่างการฟอกเลือด(IWG) และ ความเชื่อด้านสุขภาพ (health beliefs)ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลระยะยาวต่อน้ำหนักตัว และไม่ทำให้เกิดปัญหาความวิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

Suและคณะ[20] ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อสุขภาวะ (well-being) ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยการสอนเป็นกลุ่มการสอนรายบุคคล การฝึกทักษะ การให้ความรู้ผ่านเอกสารแผ่นพับ การดูวีดีโอการติดตามทางโทรศัพท์อีเมลล์ไปรษณีย์ และเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่มาที่คลินิกจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[21]ซึ่งจะใช้วิธีการ skill mastery, reinterpretation อาการที่เกิดขึ้น, modeling และ social persuationโดยทีมสหสาขาวิชาที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการแพทย์ประจำบ้านผู้ป่วยที่เชี่ยวชาญ (expert patients) ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และทักษะการดูแลตนเองตามเนื้อหาที่กำหนดไว้

ในหลักสูตรในช่วงที่ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกโรคไตทุก ๆ เดือน จากการประชุมกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การฝึกหัดผู้ป่วย จากเอกสาร แผ่นพับ และวิดีโอ จะมี PD nurse ดูแลผู้ป่วย 30-50 ราย ต่อพยาบาล 1 คน ซึ่งจะให้ข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วย กระตุ้นผู้ป่วยให้ถามคำถามและสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ แนะนำเมนูอาหาร พยาบาลจะเป็นผู้นำเสนอข้อมูลในการประชุมทีมทุกเดือนเพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและพยายามให้บรรลุตามเป้าหมายหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวม การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการปรับเปลี่ยนอาหารและสารน้ำและสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ kt/v urea และ Ccr. คงที่ ปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน และการดึงน้ำออกไม่เพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำในร่างกายดีขึ้น น้ำหนักตัว systolic BP Procedure Performance และอัตราชุกของความดันสูงลดลงอย่างต่อเนื่อง plasma Na และ total sodium removal ลดลงอย่างต่อเนื่อง น้ำหนักตัวลดลงและการฟื้นสภาพดีขึ้น

4. การควบคุมตนเอง (self-regulation)

การศึกษาของLinและคณะ[22]ใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยใช้การควบคุมตนเองและเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะแรก ในผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 33 คน ในโรงพยาบาลทางตอนใต้ของไต้หวัน ระยะเวลาของโปรแกรม 5 สัปดาห์ จัดการสอนแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน ครั้งละ 90 นาทีทุกสัปดาห์

ลักษณะของโปรแกรม

1) อธิบายความสำคัญของการควบคุมโรคไตเรื้อรัง โดยให้ดูวีดิทัศน์การจัดการตนเองและให้ระบุขั้นตอนการควบคุมตนเองที่ได้เรียนรู้จากวีดิทัศน์ และสรุปกระบวนการควบคุมตนเองที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติต่อไป

2)อภิปรายปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการจัดการตนเองให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างในการเรียงลำดับปัญหาสาธิตการสังเกตและการบันทึกกิจวัตรประจำวันโดยใช้ self-monitoring workbook ที่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตวิธีการ self-monitor และมีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

3) ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ self-monitorในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมที่ควรจะเป็นในการจัดการกับโรค ระบุเป้าหมายของแต่ละบุคคลและอภิปรายวิธีการที่จะบรรลุถึงเป้าหมาย ให้รางวัลกับผู้ที่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย และติดตามความก้าวหน้ารายบุคคลทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

4) การให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนและร่วมอภิปรายประสบการการควบคุมตนเองในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ชี้แนะให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความก้าวหน้าต่อการบรรลุตามเป้าหมาย อภิปรายอุปสรรคและความยากลำบากในการดำเนินตามแผน วิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ พัฒนาวิธีการใหม่โดยการระดมสมอง ติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งเกี่ยวกับความก้าวหน้าของแผนใหม่

5) การตรวจสอบประสิทธิผลของวิธีการใหม่ ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการควบคุมตนเองที่ทำได้สำเร็จ ให้รางวัลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการควบคุมตนเอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมเป็นการผสมผสานการสอนการดูวิดีโอการอภิปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแนะนำ การสาธิต การใช้คู่มือการสอน การสื่อสารเช่นใช้ telephone & self-monitoring ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดการดำเนินของโรคได้เป็นอย่างดี

5. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)

การศึกษาของ Pagelsและคณะ[23] ให้บริการทางคลินิกที่ดำเนินการโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลโรคไต ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อจูงใจและปรับเปลี่ยนความคิดผู้ป่วยที่มาที่คลินิกจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เน้นการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ตามปัญหาของผู้ป่วย เพื่อจูงใจ ชี้แนะ และสนับสนุนผู้ป่วย ให้ความรู้ สนับสนุนการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตประจำวัน สุขภาวะและคุณภาพชีวิต รวมทั้งการตรวจสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง และจะได้รับเอกสารความรู้โรคไตเรื้อรังที่เป็นลักษณะไดอะรี่ (CKD Diary)ที่มีความรู้เรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับไตวายที่สามารถบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วย จำนวนครั้งและความถี่ที่มารับบริการจะขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย เก็บข้อมูลความสามารถในการดูแลตนเองในการมารับบริการครั้งแรกและความรู้เรื่องโรคในการมารับบริการ ในรายที่มีความต้องการการสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ และ/หรือ การควบคุมโรคให้ได้ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมาที่คลินิกโดยแพทย์

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่คลินิกของผู้ป่วยแต่ละคนจะเท่ากับ 1-8 ครั้ง เฉลี่ย 2.8 ครั้ง มีผู้มารับบริการมากกว่า2 ครั้ง ร้อยละ 80 โดยระยะห่างของการมารับบริการตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 7 เดือน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกมีสัดส่วนของการเลือกที่จะทำ self-care dialysis มากกว่า รวมทั้งเริ่มทำการล้างไตด้วยตนเอง(self-care dialysis) โดยมีการเข้าถึงแบบถาวรมากกว่ากลุ่มควบคุม และการเข้าถึงการล้างไตแบบฉุกเฉินน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

6. การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem base learning)

การศึกษาของ Mannsและคณะ[24]เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วย

1) การประเมินตนเองก่อนได้รับโปรแกรมด้วยการเขียนบรรยายวิธีการฟอกเลือกที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดีทัศน์และมอบหนังสือคู่มือการดูแลตนเองในการฟอกเลือก และใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้และเลือกวิธีการรักษากลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทั้งจำนวน35 คนได้รับความรู้ ผู้ป่วย 30 คนอยู่จนสิ้นสุดระยะที่ 1 และผู้ป่วย 28 คนอยู่จนสิ้นสุด

ระยะที่ 2หลังจากสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการเขียน 4 แบบแบบที่ 1 เลือกวิธีการฟอกเลือดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับคุณ มีเนื้อหาอธิบายความแตกต่างของวิธีการฟอกเลือดแต่ละชนิด ประโยชน์ของการฟอกเลือดด้วยตนเอง (self-care dialysis) เช่น ความยืดหยุ่นของตารางการฟอกเลือด (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง ด้วยตนเองที่บ้าน) ง่ายต่อการวางแผน (กรณีการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง) และความยืดหยุ่นของการรับประทานอาหารและน้ำ (กรณีการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง) ส่วนอีก 3 แบบที่เหลือให้ผู้ป่วยบรรยายรูปแบบการฟอกเลือดด้วยตนเอง (การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้าน (home hemodialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยตนเอง (self-care hemodialysis)

2) การให้ความรู้ จะดำเนินการหลังจากให้สื่อประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว 2 สัปดาห์ โดยจัดกลุ่มๆละ 3-6 คน(รวมสมาชิกในครอบครัวด้วย)โดยพยาบาลที่ดูแลก่อนการฟอกเลือด (pre-dialysis nurse)การให้ความรู้นั้นยึด problem-based learning มีการระดมสมองของผู้ป่วยในเรื่องประโยชน์และข้อเสียของการฟอกเลือดด้วยตนเอง (self-care dialysis) บนพื้นฐานของความรู้ที่มีอยู่ปัจจุบัน หลังจากนั้นแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มที่ problem-solved และกลุ่มdialysis scenario ให้อภิปรายและหาข้อสรุปร่วมกันถึงอุปสรรคของการฟอกเลือดด้วยตนเอง (self-care dialysis) และกลุ่มย่อยนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ถึงเหตุผลที่เลือกวิธีการฟอกเลือด สุดท้ายผู้ป่วยเลือกศึกษาเกี่ยวกับวิธีการฟอกเลือดที่ตนเองเลือกจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้นี้ถูกออกแบบโดยใช้หลักการของการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นความคิด(predisposing intervention [written manuals and video]) ในระยะที่ 1การปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ (enabling intervention [small group session]) ในระยะที่ 2ผลการศึกษาพบว่าการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างที่มีการเริ่มวางแผนการล้างไตด้วยตนเองแต่ไม่พบสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของการเริ่มวางแผนการดูแลตนเอง self-care dialysis หลังจากได้รับสมุดคู่มือ self-care dialysis booklets และดูวีดิทัศน์

7. การให้ความรู้ด้วยวิธีต่าง ๆ

การให้ความรู้ด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยายโดยนักสุขศึกษา การให้ความรู้โดยการใช้สื่อผสม การให้ความรู้แบบ active learning การให้ความรู้แบบมีโครงสร้าง ดังงานวิจัยต่อไปนี้

7.1 การให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษาของ **Choi & Lee**[7]ใช้โปรแกรมที่มีลักษณะที่เป็นการพบกันของผู้ให้โปรแกรมและผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแพทย์ 5 คน พยาบาล 5 คน และ นักโภชนาการ 3 คน ให้คำปรึกษารายกลุ่ม โดยใช้กลุ่มขนาด 3-4 คน ระยะเวลาในการดำเนินการให้ความรู้และการเสริมแรงโดยให้ความรู้และปรึกษาซ้ำโดยพยาบาล 4 สัปดาห์ และให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง 4 สัปดาห์ เนื้อหาในการให้ความรู้ ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค การ

จัดการตนเองด้านอาหารและการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งมีการเพิ่มแรงจูงใจและความสามรถในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่าความรู้และการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่ทำให้การทำหน้าที่ของไตเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของคิวโต **Cueto-Manzano AM, Martinez-Ramirez HR, Cortes-SanabriaL**[6] ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยทีมสาขาวิชาชีพ คือ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้ฝึกออกกำลังกาย และแพทย์ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อวิถีชีวิตและนิสัยการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีความสูงเสี่ยงในการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง และล้มเหลวในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ได้รับ ได้แก่ ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนจำนวน 51 คน (28%) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 45 คน (25%) และผู้ที่มีเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 คน (47%)จากหน่วยเวชศาสตร์ครอบครัวลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วยเนื้อหาในการให้ความรู้ ได้แก่

1) การจัดการด้านอารมณ์ ดำเนินการโดย นักสังคมสงเคราะห์

2) รูปแบบการบริโภคอาหาร โดยนักโภชนาการ

3) การออกกำลังกาย โดย ผู้ฝึกการออกกำลังกาย

4) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้ป่วยจะถูกนัดหมายให้มาพบทุกๆ 3 เดือน วัตถุประสงค์เพื่อ

1) ประเมินการบรรลุเป้าหมายทั้งส่วนบุคคลและเป้าหมายของกลุ่ม

2) จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จและความล้มเหลว

3) อาจมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือกำหนดเป้าหมายใหม่ในการพบกันครั้งต่อไป

4) ในกรณีที่มีผู้ป่วยบางรายต้องการการสนับสนุนเป็นรายบุคคลนั้น พยาบาลจะดำเนินการให้พร้อมให้การเสริมแรงนอกจากนี้ ในช่วง 1 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างจะเลือกหัวหน้ากลุ่มจากกลุ่มพวกเขาทั้งหมด ซึ่งจะทำหน้าที่ในการประสานงาน สร้างแรงจูงใจ ประเมินความต้องการและกำหนดการทำกิจกรรม (กิจกรรมทางด้านสังคม การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ) โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การสนับสนุน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าระดับ systolic blood pressure ในกลุ่มความดันโลหิตสูงลดลง สำหรับระดับ diastolic blood pressure ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ค่าดัชนีมวลกายและขนาดรอบเอวมีขนาดลดลงทุกกลุ่มโรค อัตราการกรองผ่านไตมีปริมาณเพิ่มขึ้นในกลุ่มเบาหวานและน้ำหนักเกินหรืออ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับลดลงในกลุ่มเบาหวานและน้ำหนักเกินหรืออ้วน และระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และอัลบูมินในปัสสาวะไม่พบการเปลี่ยนแปลงในทุกกลุ่มโรค

7.2 การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยายโดยนักสุขศึกษา

การศึกษาของYang WL, Zhang F, He L, Zhang AH, Wang T, Suzie B, et al. และคณะ[25]ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำนวน 2 รายด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการให้ความรู้ และวีดิทัศน์แนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต (SC-HD program) โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกตามโปรแกรมจำนวน 12 สัปดาห์โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การควบคุมระบบคุณภาพน้ำ และการใช้เครื่องฟอกเลือดด้วยตนเอง สำหรับการให้การศึกษาความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาสอนแบบบรรยาย เนื้อหาประกอบด้วย การทำงานของไตในภาวะปกติ โรคของไต การจัดการด้านอาหารสำหรับโรคไต และการฟอกเลือดบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือด การล้างไตผ่านเยื่อบุช่องท้อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต) และการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยพร้อมกับแจกเอกสารประกอบการสอนคนละ 1 ชุดใช้เวลา 60-75 นาที/ครั้ง ผู้สอนเป็นนักสุขศึกษาที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตศึกษาเรียบร้อยแล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำงานร่วมกันกับผู้ให้บริการทางแพทย์ เช่น การรายงานปัญหาหรืออาการในเวลาที่เหมาะสมต่อทีมโรคไตได้โดยตรง หรือสามารถตั้งคำถามหรือข้อสงสัยได้ รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำเป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี หลังจากฝึกในโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ แต่ไม่สามารถทำหัตถการที่ยากได้ เช่น การเตรียมเฮปาริน การปรับปริมาณการดึงสารน้ำออกจากร่างกาย การใส่สาย การต่อวงจร นอกจากนี้ยังมีคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้านเพิ่มขึ้นหลังจบโปรแกรม6 เดือน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ภายในระยะเวลา 1 ปี

7.3 การให้ความรู้โดยสอนโดยใช้สื่อผสมแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

การศึกษาของ **Wang, & Chiou**[26] ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนโดยใช้สื่อผสมแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน(interactive multimedia CD education1)ต่อการดูแลตนเองและความรู้สึกไร้พลังในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โปรแกรมประกอบด้วยการสอนโดยใช้สื่อผสมข้างเตียง เนื้อหาของสื่อการสอนประกอบด้วย หน้าที่ของไต สาเหตุของไตวาย อาการและอาการแสดง การฟอกเลือดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดการออกกำลังกาย การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดภาวะแทรกซ้อนของการฟอกเลือดและการป้องกันกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยใช้ DVD หลังจากนั้นได้รับCD ซึ่งมีเนื้อหาที่ปรับให้เหมาะกับตนเอง (tailored CD)ประเมินผลหลังการสอน 1 เดือนโดยการวัดผลในขณะฟอกเลือด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ทำแบบประเมินก่อน และหลังที่ 4 และ 8 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและความรู้สึกไร้พลัง

7.4 การให้ความรู้แบบการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ

การศึกษาของ McLaughlin และคณะ[27]ใช้โปรแกรมการให้ความรู้ โดยคู่มือ 4 ชุด ได้แก่ คู่มือการเลือกวิธีการล้างไตที่เหมาะกับตัวเอง เนื้อหาจะเป็นวิธีการล้างไตแบบต่าง ๆ รวมทั้งข้อดีของ

การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง (Self-Care Dialysis [SCD]) และคู่มือการทำ SCD 3 วิธี ได้แก่ ทำด้วยตนเอง ทำโดยครอบครัวช่วยเหลือ และทำโดยโครงการเยี่ยมบ้านช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับวิดีโอเรื่อง SCD ความยาว 15 นาที ที่กล่าวถึงข้อดีข้อเสียของ SCDโดยผู้ป่วยจะได้รับการดูวีดีโอ 15 นาที ในเรื่องชนิด ข้อดี-ข้อเสีย รูปแบบและผลกระทบในการดำเนินชีวิตของแต่ละวิธีต่อมาจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่มเล็กขนาด 3-6 คน มีการสนับสนุนจากครอบครัว แพทย์โรคไต และพยาบาลในระยะก่อนการล้างไต ครั้งสุดท้ายระยะเวลา 90 นาที จะมีการระดมสมองถึงข้อดี-ข้อเสีย การล้างไตด้วยตนเอง อุปสรรคและการแก้ปัญหาการดูแลตนเองในการล้างไต ในผู้ป่วยจากคลินิกโรคไตที่อยู่ในโปรแกรม Southern Alberta Renal Program (SARP) จำนวน 70 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่มผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปว่า educational intervention ซึ่งเป็น active learning มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ประโยชน์ด้าน freedom และ control ของ SCD (ขณะที่ลดการรับรู้ด้าน disadvantage) โดยเสนอความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเฉพาะของกลุ่มทดลองซึ่งมีความแตกต่างโดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.5 การให้ความรู้แบบมีโครงสร้าง

การศึกษาของLingerfelt&Thornton[28]ใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์การรักษา โดยสอนแบบตัวต่อตัว ให้ความรู้ร่วมกับแจกสมุด ESRD handbook และให้หนังสือคู่มือไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยทำการรักษาด้วย hemodialysis 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง โดยพยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ (advanced practice registered nurse: APRN) ผลกาศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การศึกษาของ Chenและคณะ[29]ศึกษาใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคไต อาหาร วิถีชีวิต การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะเป็นพิษต่อไต โภชนาการ และยา2) การให้การสนับสนุนทางโทรศัพท์ 3)การช่วยเหลือสนับสนุนจากกลุ่ม ส่วนกิจกรรมการสอนประกอบด้วย การให้ข้อมูล ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สอนการดูแลตนเอง (self-care) และการบำบัดโรค และผู้ที่ให้การสนับสนุนได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ เพื่อน (peers) และอาสาสมัคร (volunteers)ผู้ได้รับโปรแกรม 27 คนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case-management nurse) โดยสอนตามคู่มือที่เป็นมาตรฐาน วิธีการสอนเป็นการบรรยายรายบุคคลนอกจากนี้มีการสอนในเรื่องการจัดการภาวะไตวายเรื้อรัง (CKD self-management) สอนแบบตัวต่อตัว เดือนละ 1 ครั้ง มีการติดตามการการจัดการภาวะไตวายเรื้อรัง และกระตุ้นเตือนให้มาตามนัดทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการทำการสนับสนุนจากกลุ่ม เดือนละ 2 ครั้ง สมาชิก

ในกลุ่ม 5-10 คน เนื้อหาในการให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคไต อาหาร วิถีชีวิต การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะเป็นพิษต่อไต โภชนาการ และยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น อัตราการกรองผ่านไต สูงขึ้นแต่ระดับครีเอตินีนในเลือดทั้งที่ 6 และ 12 เดือน ไม่แตกต่างกัน และมีจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่า การวิเคราะห์การรอดชีพ (survival analysis) จากความต้องการบำบัดทดแทนไตและการเสียชีวิตรวมทุกสาเหตุ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของวิธีการในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การวัดผลลัพธ์ในการปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความหลากหลาย จากการทบทวนงานวิจัยทั้ง 23 เรื่อง พบว่าการปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังด้วย ส่วนใหญ่จะมีการประเมินผลลัพธ์โดยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเฉพาะที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ของงานวิจัยทั้ง23 เรื่องได้ดังต่อไปนี้

การศึกษาของ Chen และคณะ[29]ศึกษาการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยสหสาขาวิชาชีพ การวัดผลลัพธ์ คือ ความรู้ จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลและอัตราการกรองผ่านไตผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้องรังในระยะก่อนการวิจัย พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างของคะแนนความรู้ และ ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างรู้น้อยที่สุดคือเรื่องยา และอาหาร แต่ที่ 12 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.13±2.49 vs. 5.51 ±3.22, $p < 0.01$) กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองมีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 6 และ 12 เดือน (29.11 ± 20.61 vs. 15.27 ± 10.67 mL/min, $p < 0.05$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของระดับคริอะตินีนในเลือดทั้งที่ 6 และ 12 เดือน กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองมีจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (18.50%) และ12 (44.47%, $p < 0.05$) การลดลงของอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มากกว่า 50%พบ จำนวน 1 คน ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง และจำนวน 9 คน ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ($p < 0.05$)จากการวิเคราะห์การรอดชีพ(Survival analysis)จากความต้องการบำบัดทดแทนไตและการเสียชีวิตรวมทุกสาเหตุ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยลดการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรัง และลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การศึกษาของ Pagels และคณะ[23]ศึกษาผลของการให้บริการทางคลินิกที่ดำเนินการโดยพยาบาล การวัดผลลัพธ์ คือ พบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการที่คลินิกของผู้ป่วยแต่ละคนจะเท่ากับ 1-

8 ครั้ง เฉลี่ย 2.8 ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ 80 มารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง โดยมีระยะห่างของการมารับบริการตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 7 เดือน ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกมีสัดส่วนของการเลือกที่จะล้างไตด้วยตนเอง (self-care dialysis)มากกว่า รวมทั้งเริ่มล้างไตด้วยตนเอง โดยมีการเข้าถึงการล้างไต (dialysis access)แบบถาวรมากกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ล้างไตโดยมีการเข้าถึงการล้างไตแบบฉุกเฉินน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

การศึกษาของ Lin และคณะ[23]ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองต่อสมรรถนะแห่งตน การวัดผลลัพธ์ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (CKD-Self efficacy, CKD SE) การจัดการตนเอง และความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ระดับครีอะตินินในเลือด(serum creatinine)และอัตราการกรองของไต (eGFR)ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาจากก่อนการทดลองถึง 12 เดือนหลังการทดลอง โดยคะแนนเพิ่มขึ้นใน 6 เดือน [x2 = 8.97, p = .02] และ 12 เดือน [x2 = 10.71, p = .01]แต่การจัดการตนเอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญนอกจากนี้ยังพบว่าระดับครีอะตินินในเลือดของผู้ป่วยลดลงจากก่อนการทดลอง [x2 = 6.29, p = .07] เทียบกับเดือนที่ 12 แต่อัตราการกรองของไตค่อนข้างคงที่ตลอดระยะเวลา 12 เดือนซึ่งถือว่าโปรแกรมช่วยลดการดำเนินของโรคได้เป็นอย่างดี

การศึกษาของMoattari และคณะ[16]ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การวัดผลลัพธ์ คือ สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต และตัวชี้วัดทางคลินิก และทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) ในผู้ป่วยชาวอิหร่าน ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวม และด้านการจัดการความเครียดและการตัดสินใจ ส่วนด้านทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และ น้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงค่าฮีโมโกลบิน และค่าฮีมาโทคริต ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของChoi & Lee[7]ศึกษาผลของโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่มีลักษณะที่เป็นการพบกันของผู้ให้โปรแกรมและผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การวัดผลลัพธ์ คือ ความรู้การจัดการตนเองและการทำหน้าที่ของไต ได้แก่ ระดับไนโตรเจนในเลือด(Blood Urea Nitrogen) ระดับครีอะตินิน (Creatinine) ระดับโปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ฟอสเฟทในเลือดและอัตราการกรองของไต พบว่า 1) คะแนนความรู้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม คะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนปฏิบัติเรื่องการดูแลจัดการตนเองพบว่า ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การทำหน้าที่ของไต

โดยพิจารณาจากระดับไนโตรเจนในเลือดระดับคริอะตินิน ระดับโปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ฟอสเฟทในเลือดและอัตราการกรองของไตพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน มีเพียงค่าของฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง

การศึกษาของ **Cueto-Manzanoและคณะ**[6]ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยทีมสาขาวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การวัดผลลัพธ์ คือ 1) รูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การจัดการด้านอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) อาการทางคลินิคและชีวเคมี ได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันแอล ดีแอลในเลือด (LDL Cholesterol) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และอัลบูมินในปัสสาวะผลการศึกษามีดังนี้ 1) อาการทางคลินิกและผลทางชีวเคมี พบว่า ค่าความดันโลหิตซีสโตลิคลดลง ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิค ทุกกลุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลง 2) ค่าดัชนีมวลกายและขนาดรอบเอวลดลงในทุกกลุ่มโรค 3) อัตราการกรองผ่านไตมีปริมาณเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่เป็นเบาหวานและกลุ่มผู้มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน 4) ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในกลุ่มเบาหวานและน้ำหนักเกินหรืออ้วน และ 5) ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และอัลบูมินในปัสสาวะไม่พบการเปลี่ยนแปลงในทุกกลุ่มโรค ผลการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนที่กระทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มช่วยเหลือกันเองสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ยังเพิ่มค่าอัตราการกรองผ่านไต ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

Kazawa& Moriyama[30]ศึกษาการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองในกับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตจากเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคไตจากเบาหวานเป็นเวลา 6 เดือน การวัดผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป้าหมายด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแต่ละช่วงเวลาพฤติกรรมการเป้าหมายด้านการออกกำลังกายพบว่ามีความถี่ในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นระหว่างช่วง 3 เดือนและ 6 เดือนหลังการเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความถี่ของการเฝ้าระวังตัวเองเพิ่มขึ้นทันทีหลังการเข้าโปรแกรมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลาความถี่ของการรับประทานยาและการฉีดยามีความแตกต่างกันตามลำดับของเวลาแต่การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) พบว่ามีเพียงแนวโน้มเพิ่มขึ้นระกว่างการการทดลองและ 6 เดือนหลังการทดลองหรือเข้าโปรแกรม

Lingerfelt& Thornton[28] ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) การวัดผลลัพธ์ คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและผลลัพธ์

การรักษา พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre = 15.27 [SD = 4.23], post = 20.65 [SD = 2.39]; t-6.682, p <0.000)

Mannsและคณะ[24]ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิดีทัศน์และคู่มือการดูแลตนเองในการล้างไต การวัดผลลัพธ์ คือ การริเริ่มการวางแผนการล้างไตด้วยตนเอง (self-care dialysis) พบว่า 1) ไม่พบสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของการริเริ่มการวางแผนการล้างไตด้วยตนเองหลังจากได้รับสมุดคู่มือ booklets และดูวีดิทัศน์ (66.7%) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (50.0%, P = 0.2) และ 2) หลังจากได้รับความรู้ พบสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของการริเริ่มการวางแผนการล้างไตด้วยตนเอง(23/28; 82.1%) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (17/34; 50.0%, P = 0.015)

Yangและคณะ[25]ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด การวัดผลลัพธ์ คือ การดูแลตนเอง การควบคุมระบบคุณภาพน้ำ และการใช้เครื่องฟอกเลือดโดยตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี หลังจากฝึกในโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ สามารถเตรียมเฮปาริน ปรับปริมาณการดึงสารน้ำออกจากร่างกาย ต่อสาย ต่อวงจรเครื่องฟอกเลือดโดยตนเองได้ และ มีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้านเพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี

Sharp และคณะ[19] ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral intervention)ในการควบคุมการรับสารน้ำ การวัดผลลัพธ์ คือ การจัดการตนเองด้านการจัดการสารน้ำ คุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านอารมณ์ รวมทั้งความเชื่อทางสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมสารน้ำในร่างกายผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 4) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาวะทางจิต(mental health), บทบาทด้านอารมณ์ (role-emotional) และ attrition C ซึ่งเป็นความยากลำบากในการควบคุมสารน้ำ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 10 สัปดาห์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของน้ำหนักตัวเพิ่มระหว่างการฟอกเลือด (interdialytic weight gain) และความเชื่อทางสุขภาพส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในระยะยาว โปรแกรมมีผลต่อน้ำหนักตัว และไม่ทำให้เกิดปัญหาความวิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

Tsay & Hung[17]ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายการวัดผลลัพธ์ คือ ระดับการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและภาวะซึมเศร้าพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้เสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตสังคม ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการบรรลุเป้าหมายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ นัยสำคัญ (p <

.001)มีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Wang & Chiou[26]ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนโดยใช้ interactive multimedia CD education การวัดผลลัพธ์ คือ การดูแลตนเองและความรู้สึกไร้พลังในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้($p < .000$) และ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง($p < .000$) เพิ่มขึ้น และภาวการณ์ไร้พลัง ดีขึ้น ($p < .000$)

5. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ โรคร่วม ลักษณะเฉพาะของการ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา หรือความคิด การทำหน้าที่ทางร่างกาย ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและบางปัจจัยมีผลต่อ สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถทำนายการจัดการตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การควบคุมตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน การให้ความรู้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนแบบบรรยายโดยนักสุขศึกษา การให้ความรู้โดยการใช้สื่อผสมการให้ความรู้โดย สอนโดยใช้สื่อผสมแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันการให้ความรู้แบบการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ การให้ความรู้แบบมีโครงสร้าง จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

การวัดผลลัพธ์ของการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น ความรู้ในการจัดการตนเอง[29, 31,28] พฤติกรรมการจัดการตนเอง[7, 6,30,22,19,26] ความสามารถในการล้างไตด้วยตนเอง[23.25]การริเริ่มการวางแผนการล้างไตด้วยตนเอง[24] การรับรู้สมรรถนะแห่งตน[22,16, 17] การรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ[17] ความเชื่อทางสุขภาพด้านการจัดการสารน้ำ[19]การจัดการความเครียด[16] ความรู้สึกไร้พลัง[26] ภาวะซึมเศร้า[18] จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล[23,29] คุณภาพชีวิต[32,19,25] อาการทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิต[6, 16]น้ำหนักตัวขนาดรอบเอวดัชนีมวลกาย[16]การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเลือด ได้แก่ระดับโปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ฟอสเฟทในเลือด[7]ระดับน้ำตาลในเลือด[16]ระดับไขมันแอล ดีแอลในเลือดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด[6]ระดับฮีโมโกลบินระดับฮีมาโทคริต[16]การทำหน้าที่ของไต ได้แก่ ระดับคริอะตินินในเลือด[29,7,8] ระดับไนโตรเจนในเลือด[7]อัตราการกรองของ[29, 7, 6] ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ[6]ผลลัพธ์เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถวัดผลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ครอบคลุม และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางให้เกิดการพัฒนาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุพิชา อาจคิดการ. พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.(วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่:มหาวิทยา ลัยเชียงใหม่; 2555.
2. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.(วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
3. ศิริธร สง่ากุล. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (วิทยานิพนธ์)กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549
4. ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, ภารดี นานาศิลป์. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2555; 16(4) 277-293.
5. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. Int J Nurs Stud. 2014; 51(2):208-16.
6. Cueto-Manzano AM, Martinez-Ramirez HR, Cortes-Sanabria L. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. Clinical nephrology. 2010;74 Suppl 1:S99-104.
7. Choi ES, Lee J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012;42(7):1070-8.
8. Lin CC, Tsai FM, Lin HS, Hwang SJ, Chen HC. Effects of a self-management program on patients with early-stage chronic kidney disease: a pilot study. Appl Nurs Res. 2013;26(3):151-6.
9. D'Zurilla, TJ. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer; 1986.
10. D'Zurilla, TJ. Problem-solving therapy. In Dobson KS (Ed.).Handbook of Cognitive-behavioral therapies (pp. 197-225). . New York: The Gulford Press, 2010.
11. Johson, M. & Mass, M. Nursing outcomes classification(NOC). Missouri: Mosby, 1997.
12. Knight MM. Cognitive ability and functional status. Journal of advanced nursing. 2000;31(6):1459-68.
13. Leidy, N. K. Addressing behavioral and emotional aspects of COPD.*Journal Hopkins* Advanced Studies in Medicine. 2008; 8(13): 463-468.

14. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age and ageing. 1994;23(2):97-101.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.2553.
16. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. Health and quality of life outcomes. 2012;10:115.
17. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease--a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2004;41(1):59-65.
18. Byrne J, Khunti K, Stone M, Farooqi A, Carr S. Feasibility of a structured group education session to improve self-management of blood pressure in people with chronic kidney disease: an open randomised pilot trial. BMJ open. 2011;1(2):e000381.
19. Sharp J, Wild MR, Gumley AI, Deighan CJ. A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: a randomized controlled trial. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation. 2005;45(6):1046-57.
20. Su CY, Lu XH, Chen W, Wang T. Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. Journal of advanced nursing. 2009;65(7):1381-9.
21. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
22. Lin CC, Tsai FM, Lin HS, Hwang SJ, Chen HC. Effects of a self-management program on patients with early-stage chronic kidney disease: a pilot study. Appl Nurs Res. 2013;26(3):151-6.
23. Pagels AA, Wang M, Wengstrom Y. The impact of a nurse-led clinic on self-care ability, disease-specific knowledge, and home dialysis modality. Nephrol Nurs J. 2008;35(3):242-8.
24. Manns BJ, Taub K, Vanderstraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, et al. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. Kidney Int. 2005;68(4):1777-83.
25. Yang WL, Zhang F, He L, Zhang AH, Wang T, Suzie B, et al. Experiences with establishing the first self-care hemodialysis program in a hospital in mainland China. Renal failure. 2013;35(2):257-61.

26. Wang LM, Chiou CP. Effectiveness of interactive multimedia CD on self-care and powerlessness in hemodialysis patients. The journal of nursing research : JNR. 2011;19(2):102-11.
27. McLaughlin K, Jones H, VanderStraeten C, Mills C, Visser M, Taub K, et al. Why do patients choose self-care dialysis? Nephrology Dialysis Transplantation. 2008;23(12):3972-6.
28. Lingerfelt KL, Thornton K. An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. Nephrol Nurs J. 2011;38(6):483-8; quiz 9.
29. Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wu IW, Lee CC, Wu MS. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. Nephrol Dial Transplant. 2011;26(11):3560-6.
30. Kazawa K, Moriyama M. Effects of a self-management skills-acquisition program on pre-dialysis patients with diabetic nephropathy. Nephrol Nurs J. 2013;40(2):141-8; quiz 9.
31. Knight MM. Cognitive ability and functional status. Journal of advanced nursing. 2000;31(6):1459-68.
32. Blickem C, Blakeman T, Kennedy A, Bower P, Reeves D, Gardner C, et al. The clinical and cost-effectiveness of the BRinging Information and Guided Help Together (BRIGHT) intervention for the self-management support of people with stage 3 chronic kidney disease in primary care: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013;14(1):1-11.

---

6) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 5 เรื่อง ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. วิธีส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลตนเอง

4.1. การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยผู้จัดการรายกรณี

4.2 . การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แกนนำและเพื่อนมาช่วยในการส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

4.3 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้การสร้างทีม (team building) และการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทั่วไป

4.4 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง

5. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
6. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยและต่างประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด 36 เรื่อง พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยจำนวน 12 เรื่องส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประกอบด้วย systematic review 2 เรื่อง RCT 3 เรื่อง experiment 1 เรื่อง descriptive study 4 เรื่อง และ qualitative study 2 เรื่อง การจัดการตนเอง (self-management) จำนวน 10 เรื่องและการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) 2 เรื่อง และหางานเพิ่มในปัจจัยที่เกี่ยวจาก ThaiLis อีก 4 เรื่อง รวมเป็น 16 เรื่อง ดังตาราง

ผลการสืบค้นได้นำเสนอในของตาราง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Pubmed	1. Ottaviano M, Vera-Munoz C, Arredondo MT, Salvi D, Salvi S, Paez JM, et al. Innovative self management system for guided cardiac rehabilitation. ConfProc IEEE Eng Med Biol Soc. 2011;2011:1559-62.	Systematic review Level I
scienceDirect	2. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y. Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. Heart Lung. 2009 Nov-Dec;38(6):491-8.	Systematic review Level I
Pubmed	3. Murphy BM, Worcester MU, Higgins RO, Elliott PC, Le Grande MR, Mitchell F, et al. Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the "Beating Heart Problems" self-management program: results of a randomized controlled trial. J CardiopulmRehabil Prev. 2013 Jul-Aug;33(4):220-8.	RCT Level II
Pubmed	4. Kukafka R, Lussier YA, Eng P, Patel VL, Cimino JJ. Web-based tailoring and its effect on self-efficacy: results from the MI-HEART randomized controlled trial. Proc AMIA Symp. 2002:410-4.	RCT Level II
scienceDirect	5. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. J Pain Symptom Manage. 2008 Aug;36(2):126-40.Management, 36(2), 126-140.	RCT Level II
PubMed	6. Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI. Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study.BMC Nurs. 2007;6:6.	Experimental study Level III
PubMed	7. Blustein J, Valentine M, Mead H, Regenstein M.	Descriptive study

	Race/Ethnicity and patient confidence to self-manage cardiovascular disease. Med Care. 2008 Sep;46(9):924-9.	Level VI
PubMed	8. Joekes K, Maes S, Warrens M. Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. Br J Health Psychol. 2007 Nov;12(Pt 4):473-89.	Descriptive study Level VI
PubMed	9. Joekes K, Van Elderen T, Schreurs K. Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. J Health Psychol. 2007 Jan;12(1):4-16.	Descriptivestudy Level VI
PubMed	10. Fritschi J, Raddatz-Muller P, Schmid P, Wuillemin WA. Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2007 May 5;137(17-18):252-8.	Descriptivestudy Level VI
scienceDirect	11. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. Patient EducCouns. 2010 Apr;79(1):69-76.	Qualitative study Level VI
scienceDirect	12. Vosbergen S, Janzen J, Stappers PJ, van Zwieten MC, Lacroix J, Idema K, et al. A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services.Int J Med Inform. 2013 Dec;82(12):1183-94.	Qualitative study Level VI

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	ชนิดงานวิจัย
ThaiLis	13.พิกุล ตินามาส.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร; 2550; 35(3):72-83.	Quasi-exerimental Study Level III
ThaiLis	14. อรนุชเขียวสะอาด.ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	15.จิรพร แอชตัน.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.พยาบาลสาร; 2550: 35(3), 84-96.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	16.KusumaKhuwatsamrit.(2006).Social Support, Self-Efficacy, and Adherence to Self-Care Requirementsin Patients with Coronary Artery Disease.Thai J Nurs Res 2006 ;10(3)155-164.	Descriptive study Level VI
	รวม	4

สำหรับระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่1:หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	2
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	3
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม	1
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	0
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	6
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	0
รวม	12

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลสมรรถนะแห่งตน การปกป้องมากเกินไป การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี คุณภาพชีวิต สถานภาพชนกลุ่มน้อย (minority status) ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองทั้งสิ้น รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือด: ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงการศึกษา**ของ วิมลมาส เชาวลิต**[1]ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี จำนวน 160 ราย

ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาหารหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การตอบสนองต่ออาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (โรคหัวใจขาดเลือด): สมรรถนะแห่งตน

จากการทบทวนงานวิจัยของ **Joekes K, Van Elderen T, Schreurs K.**[2] ซึ่งได้ศึกษา ความเกี่ยวข้องระหว่างสมรรถนะแห่งตน การปกป้องมากเกินไป กับ จิตวิทยา (การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี)

คุณภาพชีวิต และ การจัดการตนเองการศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 41 คน และ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 41 คน และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ และให้ตอบแบบสอบถาม และให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ซ้ำใน การเริ่มต้นและเดือนที่ 3 ตามลำดับ พบว่า

1) สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) มีความเกี่ยวข้องกับจิตวิทยา หรือการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) การรับรู้การปกป้องมากเกินไป (Overprotection) มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

3) สมรรถนะแห่งตนและการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4) สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (โรคหัวใจขาดเลือด): สถานภาพชนกลุ่มน้อย (minority status) และความเชื่อมั่นในตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยของ **Blustein J, Valentine M, Mead H, Regenstein M.** [3] ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพชนกลุ่มน้อย(minority status) และความเชื่อมั่นในตนเอง (confidence)ต่อการจัดการ (self-manage) โรคหัวใจและหลอดเลือดและสำรวจขนาดของความสัมพันธ์ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างทางเชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status)และสถานะทางสุขภาพ (health status)กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีและมากกว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction)หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1,107 คนข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ได้จากการสำรวจผู้ป่วยโรคหัวใจหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ของบริษัท SRBI ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ระหว่าง 2 และ 6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการสำรวจนี้ดำเนินการในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน ปี 2006 ผลการศึกษาพบว่า 1) ชาติพันธุ์/เชื้อชาติของชนกลุ่มน้อย (minority race/ethnicity)มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำโดยพบว่าผู้ป่วยชาวสเปนและโปรตุเกส 36.5%, ผู้ป่วยผิวดำ (Black patients) 30.7%, และผู้ป่วยผิวขาว (White patients) 16.0% มีความเชื่อมั่นในตนเองระดับต่ำ (low confidence) ($P < 0.001$)แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปร *(multivariate analysis*) โดยการควบคุมสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status)และความรุนแรงทางคลินิก

(clinical severity) นั้น พบว่าสถานภาพชนกลุ่มน้อย (minority status) ไม่สามารถทำนายความเชื่อมั่นในตนเองระดับต่ำ (low confidence)

2.4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (โรคหัวใจขาดเลือด)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งศึกษาโดย**Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M.**[4]ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 387 คน ที่ US. Communities' จำนวน 10 แห่งในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ป่วยด้วยหัวใจและหลอดเลือด (heart failure and myocardial infarction) จำนวน 387 คน Focus group interview สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูรักษาโรคเรื้อรังของตนเองโดยผู้วิจัย 1 ใน 3 คนเป็นคนทำกลุ่มสอบถามเกี่ยวกับข้อด้อยของความสามารถในการดูแลโรคของตนเองตามการรับรู้ของตน ซักถามปัญหาและความท้าทายที่ผู้ป่วยพบการสอบถามจะเลือกคัดกลุ่มให้มีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมและประวัติการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน ในการทำ focus group จะอนุญาตให้ผู้ร่วมกลุ่มนำการสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับการอยู่กับโรคกับคนในกลุ่ม ภาษาที่ใช้ในการสนทนา เป็นทั้งภาษาอังกฤษและภาษาสเปนโดยผู้วิจัยที่สามารถใช้ได้ทั้งสองภาษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การจัดการกับโรคหัวใจ มีทั้งหมด 9 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลและจัดการเกี่ยวกับโรคหัวใจ แบ่งประเด็นออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1) อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการที่จำเป็น

2) อุปสรรคต่อการเฝ้าระวัง และการจัดการกับโรคและภาวะที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

3) การสนับสนุนที่ส่งเสริมการจัดการตนเองและการดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

3.1) อุปสรรคต่อการเข้าถึงการใช้บริการ มีทั้งหมด 3 ประเด็นได้แก่ 1) สวัสดิการเกี่ยวสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษา 2) การทำงานร่วมกันในการรักษาที่ไม่เพียงพอ 3) การขาดความต่อเนื่อง

3.2) อุปสรรคต่อการจัดการกับโรคหัวใจ แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1) ข้อมูลและการทราบว่าควรจะปฏิบัติอย่างไรไม่เพียงพอ

2) การขาดการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ 2.3)ประเด็นด้านจิตสังคม จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต้องคำนึงถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย ไปเป็นข้อพิจารณาช่วยวางแผน การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (โรคหัวใจขาดเลือด)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถจำแนกวิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการทบวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหาโดยมีรายละเอียดในแต่ละหมวดดังต่อไปนี้

3.1 วิธีการจัดการตนเองด้วยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

จากการศึกษางานของ **อรนุช เขียวสะอาด**[5]ซึ่งได้ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2544 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย และทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมโดยการสุ่ม กลุ่มละ 15 ราย ลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ **Bandura**[6] ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1)คะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0012)คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0013)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.054)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะหางตนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

3.2 วิธีการจัดการตนเองด้วยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยของ พิกุล ตินามาส[7]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือน

กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายโดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันให้มากที่สุดในเรื่องคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหารและคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive masteryexperience) โดยการให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้วยตนเองได้แก่การเลือกชนิดอาหารเตรียมอาหารและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมผ่านสื่อวิดีทัศน์ซึ่งเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยตัวแบบจะนำเสนอถึงประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคผลดีของการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและผลเสียของการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขและการพูดชักจูงให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในรูปแบบที่เหมาะสม

3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยวิธีการชี้แนะกล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) โดยผู้วิจัยประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ได้แก่ความเครียดความวิตกกังวลการพูดคุยเป็นต้นและแก้ไขเมื่อพบปัญหา

การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1) บทบาทการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) โดยการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจากสมาชิกในครอบครัว

2) บทบาทการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) การให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อให้นำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองกับบุคคลอื่น

3) บทบาทการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลหรือคำแนะนำและการชี้นำแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยประกอบด้วยการเลือกอาหารการเตรียมหรือปรุงอาหารและการบริโภคอาหาร

4) บทบาทการสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) โดยให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคการอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์ประกอบอาหารการช่วยเหลือในการเตรียมหรือปรุงอาหารการให้เงินในการซื้ออาหารการช่วยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนบรรยากาศตลอดจนการให้เวลาแก่ผู้สูงอายุที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสาเหตุอาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนการรักษาการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ประกอบด้วยการเลือกอาหารการเตรียมหรือปรุงอาหารและการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อใช้ประกอบขณะกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยตนเองที่บ้านและกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหารแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของสมาชิกในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมประโยชน์และวิธีการให้การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อใช้ประกอบขณะสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างเองที่บ้าน

สรุปผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

1) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)ผลของการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปได้

จากการศึกษาของ **จิรพรแอชตัน**[8]ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 30 รายรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายนพ.ศ. 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์

พ.ศ. 2550 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ15 รายโดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันให้มากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่า

1) คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2) คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของ KusumaKhuwatsamrit[9]ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะในตนเองและการยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเองในผู้ที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจ และการทดสอบ สมรรถนะในตนเองของตนเองเป็นตัวแปรคนกลางของความความสัมพันธ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 285 เข้าร่วมการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในทางบวกต่อการยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวแปรที่สำคัญของความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเอง

4. วิธีส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของ Vosbergen S, Janzen J, Stappers PJ, van Zwieten MC, Lacroix J, Idema K, et al. [10]เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลตนเองใช้ web-based self-management servicesผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้แก่

1) กลุ่ม A: กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูง ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ACS, PCI, CABG, CVA : early stage CHD
2) กลุ่ม B: กลุ่มที่มี progressive CHD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมาด้วย ACS, PCI, CABG ครั้งแรก
3) กลุ่ม C: กลุ่มที่มี progressive CHD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 6 เดือนที่ผ่านมาด้วย กลุ่มที่มี progressive CHD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่

ผ่านมาด้วย ACS, PCI, CABG จำนวน 23 คนสถานที่เก็บข้อมูลที่ตึกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการศึกษาจึงสามารถสรุปได้ว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่มีอาการคงที่ และกลุ่มที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน มีความแตกต่างกันในด้าน

1) ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2)ประสบการณ์กับการดูแลในระยะฟื้นฟูและระยะการติดตาม

3) การรับรู้ความไม่สามารถในการป้องกันการดำเนินของโรคและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ

4) ประสบการณ์ของผลกระทบของหัวใจขาดเลือดต่อชีวิตประจำวัน

5) สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการโรค 7) ความต้องการข้อมูลและแหล่งข้อมูล

จากการศึกษาของ Joekes K, Maes S, Warrens M. [11]ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้การสนับสนุน ต่อการจัดการตนอง และคุณภาพชีวิต หลังจากผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 73 คน และผู้ให้การสนับสนุน 73 คน ประกอบด้วยเพศชาย จำนวน ร้อยละ 86 และเพศหญิง จำนวนร้อยละ 14 โดยเก็บข้อมูลจาก เก็บจากหน่วยฟื้นฟูสภาพหัวใจและคลินิกทั่วไปในประเทศ เนเธอร์แลนด์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการจับคู่ระหว่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ให้การสนับสนุน จำนวน 73 คู่ และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ และให้ตอบแบบสอบถาม และให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ซ้ำในเดือนที่ 3 และ 9 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่าการที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผู้สนับสนุน (partner support) ทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการจัดการตนเองที่ดี และสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดี

4.1 การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยผู้จัดการรายกรณี

จากการศึกษา RaseeLeenakul[12]ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการพยาบาลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ผู้จัดการกรณีพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action) กับผู้ป่วย จำนวน 9 คน เข้าร่วมเก้าในขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบ การรวบรวมข้อมูลใช้ สัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจสอบเอกสารที่เป็นบันทึกของผลลัพธ์ของแบบจำลอง

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบของการจัดการกรณีการพยาบาลที่ประกอบด้วยสามฝ่ายคือ ผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ ผู้จ่ายหรือผู้สนับสนุนงบประมาณซึ่งบุคคลเหล่านี้มี

ความสัมพันธ์กัน ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการและขั้นตอน หรือแผนทางคลินิก ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน การวางแผน การดำเนินการและประเมินผลการดูแลให้ผู้ป่วยซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการและขั้นตอน หรือแผนทางคลินิก ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน การวางแผน การดำเนินการและประเมินผลการดูแลให้ผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้จัดการกรณี เป็นคนที่มีหน้าที่หลักที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและการทำงานร่วมกันกับการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ผู้จัดการ ต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบผลทั้งคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายรวมทั้งการลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลยุทธ์ที่มุ่งสู่ความความสำเร็จในรูปแบบนี้ จะต้องรวมถึงการสนับสนุนในระดับนโยบายและความร่วมมือระหว่างทีมดูแล สุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่าผู้จัดการกรณีพยาบาลควรมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลักษณะของผู้ป่วย และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะจะสามารถอำนวยความสะดวกในการจัดการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นภาพที่จะสะท้อนการพัฒนารูปแบบรูปการดูแลในกลุ่มอื่นๆ ได้

4.2 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แกนนำและเพื่อนมาช่วยในการส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการศึกษาของ Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI.[13]ได้ศึกษาความเป็นไปได้และประโยชน์ในการให้พยาบาลหรือเพื่อนมาเป็นแกนนำในการร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 63 คนจากผู้ป่วยทั้งหมด 95 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Maastricht

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 10 คน มีอายุเฉลี่ย 65.5 ปี(7.9) ตั้งแต่ 50-76 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ไม่ได้อยู่คนเดียว (7 คน) มีการศึกษาระดับสูง (มี 6 คนที่อยู่ในระดับอาชีวะศึกษาขั้นต้น) ว่างงาน 8 คน อีก 2 คนทำงานเป็นลูกจ้างทำงานอย่างน้อย 32 ชมต่อสัปดาห์ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ 8.3 เดือน (5-15 เดือน) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 8 คน มี 2 คนเคยมีประสบการณ์ได้รับการทำฟื้นคืนชีพก่อนที่จะใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเนื่องจากหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ กลุ่มตัวอย่างมีค่า left ventricular ejection fraction 32% (20%-53%) กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 คนเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับโรคหัวใจตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) อยู่ในระดับ class II-III กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาโรคหัวใจ มี 2 คนที่มีประสบการณ์เครื่องกระตุ้นหัวใจปล่อยกระแสไฟฟ้าช็อคหัวใจ และมี 1 คนถูกช็อค2 ครั้ง และอีกคนถูกช็อค3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง 5 คน ปฏิเสธการมีโรคร่วม อีก 5 คนมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมมีการให้ความรู้มีทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 2.5 ชม และมีระยะห่างกัน 1 อาทิตย์ โดยเป็นการให้ความรู้ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จัดการในด้านต่างๆ 3 ด้านคือ การจัดการเกี่ยวกับโรค การเปลี่ยนแปลงและการดำรงไว้ซึ่งบทบาทและพฤติกรรมใหม่ และการจัดการด้านอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะได้โปรแกรมและหนังสือที่แปลเป็นภาษา Dutch ในชื่อว่า Living healthy life with chronic condition

โปรแกรมการให้ความรู้มีดังนี้

ครั้งที่ 1: กิจกรรมที่ 1 แนะนำโปรแกรม และให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่พบบ่อย
กิจกรรมที่ 2 ทำกิจกรรมกลุ่มเล็กๆ เพื่ออธิบายคราวๆและระบุความรับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 ความแตกต่างระหว่างอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง
กิจกรรมที่ 4 แนะนำการจัดการอาการด้วยใช้สติปัญญา
กิจกรรมที่ 5 แนะนำการทำแผนปฏิบัติ
กิจกรรมที่ 6 สรุป

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 การแก้ไขปัญหา และการสะท้อนคิด
กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ (โกธร กลัว ความคับข้องใจ)
กิจกรรมที่ 3 แนะนำการออกกำลังกาย
กิจกรรมที่ 4 ทำแผนการปฏิบัติงาน
กิจกรรมที่ 5 สรุป

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 1 การแก้ไขปัญหา และการสะท้อนคิด
กิจกรรมที่ 2 หายใจแรงลึก
กิจกรรมที่ 3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความเหนื่อยล้า
กิจกรรมที่ 5 การออกกำลังกายที่เพิ่มความคงทน
กิจกรรมที่ 6 ทำแผนการปฏิบัติงาน
กิจกรรมที่ 7 สรุป

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 1 การแก้ไขปัญหา การสะท้อนคิด และทำแผนการปฏิบัติงาน
กิจกรรมที่ 2 อาหารเอื้อต่อสุขภาพ
กิจกรรมที่ 3 สิ่งที่ทำให้ไขว้เขว
กิจกรรมที่ 4 การดูแลสุขภาพขั้นสูง
กิจกรรมที่ 5 ทักษะการสื่อสาร
กิจกรรมที่ 6 การแก้ไขปัญหา
กิจกรรมที่ 7 สรุป

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 1 การแก้ไขปัญหา การสะท้อนคิด และทำแผนการปฏิบัติงาน
กิจกรรมที่ 2 การรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจการรักษา
กิจกรรมที่ 4 การจัดการอาการซึมเศร้า
กิจกรรมที่ 5 การพูดกับตนเอง
กิจกรรมที่ 6 การสร้างจินตภาพ
กิจกรรมที่ 7 สรุป
ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 1 การแก้ไขปัญหาและการสะท้อนคิด
กิจกรรมที่ 2 การแจ้งข้อมูลให้ทีมที่ดูแลสุขภาพ
กิจกรรมที่ 3 การทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพของท่าน
กิจกรรมที่ 4 มองย้อนไปข้างหลังและวางแผนเพื่ออนาคต
กิจกรรมที่ 5 สรุป

ในการศึกษาครั้งนี้แกนนำเป็นผู้เชี่ยวชาญและแกนนำที่มีประสบการณ์แกนนำที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจส่วนแกนนำที่มีประสบการณ์คือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์โรคหัวใจ พยาบาลจะทำหน้าที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นตัวแบบในการจัดการโรคเรื้อรัง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจมี 3 คน และแกนนำที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ 4 คน จะได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเองโดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Maastricht ซึ่งทั้งสองคนเป็นผู้สอนอยู่ที่ Stanford University โดยสรุปงานวิจัยนี้แสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะให้เพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการอาการในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โปรแกรมมีความชัดเจน และมีแผนการที่เป็นขั้นเป็นตอน อย่างไรก็ตามแกนนำต้องได้รับการฝึกฝนที่ดีและต้องมีความรู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

4.3 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้การสร้างทีม (team building) และการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งศึกษาในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับสำเนาแนวปฏิบัติการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ สถานะปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบัน เป้าหมายที่ผู้ป่วยคาดว่าจะบรรลุได้ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกายและตรวจเลือด เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า1)ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า

1) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การใช้ brief structured interventions มีผลดีในการลดปัจจัยเสี่ยงอย่างไรก็ตามยังต้องการงานวิจัยเพื่อยืนยันหลักฐานเชิงประจักษ์นี้
2) ได้ใช้วิธีโทรศัพท์ 6 ครั้งใน 6 เดือนและแต่ละครั้งของการโทรศัพท์ใช้เวลา15-30 นาทีจึงมีประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยง
3) การสนับสนุนอย่างจูงใจในระยะเวลาสั้นๆ หรือแบบย่อสามารถดำเนินการด้วยผู้ที่ได้รับการฝึกการสัมภาษณ์แบบจูงใจ

4) จากการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจพบประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้

1) ผู้ประสานงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประสบกับอุปสรรคในด้านการบริการสุขภาพ ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ และอุปสรรคเกี่ยวกับการให้บริการ

2) ผู้ประสานงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต้องให้บริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยทางเลือกที่ให้บริการและการตกลงของชุมชน

3) การค้นพบจากการสำรวจในผู้ป่วยภายหลังการทำ PCI บ่งบอกว่าร้อยละ 70 ของผู้ให้ข้อมูลมีปัจจัยเสี่ยงที่ปรับได้อย่างน้อย 2 ปัจจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรม นี้แม้ว่าจะสร้างมาจากทฤษฎี Transtheoretical model of behavioral changeแต่ก็มุ่งส่งเสริมการเสริมสร้างสมรรถนะในตนเอง เน้นการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเอง มีการเพิ่มแรงจูงใจดำเนินการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกเพื่อการสัมภาษณ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับปัจจัยเสี่ยง

4.4 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ **พิมลรัตน์ พิมพ์ดี**[14] ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2551 จำนวน 40 ราย โดยสุ่มหอผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก ตั้งแต่เริ่มเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุก1สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2 ขณะผู้ป่วยติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนความรู้และให้คำปรึกษา โปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การประเมินประสบการณ์การมีอาการเจ็บอก

2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเจ็บอก

3) การจัดการกับอาการเจ็บอก

4) การประเมินผล โดยมีสื่อที่ใช้ในโปรแกรม คือ วีซีดี และคู่มือการจัดการกับอาการเจ็บอก

ผลการศึกษาพบว่า

1) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก มีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก มีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก มีสภาวะอาการเจ็บอกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากการศึกษาของกานต์ณภัส วันดี[15] ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDSA เป็นกรอบในการศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นตอนการเตรียมการและวางแผน

2) ขั้นตอนการพัฒนา

3) ขั้นตอนการประเมินผล

4) ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข

โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001)[18] เป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพผู้ร่วมศึกษาประกอบด้วยทีมผู้เข้าร่วมพัฒนาจานวน 5 คนผู้ร่วมทดลองใช้โปรแกรมประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด Unstable angina และ Non STEMI จานวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี 2 คนและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมจานวน 10 คน

ผลการศึกษาพบว่า

1) กระบวนการพัฒนาทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งประกอบด้วยคู่มือโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคู่มือการดูแลตนเองสาหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งพัฒนาจากคู่มือการดูแลตนเองโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพิมลรัตน์พิมพ์ดีสื่อซีดีการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิตรวมทั้งแบบประเมินต่างๆเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ดียิ่งขึ้น

2) ผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้านการนาไปใช้จัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยตนเองร้อยละ70 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วยทาให้สามารถจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ด้วยตนเองร้อยละ 80

จากการศึกษาของFritschi J, Raddatz-Muller P, Schmid P, Wuillemin WA.[16]ซึ่งได้ศึกษาถึงการจัดการตนเองในผู้ป่วยจำนวน 330 คนที่ได้รับการรักษาด้วย oral coagulation (OAC) ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยจำนวน 330 คนแรกที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการ

จัดการตนเองขณะได้รับการรักษาด้วย oral coagulation (OAC) ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ (เฉพาะในกลุ่มที่ใช้ภาษาเยอรมัน) ในช่วงปี ค.ศ. 1998-2003

ลักษณะโปรแกรม

ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

1) ตอนที่ 1 เป็นการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติเกี่ยวกับยาและการใช้ยาละลายลิ่มเลือดโดยละเอียด

2) ตอนที่ 2 ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนทักษะการติดตามและประเมิน INR ร่วมกับแพทย์และแนะนำ hotline ร่วมกับการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการตรวจยืนยันผลจากแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการฝึก ในปี 2004 ผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถามเพื่อติดตามการจัดการตนเองตามที่ได้ฝึกไปแล้ว โดยข้อคำถามจะมี 4 ส่วน แต่ละส่วนมีคำถามย่อยไม่เกิน 12 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว วิธีการรักษาประสบการณ์ติดตาม และการใช้ยา ปัญหาในการจัดการตนเอง และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถรักษาให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกการจัดการตนเองเรื่องoral anticoagulant และได้รับการทบทวนทักษะการติดตามและประเมินINR ร่วมกับแพทย์ และการแนะนำผ่านโทรศัพท์สายด่วนจะมีการจัดการตนเองดีขึ้น

จากการศึกษาของ **Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y.** [17]ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเอง (HeLM) แบบ Brief intervention ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Transtheoretical model of behavioral change ขั้นตอนการพัฒนา HeLM intervention ซึ่งพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยโดยใช้หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model of behavioral change]) ดังนั้น HeLM intervention จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ brief structured interventions สำหรับการปรับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ intervention เกี่ยวข้องกับการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเอง(HeLM)สร้างมาจาก

1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของThe Cochrane Collaboration และ the Joanna Briggs Institute

2) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย คู่มือ HeLMที่สร้างขึ้นตามแนวคิด TTM เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมด้วยตนเองและมีรายละเอียดกลวิธีที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมทางกายและการรับประทานอาหาร อาหารไขมันอิ่มตัว โดยแบ่งเป็น 4 บท

1) ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) แบบทดสอบสั้นๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมด้วยตนเอง

3) ข้อมูลและยุทธวิธีตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละปัจจัยเสี่ยงนอกจากนี้สอนให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (decisional balance) การควบคุมได้ตามเป้าหมาย

4) การใช้ สมุดบันทึกสุขภาพ4) การส่งเสริมแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (motivational support) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้กำลังใจ และการติดตามความก้าวหน้า ในการส่งเสริมแรงจูงใจแต่ละครั้งจะมีแนวคำถาม ประโยคและบทสนทนาตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละระยะ โดยในการสนทนาเป็นการคุยเพื่อเสริมสร้างดังนี้คือ

1) ความรับผิดชอบ (responsibility) เน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่

2) แนะนำ (advice) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง

3) รายการ (menu) ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลแหล่งเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆด้วยตนเองในการป้องกันการกลับมาแสดงพฤติกรรมเดิม และคงการจัดการวิถีชีวิตนี้ไว้ นอกจากนี้จะได้รับทราบแหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ใกล้ที่ทำงานหรือที่บ้าน

4) ความเห็นใจผู้อื่น (empathy) ผู้ป่วยจะได้การพูดคุยอย่างเห็นใจและเข้าใจ

5) การเห็นความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือให้ระบุอุปสรรคและช่วยเหลือให้เกิดการ

6) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนคิดจะอยู่ในรูปแบบการยกย่อง การสนับสนุนทางบวกและการแนะแนวในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และจากการศึกษาของ **Murphy BM, Worcester MU, Higgins RO, Elliott PC, Le Grande MR, Mitchell F, et al.**[18]ได้ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้หรือไม่และศึกษาถึงการพยากรณ์โรคหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Acute cardiac event) / ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ร้อยละ 32) และผู้ป่วยที่ทำทางเบี่ยงหัวใจหรือ coronary artery bypass graft surgery (ร้อยละ 40) /ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ percutaneous coronary intervention (ร้อยละ 28) รวมทั้งหมด (จำนวน 275 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 139 คน และกลุ่มควบคุม 136 คน

ลักษณะของโปรแกรม

ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง “The Beating Heart Problems program” ซึ่งให้ความสำคัญกับ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity), อาหาร , การใช้ยาการรักษา , การยึดมั่น การเลิกสูบบุหรี่ การลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ความโกรธ และการให้การสนับสนุนทางสังคม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด: ทำการประเมินผลลัพธ์ ใน 4 เดือน, 12 เดือน และ 2 ปี ตามลำดับโดยประเมิน Primary Outcome Measure คือ 2-year risk of CVD และ Secondary Outcome Measures คือ Behavioral ซึ่งได้แก่ Dietary fat intake (SFQ), Waist girth, Total PA time, Distance 6-Minute Walk Test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงใน 4 เดือน, 12 เดือน และ 2 ปี ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมอาหาร และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น จาก (6-Minute Walk Test)โดยสรุปสามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

จากการศึกษาของ**Kukafka R, Lussier YA, Eng P, Patel VL, Cimino JJ.**[19]ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของWeb-based ที่เฉพาะเจาะจงต่อการรับรู้สมรรถนะ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีวัตถุประสงเพื่อศึกษาระบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อช่วยในการตัดสินใจที่รวดเร็วและเหมาะสม กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 94 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 กลุ่ม กลุ่มที่

1) กล่มที่ 1 ได้รับการให้ข้อมูล แบบ tailored Web-based
2) กลุ่มที่2 ได้รับการให้ข้อมูลแบบ non-tailored Web-based
3) กลุ่มที่ 3ได้รับข้อมูลแบบ non-tailored paper based ซึ่งจะได้รับการให้ข้อมูลโดยผ่านทางจดหมายผลการศึกษาพบว่า คะแนนสมรรถนะแห่งตน

พบว่าทั้งสามกลุ่ม มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตน ที่เพิ่มขึ้นในเดือนที่ 1 และ ในเดือนที่ 3 พบว่าคะแนนสมรรถนะแห่งตน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยผ่านเวปไซต์ที่มีการออกแบบโดยเฉพาะบุคคล(the tailored Web-based)

ลักษณะของโปรแกรม

การจัดการตนเองประกอบด้วย

1) The Tailored Web-based Intervention: ซึ่งเนื้อหาเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้าร่วมฯ โดยใช้ฐานความรู้ของทฤษฎีความสามารถของตนเอง/สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy change theory)

2) non-tailored paper based Intervention: ซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่เข้าร่วมฯ จะได้รับการให้ข้อมูลโดยผ่านทางจดหมาย

McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A.[20] ยังได้ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้จิตวิทยาศึกษาของการจัดการตนเองเรื่องอาการปวดเรื้อรังในโรคหัวใจต่อคุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตน และการแก้ไขปัญหา (resourcefulness) ของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอกเรื้อรัง *(*chronic stable angina: CSA*)*โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจอาการเจ็บอกเรื้อรัง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และสามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้ จำนวน 117 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บหนาอกเรื้อรัง 57 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 60 คน

ลักษณะของโปรแกรม

ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บหนาอกเรื้อรัง มีกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสมรรถนะ โดยผ่านทาง การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเห็นตัวแบบ และมีการพูดกับตนเอง (self talk) มีการส่งเสริมการอภิปราย การตัดสินใจแก้ปัญหา การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง การส่งเสริมการสนับสนุน การมองโลกในแง่ดี และ self-attribution of success การผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียด การสงวนพลังงานการเฝ้าติดตามอาการ เทคนิคการจัดการ การใช้ยา การแสวงหาความช่วยเหลือเร่งด่วน การรับประทานอาหาร การจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่ออาการปวดจากหัวใจ รายละเอียดของโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้

1) บทนำเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และอาการเจ็บอกเรื้อรังสัปดาห์ที่ 1
2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) สัปดาห์ที่ 1-6
3) การผ่อนคลาย/การจัดการอาการ สัปดาห์ที่ 1 และ 2-6
4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ/การแก้ปัญหา สัปดาห์ที่ 2-6
5) ปฏิกิริยาด้านอารมณ์จากการตอบสนองต่ออาการเจ็บอกอย่างเรื้อรัง: อารมณ์โกรธ กลัว และคับข้องใจสัปดาห์ที่ 2
6) การตื่นตัว/ความฟิตสัปดาห์ที่ 2 และ 3
7) การหายใจที่ดีขึ้นสัปดาห์ที่ 3
8) อาการอ่อนล้า/การจัดการการนอนหลับ สัปดาห์ที่ 3
9) การสงวนพลังงาน สัปดาห์ที่ 4
10) การรับประทานอาหารเพื่อการมีสุขภาพหัวใจที่ดี สัปดาห์ที่ 4
11) การประเมินอาการเจ็บอก และการตัดสินใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ สัปดาห์ที่ 4
12) การสื่อสาร สัปดาห์ที่ 4
13) ยาสำหรับรักษาอาการเจ็บอกและยาที่ใช้ทั่วไปสำหรับโรคหัวใจสัปดาห์ที่ 5

ดำเนินการตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นโปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้แนวคิดของLorig KR, Holman H. [21]โดยดำเนินการโดยพยาบาล ทำเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 8-15 คน ในห้องเรียนที่สะดวกสบาย โปรแกรมจะจัดขึ้นในตอนกลางวัน และเวลาเย็นและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนมาร่วมด้วยหากพวกเขาต้องการ

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเองสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความเชื่อ และการสอนด้วยการทำกลุ่ม โปรแกรมมีกิจกรรมที่หลาหลายเป็นขั้นตอน โปรแกรมเป็นการให้จิตวิทยาศึกษาของการจัดการตนเองเรื่องอาการปวดเรื้อรังในโรคหัวใจต่อคุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตน และการแก้ไขปัญหานำไปสู่การจัดการตนเอง

จากการศึกษา **Ottaviano M, Vera-Munoz C, Arredondo MT, Salvi D, Salvi S, Paez JM, et al.** [22]ได้ศึกษาการออกแบบและการพัฒนาระบบสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไขปัญหาที่เสนอเน้นที่

การกำหนดการออกกำลังและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กลยุทธ์การออกแบบที่เป็นนวัตกรรมใช้เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นการฝึกการออกกำลังกาย การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลและเนื้อหาการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สถานที่เก็บข้อมูลคือกรุง Madrid ประเทศ Spainทีมสหสาขาวิชาที่ก่อตั้งขึ้นมาประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ นักจิตวิทยา วิศวกรและผู้พัฒนาซอฟแวร์ เข้ามาร่วมในโครงการเพื่อความร่วมมือระหว่างทุกระยะของการออกแบบระบบ รูปแบบ ความเฉพาะและระบบสุดท้ายได้รับการประเมินความตรงโดยทั้งผู้เชียวชาญทางการแพทย์และผู้ใช้ กระบวนการออกแบบประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะวิจัย ระยะสร้างโมเดล ระยะพัฒนาและระยะตรวจสอบความตรง ทั้งหมดได้มีการตรวจซ้ำ ๆ 5 ครั้งซึ่งได้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้เป็นแบบสุดท้าย ในระยะที่ทำการวิจัยซึ่งถือว่าเป็นระยะศิลป์รวบยอดในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจถูกแสดงออกมา ได้แก่ การทบทวนแนวทางทางคลินิกและการวิเคราะห์กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในประเทศในทวีปยุโรป ได้แก่ สเปน เยอรมันและประเทศ สหราชอาณาจักร

การศึกษานี้นำไปสู่การค้นพบกิจกรรมพื้นฐานที่จะเป็นส่วนประกอบของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประกอบด้วย การประเมินทางการแพทย์ การทดสอบการออกกำลังกายตามที่กำหนด การให้การศึกษา และการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ นอกจากนี้มีโปรโตคอล 2 ชุดที่เป็นรูปแบบอ้างอิงสำหรับการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายที่ควบคู่ไปกับโปรแกรมที่ใช้ที่คลินิกการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เยอรมันและโปรแกรมการออกกำลังกายของ Heart Manual program NHS Lothian ในประเทศอังกฤษที่ถูกออกแบบมาเพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผ่านการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ โมเดล ที่ส่งเสริมโปรแกรมการออกกำลังกายการให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า วิศวกรและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาพฤติกรรมที่ต้องการของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงองค์ประกอบด้านสุขภาพที่จะสามารถบรรลุผลจากการใช้ระบบดังกล่าวระยะการทำโมเดล(modeling phase) ต้องการใช้วิธีการ 2 วิธีการ คือ วิธีการที่ใช้และเข้าถึงและการออกแบบที่มีเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง

1) วิธีการแรกเคยถูกปรับใช้ให้ใกล้เคียงกับ model specification เช่นโปรแกรมการออกกำลังกายและกลยุทธ์การโคช

2) วิธีที่ 2 ถูกใช้ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ (เช่น บุคคล สถานการณ์จำลองและวิธีการหลักของการเกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้)

ในที่สุดระยะของการพัฒนาและการตรวจสอบความถูกต้องโดยการนำไปสู่การนำไปใช้ในตัวอย่างที่แตกต่างกัน ของระบบ 5 แบบด้วยกันหลังจากได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้ในขั้นสุดท้ายคือผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่าระบบท้ายสุด(final system) เป็นแพลตฟอร์มทางเทคโนโลยีที่สนับสนุนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สมบูรณ์โดยเฉพาะที่เน้นการฝึกทางร่างกาย การกำกับโดยบุคลากรสุขภาพและมีช่วงระยะเวลานาน 6 เดือนได้รับการสนับสนุนด้วยวิธีการออกกำลังกาย 2

ชนิด ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อการเพิ่มความทนทาน ได้แก่ การเดิน การวิ่งหรือการขี่จักรยาน และแบบมีแรงต้าน ถึงแม้ว่าแค่การออกกำลังกายแบบการเพิ่มความทนทานได้รับการติดตามโดยระบบ ขณะเดียวกันโปรแกรมถูกนำสู่การปฏิบัติด้วยกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยวิธีการของ Heart Manual approach ที่ออกแบบเพื่อค้นหาความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่เสี่ยงและสัมพันธ์กับความเชื่อ ผู้ป่วยได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการใช้วิธีการที่แตกต่างกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้โปรแกรมยังออกแบบวัตถุประสงค์ของการสอนและกลยุทธ์ในการโคชสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตามระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเองลักษณะของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยระบบย่อย 2 ระบบ ได้แก่ สถานีที่เคลื่อนย้ายได้ (portable station) และสถานีผู้ป่วย (patient station) ระบบย่อยอันแรกเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่และ PDA ซึ่งมีเซนเซอร์ (sensor) ที่สวมไว้ได้ใช้รวบรวมข้อมูลชีวะการแพทย์ระหว่างการออกกำลังกาย (ขั้วสำหรับบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2 ขั้ว อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ ในระหว่างออกกำลังกาย สัญญาณชีพของผู้ป่วยจะถูกติดตามโดยเซนเซอร์และส่งต่อไปยัง PDA ผ่านทางบลูทูธ ขณะที่ portable station ได้รับข้อมูล ข้อแนะนำอย่างต่อเนื่อง คู่มือสอน และข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลเพื่อมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์โดยปลอดภัยก่อนเริ่มการออกกำลังกาย ระบบจะตรวจสอบสภาพของผู้ป่วยจากค่าความดันโลหิตและการตอบแบบ สอบถามง่ายๆ เสร็จแล้วผู้ป่วยจะถูกขอให้สวมเซนเซอร์และเลือกการออกกำลังเพื่อความทนทานที่ผู้ป่วยอยากจะทำ เช่น การเดิน การวิ่ง หรือการปั่นจักรยานอยู่กับที่ การออกกำลังกายมี 3 ระยะ คือระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกายและระยะ warm down ในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีค่าชีพจรเป้าหมายของแต่ละคน

สถานีเคลื่อนที่ได้รับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ระบบสำหรับการออกกำลังกายที่เป็นพฤติกรรมแกนกลางที่ของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่างการออกกำลังกายผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยระบบที่แนะนำให้ปฏิบัติด้วยความปลอดภัยและเหมาะสมกับแต่ละคน การใช้สถานีเคลื่อนที่และสวมใส่เซนเซอร์ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามโปรโตคอล โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นผู้อธิบาย ระบบจะตรวจอัตราการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับและแนะนำผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เร่งความเร็วหรือให้ช้าลงเป็นต้น) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ออกกำลังกายถึงพารามิเตอร์เป้าหมายและคงระดับที่เหมาะสมไว้ การทำได้เช่นทำได้โดยวิธี divers interaction modalities เช่น เห็นเป็นกราฟ เป็นเสียงเตือน หรือการสั่นเตือนซึ่งจะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการสอนและอย่างเหมาะสมและเพื่อบรรลุการออกกำลังกายตามแผน ตอนท้ายของการออกกำลังกายผู้ป่วยรายงานระดับการออกแรงโดยใช้บอร์กเสเกลและระดับความสนุกสนาน portable station ประเมินช่วงการออกกำลังกายทั้งหมดและให้คะแนน ข้อมูลถูกรวบรวมระหว่างการฝึกการออกกำลังกายเพื่อความทนทานและถูกใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการออกกำลังกายตามที่วางแผนไว้โดยผู้เชี่ยวชาญสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและยังส่งต่อจาก portable station มายังpatient station โดยการใช้ USP protocol

ผลการศึกษาพบว่าได้แพลตฟอร์มทางเทคโนโลยีที่สนับสนุนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สมบูรณ์โดยเฉพาะที่เน้นการฝึกทางร่างกาย และผู้ป่วยได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการใช้วิธีการที่แตกต่างกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยยังมีความเชื่อมั่นในตนเอง

5. ผลลัพธ์ของวิธีการในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การวัดผลลัพธ์ในการปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีความหลากหลาย จากการทบทวนงานวิจัยทั้ง 16เรื่อง พบว่าการปฏิบัติการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังด้วย ส่วนใหญ่จะมีการประเมินผลลัพธ์โดยการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเฉพาะที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ของงานวิจัยทั้ง 16เรื่องได้ดังนี้

5.1) ผลลัพธ์ด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยของ **อรนุช เขียวสะอาด**[23]ซึ่งได้ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[6]

ผลการศึกษาพบว่า

1) คะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะหางตน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

จากการศึกษาของ **จิรพรแอชตัน**[8] ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 30 รายรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของ **Kusuma Khuwatsamrit**[9]ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะในตนเองและการยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเองในผู้ที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจ และการทดสอบ สมรรถนะในตนเองของตนเองเป็นตัวแปรคนกลางของความความสัมพันธ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 285 คนผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในทางบวกต่อการยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวแปรที่สำคัญของความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของ Murphy BM, Worcester MU, Higgins RO, Elliott PC, Le Grande MR, Mitchell F, et al. [18]ได้ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้หรือไม่และศึกษาถึงการพยากรณ์โรคหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Acute cardiac event) / ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ร้อยละ 32) และผู้ป่วยที่ทำทางเบี่ยงหัวใจหรือ coronary artery bypass graft surgery (ร้อยละ 40) /ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ percutaneous coronary intervention (ร้อยละ 28) รวมทั้งหมด (จำนวน 275 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 139 คน และกลุ่มควบคุม 136 คน ลักษณะของโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง “The Beating Heart Problems program” ซึ่งให้ความสำคัญกับ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity), อาหาร , การใช้ยา การรักษา การยึดมั่น การเลิกสูบบุหรี่ การลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ความโกรธ และการให้การสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีการควบคุมอาหาร และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นจาก (6-Minute Walk Test) โดยสรุปสามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

5.2) ผลลัพธ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการและความผิดปกติต่าง ๆ

จากการศึกษาของ **Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI.**[13] ซึ่งได้ศึกษาความเป็นไปได้และประโยชน์ในการให้พยาบาลหรือเพื่อนมาเป็นแกนนำในการร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติ

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการที่มีเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการอาการในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งโปรแกรมจะต้องมีความชัดเจน และมีแผนการที่เป็นขั้นเป็นตอน และแกนนำต้องได้รับการฝึกฝนที่ดีและต้องมีความรู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมของ **พิมลรัตน์ พิมพ์ดี**[14]ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ **Dodd และคณะ**[18] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์การมีอาการเจ็บอก 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการเจ็บอก 3) การจัดการกับอาการเจ็บอก และ 4) การประเมินผล โดยมีสื่อที่ใช้ในโปรแกรม คือ วีซีดี และคู่มือการจัดการกับอาการเจ็บอก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก มีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอก มีสภาวะอาการเจ็บอกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากการศึกษาของ **กานต์ณภัส วันดี**[15]ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDSA เป็นกรอบในการศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการเตรียมการและวางแผน 2) ขั้นตอนการพัฒนา 3) ขั้นตอนการประเมินผลและ4) ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขและใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ **Dodd และคณะ**[18] เป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่า

1) กระบวนการพัฒนาทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งประกอบด้วยคู่มือโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคู่มือการดูแลตนเองสาหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งพัฒนาจากคู่มือการดูแลตนเองโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพิมลรัตน์พิมพ์ดีสื่อซีดีการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิตรวมทั้งแบบประเมินต่างๆเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ดียิ่งขึ้น

2) ผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้านการนาไปใช้จัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยตนเองร้อยละ70 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วยทาให้สามารถจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ด้วยตนเองร้อยละ 80

จากการศึกษาของ **Fritschi J, Raddatz-Muller P, Schmid P, Wuillemin WA.** [16] ซึ่งได้ศึกษาถึงการจัดการตนเองในผู้ป่วยจำนวน 330 คนที่ได้รับการรักษาด้วย oral coagulation ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ใน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถรักษาINR ให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกการจัดการตนเองเรื่องoral anticoagulant และได้รับการทบทวนทักษะการติดตามและประเมินINR ร่วมกับแพทย์ และการแนะนำผ่านhotline จะมีการจัดการตนเองดีขึ้น

McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A.[20] ยังได้ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้จิตวิทยาศึกษาของการจัดการตนเองเรื่องอาการปวดเรื้อรังในโรคหัวใจต่อคุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตน และการแก้ไขปัญหา (resourcefulness) ของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอกเรื้อรัง (chronic stable angina: CSA)โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจอาการเจ็บอกเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเองสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความเชื่อ และการสอนด้วยการทำกลุ่ม มีกิจกรรมที่หลาหลายเป็นขั้นตอน โปรแกรมเป็นการให้จิตวิทยาศึกษาของการจัดการตนเองเรื่องอาการปวดเรื้อรังในโรคหัวใจต่อคุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตน และการแก้ไขปัญหานำไปสู่การจัดการตนเอง

5.3) ผลลัพธ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองในบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาของ **Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y.**[17]ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (HeLM) แบบ Brief intervention ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Transtheoretical model of behavioral change ขั้นตอนการพัฒนา HeLM intervention ซึ่งพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย(โดยใช้หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพtranstheoretical model of behavioral change]) ดังนั้น HeLM intervention จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ brief structured interventions สำหรับการปรับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใช้กิจกรรมการทดลอง เกี่ยวข้องกับการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเองสร้างมาจาก

1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของthe Cochrane Collaboration และ the Joanna Briggs Institute

2) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย คู่มือ HeLMที่สร้างขึ้นตามแนวคิด TTM เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมด้วยตนเองและมีรายละเอียดกลวิธีที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมทางกายและการรับประทานอาหาร อาหารไขมันอิ่มตัว โดยแบ่งเป็น 4 บท

1) ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) แบบทดสอบสั้นๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมด้วยตนเอง 3) ข้อมูลและยุทธวิธีตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้สอนให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (decisional balance) การควบคุมได้ตามเป้าหมาย 3) การใช้ สมุดบันทึกสุขภาพ4) การส่งเสริมแรงจูงใจทางโทรศัพท์ (motivational support) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้กำลังใจ และการติดตามความก้าวหน้า ในการส่งเสริมแรงจูงใจแต่ละครั้งจะมีแนวคำถาม ประโยคและบทสนทนาตามระยะการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมในแต่ละระยะ โดยในการสนทนาเป็นการคุยเพื่อเสริมสร้างดังนี้คือ1)ความรับผิดชอบ เน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่

2) แนะนำ (advice) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง

3) รายการ (menu) ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลแหล่งเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆด้วยตนเองในการป้องกันการกลับมาแสดงพฤติกรรมเดิม และคงการจัดการวิถีชีวิตนี้ไว้ นอกจากนี้จะได้รับทราบแหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ใกล้ที่ทำงานหรือที่บ้าน

4) ความเห็นใจผู้อื่น (empathy) ผู้ป่วยจะได้การพูดคุยอย่างเห็นใจและเข้าใจ

5) การเห็นความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือให้ระบุอุปสรรคและช่วยเหลือให้เกิดการ

6) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนคิดจะอยู่ในรูปแบบการยกย่อง การสนับสนุนทางบวกและการแนะแนวในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โดยสรุปการวัดผลลัพธ์ของการจัดการตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ผลดีแบ่งออกเป็น ผลลัพธ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลลัพธ์ด้านการจัดการอาการ ความผิดปกติต่างๆ และผลลัพธ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการในบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถวัดผลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้ครอบคลุม และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางให้เกิดการพัฒนาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

6. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีของ แบนดูรา (1997)แต่ที่พบมีเพียงหนึ่งเรื่องที่ใช้ทฤษฎีTranstheoretical model of behavioral changeแต่ก็มุ่งส่งเสริมการเสริมสร้างสมรรถนะในตนเอง เน้นการจัดการวิถีชีวิตด้วยตนเอง (HeLM) มีการเพิ่มแรงจูงใจดำเนินการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกเพื่อการสัมภาษณ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับปัจจัยเสี่ยงอย่างไรก็ตามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็มุ่งเน้นการเสริมสร้งสมรรถนะในตนเอง เพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น นอกจากนั้นมีบางการศึกษาที่ใช้เทคนิค การให้จิตวิทยาศึกษาของการจัดการตนเองเรื่องอาการปวดเรื้อรังในโรคหัวใจต่อคุณภาพ โดยโปรแกรมมีกิจกรรมที่หลาหลายเป็นขั้นตอน นอกจากนั้นแล้วการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นการฝึกการออกกำลังกาย โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลโดยเทคโนโลยีที่สนับสนุนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นการจัดการตนเองยังใช้การส่งเสริมการจัดการการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา anticoagulant โดยการแนะนำผ่านโทรศัพท์สายด่วนเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ดีขึ้นก่อนมาพบแพทย์ องค์ประกอบที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดี งานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแต่ต้องคำนึงถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย ไปเป็นข้อพิจารณาช่วยวางแผน การดูแลผู้ป่วย

สำหรับสถานการณ์งานวิจัยในประเทศไทยยังไม่ได้มีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเต็มรูปแบบแต่มีการศึกษาตัวแปรกลางคือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ต่าง ๆ บ้างซึ่งส่วนใหญ่ในกลุ่มทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เช่น ผลของโปรแกรมตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ และมีการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในทางบวกต่อการยึดมั่นในความต้องการการดูแลตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง นอจากนั้นยังมีการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยการใช้ผู้จัดการรายกรณี แต่ยังไม่มีการศึกษาระยะยาวไปถึงการจัดการตนเองจึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปเพท่อนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงระบบที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลมาส เชาวลิต.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2551.
2. Joekes K, Van Elderen T, Schreurs K. Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. J Health Psychol. 2007 Jan;12(1):4-16.
3. Blustein J, Valentine M, Mead H, Regenstein M. Race/Ethnicity and patient confidence to self-manage cardiovascular disease. Med Care. 2008 Sep;46(9):924-9.
4. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. Patient EducCouns. 2010 Apr; 79(1):69-76.
5. อรนุช เขียวสะอาด.ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
6. Bandura, A. Self-efficacy : The exercise of control. New York: W.H. Freeman: 1997
7. พิกุล ตินามาส.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.พยาบาลสาร; 2550; 35(3):72-83.
8. จิรพร แอชตัน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.พยาบาลสาร 2550; 35(3): 84-96.
9. Kusuma Khuwatsamrit. Social Support, Self-Efficacy, and Adherence to Self-Care Requirementsin Patients with Coronary Artery Disease.Thai J Nurs Res 2006 ;10(3): 155-164.
10. Vosbergen S, Janzen J, Stappers PJ, van Zwieten MC, Lacroix J, Idema K, et al. A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services.Int J Med Inform. 2013 Dec; 82(12):1183-94.
11. Joekes K, Maes S, Warrens M. Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. Br J Health Psychol. 2007 Nov; 12 (Pt 4):473-89.

12. RaseeLeenakul. Development of Nursing Case Management Model for Patients with Myocardial Infarction.Thai J Nurs Res 2006 ; 10(2): 120-132.
13. Smeulders ES, van Haastregt JC, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EF, van Eijk JT, Kempen GI. Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study.BMC Nurs. 2007;6:6.
14. พิมลรัตน์ พิมพ์ดี. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บ อก สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์)ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
15. กานต์ณภัส วันดี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.(วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555
16. Fritschi J, Raddatz-Muller P, Schmid P, Wuillemin WA. Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2007 May 5; 137(17-18):252-8.
17. Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Salamonson Y. Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. Heart Lung. 2009 Nov-Dec;38(6):491-8.
18. Murphy BM, Worcester MU, Higgins RO, Elliott PC, Le Grande MR, Mitchell F, et al. Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the "Beating Heart Problems" self-management program: results of a randomized controlled trial. J CardiopulmRehabil Prev. 2013 Jul-Aug;33(4):220-8.
19. Kukafka R, Lussier YA, Eng P, Patel VL, Cimino JJ. Web-based tailoring and its effect on self-efficacy: results from the MI-HEART randomized controlled trial. Proc AMIA Symp. 2002:410-4.
20. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. J Pain Symptom Manage. 2008 Aug;36(2):126-40.
21. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003 Aug;26(1):1-7.
22. Ottaviano M, Vera-Munoz C, Arredondo MT, Salvi D, Salvi S, Paez JM, et al. Innovative self management system for guided cardiac rehabilitation. ConfProc IEEE Eng Med Biol Soc. 2011;2011:1559-62.
23. อรนุช เขียวสะอาด.ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.

---

7) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) โดยนำเสนอการบรรยายประกอบตารางดังนี้

การนำเสนอแบ่งเป็น 7 เรื่องดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
7. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

งานวิจัยที่พบว่ามี เรื่องรวมทั้งหมด 55เรื่องแบ่งเป็น งานวิจัยจากต่างประเทศ 41เรื่อง งานวิจัยในประเทศ 14 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยระดับต่างๆ systematic review study 4 เรื่องRCT study 32 เรื่อง experimental study 1 เรื่อง Quasi-experimental study 9 เรื่อง Qualitative study 2 เรื่อง Descriptive study 7 เรื่องแบ่งเป็น Self-management 43 เรื่อง Self-management support4เรื่อง Chronic care model 1 เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง ดังตาราง

ผลการสืบค้น COPD ได้นำเสนอในของตาราง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
pubmed	1.Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. Arch Intern Med. 2007; 167(6):551-61.	Systematic review Level I
Springer	2.Boland M, Tsiachristas A, Kruis A, Chavannes N, Rutten-van Molken M. The health economic impact of disease management programs for COPD: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Pulmonary Medicine. 2013;13(1):40.	Systematic review Level I
Proquest	3.Blackstock F, Webster KE. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. Health Education Research. 2007; 22(5):703-17.	systematic review Level I
Proquest	4.Niesink A, Trappenburg JCA, de Weert-van Oene GH, Lammers JWJ, Verheij TJM, Schrijvers AJP. Systematic review of the effects of chronic disease management on quality-of-life in people with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine. 2007; 101(11):2233-9.	Systematic review Level I
Springer	5.Bower P, Kennedy A, Reeves D, Rogers A, Blakeman T, Chew-Graham C, et al. A cluster randomised controlled trial of the clinical and cost-effectiveness of a 'whole systems' model of self-management support for the management of long-term conditions in primary care: trial protocol. Implementation science : IS. 2012;7:7.	RCT Level II
pubmed	6.BucknallCEcrp, Miller Grf, Lloyd SMb, Cleland Jpome, McCluskeySsrn, Cotton Mcrp, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled	RCT Level II

	trial. BMJ March. 2012;10(344).	
Biomed central	7. Farmer A, Toms C, Hardinge M, Williams V, Rutter H, Tarassenko L. Self-management support using an Internet-linked tablet computer (the EDGE platform)-based intervention in chronic obstructive pulmonary disease: protocol for the EDGE-COPD randomised controlled trial. BMJ Open. 2014;4(1):e004437.	RCT Level II
Biomed central	8.Nguyen HQ, Donesky D, Reinke LF, Wolpin S, Chyall L, Benditt JO, et al. Internet-based dyspnea self-management support for patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Pain Symptom Manage. 2013;46(1):43-55.	RCT Level II
pubmed	9.Ashmore J, Russo R, Peoples J, Sloan J, Jackson BE, Bae S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease self-management activation research trial (COPD-SMART): Design and methods. Contemporary Clinical Trials. 2013;35(2):77-86.	RCT Level II
pubmed	10. Ahmed S, Bourbeau J, Maltais F, Mansour A. The Oort structural equation modeling approach detected a response shift after a COPD self-management program not detected by the Schmitt technique. Journal of clinical epidemiology. 2009;62(11):1165-72.	RCT Level II
Highwire	11.Antoniu, Sabina A. "Self-management programs in chronic obstructive pulmonary disease: do they have a sustained effect on health resource utilization?." 2006; 155-157.	RCT Level II
16.Pubmed	12.Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Archives of internal medicine. 2003;163(5):585-91.	RCT Level II
BMJ	13. Bourbeau, J., M. Julien, et al. "A COPD self	RCT

	managementprogramme reduced hospital use and improved health status. Evidence Based Nursing. 2003;6(4):111-.	Level II
pubmed	14. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. Economic benefits of self-management education in COPD. Chest. 2006;130(6):1704-11.	RCT Level II
BMJ	15. Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. BMJ. 2012;345:e7642.	RCT Level II
pubmed	16.Carrieri-Kohlman V, Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Demir-Deviren S, Neuhaus J, Stulbarg MS. Impact of brief or extended exercise training on the benefit of a dyspnea self-management program in COPD. Journal of cardiopulmonary rehabilitation. 2005;25(5):275-84.	RCT Level II
pubmed	17.Chang AT, Haines T, Jackson C, Yang I, Nitz J, Low Choy N, et al. Rationale and design of the PRSM study: pulmonary rehabilitation or self management for chronic obstructive pulmonary disease (COPD), what is the best approach? ContempClin Trials. 2008;29(5):796-800.	RCT Level II
proquest	18.Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. Journal of occupational rehabilitation. 2013;23(2):189-99.	RCT Level II
Proquest	19.Effing T, Zielhuis G, Kerstjens H, van der Valk P, van der Palen J. Community based physiotherapeutic exercise in COPD self-management: a randomised	RCT Level II

	controlled trial. Respir Med. 2011;105(3):418-26.	
Pubmed	20. Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau M, Maltais F, Julien M, Beaupre A, et al. Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. The European respiratory journal. 2005;26(5):853-7.	RCT Level II
Proquest	21. Jonkers CC, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, van Eijk JT. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. International psychogeriatrics / IPA. 2012;24(2):288-97.	RCT Level II
Springer	22.Kiser K, Jonas D, Warner Z, Scanlon K, Shilliday BB, DeWalt DA. A randomized controlled trial of a literacy-sensitive self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients. JGIM: Journal of General Internal Medicine. 2012;27(2):190-5.	RCT Level II
Springer	23.Khdour MR, AgusAM, Kidney JC, Smyth BM, McElnay JC, Crealey GE. Cost-utility analysis of a pharmacy-led self-management programme for patients with COPD. International journal of clinical pharmacy. 2011;33(4):665-73.	RCT Level II
Pubmed	24. Lenferink A, Frith P, van der Valk P, Buckman J, Sladek R, Cafarella P, et al. A self-management approach using self-initiated action plans for symptoms with ongoing nurse support in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and comorbidities: the COPE-III study protocol. ContempClin Trials. 2013;36(1):81-9.	RCT Level II
Proquest	25.Mackin LA, University of California SFN. A Beginning Look at the Effect of Age on Dyspnea, Physical Functioning and Self-efficacy for Home Walking and Managing Shortness of Breath in Adults	RCT Level II

	with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): University of California, San Francisco; 2007.	
Pubmed	26.McGeoch GR, Willsman KJ, Dowson CA, Town GI, Frampton CM, McCartin FJ, et al. Self-management plans in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respirology (Carlton, Vic). 2006;11(5):611-8.	RCT Level II
SAGE	27.Monninkhof E, van der Valk P, Schermer T, van der Palen J, van Herwaarden C, Zielhuis G. Economic evaluation of a comprehensive self-management programme in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. ChronRespir Dis. 2004;1(1):7-16.	RCT Level II
Pubmed	28.Nield M, Hoo GW. Real-time telehealth for COPD self-management using Skype. Copd. 2012;9(6):611-9.	RCT Level II
Proquest	29.Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V. Dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: moderating effects of depressed mood. Psychosomatics. 2005;46(5):402-10.	RCT Level II
Proquest	30.Ninot G, Moullec G, Picot MC, Jaussent A, Hayot M, Desplan M, et al. Cost-saving effect of supervised exercise associated to COPD self-management education program. Respiratory Medicine. 2011;105(3):377-85.	RCT Level II
proquest	31.Rees PJ. A disease-specific self-management program reduced hospital utilization and improved health status in COPD. ACP journal club. 2003;139(3):65.	RCT Level II
Pubmed	32.Sedeno MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. Copd. 2009;6(5):352-8.	RCT Level II
Springer	33.Smidth M, Olesen F, Fenger-Gron M, Vedsted P.	RCT

	Patient-experienced effect of an active implementation of a disease management programme for COPD - a randomised trial. BMC FamPract. 2013;14:147.	Level II
Pubmed	34.Taylor SJ, Sohanpal R, Bremner SA, Devine A, McDaid D, Fernandez JL, et al. Self-management support for moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2012;62(603):e687-95.	RCT Level II
Springer	35.Trappenburg JC, Koevoets L, de Weert-van Oene GH, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, et al. Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients; a multicenter RCT. BMC Pulm Med. 2009;9:52.	RCT Level II
Springer	36. Voncken-Brewster V, Tange H, de Vries H, Nagykaldi Z, Winkens B, van der Weijden T. A randomised controlled trial testing a web-based, computer-tailored self-management intervention for people with or at risk for chronic obstructive pulmonary disease: a study protocol. BMC Public Health. 2013;13:557.	RCT Level II
Pubmed	37.Fairbrother P, Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Sheikh A, Pagliari C, et al. Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study embedded in a randomized controlled trial. Patient education and counseling. 2013;93(3):403-10.	Qualitative study Level VI
Proquest	38. Brandt, C. L.Description of the self-regulation process used by persons with chronic lung disease and its relationship to health-related outcomes. Ann Arbor, University of Minnesota. 2005; 3194320: 209-209 p.	Descriptive study Level VI
Proquest	39. Cicutto LC, Brooks D. Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease: a provincial survey. Respiratory medicine.	Descriptive study Level VI

	2006;100(9):1540-6.	
Pubmed	40. Christenbery TL. Dyspnea self-management strategies: use and effectiveness as reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2005;34(6):406-14.	Descriptive study Level VI
Springer	41.Cramm JM, Nieboer AP. The relationship between self-management abilities, quality of chronic care delivery, and wellbeing among patients with chronic obstructive pulmonary disease in The Netherlands. International Journal of Copd. 2013;8:209-14.	Descriptive study Level VI

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
ThaiLis	1.ธิติภรณ์ ยอเสน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาการหายใจลาบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.	Experimental Level III
ThaiLis	2.รัตนา พรหมบุตร.(2550).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	3.พัชราภรณ์บุญสูง.ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลร้องกวางจังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	4.สุทิน พิศาลวาปี.ผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	5.จุฬาภรณ์ คำพานุตย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ การปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	6.จินตนา บัวทองจันทร์.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่าง.เรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2548.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	7.ศุภกิจ แก้วแสนทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(วิทยานิพนธ์) ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2555.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	8.กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความพร่อง ในการดูแลตนเองของโอเรมต่อความสามารถในการจัดการตนเองใน	Quasi-exerimental Level III

	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเซนต์หลุย;2552.	
ThaiLis	9.เขมารดี มาสิงบุญ, พรทิพย์ อุ่นจิตร, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และอภิชาต ชิงนวรรณ. (2549). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 14, 35-46.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	10.รจเรข พิมพาภรณ์.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2550.	Quasi-exerimental Level III
ThaiLis	11.อรัญญาชิดชอบ.การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.เรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2551.	Descriptive study Level VI
ThaiLis	12.สุภาภรณ์ ด้วงแพง. (). ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548; 13(2), 41-57.	Descriptive study Level VI
ThaiLis	13.สุวคนธ์กุรัตน์.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.	Descriptive study Level VI
ThaiLis	14.นันทิยาไพศาลบวรศรี.การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.	Qualitative study Level VI

ระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่1:หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์ เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	4
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	32
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม	10
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	0
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	9
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	0
รวม	55

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Cramm JM, Nieboer AP. [1] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการส่งมอบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ความสามารถในการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการส่งมอบการดูแลเรื้อรังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง (P # 0.001) เมื่อความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และการส่งมอบบริการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (P # 0.001) แต่การศึกษาระดับที่ต่ำ การแต่งงานครั้งเดียว และการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ การจัดการตนเอง เป็นตัวแปรกลาง ระหว่างคุณภาพชีวิต และระดับการศึกษาที่ต่ำ การเป็นโสด และการ มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ความเป็นโสด และการออกกำลังกาย สรุปการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพและการจัดการตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิต

Christenbery TL.[2]งานวิจัยทนี้ทำให้เข้าใจถึงการรับรู้การจัดการตนเองในการหายใจลำบาก กลยุทธ์การจัดการที่มีประสิทธิภาพ ความถี่ที่ใช้ และมีความต้องการที่แพทย์จะต้องให้คำแนะนำให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 79 คน ที่มี FEV (forced expiratory volume) 50 % โดยใช้ dyspnea scale

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการหายใจลำบาก และความทุกข์ทรมานในใช้กลยุทธ์การจัดการตนเองต่างๆ กัน เพื่อทำให้หยุดการหายใจลำบาก กลยุทธ์ที่ช่วยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การจัดการการหายใจ จะมีประสิทธิภาพ น้อยถ้า ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์มาก่อน พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้บ่อย คือ การใช้ออกซิเจน(n =53,M =3.30) การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค(n = 24, M =3.20) นอกจากนั้นยังมีการใช้กลยุทธ์ การลดการเคลื่อนไหว การลดการเคลื่อนไหว เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ควบคุมการหายใจลำบากแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้ คำแนะนำในการช่วยผู้ป่วยให้สามารถ ปรับสมดุลให้เหมาะสม เพื่อทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และพบว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสภาพที่มีการฝึกการหายใจโดยการห่อปาก (pursed lip breathing) ที่จะได้รับการสอนในคลินิกและเป็นทางเลือกในการช่วยลดการหายใจลำบาก

Cicutto LC, Brooks D[3]การวิจัยนี้ต้องการค้นหาการดำรงชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ทำใน Ontarioประเทศแคนาดา โดยการส่งแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสบการณ์การมีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

ผลการวิจัยได้รับแบบสอบถามคืนมาประมาณ 78 เปอร์เซ็นต์ คือ 353 จากแบบสอบถาม 452 ฉบับผู้ชาย 52% ผู้หญิง85% สูบบุหรี่ ประมาณ 85 % เป็น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรุนแรงปานกลาง ประมาณ 52 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการสูดดม100% ได้รับการฉีดวัคซีน ไข้หวัด 90 เปอร์เซ็นต์ออกกำลังกายแบบแอโรบิก75%, มีการมาพบแพทย์ตามนัด 72%,การฝึกการหายใจ 69%

หายใจสูดดมยา steroids 67% ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้า 44 เปอร์เซ็นต์ รายงานการมีการใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนการตัดสินใจ ผู้ป่วย 68 เปอร์เซ็นต์ และมีการปฏิสัมพันธ์ กับทีมสุขภาพทั้งแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ สรุป พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีกลยุทธ์ในการจัดการโรค บุคคลกรทางสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

อรัญญาชิดชอบ[4]ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อศึกษาถึงความหมาย สาเหตุ ระดับความรุนแรง ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อการทำหน้าที่และวิธีการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในแต่ละระดับใช้จัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 91 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2549-เดือนธันวาคม พ.ศ.2549 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบวัดความเหนื่อยล้า Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) ของ Smets et al.[5] 3.แบบวัดผลกระทบความเหนื่อยล้า (Fatigue Impact Scale:FIS) ของ **Fisk et al**.[6]และ 4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการหาความหมาย สาเหตุ และวิธีการจัดการตนเองบรรเทาความเหนื่อยล้า

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุดังนี้ ออกกำลังกายหรือออกแรงมากเกินไป ร้อยละ 89.01 มีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 40.66 ซึ่งระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ผลกระทบจากความเหนื่อยล้าในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ วิธีการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 เลือกในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า 3 อันดับแรก นั้นไม่แตกต่างกัน คือ ใช้วิธีการนั่งพัก การพ่นยา และการนอนหลับ พักผ่อน ตามลำดับ

สุภาภรณ์ ด้วงแพง[7]ได้ศึกษาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออก 4 แห่ง จำนวน 324 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการ

วินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่รับบริการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการตรวจรักษานอกเหนือจากแพทย์นัดแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุวคนธ์ กุรัตน์[8]ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มาติดตาม รับการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาล ศิริราช จำนวน 120 ราย

ผลการวิจัย การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235$, $P < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .568$, $P < .001$; $r = .252$, $P < .01$ ตามลำดับ) เมื่อ วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรส สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32.30

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาล ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตลอดไป

นันทิยาไพศาลบวรศรี[9]ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 20 ราย ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2548-เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2549 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม และใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและประเมินอาการหายใจลำบาก

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด
2) การให้ความรู้ สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง
3) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ
4) การให้แรงสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์
5) การปฏิบัติกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง
6) การประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

7) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดกานตนเอง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระบบครอบครัวและสังคม ระบบบริการสุขภาพและบุคลากรในทีมสุขภาพ

McGeoch GR, Willsman KJ, Dowson CA, Town GI, Frampton CM, McCartin FJ, et al.[10] การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าแผนการจัดการตนเอง ในระดับปฐมภูมิ ต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระยะยาว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าแผนการจัดการตนเอง ในระดับปฐมภูมิ ต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระยะยาว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเขียนแผนการจัดการตนเองในระบบปฐมภูมิ จะมีความสัมพันธ์กับ ความรู้ในการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเขียนแผนการจัดการตนเองในระบบปฐมภูมิ และและมีความสัมพันธ์กับ ความรู้ ใน การจัดการตนเอง ในการได้รับโปรแกรมในหนึ่งปี

สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษามาพบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรสสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[8]

2) คะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย[7]

3) มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการส่งมอบการดูแลเรื้อรังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($P < 0.001$) ความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และการส่งมอบบริการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($P < 0.001$) และการจัดการตนเอง เป็นตัวแปรกลางระหว่างคุณภาพชีวิต และระดับการศึกษาที่ต่ำ การเป็นโสด[1]

4) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีกลยุทธ์ ในการจัดการกับการหายใจลำบากที่เหมาะกับ นอกจากนั้นยังมีการใช้กลยุทธ์ การลดการเคลื่อนไหว การลดการเคลื่อนไหว เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ควบคุมการหายใจลำบากและจะทำได้ดีผู้ป่วยต้องมีประสบการณ์ ดังนั้นจึงควรที่บุคลากรการแพทย์จะต้องสอนกลยุทธ์เหล่านี้[2]มีการศึกษาการดำรงชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีกลยุทธ์ในการจัดการโรค บุคคลกรทางสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุกั้นเรื้อรังให้ความหมายว่าความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการเหนื่อยเพลีย อ่อนแรง บางทีก็เพลียทั้งร่างกายและจิตใจด้วย เวลาที่

ออกแรงจะเหนื่อย ถ้าออกแรงมากจะเหนื่อยมาก ถ้าไม่ออกแรงก็ไม่เหนื่อย โดยสาเหตุสำคัญคือออกกำลังกายหรืออกแรงมากเกินไป ทำให้การทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ วิธีการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 เลือกในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า 3 อันดับแรก นั้นไม่แตกต่างกัน คือ ใช้วิธีการนั่งพัก การพ่นยา และการนอนหลับ พักผ่อนตามลำดับ[4]

5) รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย[9]

1) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

2) การให้ความรู้ สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง

3) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ

4) การให้แรงสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

5) การปฏิบัติกิจกรรมตามกลวิธีการจัดการตนเอง

6) การประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

7) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดกานตนเอง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระบบครอบครัวและสังคม ระบบบริการสุขภาพและบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE.[11]การนำรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (CCM) ได้รับการแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพในการป้องกัน เพื่อการปรับปรุงผลลัพธ์ในผู้ป่วย เบาหวาน, ภาวะซึมเศร้า และหัวใจล้มเหลว แต่ยังข้อมูลจะขาด เกี่ยวกับประสิทธิภาพในผู้ป่วยภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังงานวิจัยนี้จึงมุ่งหาการทดลอง

1) ที่มีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยต้องการทราบว่ามีองค์ประกอบอไรบ้างที่นำไปทดลองใช้ มีองค์ประกอบอะไรบ้างที่ นำไปใช้ร่วมกันแล้วทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2) ผลหลังจากการทดลองโดยเปรียบเทียบก่อนและหลัง

3) ดูผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำไปใช้

1) การจัดการตนเอง (self-management)

กิจกรรมการดูแลเช่น การให้ข้อมูลอย่างเดียว หรือ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยการสนับสนุนเครื่องมือในการปรับพฤติกรรม และการให้แรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรม โดยเชื่อมกับเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม

2) การส่งมอบบริการ (Delivery system design)

การให้กิจกรรมการดูแลจะเป็นการให้ การเข้าถึงบริการแบบขั้นสูงในการดูแล(24 h/d, 7 d/wk) สำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการ หรือการให้ทีมที่ปฏิบัติการดูแลประสานการดูแลเพื่อป้องกัน สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เช่น แนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการบูรณาการผู้เชี่ยวชาญ เช่น การส่งต่อเพื่อการรักษา โรคร่วม และหรือ การ ระบุ อุปสรรค ในการดูแล และการทบทวนการปฏิบัติ

4) ข้อมูลในการตัดสินใจ (Clinical information system)

มีการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ได้ ฐานข้อมูลของผู้ป่วย มีการนำ ข้อมูลมาเป็นการแจ้งเตือนทางคลินิก และผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางเดินระบบหายใจ เภสัชกร และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบสองอย่างหรือ มากกว่าสององค์ประกอบขึ้นไป จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การมาห้องฉุกเฉิน จำนวนวันของการมานอนโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ อย่างมีนัยสำคัญ และการมีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล และมีการจัดการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงการดูแลขั้นสูงซึ่ง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ แนวทางปฏิบัติ ระบบการลงทะเบียน

ผลลัพธ์ที่วัด

1) Quality of Life
2) การเปลี่ยนแปลงปริมาตร การหายใจ forced expiratory ใน 1วินาที , เปอร์เซ็นต์ของค่าการทำนาย
3) Performance-Based Measures ได้แก่ 6-minute walk test
4) Mortality
5) Health Care Use
6) Hospitalizations

4. การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Boland, M., A. Tsiachristas, et al.[12]ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของค่าใช้จ่ายสุขภาพในโปรแกรมการจัดการในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่าจากงานวิจัย 16 เรื่องเป็นงานRCT 7 เรื่อง 2 เรื่องเป็น pre-post test 2 เรื่องเป็น case-control จากการวิเคราะห์เมต้าพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองลดค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาล ในผู้ป่วยต่อคนต่อปี €1060 (95% CI: €2040 to €80) และประหยัดค่าใช้จ่ายในการใช้จ่ายในระบบสุขภาพลง €898 (95% CI: €1566 to €231) ในการศึกษาทางเศรษฐกิจสุขภาพเหล่านี้มีขนาดเล็ก แต่ผลในเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พบ เช่น เซนต์จอร์ช ทางเดินหายใจแบบสอบถาม (SGRQ) คะแนนซึ่งลดลง 1.7 จุด (95% CI: 0.5-2.9) มี การ แม้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็แสดงให้เห็นว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่มีประวัติหายใจลำบากอาการกำเริบ และจากงานวิจัยควบคุมแบบสุ่มพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกันจะมีผลต่างกันน้อย และงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษานอกทวีปยุโรป โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีผลดีทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายแต่มีความหลากหลายมากอาจขึ้นอยู่กับผู้ป่วยโปรแกรมการทดลอง และลักษณะของศึกษา

Blackstock& Webster[13]ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลคุณภาพชีวิต สภาพการทำงานศักยภาพในการดูแลตนเอง สภาพจิตใจ และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตามปกติ

โดยเลือกงานวิจัยที่มีการสุ่มหรือการควบคุมการทดลอง การศึกษาคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 659 คน ที่เข้ากลุ่มการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วย 744 คนที่มีการดูแลตามปกติ เป็นผู้ชาย 53 % และผู้หญิง 47% กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.8± 8.5 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.8± 8.7 ปี ทุกการศึกษารายงานว่าค่าของ FEV_1ต่ำกว่า 60% สามารถทำนายได้ว่าเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงปานกลางจนถึงมากพบว่ามีงานวิจัย9 เรื่องที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาสรุปเป็นเรื่องต่างๆ ได้ดังนี้

1) ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ มี7 การศึกษาที่ได้รับประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ 2 การศึกษาที่มีการรายงานจากแพทย์ทั่วไปว่าที่มีการติดตามเยี่ยม 12 เดือน ทำการศึกษาจากการวิเคราะห์เมต้าเมื่อเปรียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ และพบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ภายใน 12 เดือนจะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า

2) มี 3 การศึกษาที่ต้องการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้งหรือมากกว่า แต่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 2.3 ครั้งใน 12 เดือนที่ไม่ได้รับความรู้ และ 5 คนที่ต้องการได้รับความรู้ทีจะป้องกันไม่ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มี 3 การศึกษาที่ใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งสองกลุ่มมีความต้องการในการใช้ยาปฏิชีวนะไม่แตกต่างกัน

3) การรับประทานยา สเตียรอยด์ ไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ค่ารักษาพยาบาลและการดูแลต่างๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

4) ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้ ผู้ป่วยมีพัฒนาการเพิ่มมากขึ้น มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5) การทำงานของปอดและความทนต่อการออกกำลังกาย ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มที่ได้รับความรู้กับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ

6) สภาพจิตใจของผู้ป่วย พบว่าผลของการให้ความรู้ต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าภายในกลุ่มที่มีการดูแลตนเองมีพัฒนาดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่ระหว่างกลุ่มที่แตกต่างกันไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

Niesink A, Trappenburg JCA, de Weert-van Oene GH, Lammers JWJ, Verheij TJM, Schrijvers AJP.[14]สรุปผลการบูรณาการการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลตามปกติ มีการศึกษาระบบบูรณาการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโปรแกรมการบูรณาการประกอบด้วยส่วนประกอบต่อไปนี้อย่างน้อย 1 เรื่องคือ 1) multidisciplinary care team, (2) clinical pathway, (3) clinical follow-up, (4) case management, or (5) self-management or patient education

ผลการศึกษาค้นหาข้อมูลจากทั้งหมด 2098 เรื่อง ทำการคัดจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อเหลืองานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 98 เรื่อง แต่มีเพียง 10 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดและเป็นการศึกษาทดลองที่มีการสุ่มแบบปกปิด ลักษณะของการศึกษาที่คัดมาศึกษาคือ มีการติดตามผล คุณภาพของการศึกษา จำนวนผู้ดูแล เนื้อหาการทดลอง

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

การให้ความรู้ในการจัดการดูแลตนเองไปใช้กับผู้ป่วย ทั้งทางด้านการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการฝึกอาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เข้าใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย การให้ความรู้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ความสามารถในการออกกำลังกายหรือการทำงานของปอด เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความสามารถในการจัดการตนเองที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ สามารถนำผลเรื่องการให้ความรู้ในการจัดการดูแลตนเองไปใช้กับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เข้าใจในความสามารถของตนเอง เป็นการลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลงได้มาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

Ashmore J, Russo R, Peoples J, Sloan J, Jackson BE, Bae S, et al.[15]ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้บ้านเป็นฐานในการจัดการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นจากการมี physical activityมีสมมติฐานการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่ได้รับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย(Physical activity self -management, PASM) จะมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มปกติ 2) โปรแกรม PASM จะมีประสิทธิภาพคุ้มค่ากว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจาก clinics of the University of Texas ซึ่ง

เป็น 1 ใน 5 ของระบบสุขภาพใน 8 พื้นที่ชุมชนของ east Texas ทั้งหมด 5582 คน เก็บข้อมูลที่ clinics of the University of Texas, Health Science Center-Tyler (UTHSCT), which is one of five health systems in an eight county region in east Texasซึ่งเป็นวิจัยแบบRCT

ลักษณะโปรแกรม

PASM เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันโดยโปรแกรมปรับมาจากกิจวัตรประจำวัน(Active living Everyday :ALED) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกันและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม มีคู่มือบันทึกพฤติกรรม ปัญหาที่พบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคม การปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม ดังนี้

1) ระยะกระตุ้น ระยะนี้จะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติต่อการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่อยู่ในหนังสือ(PASM Workbook) เสร็จสมบูรณ์ แล้วส่งกลับมาทุกสัปดาห์
2) ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวคิด ศักยภาพในการดูแลตนเอง การจัดการปัญหา การตั้งเป้าหมาย แยกแยะสิ่งที่เป็นอุปสรรค ความปลอดภัยของผู้ป่วยในสัปดาห์แรก
3) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสนุกกับการมีกิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะโทรศัพท์กระตุ้นผู้ป่วยและเก็บข้อมูลไว้ ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยอาจใช้ไลน์ช่วยตอบคำถามหรือส่งข้อความ เป้าหมายของโปรแกรมกิจกรรมทางกาย(PASM intervention)จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน ผู้ป่วยที่มีหายใจลำบากระดับ4-5ของ Borg scale ใช้เวลา 1-2นาที ในการฟื้นฟู
4) ผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 10 เดือน หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยติดต่อทางโทรศัพท์อัตโนมัติทุกเดือน เป็นการกระตุ้นของระยะที่ผ่านมา และคงไว้ซึ่งการมีกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการกระตุ้นมาตั้งเป้าหมายใหม่ การแก้ปัญหา และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถถามจากผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ผลการศึกษา ไม่มี

Ahmed S, Bourbeau J, Maltais F, Mansour A.[16]ได้ศึกษาวิธีการสร้างแบบจำลองสมการโครงสร้างเพื่อดูการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังงานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล Secondary analyses ของการศึกษาการทดลองแบบสุ่มแบบปกปิดที่มีกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพปอดที่บ้านและโรงพยาบาล ใช้ แบบสอบถาม ระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง(CRQ) และแบบสอบถาม St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประสบการณ์การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพร่างกาย

Antoniu [17]การศึกษาในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถลดการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพและการปรับปรุงภาวะสุขภาพ และผลเหล่านี้จะยั่งยืนและมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายการศึกษาในปัจจุบันเป็นการประเมินผลกระทบของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ชีวิตดีกับ™ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ของ BoehringerIngelheim, Burlington Ontario, Canadaซึ่งเป็นการให้เพิ่มเติมจากการดูแลปกติ ต่อการใช้ทรัพยากร ความสามารถออกกำลังกายได้ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

พบว่าในช่วง ขั้นตอนการเริ่มต้น โปรแกรมนี้สามารถทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการมาห้องฉุกเฉิน หรือ การมาพบแพทย์ก่อนวันนัดลดลง

ผลการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบหลายๆ ปัจจัย(multifactorial self-management programs) มีความสามารถ ลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพโดยการลดจำนวน ของการนอนโรงพยาบาล การเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการพบแพทย์โดยไม่ได้มาตามนัดหมาย โปรแกรมการทดลองแต่พบว่ามี posteffect ในตอนท้ายของปีที่ติดตาม ซึ่งหมายความว่าประสิทธิภาพที่แท้จริงของโปรแกรมดังกล่าวควรได้รับการประเมินใน ในระยะยาวต่อไป ในแง่ของการรักษาในโรงพยาบาล, อายุและภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเป็นปัจจัย ทำนายเชิงลบ ของอัตราการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง ในขณะที่เพศหญิงการสามารถออกกำลังกายได้ดีขึ้นและสูงขึ้น เป็นปัจจัยทำนายเชิงบวก

โปรแกรมการทดลอง

การศึกษามีสองระยะคือ

1) การทดลองควบคุมแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุกว่า 50 ปี ที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเหนื่อย จำนวน 191 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 96 คน และกลุ่มควบคุม 95 คน โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีการ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่ และความรุนแรงของโรคเท่ากันการอุดตันทางเดินหายใจ การหายใจลำบากและความสามารถในการออกกำลังกายเก็บข้อมูลใน 7 เซ็นเตอร์ เป็นระยะเวลา 1 ปี

2) ขั้นตอนที่สองการติดตามผลเป็นเวลานาน 2 ปีในระยะแรกกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเองพร้อมกับการดูแลตามปกติในขณะที่ กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการดูแลตามปกติ โปรแกรมการทดลอง ประกอบด้วยเซสชั่นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรค โดยต้องส่งมอบบริการสัปดาห์ละครั้ง 7-8 สัปดาห์ และเสริมด้วยการให้คู่มือการฝึกอบรมการออกกำลังกาย และความ

เป็นไปได้ในการติดต่อ ผู้จัดการกรณีที่ได้รับมอบหมายในระยะที่สองมีแค่สอง เซ็นเตอร์ ที่สามารถนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ร่วมกับการดูแลที่เป็นมาตรฐาน และผู้จัดการรายกรณี

เนื้อหาประกอบด้วยเซสชั่นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรค โดยต้องส่งมอบบริการ สัปดาห์ละครั้ง 7-8 สัปดาห์ และเสริมด้วยการให้คู่มือการฝึกอบรมการออกกำลังกาย และสามารถติดต่อกับผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับมอบหมาย

คู่มือ (workbook)การดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค การป้องกันอาการกำเริบ โดยใช้เทคนิคการสูดดมเพียงพอ แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการอาการกำเริบ การให้คำแนะนำเรื่องการดำเนินชีวิต เวลาว่าง การเดินทาง การออกกำลังกายที่บ้าน และการบำบัดด้วยออกซิเจน

การวัดผลลัพธ์คืออัตราการนอนในโรงพยาบาล และผลลัพธ์รองคือ การทำหน้าที่ของปอด ความสามารถในการออกกำลังกาย การมาพบแพทย์โดยไม่ได้นัดหมาย การมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ข้อมูลผลลัพธ์ทั้งสองที่แรกเข้าโปรแกรมเดือนที่ 4 และ 12

Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, et al.[18]ได้ศึกษาเพื่ออธิบายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 469 คน กลุ่มทดลองจำนวน 96 คน และกลุ่มที่ดูแลตามปกติ จำนวน 95 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ลักษณะโปรแกรม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองแต่ละคนจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเฉพาะโรค ผู้ป่วยจะได้รับการสอนที่บ้านประมาณ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ การดูแลรักษาเหมือนการดูแลรายกรณี มีการติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อทุกสัปดาห์เป็นเวลา8 สัปดาห์

ผลการศึกษา

1) ลักษณะผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาไม่สูง เป็น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่า FEV1 1ลิตรและ 40% ที่มีอาการหอบเหนื่อย คะแนน 5/5 ใน ATS-DLD 78 คะแนน การใช้ยาระบบทางเดินหายใจเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ยกเว้นสเตียรอยที่ใช้ในกลุ่มทดลอง7%น้อยกว่ากลุ่มควบคุม13%

2) การทำงานของปอด กลุ่มทดลอง ข้อมูลพื้นฐานมีค่า FEV1 1.0± 0.33 L และ 12 เดือน มีค่า 0.96 ± 0.32 L ข้อมูลพื้นฐานของ forced vital capacity มีค่า 2.27 ± 0.74 L และ 12 เดือน พบ 2.31 ± 0.77 L กลุ่มควบคุม ข้อมูลพื้นฐานมีค่า FEV1 0.98± 0.31 L และ 12 เดือน มีค่า 1.01 ± 0.36 L ข้อมูลพื้นฐานของ forced vital capacity มีค่า 2.24 ± 0.69 L และ 12 เดือน พบ 2.30 ± 0.68 L

3.พบอาการกำเริบ 362 ครั้ง ในกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติและ 299 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง พบอาการหอบเหนื่อยในกลุ่มควบคุม 88% และ 90% ในกลุ่มทดลอง การเพิ่มขึ้นของเสมหะของกลุ่ม

ทดลองคิดเป็น 54% และ 75% ของกลุ่มควบคุม และมีเสมหะที่มีสีเหลืองของกลุ่มทดลองคิดเป็น 48%

และ53%ของกลุ่มควบคุม

4.การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มควบคุม จำนวน 118 คน 32.5% จาก 362 คน ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง พบ 71 คน 23.7%จาก 299 คน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน

5.การติดตามผล 12 เดือน กลุ่มทดลอง พบว่า 39.8% ลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ และ 57.1% ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี และ2ครั้งหรือมากกว่า

6. พบว่า 161 คน 44.4%จาก 362 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง พบ 95 (31.7%) จาก 299 คน การเข้ารักษาตัวในห้องฉุกเฉินลดลงทั้งสองกลุ่มใน 12 เดือน

7.ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน ลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ และ 57.1% ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพกลุ่มทดลอง พบว่า 39.8% ลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ และ 57.1%ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางสุขภาพ

สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีกำลังใจในการดูแลตนเอง มีความอดทนอย่างมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อไม่เกิดอาการกำเริบ

ลักษณะโปรแกรม

1) อุปกรณ์การสอนประกอบด้วย การออกแบบแผ่นพลิกสำหรับผู้สอน คือ 7ทักษะ (skill-oriented), การช่วยเหลือตนเอง(self- help), คู่มือการเรียนสำหรับผู้ป่วย (patient workbook modules)เกี่ยวกับการจัดการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นและแผนปฏิบัติการ

2) โปรแกรมการสอนของผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1) การให้ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการหายใจ เทคนิคการไอ กิจกรรมการใช้พลังงานในแต่ละวัน การออกกำลังกาย

2.2) การป้องกันและควบคุมอาการโดยใช้ยาพ่น

2.3) ความเข้าใจและการใช้แผนกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอาการกำเริบ

2.4) การหยุดการดำเนินชีวิตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อาหาร

2.5) พฤติกรรมการนอน การควบคุมอารมณ์

2.6) การใช้เวลาว่างและการท่องเที่ยว

2.7) โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านแบบง่ายๆ

2.8) การมีออกซิเจนไว้ใช้ที่บ้าน

2.9) แผนปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ รวมถึงรายชื่อที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีอาการเครียด สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ การใช้ยาปฏิชีวนะและเริ่มใช้สเตียรอยด์ใน 10-14 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบกับอาการติดเชื้อ

หลังจากประเมินการออกกำลังกายแล้วเริ่มการสอนการออกกำลังกาย 7สัปดาห์และโปรแกรมการอบรมจะเริ่มขึ้นที่บ้าน เริ่มตั้งแต่การ อบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด การออกกำลังกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย เพื่อหัวใจและหลอดเลือด การกระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 30-45 นาที มีการใช้ Borg scale ขณะออกกำลังกาย

Bourbeau, J., M. Julien, et al.[19]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่ม ภาวะสุขภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองควบคุมแบบสุ่มปกปิด มีการติดตาม 12 เดือน เก็บข้อมูลใน Quebec แคนาดา เก็บ 7 โรงพยาบาล 3 พื้นที่ กลุ่มทดลอง มี 299 คน กลุ่มควบคุม 362 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ที่ใช้วัดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผลลัพธ์รองได้แก่ การมาพบแพทย์โดยไม่ได้นัดหมาย

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนเอง**ชื่อ “Living Well with COPD**สอนโดย ผู้จัดการรายกรณีที่เป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ มีการสอนสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7-8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 7 โมดูลและมีการปรับแผนให้เหมาะกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบตั้งแต่ การใช้ยาปฏิชีวนะการใช้ยาสเตอรอยด์เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคโดยมีลักษณะที่มีอาการเฉพาะ นอกจากนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม มีการสอน การออกกำลังกายมากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยแพทย์ ค่าบริการฟรี และ มีแผนการรักษา

Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C.[20]ศึกษาผลการจัดการตนเองโดยใช้ผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยกับปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มแบบปกปิด และมีการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยเก็บข้อมูลที่ศูนย์ส่งต่อระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับการรักษาที่ทำการทดลองในโรงพยาบาล ใน 7 โรงพยาบาล โปรแกรมที่ใช้คือโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีชีวิตดีกับปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD

self-management program called “Living Well with COPD) ซึ่งไดรับการกำกับดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี

ผลการศึกษา

พบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมของในโปรแกรมการจัดการตนเองเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ $ 3,778 (2004 เหรียญแคนาดา) ต่อผู้ป่วย แต่จะประหยัดเงิน $ 3,338 ต่อผู้ป่วยเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย 14 คนต่อผู้จัดการรายกรณี 1 คนจึงเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้มีผลดีต่อค่าใช้จ่ายในเชิงบวก ในขณะที่ ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับกลางผลลัพธ์หลักที่วัดคือ ค่าใช้จ่ายในขณะที่อยู่โรงพยาบาล

Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR.[21] ประเมินผลระยะยาวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความแตกต่างการจัดการโรคต่อคุณภาพชีวิต การบริหารอาการกำเริบของผู้ป่วยและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 748 คน เริ่มใช้ยาขยายหลอดลมและหลังได้รับยาขยายหลอดลม มีปริมาตรของการหายใจออกในหนึ่งวินาทีมีค่าน้อยกว่า 0.70 หลังได้รับยาขยายหลอดลมเกณฑ์การคัดออก คือ มีปริมาตรของการหายใจออกในหนึ่งวินาทีต่ำกว่า 30% หลังได้รับยาขยายหลอดลม ได้รับการรักษาทางเดินหายใจ มีอาการกำเริบรุนแรง การศึกษาแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ การจัดการตนเอง(self- management) การติดตามตามปกติ (routine monitoring)และการดูแลตามปกติ(usual care) ในเวลา 24 เดือน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการจัดการตนเองของผู้ป่วยกับการดูแลตามปกติ และการติดตามตามปกติกับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษา

ในเวลา 24 เดือนไม่พบความแตกต่างทั้งสามกลุ่มของค่าคะแนน Chronic respiratory questionnaire domain scores ยกเว้นอาการเหนื่อยที่พบว่าดีขึ้นในกลุ่มที่การติดตามตามปกติมากกว่ากลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ

พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มตัวอย่างที่การติดตามตามการดูแลมีพัฒนาการทางการคลินิกที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ

ผู้ป่วย 153 คน รายงานว่ามีอาการกำเริบทั้งหมด 829 ครั้ง ความถี่ของการเกิดไม่มีความแตกต่างกันทั้งสามกลุ่ม ส่วนในกลุ่มที่มีการจัดการตนเองสามารถใช้ยาขยายหลอดลมเมื่อมีอาการกำเริบ และเริ่มใช้เพรดนิโซโลนยาปฏิชีวนะได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเวลา 24 เดือน

โปรแกรมมีลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีการจัดการตนเองจะได้รับ Canadian self-management program ซึ่งมีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นโปรแกรมที่อยู่กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่าง

มีความสุข มีทีมสุขภาพ 4 คน และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยถึงปานกลางจำนวน 4 คน

2) โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยโมดูลและการวางแผนกิจกรรมของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ การคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต การจัดการภาวะเครียดและความกังวล และการออกกำลังกายที่บ้าน การเพิ่มการใช้ยาขยายหลอดลมหรือการติต่อกับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และการประยุกต์เข้าสู่โปรแกรมในแต่ละราย การติดตามผลเป็นไปตาม national and international COPD guidelines
3) เมื่อมีการปรึกษา พยาบาลจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการ และข้อจำกัด ภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาทางเดินหายใจ การใช้ยาพ่น และความถี่ของอาการกำเริบ การชั่งน้ำหนักและตรวจการทำงานของปอดทุกปี
4) ผู้ดูแลกำหนดการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย ความถี่ของการติดตามขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ระดับของอาการเหนื่อย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี
5) ติดตามการทำงานของปอดในเดือนที่ 12 และ 24 ส่วนในเวลา 6 เดือนและ 18 เดือน จะทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแนะนำการบริหารปอด
6) ระหว่างการศึกษา เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย การใช้ยาในระบบทางเดินหายใจ ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและศักยภาพของผู้ป่วย
7) ผู้วิจัยประเมินความถี่และความสามารถในการจัดการกับกับอาการกำเริบของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์เข้าระบบ Nijmegen telephonic exacerbation assessment system (TEXAS) ทุก 2 สัปดาห์ที่มีอาการ ซึ่งจะได้รับคำตอบ เป็นระบบอัตโนมัติ อาจเริ่มใช้ยาขยายหลอดลม ยาฆ่าเชื้อหรือทั้งสองอย่าง มีการหาความตรงของ TEXAS

สามารถนำไปพัฒนาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่สมารถจัดการดูแลตนเองได้และทีมสุขภาพต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามโปรแกรมการศึกษาติดตาม ระบบการดูแลสุขภาพต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะชักจูงหรือปลูกฝังให้ผู้ป่วยตระหนักถึงกิจกรรมที่ตนเองต้องทำ รวมถึงองค์ประกอบทางด้านจิตใจ เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ยืนยาว

Carrieri-Kohlman V, Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Demir-Deviren S, Neuhaus J, Stulbarg MS.[22]ได้ศึกษาประเมินผลการดูแลระยะยาวของอาการหอบเหนื่อย การออกกำลังกายสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองติดตามอาการหอบเหนื่อย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทั้งหมด 115 คน อายุ 40 ปีขึ้นไป มีอาการคงที่อย่างน้อย 1 เดือน ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการออกกำลังกาย หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 1 ปี และสามารถใช้เครื่องออกกำลังกายเก็บข้อมูล Moffitt Hospital, San Francisco การวิจัยนี้ใช้การวิจัยแบบสุ่มและควบคุม

เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็นสามกลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรื่องหายใจลำบาก (Dyspnea Self-management :DSM)จำนวน 36 คน
2) กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรื่องหายใจลำบากและเพิ่มการออกกำลังกาย (DSM-Exposure) คือ 33 คน
3) DSM- training คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการเรื่องหายใจลำบากและเพิ่มการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 24 ชนิด 34 คน

ผลการศึกษา

1) ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2) การทำงานของปอด ในเวลา 1 ปีไม่พบความแตกต่างของค่า FEV1 และ FEV1 ratio กลุ่ม DSM- training มีอาการหายใจหอบเหนื่อยดีขึ้นมากกว่า กลุ่ม DSM-Exposure ในช่วงเวลา 2 และ 6 เดือน และกลุ่ม DSM ในช่วงเวลา 2 และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p< .05$
3) ในเวลา 4, 8, และ 12 เดือน พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนน CRQ-Dyspnea เพิ่มมากขึ้น กลุ่ม DSM มีคะแนน CRQ-Dyspnea 21(66%) กลุ่ม DSM-Exposure มีคะแนน CRQ-Dyspnea 16 (57%) กลุ่ม DSM- training มีคะแนน CRQ-Dyspnea 18 (62%)
4) Incremental Treadmill test พบว่า กลุ่ม DSM- training มีพัฒนาการมากกว่า 2 กลุ่ม ในเวลา 6 และ 12 เดือน ($p< .01$ และ $p= .03$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย
5) Endurance Treadmill Test พบว่า กลุ่ม DSM- training มีพัฒนาการมากกว่า 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p< .05$)
6) Six-Minute Walk พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเวลา12 เดือน
7) Health-related Quality of Life พบว่า กลุ่ม DSM- training มีพัฒนาการมากกว่า 2 กลุ่ม ภายในเวลา 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p= .01$) ส่วนกลุ่ม DSM มีคะแนนสูงขึ้นอย่างนัยสำคัญในเวลา 12 เดือน
8) SF-36 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงเวลาในด้าน role-physical ($p=.035$), vitality ($p=.006$), physical Health summary scale ($p=.02$)

เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบ่งการทดลองเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งเน้นในเรื่อง โปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกาย ซึ่งมีวิธีการออกกำลังที่ใช้เครื่องมือช่วยออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มความทนในการทำกิจกรรมประจำวัน ดังนั้น จึงควรนำผลการวิจัยดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีลักษณะใกล้เคียง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรคและสามารถดูแลตนเองได้

โปรแกรมการจัดการตนเอง

1. Dyspnea Self-management (DSM) program มี 3 องค์ประกอบคือ

1) การให้ความรู้รายบุคคล ใน 8 สัปดาห์แรกจะให้ความรู้ครั้งละ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการทบทวนความรู้ในเดือนที่ 4 และเดือนที่ 8 ครั้งละครึ่งชั่วโมง ให้ความรู้ในเรื่อง การรับรู้อาการหอบเหนื่อย ความทรงจำเกี่ยวกับอาการกำเริบที่เกิดขึ้น การได้รับการเสริมแรงในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยจากบุคคลอื่น ประโยชน์ที่ได้รับจากการเดินในบ้านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีสิ่งใดที่มาขัดขวางการเดิน

2) วิธีการเดินในบ้านและการบันทึก ผู้ป่วยจะต้องเดินอย่างน้อย4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที และบันทึกเวลาเดินและระยะทางที่เดิน รวมถึงอาการเหนื่อยเมื่อสิ้นสุดการเดิน โดยปรับจาก Borg scale

3) การโทรศัพท์ของพยาบาลทุก2สัปดาห์ พยาบาลจะตอบข้อสงสัยให้กับผู้ป่วย สนับสนุนการทำกิจกรรม อธิบายสิ่งที่ขัดขวางการออกกำลังกาย และจัดหาให้มีบุคคลที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ

2. Dyspnea Self-management program Plus Exposure (DSM- Exposure)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และเพิ่มการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 4 ชนิดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน

3. Dyspnea Self-management program Plus Training (DSM- Training)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 24 ชนิด 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน ซึ่งได้รับความยินยอมในการออกกำลังกายของผู้ป่วย 93.3 %

การวัดผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) Borg scale

2) endurance treadmill tests (ETTs),

3) Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

4) Two 6-minute walk (6MW) tests

5) Incremental and endurance treadmill exercise tests

6) Chronic Respiratory Disease Questionnaire.

7) Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Chang AT, Haines T, Jackson C, Yang I, Nitz J,[23]ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลทางคลินิกของ โปรแกรมการจัดการตนเองโรคเรื้อรัง (Chronic disease self-management:CDSM) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอด และโปรแกรมการดูแลตามปกติ ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มปกปิดควบคุมแบบ 3 กลุ่ม

ผลการศึกษายังไม่มีการรายงานผลการศึกษา

ลักษณะโปรแกรม

1. The Stanford CDSM program เป็นโมเดลที่ใช้กันทั่วไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วยการจัดกลุ่มผู้ป่วยขนาด 8-20 คน/กลุ่ม ได้รับการสอน 2-3 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ การเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นให้เกิดทักษะการเป็นนายตนเอง มีการแปลผลอาการ มอาการแสดงการทำตัวเป็นแบบอย่างและมีศักยภาพในการเข้าสังคม แต่ละสัปดาห์จะมี action planning และการ feedback เพื่อเกิดการสนับสนุนของกลุ่มและมีแนวทางการพัฒนาการจัดการตนเอง The CDSM program เป็นฐานของทฤษฎีศักยภาพในการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา การตัดสินใจและการสร้างกลยุทธ์ด้วยความมั่นใจ

2. Multi- factorial pulmonary rehabilitation (MPR) Program เป็นกลุ่มการฟื้นฟูสภาพปอดโดยดำเนินการฟื้นฟูสภาพปอดใน 8 สัปดาห์จากนักกายภาพบำบัด การออกกำลังกายทั้งปอดส่วนบนและส่วนล่าง รวมถึงหัวใจและหลอดเลือด ครั้งละ2 ชั่วโมง/สัปดาห์ และการให้ความรู้อีก 2 ชั่วโมง/สัปดาห์

3. Control จัดการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมที่จัดให้ และมีการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ผลลัพธ์ที่วัด

1. St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ซึ่งเป็นการวัด คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางเดินหายใจ ซึ่งวัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. FrenchayActivities Index, the International Physical Activity Questionnaire
3. Anxiety and Depression Scale
4. COPD self-efficacy
5. forced vital capacity in 1 s, FEV1 ซึ่งเป็นการวัดทางสรีรวิทยา
6. ค่าใช้จ่ายต่างๆ

Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ.[24]วัตถุประสงค์ของคือการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองสำหรับคนงานที่มีโรคเรื้อรัง โปรแกรมนี้มีพื้นฐานมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองของ Stanford University ในการทดลองแบบสุ่มควบคุมผู้เข้าร่วมถูกสุ่มให้กลุ่มทดลอง จำนวน 57 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 47 คน กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรม การจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษา

พบว่าในกลุ่มทดลอง เจตคติที่มีต่อการจัดการตนเองในที่ทำงาน เช่น ความเพลิดเพลินดีขึ้นหลังจาก 8 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.030$) เนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำงานร่วมกันมันก็พบว่าคนที่มีการศึกษาต่ำจะมีการพัฒนาคุณภาพสุขภาพร่างกายที่ดีกว่า (SF-12) ในกลุ่มทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญจากการฝึกอบรมมากกว่า แรงงานที่มีการศึกษาสูง, แรงงานที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ชาย

ลักษณะโปรแกรม

เนื้อหาของหลักสูตรการจัดการตนเองสำหรับคนที่มีโรคเรื้อรัง

1) สัปดาห์ที่ 1 เนื้อหา

1.1 บทนำปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบในที่ทำงาน

1.2 ความสำคัญของการออกกำลังกาย

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับตัวกับอาการโดยใช้ภาพที่แนะนำและความสำคัญของการออกกำลังกาย

1.3 วิธีการทำแผนปฏิบัติการ

2) สัปดาห์ที่ 2เนื้อหา

การรับมือกับ อาการอ่อนล้าและความเครียดในที่ทำงานเมื่อไหร่ความเครียดความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าจะมีผลต่อความสามารถในการทำงาน มีวิธีจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า ในที่ทำงานหรือไม่ วิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า (ที่ทำงาน) การหายใจการออกกำลังกายและองค์ความรู้ด้านการจัดการอาการ

3) สัปดาห์ที่ 3 ความสำคัญของโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ ปัญหาที่พบในที่ทำงาน .

ข้อแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ รูปแบบของภาระงานและความสามารถในการทำงาน การแก้ปัญหาในสถานที่ทำงาน

4) สัปดาห์ที่ 4 เทคนิคการสื่อสารในสถานที่ทำงาน

การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับปัญหาที่พบใน ทำงาน การสื่อสารกับคนครอบครัวและเพื่อน ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่พบในที่ทำงาน

5) สัปดาห์ที่ 5 การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย

การทำงานร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและที่ปรึกษาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในที่ทำงาน

6) สัปดาห์ที่ 6 แผนการสำหรับอนาคต

สิ่งที่ได้รับการเรียนรู้และประสบความสำเร็จที่ผ่านมาใน 6 สัปดาห์? กำหนดแผนระยะยาว

ผลลัพธ์ที่วัด

ผลลัพธ์หลักคือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เจตคติ ในการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์รองเป็นแบบสอบถามสุขภาพ SF-12, ความพึงพอใจในงานและความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน และความตั้งใจในการเปลี่ยนงาน

Effing T, Zielhuis G, Kerstjens H, van der Valk P, van der Palen J.[25]ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมกายบำบัด (Physiotherapeutic) ในชุมชน (community-based physiotherapeutic exercise programme : COPE-active) ต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และผลลัพธ์รอง

ได้แก่ การทำกิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นเครื่องหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะถูกประเมิน การออกแบบวิจัยเชิงทดลองควบคุมแบบสุ่ม โดยใช้ two-by-two factorial design (self-treatment of exacerbations and a community-based physiotherapeutic exercise programme) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย Physiotherapeutic ในชุมชนร่วมกับการจัดการตนเอง กับการจัดการตนเองเพียงอย่างเดียว มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 153 คน ผู้ป่วย 74 คนเป็นกลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 68 คน เป็น กลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ การมีกิจวัตรประจำวัน

ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการหายใจลำบากในทางเดินหายใจเรื้อรังจาก แบบสอบถาม (Chronic Respiratory Questionnaire standardized :CRQ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการเดิน และไม่พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและคะแนนร้อยละของการเผาผลาญไขมัน

ลักษณะของโปรแกรม

1) โปรแกรมกายบำบัด (Physiotherapeutic) ในชุมชนจะ ดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในท้องถิ่นที่เป็นนักกายภาพส่วนตัว ในเนเธอร์แลนด์
2) ผู้ป่วยทุกคน จะเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง สี่ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง นอกจากนั้นในกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรม COPE-active programmeซึ่งผู้ป่วยทุกคนต้องเข้าอบรมซึ่งสอนโดยนักกายภาพบำบัด ที่เพิ่มเข้ามาโดยมีระยะเวลา 6 เดือน (3 ครั้ง / สัปดาห์) และ ตามด้วยโปรแกรม 5 เดือน ที่เป็นโปรแกรมเลือก ระยะเวลา (2 ครั้ง / สัปดาห์)
3) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ในเรื่องการออกกำลังกายทำเป็นโปรแกรมที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง

การวัดผลลัพธ์

1) Chronic Respiratory Questionnaire standardized (CRQ-SAS).
2) COPD Questionnaire (CCQ).
3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Fairbrother P, Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Sheikh A, Pagliari C, et al.[26]

สำรวจประสบการณ์ ในการใช้การสนับสนุนการจัดการตนเอง การเปลี่ยนแปลงของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และคนไข้กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 38 คน โดยคัดจากอายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีทีมสุขภาพทั้งหมด 32 คน ที่ให้ความร่วมมือในการจัดการบริการ การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญ

พยาบาลที่อยู่ในหน่วยปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือพยาบาลที่ทำงานวิจัย พยาบาลเวชปฏิบัติ ได้ถูกเชิญเข้าร่วมโปรแกรมเก็บข้อมูลที่Lothian, Scotland

ผลการศึกษา

1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน 47% เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย67.5 ปี ทีมสุขภาพทั้งหมด 32 คน สัมภาษณ์โดยเฉลี่ยประมาณ 30 นาที
2) ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าการติดต่อทางโทรศัพท์เป็นการเพิ่มความรู้ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจในการรักษาหรือค้นหาคำแนะนำจากทีมสุขภาพ และการติดตามของเวชปฏิบัติผู้ป่วยรับรู้ถึงการให้การสนับสนุน
3) ความรู้และพลังอำนาจของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความศรัทธาต่อการใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า และคาดหวังว่าการติดตามทางโทรศัพท์จะได้รับความปลอดภัย และเข้าใจเกี่ยวกับปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากพบว่าเทคโนโลยีเป็นเรื่องที่ง่ายที่จะสามารถเข้าไปดูข้อมูลทางคลินิกด้วยตนเอง ซึ่งได้กำหนดภาวะสุขภาพและการยอมรับความเจ็บป่วย
4) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่พูด หรือไม่เล่าอาการต่างๆให้ทีมสุขภาพฟังเนื่องจากยังขาดความไว้วางใจ การไม่บอกรายละเอียดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถดูแลต่อที่บ้านได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5) การรับรู้ของทีมสุขภาพ พบว่าข้อมูลที่ได้รับมามีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางคนได้รับการตอบสนองด้วยการจัดการด้วยยาระหว่างที่มีอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนถูกจำกัดด้วยการจัดการตนเองที่จะยอมรับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ หลังจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับกลุ่มผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง มีการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau M, Maltais F, Julien M, Beaupre A, et al.[27]

ได้ประเมินผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการเข้ารักษาในโรงพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลหลายแห่ง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองสุ่มแบบปกปิดและมีกลุ่มควบคุม การทดลองนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 191 คน จาก 7 โรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่เคย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้ว อย่างน้อย หนึ่งครั้ง โดยกลุ่มทดลองได้รบโปรแกรม การมีชีวิตอยู่ที่ดีกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Living Well with COPD™) ร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการศึกษาสูง มีภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในขั้นรุนแรง และประมาณเกือบครึ่งมีอาการหายใจลำบาก และในระยะการติดตามสองปีพบว่ากลุ่มทดลอง มีการ

ลดลงของการเขารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากทุกสาเหตุถึง 26.9% และลดการเข้ารับการรักษาถึง 21.1% เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุน้อยเพศ (หญิง), การศึกษาที่สูงเพิ่มขึ้น สถานะสุขภาพและความสามารถในการออกกำลังกาย โดยสรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาโปรแกรมการดูแลการจัดการตนเอง และการสนับสนุนขึ้นอยู่กับเฉพาะโรคจะมีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามระยะยาวไปสองปี

ลักษณะของโปรแกรม

เป็นโปรแกรมที่เป็นการส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่มีหลายองค์ประกอบ ให้การสอนและฝึกทักษะอาทิตย์ละ 1 ชั่วโมง ตลอด 7-8 สัปดาห์ นอกจานั้นจะมีคู่มือ แผนการปฏิบัติการสั่งยาสำหรับยาปฏิชีวนะและ prednisone เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบ การแนะนำการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่วัด

ผลหลักคือสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์รองคือ ทุกสาเหตุของการเข้ามารักษาที่ห้องฉุกเฉิน

Jonkers CC, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, van Eijk JT.[28]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล การทำกิวัตรประจำวันและการเข้าสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 361 คน ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทั้งหมด 8326 คน

ผลการศึกษา

1) พบว่ากลุ่มทดลองมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง 38% กลุ่มควบคุมมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง 30% ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อายุมาก โดยเฉลี่ยอายุมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในการศึกษา 2.8 ปี
2) กลุ่มควบคุมมีคะแนนทุกเรื่องน้อยกว่ากลุ่มทดลองและมีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดจากการติดตามในระยะที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (p= 0.04, p= 0.02 ตามลำดับ) มีค่า effect size 0.27 and 0.29 ตามลำดั
3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะที่ 2 (p= 0.002) และระยะที่ 3 (p= 0.003) มีค่า effect size 0.42 and 0.40 ตามลำดับ
4) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเข้าสังคมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะสุดท้าย (p= 0.003) มีค่า effect size 0.39

5) จากผลการทดลองโปรแกรม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารรถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความคิดในทางที่เหมาะสม สามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นควรนำกิจกรรมนี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของประชาชนกลุ่มตัวอย่างจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น.

Kiser K, Jonas D, Warner Z, Scanlon K, Shilliday BB, DeWalt DA.[29]ศึกษาผลของการจัดการตนเองในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาผลของความรู้ที่แตกต่างกันต่อความสามารถในการใช้ยาพ่นโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 99 คน ที่ เป็นหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หรือ ถุงลมโป่งพองที่รับการรักษาด้วยยาพ่น

ผลการศึกษา

โดยเฉลี่ยผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการรุนแรงปานกลาง มี 36% ที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ต่ำ ทำให้คุณภาพชีวิตเลวลงในระดับปานกลางและมีมาตรฐานการใช้ยาพ่น กลุ่มทดลองมีพัฒนาการเทคนิคการใช้ยาพ่นได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (difference in mean change 2.1, 95% CI 1.1 , 3.0) กลุ่มทดลองมีพัฒนาการเทคนิคการใช้ยาพ่นได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพน้อย (difference in mean change 2.8, 95% CI 0.6 , 4.9) กลุ่มที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพสูง (difference in mean change 1.8, 95% CI 0.7 , 2.9)

ลักษณะโปรแกรม

1) กลุ่มทดลอง ได้รับคำอธิบายหลักการใช้ยาพ่นและแผนการรักษาโดยใช้ยาพ่น จัดทำคู่มือการมีชีวิตอยู่กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเครื่องมือประเมินความเหมาะสมที่ทำอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์การประเมินเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ ผู้ช่วยนักวิจัยได้รับการอบรมเพื่อเข้ามาประเมินและติดตามผลตามแบบแผนการทดลอง ผู้ช่วยนักวิจัยมีการสาธิตการใช้ยาพ่น และการใช้ยาพ่นปลอม และสอบถามความรู้ความเข้าใจหลังจากสาธิตแล้ว ถ้าผู้ป่วยตอบคำถามไม่ได้หรือไม่สามารถทำได้ ผู้ช่วยวิจัยทำการสาธิตใหม่พร้อมอธิบายเพิ่มเติม จนผู้ป่วยสามารถทำได้
2) กลุ่มที่ดูแลตามปกติ ทำการประเมินตามมาตรฐาน แต่ไม่ได้รับการอบรมเทคนิคการพ่นยาและไม่ได้รับเครื่องมือที่ให้ความรู้ 15-30 นาที
3) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มกลับมาประเมินผล 2 -8 สัปดาห์ ซึ่งมีความยืดหยุ่นของการติดตามผล ซึ่งกำหนดไว้อย่างชัดเจนและผู้ช่วยนักวิจัยทำการศึกษาและติดตามผลอย่างเหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามและประเมินการพ่นยา
4) การวัด ผู้ช่วยวิจัยประเมินความจุปอดของผู้ป่วยจากการวัด FEV1, FVC, และ FEV1/FVC S-TOFHLA มีความตรง เป็นเครื่องมือบริหารตนเองของผู้ป่วย
5) ประเมินการพ่นยา

สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากทุกวันนี้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาพ่นอยู่เป็นจำนวนมาทั้งวิธีการพ่น ขนาดของยาที่ใช้ รวมถึงเวลาที่สามารถพ่นติดต่อกันได้

จำนวนเท่าไร ห่างกันนานแค่ไหน ควรมีการสอนและสาธิตการพ่นยาอย่างถูกต้อง และให้ผู้ป่วยทดลองทำจนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับไปทำบ้าน

Khdour MR, Agus AM, Kidney JC, Smyth BM, McElnay JC, Crealey GE.[30]วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายเพื่อดูความคุมทุนในการศึกษาและโปรแกรมการจัดการตนเองของปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติที่ทำการสอนด้วย เภสัชกร โดยใช้การออกแบบทดลองสุ่มปกปิดและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างน้อยหนึ่งปี และมี FEV1 ระหว่าง 30-80%

เป้าหมายของโปรแกรมการศึกษาการจัดการตนเอง คือการเพิ่มรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการตนเอง หรือ หลีกเลี่ยงความยากลำบากในการหายใจในขณะที่มีส่วนร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษา 60 นาทีโดยเภสัชกรโรงพยาบาลในช่วงที่เข้าโครงการผู้ป่วยจะได้รับการศึกษาเป็นรายบุคคล โดยจะกล่าวถึง ยาที่ได้รับ ความสำคัญของการยึดมั่นในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เทคนิคการพ่นยา การจัดการอาการ การออกกำลังกายรวมทั้งการหายใจที่มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา

1. เนื้อหาที่ใช้ สอนโดยเภสัชกร จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้ลง และจะช่วยทำให้คุภาพชีวิตดีขึ้น
2. การศึกษาและการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มี ปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีความคุ้มทุนเมื่อเทียบ กับการดูแลตามปกติ โดยพบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ในค่าใช้จ่ายระหว่างโปรแกรมการศึกษาการจัดการตนเอง และการดูแลตามปกติได้ - £ 671.59 (95% CI: - £ 1,584.73 ถึง - £ 68.14) และ 0.065 (95% CI; 0.000-0.128)

การวัดผลลัพธ์

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือการวัด คณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับคณภาพชีวิต health-relatedqualityoflife(HRQoL) โดยวัดเมื่อเริ่มแรกเข้าโครงการ 6 เดือน และ 12 เดือน

2.การวัดภาวะสุขภาพ EQ-5Dประกอบด้วย 5 โดเมน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยจะมี สเกลความรุนแรง 3 ระดับ

3. การวัดค่า ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระหว่างที่ได้รับการรักษาโดยเป็นค่ารักษาที่อยู่ในระหว่างการศึกษา

Lenferink A, Frith P, van der Valk P, Buckman J, Sladek R, Cafarella P, et al[31]
ตรวจสอบผลการฝึกฝนในการใช้แผนปฏิบัติเป็นรายบุคคลสำหรับการตอบสนองที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการวิธีการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความซับซ้อน

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการทดลองแบบควบคุมแบบสุ่มทำใน multicenter โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค(โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน ความวิตกกังวลและ / หรือภาวะซึมเศร้า)จะได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลในเนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย จำนวน 300 คน ผู้ป่วย จำนวนที่ละ 150 คนและแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและทดลอง

ผลการทดลอง

ไม่ได้บอกผลการทดลองชัดเจน

ลักษณะโปรแกรม

1) กลุ่มทอลองได้รับการฝึกฝนในการใช้แผนปฏิบัติเป็นรายบุคคลสำหรับการตอบสนองที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการวิธีการจัดการตนเองโดยใช้ แผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการการตนเอง การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ปอดอุดกั้นเรื้อรังโรค และมีโรคร่วมผู้ป่วยทุกราย จะได้เรียนรู้ที่จะบันทึกอาการทุกวันเป็นเวลา 12 เดือนอย่างสมบูรณ์ ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการฝึกทักษะตามแผนแต่ละคน สำหรับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม และเชื่อมโยงกับสมุดไดอารี่ โปรแกรมจะมุ่งเป้าไปที่ความรู้เกี่ยวกับปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคร่วม การให้ภูมิคุ้มกัน รวมทั้งจะมีการฝึกการออกกำลังโดยการหายใจ
2) จะมีการสอนแบบกลุ่มและสอนแบบเดี่ยวดังนี้
   2.1.1) สอนเป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่สัปดาห์ที่ 1และ3
   2.1.2) สอนเป็นรายบุคคลในที่ 2 และ 4
   2.1.3) โทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 8, 20, 36
3) การอภิปรายกลุ่ม

3.1.1) ในระหว่างการอภิปรายประชุมกลุ่ม จะมีการอภิปรายเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ อาการปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาสำหรับปัญหาทางเดินหายใจและอาการของ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จากพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะเฉพาะเจาะจงในโรคร่วมต่างๆ ที่เกิดร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (โรคหัวใจและโรคเบาหวาน) การอภิปรายกลุ่มครั้งต่อไป อาจพูดถึง ความสำคัญของการออกกำลังกายและโภชนาการที่ดี นอกจากนี้ยังพูดถึงการหายใจและการออกกำลังกายการพักผ่อน จะได้รับการอภิปรายด้วย ในที่สุดจะได้รับข้อเสนอแนะที่จะใช้ ไดอารี่และแผนปฏิบัติการ

3.1.2) ในช่วงการสอนระหว่างบุคคล พยาบาลจะได้ฝึกผู้ป่วยในการการกรอกไดอารี่และการกระทำกิจกรรมต่างๆนอกจากนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะกำหนด ประสบการณ์อาการใน

เมื่อไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง โดยข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ จะถูกผสานลงในอาการเจอได้เป็นปกติ และบันทึกลงในไดอารี่ สุดท้ายพยาบาลจะศึกษาและจะตรวจสอบเทคนิคการสูดดมที่ถูกต้องเช่นเดียวกับการใช้ยาสำหรับโรคร่วม

4) กลุ่มควบคุมการสอนบันทึกไดอารี่เป็นกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

4.1.1) โทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 3,4,8,20,36

4.1.2) การวัดผล สัปดาห์ที่ 0, 26, 52

ผลลัพธ์ผลลัพธ์หลักคือจำนวนวันที่อาการกำเริบ ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลลัพธ์รองรวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คุณภาพของชีวิต การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การยึดมั่นความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ การดูแลและข้อมูลค่าใช้จ่าย

Mackin LA, University of California SFN.[32] ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินอายุจะมีผลต่อ ประสิทธิภาพการทำงาน อาการหายใจลำบาก การรับรู้สมรรถนะในตนเองภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกันหรือไม่ 2) ตรวจสอบ ตัวทำนาย การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการจัดการ อาการหายใจ3) ตรวจสอบ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการการเดินที่บ้านและรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการที่มีการได้รับโปรแกรมที่แตกต่างกันการวิเคราะห์ข้อมูล secondary analysis จากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว เป็นการวิจัยเชิงทดลองควบคุมแบบสุ่มที่มีการทดลองโดยการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปอดอุดกั่นเรื้อรัง ประมาณ103คนโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผลการทดลอง พบว่าอายุจะมีผลต่อการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การหายใจลำบาก ในโปรแกรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน นอกจากนั้น และพบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน และในจัดการในการหายใจถี่ จะมีผลมาจากการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แต่ อายุไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ลักษณะโปรแกรม

1) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการหายใจลำบากเพียงอย่างเดียว
2) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการหายใจลำบาก และกลุ่มที่ได้รับการฝึกเดิน ออกกำลังกายบนลู่เดิน 4 ครั้ง
3) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการหายใจลำบากและกลุ่มที่ได้รับการฝึกเดินออกกำลังกายบนลู่เดิน 24 ครั้ง

ผลลัพธ์ที่วัดการทำกิจกรรม รวมถึง การประเมินตนเอง และการวัดการออกกำลังกายการหายใจลำบาก การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน และ ในจัดการในการหายใจถี่ โดยจะมีการวัดเป็นช่วงๆ ตลอด 12 เดือน

Monninkhof E, van der Aa M, van der Valk P, van der Palen J, Zielhuis G, Koning K, et al.[33]ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสมบูรณ์รวมทั้งแนวทางการรักษาตัวเองสำหรับอาการกำเริบและการออกกำลังกาย ที่มีประสิทธิภาพต่อการรักษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน248คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเอง 127คน หรือได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 121 คน

ผลการศึกษา

โปรแกรมการจัดการตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ผู่ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สูงได้ โปรแกรมมีราคาแพงเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ และได้ผล ของการสูญเสียปีการทำงานเนื่องมาจากการกำเริบของโรค(Quality-adjusted life years :QALYs) หรือ HRQoLไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

การวัดผลลัพธ์ ข้อมูลการใช้ทรัพยากรต่างๆ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HRQoL)ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งค่าสาธารณูปโภค ผลจากการคำนวณเศรษฐกิจโดยวิเคราะห์มุมมองของสังคมและช่วงเวลาการสังเกตเป็นหนึ่งปีการสูญเสียการทำงานเนื่องมาจากการกำเริบของโรค (Quality-adjusted life years :QALYs) หรือ HRQoL

ลักษณะโปรแกรม

1) โปรแกรม COPE self-management มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ
   1.1) เป็นหลักสูตรประกอบด้วยการสอน ห้า ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง การสอนสี่ครั้งช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ และครั้งสุดท้าย จะทำหลังจากการสอนสี่ครั้งผ่านไปแล้วสามเดือน โดยเนื้อหาแต่ละครั้งมีดังนี้
   1.2) ครั้งที่ 1 การปรับตัวกับการอาการหอบเหนื่อย
   1.3) ครั้งที่ 2 มีการเน้นการออกกำลังกายและการคลายเครียด ผู้ป่วยจะได้รับแรงจูงใจในการออกกำลังกาย นอกจากนั้น จะได้รับการสอนเรื่องท่าที่เหมาะกับการทำงานและการใช้พลังงานที่ประหยัดในช่วงทำกิจกรรม และให้ผู้ป่วยเข้าใจในลักษณะและธรรมชาติของโรคให้ดีขึ้น
   1.4) ครั้งที่ 3 ให้ความสำคัญกับ เกี่ยวกับโภชนาการและผลกระทบของมันสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
   1.5) ครั้งที่ 4 เป็นเรื่อง การสื่อสาร แพทย์ในระบบทางเดินหายใจ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ
   1.6) ครั้งที่ 5 จะเป็นการสะท้อนกลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการรักษาความรู้และทักษะที่ได้มา

2) โปรแกรมการออกกำลังกายซึ่งประกอบไปด้วยหนึ่งหรือสอง ชั่วโมงในการฝึกอบรมกลุ่มเล็ก ต่อสัปดาห์ ในช่วง ระยะเวลาของการศึกษาสองปี ภายใต้การแนะนำ ของนักกายภาพบำบัดที่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมรวมถึงการฝึกความแข็งแรง แรง

หายใจ การออกกำลังกายเพื่อหัวใจและหลอดเลือด และการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายที่เตียง การออกกำลังกายมีวัตถุประสงค์การปรับตัวต่อโรค ตระหนักถึงความสามารถของแต่ละบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าเป็นไปได้ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปที่หน่วยฝึกทางกายภาพบำบัด ใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กับผู้ป่วยอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน

3) แนวทางการรักษาตนเองเมื่ออาการกำเริบ

โดยแนวทางขึ้นอยู่กับการรับรู้อาการ และจะได้รับการแนะนำในช่วงการได้รับการเรียนแรก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้แนวทางการจัดการตนเองได้ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้จะได้รับการ อภิปรายอีกครั้งในแต่ละครั้งหากผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นควรเรียกแพทย์ แต่สามารถให้สเตียรอยด์ระยะสั้นทางช่องปากได้ ถ้าจำเป็นร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะเมื่อจำเป็น

Nield M, Hoo GW.[34] ศึกษาผลการสอนทางไกลในการจัดการตนเอง โดยการใช้ Skype ในผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นการสอนสุขภาพทางไกล(telehealth)ที่มีเสียงโต้ตอบแล วิดีโอสำหรับการเรียนการสอน หายใจแบห่อปาก (pursedlips:PLB) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ค่อยเป็นที่รู้จัก จึงเป็นการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และการรับรู้สมรรถนะทางสังคมที่เป็นตัวแปรที่สำคัญจาก การสนับสนุนทางสังคมและการหายใจลำบาก

ผลการศึกษา

พบว่าในสัปดาห์ที่ 4 แสดงให้เห็น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด ($p = 0.02$) และ การสนับสนุนทางอารมณ์อารมณ์ และข้อมูล($p = 0.03$) ความแตกตากอย่างมีนัยสำคัญ

โปรแกรมการสอน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบควบคุมแบบสุ่มที่มีการวัดเมื่อเริ่มแรกเข้าโครงการสัปดาห์ที่4 และ 12 โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับการสอน หายใจแบห่อปาก (pursedlips: PLB) ในช่วงแรก แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมแรงเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยผ่านคอมพิวเตอร์ และการ Skype

เมื่อเริ่มโครงการกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่เหมือนกันคือมีการสอนการหายใจแบบห่อปากประมาณ 10 นาทีจากบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ตรวจสอบ FEV1 และค่าปริมาณที่เหลือ

2) ดู คลิปวิดีโอ การหายใจ ด้วย PLB 2 นาทีบน ด้วยการสาธิตย้อนกลับ

3)ทบทวน การตรวจสอบของการศึกษา

ขั้นตอนประกอบด้วย

1) ฝึกการหายใจประมาณ 10 นาที ในสัปดาห์แรก ในสัปดาห์ที่สอง ใช้เวลา 20 นาที / วัน สัปดาห์ที่สาม25 นาที / วัน สัปดาห์ที่สี่ ฝึกตามที่ระบุเฉพาะ ไว้

2) ระยะเวลาในการฝึกในสัปดาห์แรกวันละ 4 ครั้ง เป็นตอนเช้า ตอนเช้า สาย ช่วงบ่าย และเย็น

3) การสอนด้วย เครื่องคอมพิวเตอร์ที่บ้าน จะถูกเพิ่มเข้ามาในกลุ่มทดลอง

โดยมีการสอนโดยใช้ Telehealthทาง Skypeประมาณ 15-30 นาทีเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้สำหรับกลุ่มทดลอง

4) ก่อนการสอนจะมีการโทรศัพท์เตือนโดยบุคลากรที่สอนการหายใจในสัปดาห์แรก เพื่อเริ่มต้นเซสชั่นelehealthทาง Skype

5) ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการสอนที่บ้าน

การวัดผลลัพธ์

1.การสำรวจการสนับสนุนทางสังคม

2. การประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้ visual analogue scales for intensity and distress, modified Borg after six-minute walk distance, and Shortness of Breath Questionnaire for activity-associated dyspnea).

Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V.[35]ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อภาวะซึมเศร้าการศึกษานี้ ใช้ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล second analysis จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการทดลองควบคุมแบบสุ่มที่มีการทดลองสามกลุ่ม

ผลการทดลองมีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มการทดลองทั้งสามกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าลดลง
2. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมที่ได้รับคำแนะนำในการเดิน 24 ครั้ง จะมีการลดการหายใจลำบาก มากกว่ากลุ่มอื่นๆ
3. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่มีการเพิ่ม การปฏิบัติของการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมสังคม และกิจกรรมทางร่างกาย

ลักษณะโปรแกรม

โดยแบ่งกลุ่มการทดลองเป็นสามกลุ่ม ดังนี้

1) โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการหายใจลำบากพื้นฐาน ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ คือ การสอนรายบุคคลและการสาธิตการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง การสอนการเดินที่บ้าน การประเมินตนเองที่บ้าน รวมถึงการใช้เครื่องนับก้าวและ บันทึกการออกกำลังกาย

2) โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการหายใจลำบากพื้นฐาน บวกกับ การแนะนำการออกกำลังกายบนลู่เดินโดยพยาบาล 4 ครั้ง เพื่อให้เกิดมีความต่อเนื่อง ในการเดิน นาน 30 นาที ตลอด 2 เดือน เพื่อความทนทานบนลู่เดิน

3)โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการหายใจลำบากพื้นฐาน บวกกับ การแนะนำการออกกำลังกายบนลู่เดินโดยพยาบาล 24 ครั้งตลอด 2 เดือน

การวัดผลลัพธ์มีการวัด ภาวะซึมเศร้า (CES-D) scale IIการหายใจลำบากด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วย chronic respiratory questionnaire(CRQ)

Ninot G, Moullec G, Picot MC, Jaussent A, Hayot M, Desplan M, et al.[36]ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อ่านออกเขียนภาษาฝรั่งเศสได้ ไม่มีอาการรุนแรง ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีการปรับยาหรืออาการหอบเหนื่อย มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ค่าFEV1/FVC น้อยกว่า 0.7 ไม่เคยเข้ารับการรักษาที่คลินิกฟื้นฟูทางเดินหายใจหรือการดูแล ระยะยาวและทำการคัดออก ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นหอบหืด ได้รับออกซิเจนตลอด เป็นโรคหัวใจที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีปัญหากระดูกและข้อที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมได้การวิจัยนี้เป็นแบบสุ่มที่มีการปกปิดเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 23 คน

ผลการศึกษา

1) ระหว่างการทดลอง 1 ปี มีการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง เหลือกลุ่มควบคุม 18 คน กลุ่มทดลอง 22 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน
2) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำงานของร่างกายและคุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีพัฒนาการในเรื่อง 6 –min walking distance (6MWD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มเท่ากับ 50.5 min(95% CI : 2-99 min) ซึ่งมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม
3) หลังการทดลอง 12 เดือน พบความแตกต่างของอาการทั้งสองกลุ่ม คะแนนของกลุ่มทดลองพัฒนาขึ้นใน 4 ด้านของ St. George's Respiratory Questionnaire(SGRQ)และ Nottingham Health Profile(NHP) ส่วนกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการในกิจกรรมของ SGRQ แต่ไม่มีผลในด้าน NHP ทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มของ Voorrips score อย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (2.7 (95% CI : 1.1-4.3 units)

ลักษณะของโปรแกรมการ

1) บุคลากรทีมสุขภาพให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งจัด 4-8 คน/กลุ่ม เป็นเวลา 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โปรแกรมเน้นทักษะการจัดการดูแลตนเอง เช่น การเลิกบุหรี่ การจัดการเมื่อเกิดอาการกำเริบ ทักษะการสูดยาที่ถูกต้อง การขับเสมหะที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีการออกกำลังกาย วิธีการหายใจที่ถูกต้อง

2) โปรแกรมการออกกำลังกายใช้เวลา 30-45 นาที มีการควบคุมให้กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมอย่างน้อย 7 ครั้ง จากทั้งหมด 8 ครั้ง (รวมการออกกำลังกายและการให้ความรู้)ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มาพบแพทย์ตามนัดการติดตาม เป็นการคงไว้ซึ่งโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีการอบรมหรือการให้ความรู้เพิ่มเติม มีการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนหรือคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 3 ครั้งในช่วงที่ติดตามเป็นเวลา 1 ปี

Rees PJ. [37]ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกความเฉพาะต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นการศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการควบคุมและการสุ่มเก็บข้อมูลใน 7 โรงพยาบาลใน 3 พื้นที่ในประเทศนาดาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 91 คน มีอายุมากกว่า 50 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายประมาณ 55 เปอร์เซ็นต์ ต้องมีอาการคงที่และไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา FEV1 ประมาณ 25-70 เปอร์เซ็นต์

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ ห้องฉุกเฉินน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมและทำให้ภาวะทางสุขภาพดีขึ้น

โปรแกรมการทดลอง

ใช้โปรแกรมการจัดการตนองของ BoehringerIngelheimชื่อ Living Well with COPD

การวัดผลลัพธ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ การเข้ารับการักษาที่ห้องฉุกเฉิน

Sedeno MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J.[38]ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง “Living Well with COPD” และการใช้แผนปฏิบัติการต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งมีการสนับสนุนด้วยผู้จัดการรายกรณี และมีการติดตามระยะเวลา 12 เดือน มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกเดือน โดยผู้ป่วยจะมีส่วนในการกำหนดและเขียนแผนปฏิบัติการและเริ่มในการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาเพรดนิโซโลนในกรณีที่ปู้ป่วยมีอาการ มากกว่า สองอาการ เช่น หายใจลำบาก ปริมาณของเสมหะ มากและเป็นหนอง ภายใน 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา

ในกลุ่มที่มีการเขียนแผนการดูแลเองจะมีการใช้ ยาปฏิชีวนะและ เพรดนิโซโลนมากกว่ากลุ่มควบคุม(54.4% vs. 34.8%, p <0.001) และพบว่ามีการกำเริบของโรคและเข้ารับการรักษานอยลงกว่ากลุ่มควบคุม(17.2% vs. 36.3%, p <0.001)การจัดการตนเองด้วยการใช้แผนปฏิบัติการสำหรับอาการกำเริบเฉียบพลันของปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ประสบความสำเร็จจะช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวัดผลลัพธ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาการกำเริบของโรค
วัดที่แรกเข้าโครงการเดือนที่ 4 และ 12

Smidth M, Olesen F, Fenger-Gron M, Vedsted P.[39]ได้ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป จาก 2 ชุมชน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้า 3 กลุ่ม 1) กลุ่มแรกเป็นกลุ่มทดลอง มีนักปฏิบัติ 2 คน 2) กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มควบคุม มีแพทย์ทั่วไปสองท่าน3) กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มควบคุมภายนอก มี 3GPหรือมากกว่า

ผลการศึกษา

1) กลุ่มควบคุมมีชายมากกว่าหญิง(ชาย 59.7%) อายุเฉลี่ย 67.1 ปี กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังPACICสูงขึ้นจาก 2.06- 2.14 (difference = 0.08 95% CI: 0.00 ; 0.16) ขณะที่กลุ่มควบคุมลดลง 0.05 (95% CI: -0.14; 0.04) ผลจากกลุ่มทดลองมีค่า 0.12 (95% CI: 0.00; 0.25) (p=0.048) เป็นผลจากการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีค่า 0.14 (95% CI: 0.03:,0.25) (p=0.014)

2) เปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่เปลี่ยนแปลงค่าคะแนนและการตัดสินใจมีค่า 0.19 และค่าเป้าหมายมีค่า 0.20 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมภายนอก แต่มีความแตกต่างของค่าเป้าหมายระหว่างชายกับหญิง พบว่าผู้ชายมีค่า 1.83 หญิงมีค่า 1.6

3) ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 1% ของ Bonferroni level ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกัน ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เปลี่ยนแปลงไปจากค่าเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงของ PACIC 0.09 คะแนนโดยรวมของ PACIC ที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มควบคุมภายนอกและกลุ่มทดลองมีค่า 0.11

การนำโปรแกรมการจัดการโรคไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆสามารถทำได้โดยการปรับบางส่วนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมของแต่ละชุมชน และทีมสุขภาพต้องให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจาก Central Denmark Region ซึ่งเป็นฐานของ GOLD Guidelines และเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกจาก The Danish Society for General Practice ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และการจัดการเกี่ยวกับ การรักษาตามปกติ การสื่อสาร การร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการเลิกสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีน การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค อาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

มีการใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยนโยบายและแหล่งข้อมูล การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบส่งต่อการจัดการดูแลทางด้านสุขภาพและระบบการให้ข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยสนับสนุนแบบแผนการทดลองทั้งแพทย์ทั่วไปที่ดูแลและผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลในพื้นที่ นำมาวางแผน พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่

ในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือกับแพทย์ที่จะเข้าไปเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านเหมือนเป็นพยาบาลชุมชน

เป้าหมายการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อสามารถจัดการกับภาวะกำเริบของโรคได้ ผู้วิจัยเตรียมการ์ด เพื่อจัดการกับเสมหะและอาการกำเริบ จัดหาครอบครัว เพื่อนและตัวผู้ป่วย ให้มีความรู้ความสามรถในการจัดการโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบการติดต่อทางเว็บไซด์

มีการวัดผลลัพธ์ Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)

Trappenburg JC, Koevoets L, de Weert-van Oene GH, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, et al.[40] ได้ศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของแผนกิจกรรมแต่ละบุคคลต่อการกำเริบ การฟื้นหายจากอาการ การรักษาที่ล่าช้า healthcare utilisation ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความกังวล และ สมรรถนะในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็นสามกลุ่ม

1) post- bronchodilator FEV1/FVC ratio <70% 2) อายุมากกว่า 40 ปี 3) ประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี หรือ 15 pack-years 4) วินิจฉัยว่าเป็น COPD 5) ปัจจุบันรักษาด้วยยาขยายหลอดลมมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 409 คน คัดเข้าร่วมโครงการ 282 คน มีภาวะอาการกำเริบ 146 คน

ผลการศึกษา ไม่แสดงผลการศึกษา

การวัดผลลัพธ์

Exacerbations อาการกำเริบจะดูจากการบันทึกอาการในแต่ละวัน อาการกำเริบเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลงใน 24 ชมหรือมากกว่า คะแนนจากแบบสอบถามทางคลินิก วัดโรคที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ มี 10 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ สภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยเป็นคนตอบคำถามจากการสังเกตอาการภายใน 24 ชม เวลาที่อาการดีขึ้น คำนวณจากวันที่เกิดอาการกำเริบ หลังจากนั้น 3 วัน ที่มีการเปลี่ยนแปลง

ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (HRQL) จากแบบสอบถามของ St George(SGRQ) ได้สอบถาม HRQL ซึ่งมีความตรงของการวัดสุขภาพของผู้ป่วย COPD แบบสอบถามนี้มี 16 ข้อคำถาม 3 ประเด็น คืออาการแสดง กิจกรรมและผลกระทบ เป็นการประเมินการรับรู้ปัญหาทางเดินหายใจ

ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า วัดจากแบบวัดของโรงพยาบาลประกอบด้วย 7 ข้อคำถามทางด้านอารมณ์ ศักยภาพในการดูแลตนเอง ศักยภาพในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 11 ข้อคำถามในการดูความสามารถในการดูแลตนเอง

จำนวนวันที่เกิดอาการกำเริบและมาพบทีมสุขภาพ จำนวนวันที่มีอาการกำเริบและเริ่มให้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จำนวนที่เกิดอาการกำเริบต่อปี

ประเมินติดตาม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการใน 24 ชั่วโมง และทุก 3 วันจะประเมิน CCQ ผู้ป่วยได้รับ 6 รายการประเมินใน 30 วัน ทุก 4 สัปดาห์ผู้ป่วยส่งรายการประเมินและติดต่อทางโทรศัพท์กับทีมสุขภาพเพื่อประเมินความเหมาะสมในการประเมินแต่ละวัน หลังจากนั้น 24 สัปดาห์

HRQL มาประเมินอีกครั้ง ในเรื่องความวิตกกังวล ความเศร้าซึม และศักยภาพในการดูแลตนเอง หลังจากตอบแบบสอบถามแล้วผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

สามารถนำแบบแผนการทดลองไปใช้ได้ เนื่องจากมีการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี และนำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบมาทดลองใช้และได้ผลเป็นที่น่าเชื่อถือได้มาใช้ในการทดลอง รวมแบบวัดต่างๆที่มีมาตรฐาน แต่การบันทึกโดยผู้ป่วยถ้าไม่มีการตรวจสอบเป็นระยะอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ จากการหลงลืมหรือความตั้งใจในการลงบันทึกมีน้อย

Voncken-Brewster V, Tange H, de Vries H, Nagykaldi Z, Winkens B, van der Weijden T.[41]ทดสอบการใช้ web-based และ computer-tailored self-managementในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 40-70 ปี เป็นชาว Dutch มีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์เบื้องต้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น COPD หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับปานกลางถึงมากคัดกรองโดยใช้ The Respiratory Health Screening Questionnaire(RHSQ) เครื่องมือเกี่ยวกับSmoking cessation and physical activity

ผลการวิจัย

ไม่ชัดเจนเนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวเป็นการทดสอบเกี่ยวกับการใช้ web-based และ computer-tailored self-management for COPD ซึ่งมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ แต่เนื่องจากไม่มีผลการวิจัยระบุไว้จึงไม่สามารถบอกได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผลดีหรือไม่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะของโปรแกรม

โดยมีลักษณะกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

1) The health risk appraisalโดยยึดหลักข้อคำถามตาม Dutch guidelines for health behavior ซึ่งจะแบ่งระดับตามสัญญาณไฟจราจร ดังนี้ไฟเขียว อธิบายถึง การเข้าพบเพื่อรับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องไฟเหลือง อธิบายถึง การเข้าพบเพื่อรับคำแนะนำบางครั้งไฟแดง อธิบายถึง ไม่มีการเข้าพบเพื่อรับคำแนะนำเลย

2) Motivational beliefs

ประเมินจากทัศนคติต่อการมีพฤติกรรมทั้งทางด้านบวก (เป็นประโยชน์ต่อชีวิต/คุณภาพชีวิต?) ด้านลบ (จะมีการกลับไปใช้อีกครั้ง?)

3) Social influence

อิทธิพลทางสังคม มาจากหุ้นส่วนชีวิต ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน บนพื้นฐานของพฤติกรรมที่จะใช้ในการประเมิน คำถามมีดังนี้ เช่น คุณมีการจัดการกับแรงกดดันทางสังคมอย่างไร ,แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญใครม และคุณมีแบบอย่างที่ดีหรือไม่ ที่คุณคิดว่าสำคัญกับชีวิตของคุณ

4) Goal setting and action plans

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีเป้าหมายต่อการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตัวอย่างคำถาม เช่น คุณจะทำอะไรในสัปดาห์ถัดไป ตอบ ฉันต้องการออกกำลังกายให้ได้ 20 นาทีต่อครั้ง และ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นต้น ซึ่งเมื่อทำได้ตามแผนจะมีการให้คำชื่นชมและส่งเสริมให้ทำเช่นนี้อีกในครั้งต่อ ๆไป

5) Self efficacy (การรับรู้ความสามารถของตน)

จะถามผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้ลำบากใจ จัดการกับปัญหาอย่างไร มีการติดตามและกระตุ้นกรณีที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีและถ้าจัดการไม่ได้จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนต่อไป

6) Maintenance

จะมุ่งประเด็นไปที่การคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการ ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้กลุ่มดังกล่าวเข้าwebsiteซึ่งจัดทำโดยthe Master Your Breast project ซึ่งใน website จะมีข้อมูลเกี่ยวกับ

1) ภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละคน

2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย

5) รูปภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6) วิดีโอและลิงค์ข้อมูลทางสุขภาพและจะมีการเพิ่มเกี่ยวกับวิดีโอออกกำลังกายที่สามารถทำได้เองที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จัดการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งมีการบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะมีการโต้ตอบให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ดีกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการใช้ website เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 2 สัปดาห์ จะมีการส่ง อีเมล์และให้มีการเข้า website ทันทีเพื่ออ่านข้อมูลนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สถานการณ์การวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับ COPD

รัตนา พรหมบุตร[42]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 40 คน เลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ

อายุระดับความรุนแรงของโรค และประเภทของยาที่รักษา กลุ่มละ 20 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า

1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น (=373.50, SD = 39.11)

2) อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น (กลุ่มทดลอง= 373.50, SD = 39.11, กลุ่มควบคุม = 231.00, SD =33.86)

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย 1 ชั่วโมง/ครั้ง/สัปดาห์ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 ได้รับการสอนเกี่ยวกับการหายใจ การไอขับเสมหะ เทคนิคการสงวนพลังงาน และการผ่อนคลาย
2) สัปดาห์ที่ 2 ได้รับการสอนเกี่ยวกับการควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม
3) สัปดาห์ที่ 3 ได้รับการสอนการจัดการตนเองเพื่อลดการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน
4) สัปดาห์ที่ 4 ได้รับการสอนการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน เพศสัมพันธ์ การจัดการด้านอารณ์ และความเครียด
5) สัปดาห์ที่ 5 ได้รับการสอนการเตรียมรัวเมื่อต้องเดินทางไกล
6) สัปดาห์ที่ 6 ได้รับการสอนการออกกำลังกาย
7) สัปดาห์ที่ 7 ได้รับการสอนการใช้ออกซิเจน

พัชราภรณ์บุญสูง[43]ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลร้องกวาง

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังโดยทำการศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2554

ผลการศึกษา

1.พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบลดลงร้อยละ 32.73 (p-value =0.043) เมื่อจำแนกเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบพบว่าลดลงร้อยละ 29.58 และร้อยละ 38.46 (p-value= 0.094 และ p-value=0.292 ตามลาดับ)

2.หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เพื่อการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 9.00 เป็น 14.50 คะแนน (p-value < 0.001) และค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 19.00 เป็น 20.00 คะแนน (p-value < 0.001) รวมถึงสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีเทคนิคในการใช้ยาสูดพ่นถูกต้องมีจานวนเพิ่มขึ้น (p-value < 0.006)

3.จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงจาก 49 เหลือ 14 คน (p-value <0.001) และจำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงจาก 88 เหลือ 20 ปัญหา (p-value <0.001)

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการรักษาการใช้ยาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโภชนาการการพักผ่อนและการผ่อนคลายโดยโปรแกรมจัดให้มีการแจกสมุดคู่มือและมีการทบทวนความรู้กระตุ้นการฝึกทักษะต่าง ๆโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการติดตามผลของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี

การให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (Self-management educational program)ประกอบด้วย

1) ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) การใช้ยาชนิดต่าง ๆอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

3) การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบ

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดเช่นการฝึกกล้ามเนื้อหายใจการสอนการไอเพื่อกาจัดเสมหะและการออกกาลังกาย

5) การดูแลตนเองทั่วไปเช่นโภชนาการการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

ลักษณะกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้

1) กิจกรรมครั้งที่ 1 หรือสัปดาห์ที่ 1

1.1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประเมินความรู้เพื่อการจัดการตนเองประเมินความถูกต้องของการใช้ยาพ่นประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (Pre-test หรือเดือนที่ 0) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

1.2) การสอนรายกลุ่มโดยมีเนื้อหาตามแผนการสอนแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติซึ่งมีระยะเวลาในการสอน 3 ชั่วโมงแผนการสอนประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุของการเกิดโรคอาการของโรคโดยพยาบาล (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) ยาที่ใช้ในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการใช้ยาขั้นตอนการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

1.3) ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้ยาพ่น (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

1.4) ผู้ป่วยและญาติสามารถซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและสอบถามความคิดเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) โดยทาการอธิบายและแนะนำคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถทบทวนเนื้อหาดังกล่าวที่บ้าน

2) กิจกรรมครั้งที่ 2 หรือสัปดาห์ที่ 2

2.1) ทบทวนเนื้อหาที่ได้ทำการสอนไปในครั้งที่ 1 และหากผู้ป่วยและ/หรือญาติยังมีข้อสงสัยสามารถขอคาอธิบายในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

2.2) สอนรายกลุ่มเนื้อหาตามแผนการสอนแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติระยะเวลาในการสอน 3 ชั่วโมงแผนการสอนประกอบด้วยการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบเช่นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทาให้เกิดอาการหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ395สั้นการหายใจโดยการห่อปากการจัดท่าโดยนั่งบนเก้าอี้และเอนตัวไปข้างหน้าการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมการจัดท่าโดยนั่งฟุบหน้าบนโต๊ะ/เตียงโดยเภสัชกรและนักกายภาพบำบัด (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)

2.3) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัดเช่นการฝึกกล้ามเนื้อหายใจการฝึกหายใจพร้อมกับบริหารทรวงอกการไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพการออกกำลังกาย (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

2.4) การดูแลตนเองทั่วไปเช่นโภชนาการการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายโดยพยาบาล (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

2.5) ผู้ป่วยและญาติสามารถซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยและวิธีการจัดการอาการหอบเหนื่อยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

2.6) แนะนำวิธีการบันทึกข้อมูลลงในคู่มือประจาตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

สุทิน พิศาลวาปี[44]ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มี C-reactive protein ค่าบวก (> 5 mg./L) ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมประกอบด้วย

1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2) การวางแผนและปฏิบัติ

3) การติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์อาการกำเริบจำนวน 60 คนเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุระดับความรุนแรงของโรคและประวัติการสูบบุหรี่โดยที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

รายละเอียดขั้นตอนดำเนินงาน

1) ครั้งที่ 1 วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินอาการหายใจลำบาก (per-test) โดยใช้ Modified Borg's scale ประเมินสมรรถภาพปอดโดยใช้ PiKo-1 เพื่อวัด PEFR และ FEV_1และเจาะเลือดวัดระดับ C-reactive protein หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอาการกำเริบ การบริหารการหายใจ การรับประทานยาและการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด คำแนะนำในการยกเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งมอบเอกสาร วันก่อนบอกลาบุหรี่ 10 เคล็ดลับการเลิกบุหรี่, โรคจากการสูบบุหรี่และคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กาบันทึกเกี่ยวกับปริมาณการใช้ยาขยายหลอดลม คะแนนอาการหายใจลำบาก การพบแพทย์หรือการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพนอกเหนือจากแพทย์นัดและอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในสมุดบันทึกแบบกำกับตนเองตนเองที่บ้านทุกวัน รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยสามารถติดต่อผู้วิจัยเพื่อซักถามข้อสงสัยในการบันทึกในสมุดบันทึกแบบกำกับตนเองและเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่บ่งบอกถึงการเกิดอาการกำเริบ

2) ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์

3) ครั้งที่ 3 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามประเมินสมรรถภาพปอด (PEFR และ FEV_1) และประเมินอาการหายใจลำบาก ที่บ้าน

4) ครั้งที่ 4 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามประเมินสมรรถภาพปอด (PEFR และ FEV_1) และประเมินอาการหายใจลำบากที่โรคพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

5) ครั้งที่ 5 และเมื่อครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามประเมินสมรรถภาพปอด (PEFR และ FEV_1) ประเมินอาหารหายใจลำบาก และ เจาะเลือดวัดระดับ C-reactive protein ที่บ้าน (post-test) ผู้วิจัย ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกครั้งหลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับ อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวเองเพื่อป้องกันหรือควบคุมการเกิดอาการกำเริบ พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุฬาภรณ์คำพานุตย์[45] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จำนวน 16 คนเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 8คน กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองตามโปรแกรมที่วางไว้โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การฝึกทักษะที่จำเป็น และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการจัดการตนเอง แบบวัดอาการหายใจลำบาก เครื่องมือวัดสมรรถภาพปอดออโตสไปโรมิเตอร์ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ผลการวิจัย

พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

ลักษณะของโปรแกรม

ประกอบด้วยแผนการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสื่อประกอบการให้ความรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แผนส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่ที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแนวทางการดำเนินการที่มุ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

และต่อเนื่อง ในแผนนี้ประกอบด้วย การดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะการประเมินการเตรียมความพร้อม ระยะการจัดการตนเอง และระยะติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

2) คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้น ได้แก่ ความรู้ครอบคลุมในเรื่องกายวิภาค และสรีระวิทยาของระบบหายใจ พยาธิสรีรวิทยาของโรค กายภาพบำบัดทรวงอก การออกกำลังกาย การใช้ยา โภชนาการ เทคนิคการสงวนพลังงาน การผ่อนคลาย การให้ออกซิเจน การเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและลดความวิตกกังวล

3) สมุดบันทึกการติดตามผลตนเอง(monitoring sheet) เพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้จริง เพื่อให้ผู้สูงอายุบริหารการหายใจโดยการห่อปาก และการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การออกกำลังกายด้วยการบริหารร่างกายทั่วไป เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึก โดยให้(สูงอายุบันทึกด้วยตนเองทุกวัน หรือให้ญาติผู้ดูแลช่วยบันทึก เพื่อให้ผู้วิจัยนำผลการบันทึกการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุมาใช้ในการประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ร่วมกับผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการติดตามตนเอง มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ที่ทำให้ผู้สูงอายุทราบผลการปฏิบัติของตนเองว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป

4) ภาพพลิกเกี่ยวกับภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ เป็นภาพขนาดใหญ่ (กว้าง 39 ซม. ยาว 54 ซม.) หลาย ๆภาพซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเรื่อง โครงสร้างระบบหายใจ ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวในการลดอาการหายใจลำบาก ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับคู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้และสาธิต

5) เอกสารแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จินตนา บัวทองจันทร์[46]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่างเพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 40 รายโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 ราย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ ระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเองประกอบไปด้วย

3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเอง ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ และพัฒนาทักษะ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามผลการกำกับตนเองตามเป้าหมาย

ผลการวิจัย

1) อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) อาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักษณะโปรแกรม

ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ประเมินปัญหา การวางแผนและการปฏิบัติการ และการติดตามผลดังนี้

1) ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อควบคุมการเกิดอาการหายใจลำบาก เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้คิดทบทวนถึงปัญหาในการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหายใจลำบากและมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหายใจลำบาก

2) ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ เป็นการเตรียมความรู้และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวทรวงอกและเทคนิคการพ่นขยายหลอดลมให้กับผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดให้ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ใน เรื่องพยาธิสภาพ และปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก เทคนิคการพ่นยาที่ถูกวิธี การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอก ในการปฏิบัติตัวที่บ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องมีการนำเทคนิคการกำกับตนเองไปใช้ เช่น แบบบันทึกการกำกับตนเอง เกี่ยวกับการใช้ยาพ่น การออกกำลังกาย การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก ประเมินตนเองจากแบบบันทึกการติดตามตนเองทุกวัน เพื่อประเมินผลการจัดการตนเองตามเป้าหมายจากแบบบันทึกแล้วนำเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ พยาบาลรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย พร้อมหาทางแก้ไขปัญหาและให้ความรู้ ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง

3) ระยะที่ 3 การติดตามผล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากแบบบันทึกการกำกับตนเอง ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ถ้าสามารถปฏิบัติได้ พยาบาลให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อให้คงพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อไปเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการตนเองได้

ศุภกิจ แก้วแสนทิพย์[47]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลผาขาวจังหวัดเลยระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายนพ.ศ. 2555 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจานวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมจากระยะทางในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีและประเมินอาการหายใจลำบากจากแบบประเมินอาการหายใจลาบากหลังสิ้นสุดโปรแกรมรวม 10 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม 6 minute walk test ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น[48]ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความพร่อง ในการดูแลตนเองของโอเรมต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองก่อนและหลังทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชาย ที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐระดับทุติยภูมิ จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คนจับคู่ด้วยอายุและระดับการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังทดลองในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก และในกลุ่มทดลองก่อนทดลองอยู่ในระดับมากหลังทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง สูงกว่าหลังใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลักษณะโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองคือ คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดำเนินการทดลองในกลุ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 10-31 พฤษภาคม 2553 ในขณะที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้มีการติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ การบันทึกทางการพยาบาลและให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตามคู่มืออย่างใกล้ชิด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ให้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่มี

คุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คู่มือรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ครั้งละ 1-2 ราย และหัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้าเวรทำหน้าที่ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานตามกิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องปฏิบัติ คือ การประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

2) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ทำหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ โดยดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าผู้ป่วย/หัวหน้าเวร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ด้วยการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม และประสานการดูแลกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงานมอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยแทนตามแผนการพยาบาลเจ้าของไข้ที่วางไว้ และมีการประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทฤษฎีความพร่องในการดูแลตัวเองของโอเรม

เขมารดี มาสิงบุญ, พรทิพย์ อุ่นจิตร, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และอภิชาต ชิงนวรรณ.[49]การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ2กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษา ที่งานผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 42 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน

ผลการวิจัย

พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ดีขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ย สภาวะหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการหายใจลำบากลดลงกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการวัดผลของโปรแกรมการส่งเสริม

ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้แนวทางสำหรับพยาบาล ในการส่งเสริมความสามรถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการวิจัยต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื่อรังสามารถพัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

รจเรข พิมพาภรณ์[50]การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2549 ถึงเดือนมีนาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินสมรรถนะตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยปรับจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ Wigal et al.,(1991)แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberและคณะ (1967) แบบประเมินการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของตนเอง Flinder Human Behavior & Health Research Unit, 2005 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา

ผลการศึกษาพบว่า

1) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองจะมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองจะมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก

ให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที

1.1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และประเมินระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งซักถามอาการในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบประเมินการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และระดับความวิตกกังวล

1.2) ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ พบกับผู้ป่วยรายกลุ่มประมาณ 2-3 ราย และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง และให้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยให้ความรู้ในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก การป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก และวิธีการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก จากสื่อวีดีทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบจริงที่มีสภาพคล้ายคลึงกับตนเอง

1.3) หลังจากชมวีดีทัศน์แล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการผ่อนคลาย ด้วยการทดลองปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยดูแลแนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และพูดชักจูงและโน้มน้าวผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อให้ได้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติด้วยตนเอง กล่าวชมเชยผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อเป็นแรงเสริมในการปฏิบัติต่อไป

1.4) หลังการทดลองปฏิบัติได้แจกคู่มือการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง โดยบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย ชนิด ระยะเวลา อาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกายหรือขณะปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ความถี่และระยะเวลา ของการมีอาการหายใจลำบากพร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึก

1.5) สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรม และนัดผู้ป่วยอีก 4 สัปดาห์ต่อมา โดยให้นำแบบบันทึก การเฝ้าระวังตนเองมาด้วยทุกครั้งในการนัดครั้งต่อไป

2) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

เป็นการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง ดำเนินการโดย

2.1) ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นสอบถาม รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา นำเสนอวิธีการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก จากสื่อวีดีทัศน์ซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการผ่อนคลายด้วยการทดลองปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยดูแล แนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และพูดชักจูงและโน้มน้าวผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม

2.2) ผู้วิจัยติดตามผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบาก จากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง

2.3) ฝึกทบทวนการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากอีกครั้งโดยผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจสนับสนุน

2.4) กำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป

3) นัดครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

เป็นการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง ดำเนินการโดย

3.1) ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นสอบถาม รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการผ่อนคลาย ด้วยการทดลองปฏิบัติซ้ำ เพื่อประเมินความถูกต้อง โดมีผู้วิจัยคอยดูแล แนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และพูดชักจูงและโน้มน้าวผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม

3.2) ผู้วิจัยติดตามผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง

3.3) ผู้วิจัยให้กำลังใจสนับสนุน

3.4) กำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป

4) เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

เป็นการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการ

จัดการกับอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง ดำเนินการโดย

4.1) ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นสอบถาม รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการผ่อนคลาย ด้วยการทดลองปฏิบัติซ้ำ เพื่อประเมินความถูกต้อง โดมีผู้วิจัยคอยดูแล แนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และพูดชักจูงและโน้มน้าวผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม

4.2) ผู้วิจัยติดตามผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง

4.3) ฝึกทบทวนการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากอีกครั้งโดยผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจสนับสนุน

4.4) กำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป

5) นัดครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที

5.1) ซักถามอาการทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นสอบถาม รับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบาก และการผ่อนคลาย ด้วยการทดลองปฏิบัติซ้ำ เพื่อประเมินความถูกต้อง โดมีผู้วิจัยคอยดูแล แนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และพูดชักจูงและโน้มน้าวผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม

5.2) ผู้วิจัยติดตามผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังตนเอง

5.3) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และระดับของความวิตกกังวล

5.4) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจึงทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8ของการทดลอง

สรุปการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีผลดีด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย แม้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็แสดงให้เห็นว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยที่มีประวัติหายใจลำบากอาการกำเริบ[12]จะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[13]ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบหลายๆ ปัจจัย(multifactorial self-management programs)มีความสามารถ ลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพโดยการลดจำนวน ของการนอนโรงพยาบาลการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการพบแพทย์โดยไม่ได้มาตามนัดหมาย[17-20]

2. การบูรณาการโปรแกรม

การบูรณาการโปรแกรมที่จะทำให้ได้ผลดีประกอบด้วยส่วนประกอบต่อไปนี้อย่างน้อย 1 เรื่องคือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team)2) แผนภูมิการดูแล (clinical pathway) 3) การติดตามเยี่ยมทางคลินิค(clinical follow-up) 4) การจัดการรายกรณี (case management) (5) การจัดการให้การศึกษาเรื่องการจัดการตนเอง (self-management or patient education) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เข้าใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย[14]

3. การจัดการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นจากการมีกิจกรรมทางกาย

มีการจัดโปรแกรมการทำกายภาพในชุมชน (community-based physiotherapeutic exercise programme : COPE-active) [25]โดยผู้ป่วยทุกคนจะเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง สี่ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง จะสอนโดย นักกายภาพบำบัด ที่เพิ่มเข้ามาโดยมีระยะเวลา 6 เดือน (3 ครั้ง / สัปดาห์) และ ตามด้วยโปรแกรม 5 เดือน ที่เป็นโปรแกรมเลือก ระยะเวลา (2 ครั้ง / สัปดาห์) นอกจากนั้นยังมีการเน้นการใช้การฝึกฝนในการใช้แผนปฏิบัติเป็นรายบุคคลสำหรับการตอบสนองที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการวิธีการจัดการตนเองโดยใช้ แผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการการตนเอง การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ปอดอุดกั้นเรื้อรังโรค และมีโรคร่วมโดยใช้ โปรแกรม COPE-III โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการฝึกทักษะตามแผนแต่ละคน[31]

4.โปรแกรมการจัดการตนเองที่พบว่ามีผลดีต่อผู้ป่วยมีดังนี้

4.1ชีวิตดีกับ™ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Living Well with COPD)ของ BoehringerIngelheim, Burlington Ontario, Canada) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีผู้ใช้มากโปรแกรมหนึ่ง

ประกอบด้วยเซสชั่นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรค โดยต้องส่งมอบบริการ สัปดาห์ละครั้ง 7-8 สัปดาห์ และเสริมด้วยการให้ คู่มือ (workbook) การฝึกอบรมการออกกำลังกาย และสามารถติดต่อกับผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับมอบหมาย คู่มือการดูแลตนเองประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค การป้องกันอาการกำเริบโดยใช้เทคนิคการสูดดมเพียงพอ แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการอาการกำเริบ การให้คำแนะนำเรื่องการดำเนินชีวิต เวลาว่าง การเดินทาง การออกกำลังกายที่บ้าน และการบำบัดด้วยออกซิเจน[17, 27, 38]

โปรแกรมต้องสอนด้วย ผู้จัดการรายกรณีที่เป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ มีการสอนสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7-8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 7 ชุดและมีการปรับแผนให้เหมาะกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบตั้งแต่ การใช้ยาปฏิชีวนะการใช้ยาสเตอรอยด์เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคโดยมีลักษณะที่มีอาการเฉพาะ นอกจากนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม มีการสอน การออกกำลังกายมากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์[17-19]

4.2 โปรแกรมการสอนที่บ้าน[18-19]

มีโปรแกรมที่ใช้สอนที่บ้านโดยสอนประมาณ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ การดูแลรักษาเหมือนการดูแลรายกรณี มีการติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ลักษณะโปรแกรมประกอยด้วย

1) อุปกรณ์การสอนประกอบด้วยภาพพลิกสำหรับผู้สอน คือการเน้นทักษะ การช่วยเหลือตนเองและคู่มือการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นและแผนปฏิบัติการ

2) โปรแกรมการสอนของผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1) การให้ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเทคนิคการหายใจ เทคนิคการไอ กิจกรรมการใช้พลังงานในแต่ละวัน การออกกำลังกาย

2.2) การป้องกันและควบคุมอาการโดยใช้ยาพ่น

2.3) ความเข้าใจและการใช้แผนกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอาการกำเริบ

2.4) การหยุดการดำเนินชีวิตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อาหาร เพศ พฤติกรรมการนอน การควบคุมอารมณ์

2.5) การใช้เวลาว่างและการท่องเที่ยว

2.6) โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านแบบง่ายๆ

2.7) การมีออกซิเจนไว้ใช้ที่บ้าน

2.8) แผนปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ รวมถึงรายชื่อที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีอาการเครียด สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ การใช้ยาปฏิชีวนะและเริ่มใช้สเตียรอยด์ใน 10-14 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบกับอาการติดเชื้อหลังจากประเมินการออกกำลังกายแล้วเริ่มการสอนการออกกำลังกาย 7สัปดาห์และโปรแกรมการอบรมจะเริ่มขึ้นที่บ้าน เริ่มตั้งแต่การ

อบอุ่นร่างกายและการยืดเหยียด การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายส่งเสริมหัวใจและหลอดเลือด การกระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 30-45 นาที มีการใช้ Borg scale ขณะออกกำลังกาย

4.3 Canadian self-management program[21]

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยโมดูลต่างๆ และการวางแผนกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ การคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต การจัดการภาวะเครียดและความกังวล และการออกกำลังกายที่บ้าน การเพิ่มการใช้ยาขยายหลอดลมหรือการติต่อกับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และการประยุกต์เข้าสู่โปรแกรมในแต่ละราย การติดตามผลเป็นไปตาม national and international COPD guidelines พยาบาลจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการและข้อจำกัด ภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาทางเดินหายใจ การใช้ยาพ่น และความถี่ของอาการกำเริบ การชั่งน้ำหนักและตรวจการทำงานของปอดทุกปี ผู้ดูแลกำหนดการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย ความถี่ของการติดตามขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจระดับของอาการเหนื่อย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี

การติดตามผล การเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพพื้นฐานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับการจัดการดูแลตนเองนาน 24 เดือน โดยใช้แบบสอบถามการบริหารจัดการทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ติดตามการทำงานของปอดในเดือนที่ 12 และ 24 ส่วนในเวลา 6 เดือนและ 18 เดือน จะทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแนะนำการบริหารปอด ระหว่างการศึกษา เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย การใช้ยาในระบบทางเดินหายใจ ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและศักยภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความถี่และความสามารถในการจัดการกับกับอาการกำเริบของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์เข้าระบบ Nijmegen telephonic exacerbation assessment system (TEXAS) ทุก 2 สัปดาห์ที่มีอาการ ซึ่งจะได้รับคำตอบ เป็นระบบอัตโนมัติ อาจเริ่มใช้ยาขยายหลอดลม ยาฆ่าเชื้อหรือทั้งสองอย่าง มีการหาความตรงของ TEXAS

4.4 Dyspnea Self-management program [22]

มีแบ่งย่อยดังนี้

1) Dyspnea Self-management (DSM) program มี 3 องค์ประกอบคือ

1) การให้ความรู้รายบุคคล ใน 8 สัปดาห์แรกจะให้ความรู้ครั้งละ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการทบทวนความรู้ในเดือนที 4 และเดือนที่ 8 ครั้งละครึ่งชั่วโมง ให้ความรู้ในเรื่อง การรับรู้อาการหอบเหนื่อย ความทรงจำเกี่ยวกับอาการกำเริบที่เกิดขึ้น การได้รับการเสริมแรงในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยจากบุคคลอื่น ประโยชน์ที่ได้รับจากการเดินในบ้านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีสิ่งใดที่มาขัดขวางการเดิน

2) วิธีการเดินในบ้านและการบันทึก ผู้ป่วยจะต้องเดินอย่างน้อย4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที และบันทึกเวลาเดินและระยะทางที่เดิน รวมถึงอาการเหนื่อยเมื่อสิ้นสุดการเดินโดยปรับจาก Borg scale

3)การโทรศัพท์ของพยาบาลทุก2สัปดาห์ พยาบาลจะตอบข้อสงสัยให้กับผู้ป่วย สนับสนุนการทำกิจกรรม อธิบายสิ่งที่ขัดขวางการออกกำลังกาย และจัดหาให้มีบุคคลที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ

2) Dyspnea Self-management program Plus Exposure (DSM- Exposure)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และเพิ่มการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 4 ชนิดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน

3) Dyspnea Self-management program Plus Training (DSM- Training)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 24 ชนิด 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน

4.5 The Stanford CDSM program

เป็นโปรแกรมที่ใช้เป็นโมเดลที่ใช้กันทั่วไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วยการจัดกลุ่มผู้ป่วยขนาด 8-20 คน/กลุ่ม ได้รับการสอน 2-3 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ การเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นให้เกิดทักษะการเป็นนายตนเอง มีการแปลผลอาการ มอาการแสดง การทำตัวเป็นแบบอย่างและมีศักยภาพในการเข้าสังคม แต่ละสัปดาห์จะมี action planning และการ feedback เพื่อเกิดการสนับสนุนของกลุ่มและมีแนวทางการพัฒนาการจัดการตนเอง The CDSM program เป็นฐานของทฤษฎีศักยภาพในการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา การตัดสินใจและการสร้างกลยุทธ์ด้วยความมั่นใจ[23-24]มีรายละเอียดดังนี้

เนื้อหาของหลักสูตรการจัดการตนเองสำหรับคนที่มีโรคเรื้อรัง

1) สัปดาห์ที่ 1 เนื้อหา

1.1 บทนำปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบในที่ทำงาน

1.2 ความสำคัญของการออกกำลังกาย

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับตัวกับอาการโดยใช้ภาพที่แนะนำและความสำคัญของการออกกำลังกาย

1.3 วิธีการทำแผนปฏิบัติการ

2) สัปดาห์ที่ 2เนื้อหา

การรับมือกับ อาการอ่อนล้าและความเครียดในที่ทำงานเมื่อไหร่ความเครียดความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าจะมีผลต่อความสามารถในการทำงาน มีวิธีจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า ในที่ทำงานหรือไม่ วิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า (ที่ทำงาน) การหายใจการออกกำลังกายและองค์ความรู้ด้านการจัดการอาการ

3) สัปดาห์ที่ 3ความสำคัญของโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ ปัญหาที่พบในที่ทำงาน .

ข้อแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ รูปแบบของภาระงานและความสามารถในการทำงาน การแก้ปัญหาในสถานที่ทำงาน

4) สัปดาห์ที่ 4 เทคนิคการสื่อสารในสถานที่ทำงาน

การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับปัญหาที่พบใน ทำงาน การสื่อสารกับคนครอบครัวและเพื่อน ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่พบในที่ทำงาน

5) สัปดาห์ที่ 5 การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย

การทำงานร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและที่ปรึกษาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในที่ทำงาน

6) สัปดาห์ที่ 6 แผนการสำหรับอนาคต

สิ่งที่ได้รับการเรียนรู้และประสบความสำเร็จที่ผ่านมาใน 6 สัปดาห์? กำหนดแผนระยะยาว

4.6 Multi- factorial pulmonary rehabilitation (MPR) Programเป็นกลุ่มการฟื้นฟูสภาพปอด โดยดำเนินการฟื้นฟูสภาพปอดใน 8 สัปดาห์จากนักกายภาพบำบัด การออกกำลังกายทั้งปอดส่วนบนและส่วนล่าง รวมถึงหัวใจและหลอดเลือด ครั้งละ2 ชั่วโมง/สัปดาห์ และการให้ความรู้อีก 2 ชั่วโมง/สัปดาห์[23]

4.7 COPE self-management

โปรแกรม COPE self-management ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) หลักสูตรประกอบด้วยการสอน ห้า ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง การสอนสี่ครั้งช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ และครั้งสุดท้าย จะทำหลังจากการสอนสี่ครั้งผ่านไปแล้วสามเดือน โดยเนื้อหาแต่ละครั้งมีดังนี้

1.1) การปรับตัวกับการอาการหอบเหนื่อย

1.2) ความใจในลักษณะและธรรมชาติของโรคให้ดีขึ้น โดยจะมีการเน้น การออกกำลังกายและการคลายเครียด ผู้ป่วยจะได้รับแรงจูงใจในการออกกำลังกาย นอกจากนั้น จะได้รับการสอนเรื่องท่าที่เหมาะกับการทำงานและการใช้พลังงานที่ประหยัดในช่วงทำกิจกรรม

1.3) เซสชั่นที่สามให้ความสำคัญกับ เกี่ยวกับโภชนาการและผลกระทบของมันสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.4) ครั้งที่ 4 เป็นเรื่อง การส่อสาร แพทย์ในระบบทางเดินหายใจ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

1.5) ครั้งที่ 5 จะเป็นการสะท้อนกลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการรักษาความรู้และทักษะที่ได้มา

2) โปรแกรมการออกกำลังกาย

ประกอบไปด้วยหนึ่งหรือสอง ชั่วโมงในการฝึกอบรมกลุ่มเล็ก ต่อสัปดาห์ ภายใต้การแนะนำของนักกายภาพบำบัดที่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมรวมถึงการฝึกความแข็งแรง แรงหายใจ การออกกำลังกายเพื่อหัวใจและหลอดเลือด และการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายที่เตียง การออกกำลังกายมีวัตถุประสงค์การปรับตัวต่อโรค ตระหนักถึงความสามารถของแต่ละบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าเป็นไปได้ ผู้ป่วยจะไดรับการ

ส่งต่อไปที่หน่วยฝึกทางกายภาพบำบัด ใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กับผู้ป่วยอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน

3) แนวทางการรักษาตนเองเมื่ออาการกำเริบ

4.8 การใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สอนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโปรแกรมประกอบไปด้วยเนื้อหาดังนี้

1) การประเมินภาวะเสี่ยง (The health risk appraisal)

2) การทำให้เกิดความเชื่อจากการสร้างแรงจูงใจ (Motivational beliefs)

3) อิทธิพลของสังคม (Social influence)

4) การสร้างเป้าหมายและแผนปฏิบัติการ (Goal setting and action plans)

5) สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy)

6) การทำให้เกิดความยั่งยืน (Maintenance)

5.การใช้การสนับสนุนการจัดการตนเองทางไกล

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้สื่อทางไกล เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์เป็นการเพิ่มความความรู้ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจในการรักษาหรือค้นหาคำแนะนำจากทีมสุขภาพ และการติดตามของเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยรับรู้ถึงการให้การสนับสนุน และคาดหวังว่าการติดตามทางโทรศัพท์จะได้รับความปลอดภัย และเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้เทคโนโลยี[26]การสอนทางไกลในการจัดการตนเอง โดยการใช้ Skype ในผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ telehealth ที่มี เสียงโต้ตอบและวิดีโอสำหรับการเรียนการสอน หายใจแบห่อปาก [34]

6. การส่งมอบบริการ

การส่งมอบบริการมีหลายแบบตั้งแต่สอนรายบุคคล สอนเดี่ยว สอนเป็นกลุ่ม สอนทางโทรศัพท์รวมทั้งใช้เป็นวิธีที่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์

7.นอกจากนั้นยังมีการสอนลดอาการหายใจลำบาก[35]

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการหายใจลำบากพื้นฐาน ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ คือ การสอนรายบุคคลและการสาธิตการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง การสอนการเดินที่บ้าน นอกจากนั้น การประเมินตนเองที่บ้าน รวมถึงการใช้เครื่องนับก้าวและบันทึกการออกกำลังกาย

8.การนำรูปแบบการดูแลเรื้อรัง

การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบสองอย่างหรือมากกว่าสององค์ประกอบขึ้นไป จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การมาห้องฉุกเฉิน จำนวนวันของการมานอนโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ อย่างมี

นัยสำคัญ และการมีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล และมีการจัดการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงการดูแลขั้นสูงซึ่ง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ แนวทางปฏิบัติ ระบบการลงทะเบียน [10]องค์ประกอบของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำไปใช้

1.การจัดการตนเอง (self-management)กิจกรรมการดูแลเช่น การให้ข้อมูลอย่างเดียว หรือร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยการสนับสนุนเครื่องมือในการปรับพฤติกรรม และการให้แรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรม โดยเชื่อมกับเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม

2. การส่งมอบบริการ (Delivery system design)การให้กิจกรรมการดูแลจะเป็นการให้ การเข้าถึงบริการแบบขั้นสูงในการดูแล(24 h/d, 7 d/wk) สำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการ หรือการให้ทีมที่ปฏิบัติการดูแลประสานการดูแลเพื่อป้องกัน สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เช่น แนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการบูรณาการผู้เชี่ยวชาญ เช่น การส่งต่อ เพื่อการรักษา โรคร่วม และหรือ การ ระบุ อุปสรรค ในการดูแล และการทบทวนการปฏิบัติ

4. ข้อมูลในการตัดสินใจ (Clinical information system)

มีการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ได้ ฐานข้อมูลของผู้ป่วย มีการนำ ข้อมูลมาเป็นการแจ้งเตือนทางคลินิก และผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางเดินระบบหายใจ เภสัชกร และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

สรุปสถานการณ์การวิจัยในประเทศไทย
เกี่ยวกับ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนใหญ่การศึกษาเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีขนาดเล็ก พอสรุปได้ดังนี้

1. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งปรับปรุง การลดอาการกำเริบ**[41]
2. **ลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองที่พบ**

2.1 โปรแกรมการจัดการตนองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง

โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย 1 ชั่วโมง/ครั้ง/สัปดาห์ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญดังนี้[42]

สัปดาห์ที่ 1 ได้รับการสอนเกี่ยวกับการหายใจ การไอขับเสมหะ เทคนิคการสงวนพลังงาน และการผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 2 ได้รับการสอนเกี่ยวกับการควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

สัปดาห์ที่ 3 ได้รับการสอนการจัดการตนเองเพื่อลดการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

สัปดาห์ที่ 4 ได้รับการสอนการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน เพศสัมพันธ์ การจัดการด้านอารมณ์ และความเครียด

สัปดาห์ที่ 5 ได้รับการสอนการเตรียมรัวเมื่อต้องเดินทางไกล

สัปดาห์ที่ 6 ได้รับการสอนการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 7 ได้รับการสอนการใช้ออกซิเจน

2.2 โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (Self-management educational program)ประกอบด้วย

1) ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) การใช้ยาชนิดต่าง ๆอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

3) การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบ

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดเช่นการฝึกกล้ามเนื้อหายใจการสอนการไอเพื่อกาจัดเสมหะและการออกกาลังกาย

5)การดูแลตนเองทั่วไปเช่นโภชนาการการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

2.3 ผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive proteinของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรม 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย[44]

1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ประเมินความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินอาการหายใจลำบาก (per-test) โดยใช้ Modified Borg's scale ประเมินสมรรถภาพปอดโดยใช้ PiKo-1 เพื่อวัด PEFR และ FEV_1และเจาะเลือดวัดระดับ C-reactive protein

2)การวางแผนและปฏิบัติคำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอาการกำเริบ การบริหารการหายใจการรับประทานยาและการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด คำแนะนำในการยกเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งมอบเอกสาร วันก่อนบอกลาบุหรี่ 10 เคล็ดลับการเลิกบุหรี่โรคจากการสูบบุหรี่และคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองของมูลนิธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การบันทึกเกี่ยวกับปริมาณการใช้ยาขยายหลอดลม คะแนนอาการหายใจลำบาก การพบแพทย์หรือการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพนอกเหนือจากแพทย์นัดและอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในสมุดบันทึกแบบกำกับตนเองตนเองที่บ้านทุกวัน รวมทั้งแจ้งถึงวิธีการติดต่อพยาบาล

3)การติดตามประเมินสมรรถภาพปอด (PEFR และ FEV_1)

ซึ่งมีแนวคิดในการทำโปรแกรมคล้าย จินตนา บัวทองจันทร์[46]พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเองประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเอง ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ และพัฒนาทักษะ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามผลการกำกับตนเองตามเป้าหมาย

2.4. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ การปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง[45]ประกอบด้วยแผนการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสื่อประกอบการให้ความรู้

2.5 การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

มีการบูรณาการทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรมต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[48]

5. การสนับสนุนการจัดการตนเองในในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Bower P, Kennedy A, Reeves D, Rogers A, Blakeman T, Chew-Graham C, et al.[51] การศึกษาความคุ้มทุนใน"การดำเนินการค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพทั้งระบบในการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองระยะยาว ในระบบปฐมภูมิโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค คือ เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรังและ โรคลำไส้ จำนวนโรคละ 1,728 คนเป็นการทดลอง 2 กลุ่ม ที่เป็นการประเมินผลและศึกษาความสัมพันธ์ของต้นทุนการใช้ WISE ‘whole systems’ model

ผลการศึกษา ไม่แสดงผลการศึกษาที่ชัดเจน

ลักษณะโปรแกรม

กลุ่มทดลอง การออกแบบการทดลองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทีมสุขภาพ และระบบการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามโตรงสร้างและใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของแนวปฏิบัติ เพื่อจัดการดูแลตามปกติของผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งข้อมูลและการจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการส่งต่อบริการตามแนวทางของ WISE ‘whole systems’ model การพัฒนาและการประเมินผลของการทดลองนี้ตามรายละเอียดของแนวคิดทฤษฎีและสิ่งที่เผยแพร่ การวางแผนการอบรมร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของทีมสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติแนวใหม่ โดยแบบแผนการทดลองจะรวมถึงการปฏิบัติทั้งหมดและระบบที่เชื่อมโยงกับองค์กรสุขภาพ การจัดให้เข้าถึงแหล่งข้อมูล และรวมถึงการเข้าเวบไซด์ที่เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง การอบรมพื้นฐานการปฏิบัติโดยหาผู้สอนที่มีทักษะความรู้ในชุมชน 3 ด้าน

1. การประเมินความต้องการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. ความสามารถในการตัดสินใจโดยการประเมินความเหมาะสมของการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง
3.ประเมินสิ่งเกื้อหนุนที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละแนวปฏิบัติส่งถึงผู้ป่วยแต่ละคน และส่งมาทีมวิจัยโดยตรง มีการติดตามแบบสอบถามทุก 6 และ 12 เดือน การติดตามผลใน 12 เดือน ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและต้นทุนของการรักษา การทดลองนี้ดูผลระยะเริ่มต้น 3 เรื่อง เกี่ยวกับเครื่องมือวัดตามภาระงานของผู้ป่วย คือการร่วมการตัดสินใจกับแพทย์ทั่วไปศักยภาพในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั่วไป การศึกษานี้มีการศึกษาผลลัพธ์หลายด้าน รวมถึงคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคต่างๆ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประโยชน์ของการบริการ การเสริมแรง สุขภาพทั่วไป การเข้าสังคมหรือบทบาทที่ถูกจำกัดและภาวะที่มีสุขภาพดีและอาการสำคัญอื่นๆ ไม่มีผู้ป่วยที่ปิดบังซ่อนเร้นหรือผลลัพธ์จากผู้ประเมิน ถึงแม้ว่าผลลัพธ์จะเป็นการรายงานตนเอง

BucknallCEcrp, Miller Grf, Lloyd SMb, Cleland Jpome, McCluskeySsrn, Cotton Mcrp, et al[52]ได้ทำการศึกษาเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

และสามารถลดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 464 คน ที่สุ่มเข้ามาศึกษา แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการ matching มีผู้ป่วย 53 คนที่สูญเสียระหว่างการทดลองเก็บข้อมูลที่West of Scotland การวิจัยเป็นแบบ RCT

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 464 คน เป็นกลุ่มทดลอง111 คน กลุ่มควบคุม 108 คน ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างระหว่างปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการเสียชีวิต ระหว่างการศึกษาผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 39 คน เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ 52 คน ผู้ป่วย 75 คนของกลุ่มทดลองทั้งหมด 180 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาครบ 12 เดือน ติดตามความสามารถในการตัดสินใจดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อายุน้อยและมีศักยภาพในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาตรฐานกลุ่มทดลองมีการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบกับกลุ่มควบคุม

ลักษณะโปรแกรม

พยาบาลได้รับการฝึกฝนในการส่งมอบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างที่บ้านนานประมาณ 40 นาที ในระหว่างการมาเยี่ยมที่บ้านโดยเนื้อหาจะกล่าวถึง

1) การวินิจฉัยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2) เหตุการณ์ที่จะนำขึ้นไปสู่การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
3) ลักษณะของการกำเริบของปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะแนวคิดของการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ กำเริบ
4) วิธีการรับรู้สัญญาณเริ่มต้นของการพัฒนาการกำเริบของอาการ
5) วิธีการจัดการและการติดเชื้อกำเริบที่ไม่ติดเชื้อในอนาคตโดยใช้บัตรไดอารี่เพื่อการตรวจสอบอาการหอบและสีเสมหะ
6) การใช้ยาเพื่อสำหรับการรักษาในระยะยาวและการกำเริบเฉียบพลัน

ในระหว่างการติดตามเยี่ยมต้องมีการตรวจสอบประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อจะใช้เป็นโอกาสที่จะเสริมสร้าง พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมที่ไม่ดีเพื่อช่วยให้ปรับตัวดี มีการให้คู่มือการดูแลตนเองพร้อมกับหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอคำแนะนำในช่วงเวลาทำงาน

พยาบาลทุกคนต้องได้รับการอบรม โดยเน้นเกี่ยวกับ

1) ลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาของปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2) กลยุทธ์การสื่อสารการออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ (รวมถึงการเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์การฟังที่ใช้งานตอบสนองต่อความกังวลของผู้ป่วย, การรักษาแบบมีปฏิสัมพันธ์ การสนทนา)

นอกจากนี้ยังมีการสังเกต การสัมภาษณ์ที่บ้านที่เกิดขึ้นกับผู้ฝึกสอน โดย ใช้รายการตรวจสอบเพื่อ พฤติกรรม บันทึกการสื่อสารและให้ feedbackเพื่อ การประกันคุณภาพของการเยี่ยมบ้านใน

ระหว่างการศึกษา ต้องใช้พยาบาลอาวุโส เยี่ยมบ้านคู่กัน สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและการให้คะแนนเพื่อให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์หลัก

ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการตาย และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์รอง

Farmer A, Toms C, Hardinge M, Williams V, Rutter H, Tarassenko L.[53]การศึกษาครั้งนี้ จะมุ่งเน้นการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีศักยภาพการศึกษาทางไกลและช่วยในการจัดการด้วยตนเองในระยะยาว ในการเพิ่มความตระหนัก การทดลองนี้เป็นการส่งมอบบริการผ่านคอมพิวเตอร์ที่จะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการให้ข้อมูลการจัดการตนเองส่วนบุคคลและการศึกษาการศึกษาครั้งนี้เป็นการให้การทดลองสุ่มแบบควบคุมแบบหลายเซ็นเตอร์ ผู้ป่วยที่ถูกสุ่มจะได้รับการจัดสรร โปรแกรมทการจัดการตนเองโดยใช้คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ(tablet computer-based intervention)เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ในสัดส่วน 2:1 โดยใช้การสุ่มโดย web-based ผู้เข้าร่วม ที่ได้รับ คอมพิวเตอร์ที่ใช้แท็บเล็ตจะต้องมีการบันทึกอาการ ทุกวัน
และบันทึกอาการทางคลินิกโดยใช้ชีพจร oximeterบลูทูธ เชื่อมโยง กลุ่มควบคุมมีการบันทึกข้อมูลแต่ไม่ได้ผ่านระบบคอมพิวเตอร์

ผลกาศึกษา
การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีขนาดใหญ่พอที่จะให้การประเมินผลความคุ้มทุน หรือบอกความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการให้การดูแลในกลุ่มทดลองและควบคุม ที่แสดงถึงความสำคัญทางคลินิก
ในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ลักษณะของโปรแกรม

1.การพัฒนาโปรแกรมและแบบทดสอบเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรังในการตรวจสอบสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับสภาพโรคของเขา โดยการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมโยง เครื่องคอมพิวเตอร์แท็บเล็ต

2.ในการพัฒนา platform ของโปรแกรม ต้องให้มีการใช้งานที่ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยในการใช้คอมพิวเตอร์

3.ลักษณะของเนื้อหาในการใช้งานบน (Education about their condition based on use of an Internet-linked tablet computer :the EDGE platform) ประกอบด้วยอาการที่เจอได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วยชุดของคำถามมาตรฐานเกี่ยวกับอาการที่มีในการดูแลเช่น การไอ การหายใจลำบาก เสมหะ(ปริมาณและสี) การใช้ยา การบันทึกค่า ของอัตราการเต้นของชีพจรและ

ความอิ่มตัวของออกซิเจน เมื่อมีการใช้ โปรแกรม ใน ทุก 4 สัปดาห์เมื่อผ่านการใช้งานมา2 สัปดาห์ จะมีการประเมินภาวะสุขภาพการตรวจคัดกรอง

4.ในชุดการเรียนรู้ประกอบไปด้วยเนื้อหา การจัดการตนเอง

1) แผนส่วนบุคคลสำหรับการจัดการตนเองและการรักษาอาการกำเริบของโรค

2) คลิปวิดีโอสั้น ๆ และสื่อที่มีข้อความที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรักษา รวมถึงการใช้ยาและเทคนิคการพ่นยา การศึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มี ปอดอุดกั้นเรื้อรังการเลิกสูบบุหรี่อาหารการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

3) การอำนวยความสะดวกในการที่จะได้รับคำแนะนำสั้น ๆ จากพยาบาลที่มีความรู้ในโรคระบบทางเดินหายใจ การเข้าถึงการออกกำลังกายและการจัดการข้อมูลอารมณ์ ที่จะถูกรวมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ผลลัพธ์ที่วัดคือผลลัพธ์หลักที่วัดคือ การมีคุณภาพชีวิตโดยใช้ the St George's Respiratory Questionnaire เมื่อเริ่มเข้าโครงการ 6 และ 12 เดือน ผลลัพธ์รองคือ การวัดเป็นระยะในช่วงเวลา 3 เดือนโดยดู

1) ผลกระทบต่อการเข้าโรงพยาบาล (จำนวนการรับสมัครและวันที่ออกจากโรงพยาบาล) และเสียชีวิต

2) การกำเริบบันทึกเมื่อมีการใช้ทียาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ในช่องปากเมื่อผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ / หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผลมาจากปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ

3) เวลาครั้งแรก ทีมีการกำเริบ

4) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคระบบทางเดินหายวัดโดยใช้ Medicines Questionnaire

5) การใช้ยาด้วยตนเองรายงานการวัดด้วย การบันทึกความสม่ำเสมอ

6) การรายงานตนเองเรื่องการเลิกสูบบุหรี่

7) การวัดอารมณ์ที่มีโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานChecklist 20-item Questionnaire (SCL-20) สำหรับ depression และการตรวจสอบการวัดความวิตกกังวล ตามมาตรฐาน10 ราย(SCL-10A) (21)และ

8) การวัดสถานะสุขภาพโดยใช้ แบบสอบถามEuroQol (EQ-5D) 5 มิติ

Nguyen HQ, Donesky D, Reinke LF, Wolpin S, Chyall L, Benditt JO, et al[54] ทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกสุ่มให้อยู่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม e

DSMP จำนวน 43 คนสอนแบบตัวต่อตัว(face to face: fDSMP) จำนวน 41 คนหรือ ให้ความรู้โดยทั่วไป (general health:GHE) จำนวน 41 คน

ผลการศึกษา

พบว่า โปรแกรม DSMPs (Dyspnea Self-Management Support for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease)ลดอาการหายใจลำบากได้อย่างไม่มีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับควบคุม แต่พบว่าความพึงพอใจของผู้เข้าโปรแกรมสูง รวมกับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากและพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างไรก็ควรเน้นถึงความจำเป็นสำหรับในการออกแบบมาเพื่อการให้การสอนเฉพาะบุคคลผ่านการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดี

ลักษณะของโปรแกรม

โปรแกรมการลดการหายใจลำบาก (Dyspnea Self-Management Support for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: DSMPs) ใช้เวลา 12 เดือนทำงานบนอินเทอร์เน็ต (eDSMP)เปรียบเทียบกับการให้การศึกษาทั่วไป (general health education :GHE)

1.เนื้อหาของ DSMPs มีความคล้ายคลึงกันและมุ่งเน้นไปที่การให้การศึกษา

2.การฝึกอบรมทักษะ

3. การฝึกหายใจลำบากโดยใช้กลยุทธ์การจัดการตนเองรวม ทั้งการออกกำลังกาย

มีเพียงความแตกต่างกันในการส่งมอบบริการ

มีการประเมินโดยใช้ แบบสอบถามทางเดินหายใจเรื้อรังในเดือนที่3 6และ เดือนที่ 12

ผลลัพธ์ที่วัดพฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

Taylor SJ, Sohanpal R, Bremner SA, Devine A, McDaid D, Fernandez JL, et al.[55] ศึกษาเพื่ออธิบายความเป็นไปได้ ประสิทธิผล ผู้นำการสนับสนุนโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ >35 ปี2)แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง3) FEV1/FVC <0.74) ไม่พบอาการกำเริบใน 1 ปีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต 2)ไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษ 3)การใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดไม่ประสบผลสำเร็จ โดยเก็บข้อมูลประเทศอังกฤษ เป็นการวิจัยแบบสุ่มควบคุมแบบปกปิด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเข้ารับการศึกษาทั้งหมด 116 คน กลุ่มทดลอง 78 คน กลุ่มควบคุม 38 คน ผู้ป่วย91 คน ที่อยู่ครบการทดลองเป็นเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลอง 61 คนที่ให้ความสนใจติดตามการทดลอง

อย่างต่อเนื่อง ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของช่วงเวลาเริ่มต้น 2 เดือน และ 6 เดือน พบความแตกต่าง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าจะพบความแตกต่างของอาการ กิจกรรมใน St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)พบว่าทั้งสองกลุ่มมี SGRQ score ไม่แตกต่างกันศักยภาพในการจัดการตนเองและการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้ทำการรักษามีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยใน 6 เดือน กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองใช้เวลาออกกำลังกายประเภทเพิ่มความแข็งแรง นาน 12.4 นาทีต่อสัปดาห์(95% CI= -3.8 to 28.6) ออกกำลังกายประเภทแอโรบิกนาน 10.1 นาทีต่อสัปดาห์ (95% CI= -16.3 to 35.5)

สรุปการจัดการตนเองในในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเอง

มีการประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้ WISE 'whole systems' model[51]ในการออกแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทีมสุขภาพ และระบบการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามโครงสร้างและใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของแนวปฏิบัติ ทำให้มีการดูแลตามปกติของผู้ป่วยเรื้อรัง แหล่งข้อมูล และการจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการส่งต่อบริการ และรวมถึงการเข้าเวบไซด์ที่เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง โดยหาผู้สอนที่มีทักษะความรู้ในชุมชน 3 ด้าน

1.1. การประเมินความต้องการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.2. ความสามารถในการตัดสินใจโดยการประเมินความเหมาะสมของการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง

1.3.ประเมินสิ่งเกื้อหนุนที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์

มีหลักฐานที่แสดงถึงการส่งมอบบริการการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการจัดการด้วยตนเองในระยะยาวเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต[53] ส่วนใหญ่ในชุดการเรียนรู้จะประกอบไปด้วยเนื้อหา การจัดการตนเองได้แก่

1) แผนส่วนบุคคล สำหรับการจัดการตนเองและการรักษาอาการกำเริบของโรค

2) คลิปวิดีโอสั้น ๆ และสื่อที่มีข้อความที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรักษา รวมถึงการใช้ยาและเทคนิคการพ่นยา การศึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรังการเลิกสูบบุหรี่อาหารการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

3) วิธีการอำนวยความสะดวกในการที่จะได้รับคำแนะนำสั้น ๆสรุปสิ่งที่สำคัญที่ต้องมีคือเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เทคนิคหรือกลยุทธ์ในการป้องกัน การจัดการตนเองในการป้องกันการกำเริบของโรคแต่ต่างจากการสอนโดยทั่วไปคือวิธีการส่งมอบบริการ

3.การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองโดยใช้พยาบาล[52]
ที่ได้รับการฝึกฝนในการส่งมอบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างที่บ้าน ในระหว่างการมาเยี่ยมที่บ้านโดยเนื้อหาจะกล่าวถึง

3.1) การวินิจฉัยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2) เหตุการณ์ที่จะนำขึ้นไปสู่การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3.3) ลักษณะของการกำเริบของปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะแนวคิดของการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ กำเริบ

3.4) วิธีการรับรู้สัญญาณเริ่มต้นของการพัฒนาการกำเริบของอาการ

3.5) วิธีการจัดการและการติดเชื้อกำเริบที่ไม่ติดเชื้อในอนาคตโดยใช้บัตรไดอารี่เพื่อการตรวจสอบอาการหอบและสีเสมหะ

3.6) การใช้ยาเพื่อสำหรับการรักษาในระยะยาวและการกำเริบเฉียบพลัน

ในระหว่างการติดตามเยี่ยมต้องมีการตรวจสอบประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อจะใช้เป็นโอกาสที่จะเสริมสร้าง พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมที่ไม่ดีเพื่อช่วยให้ปรับตัวดี มีการให้คู่มือการดูแลตนเองพร้อมกับหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอคำแนะนำในช่วงเวลาทำงาน

ลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาของปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลยุทธ์การสื่อสารการออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ รวมถึงการเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์การฟังที่ใช้งานตอบสนองต่อความกังวลของผู้ป่วย, การรักษาแบบมีปฏิสัมพันธ์ การสนทนา

4. ในประเทศไทยมีการจัดการโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

หลังการได้รับโปรแกรมและมีการติดตามโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรในรายที่ไม่มีโทรศัพท์ทุกสัปดาห์เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติการจัดการตนเองและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้สูงอายุ[56]โดยเป็นโปรแกรมเวลา 6 สัปดาห์ โดยทำเป็นกิจกรรมกลุ่มประมาณ 10-15 คนโดยโปรแกรมนี้เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย

1) การสงวนพลังงานการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบและการจัดการความเครียด

2) การออกกาลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

3) การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) การใช้ยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งยารับประทานยาพ่นหรือยาสูด

5) การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและบุคลากรสุขภาพ

6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การวัด คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางเดินหายใจ ซึ่งวัดทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยใช้ St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)[23, 16, 22,36]

อัตราการนอนในโรงพยาบาล การมาพบแพทย์โดยไม่ได้นัดหมาย การมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ[17-19,54]วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต health-related quality of life :HRQoL[30,38,40]

2. การทำหน้าที่ของปอด forced vital capacity[18-19] Borg scaleChronic Respiratory Questionnaire standardized (CRQ-SAS)[25]

3. ค่าใช้จ่าย[20, 23]ความสามารถในการออกกำลังกาย endurance treadmill tests (ETTs)[22]Two 6-minute walk (6MW) tests[22], Frenchay Activities Index, the International Physical Activity QuestionnaireIncremental and endurance treadmill exercise tests[22]
4. Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health[22], Anxiety and Depression Scale[23], Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[25, 30]
5. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง[54, 50]เจตคติ ในการจัดการตนเอง[23, 24] เป็นแบบสอบถามสุขภาพ SF-12, ความพึงพอใจในงานและความตั้งใจที่จะเปลี่ยนงาน และความตั้งใจในการเปลี่ยนงาน[24]การวัดภาวะสุขภาพ EQ-5Dประกอบด้วย 5 โดเมน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า [30,36,35]แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ[46]
6. การวัดค่า ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระหว่างที่ได้รับการรักษา[30,33] การประเมินตนเอง และการวัดการออกกำลังกายการหายใจลำบาก การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน และ ในจัดการในการหายใจถี่[32]อาการหายใจลำบาก[3]
7. ความสามารถในการจัดการตนเอง[48]
8. การคำนวณเศรษฐกิจโดยวิเคราะห์มุมมองของสังคมและช่วงเวลาการสังเกตเป็นหนึ่งปี Quality-adjusted life years (QALYs) [33]
10. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติ[54]

7. สรุป การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุปมีการใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบสองอย่างหรือ มากกว่าสององค์ประกอบขึ้นไป จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพขึ้น แม้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่การวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ยังไม่ชัดเจนลักษณะของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (Self-management educational program)ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการใช้ยาชนิดต่างๆอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อยหรืออาการกำเริบการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดเช่นการฝึกกล้ามเนื้อหายใจการสอนการไอเพื่อกาจัดเสมหะและการออกกาลังกายการดูแลตนเองทั่วไปเช่นโภชนาการการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

นอกจากนั้นยังสามารถจัดทำโปรแกรมการสอนลดอาการหายใจลำบากโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการหายใจลำบากพื้นฐาน ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ คือ การสอนรายบุคคลและการสาธิตการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง การสอนการเดินที่บ้าน นอกจากนั้น การประเมินตนเองที่บ้านรวมถึงการใช้เครื่องนับก้าวและ บันทึกการออกกำลังกายนอกจากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

แล้ว ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้การสนับสนุนการจัดการตนเองในในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการออกแบบการส่งมอบบริการ ให้มีหลายแบบ ตั้งแต่สอนรายบุคคล สอนเดี่ยว สอนเป็นกลุ่ม สอนทางโทรศัพท์รวมทั้งใช้เป็นวิธีที่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์มีการใช้การสนับสนุนการจัดการตนเองทางไกล

การวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่การศึกษาเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีขนาดเล็ก

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อไปและใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เพื่อช่วยลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลงได้มากการออกแบบบริการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย การนัดหมายแพทย์เพื่อติดตามผู้ป่วย เทคนิคการผ่อนคลาย การเลิกสูบบุหรี่ การหายใจ การจัดกิจกรรมของผู้ป่วยและการฝึกอาชีพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย สิ่งสำคัญต้องมีการประเมินการวางแผนกิจกรรมแต่ละบุคคลในช่วงที่มีอาการกำเริบ ครอบคลุมทั้งอาการรักษาที่ล่าช้า สุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความกดดัน ความกังวลและศักยภาพในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

มีรายละเอียดดังนี้

7.สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีผลดีด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย แม้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็แสดงให้เห็นว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยที่มีประวัติหายใจลำบากอาการกำเริบ[12]จะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[13]ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบหลายๆ ปัจจัย(multifactorial self-management programs)มีความสามารถ ลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพโดยการลดจำนวน ของการนอนโรงพยาบาลการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการพบแพทย์โดยไม่ได้มาตามนัดหมาย[17-20]

2. การบูรณาการโปรแกรม

การบูรณาการโปรแกรมที่จะทำให้ได้ผลดีประกอบด้วยส่วนประกอบต่อไปนี้อย่างน้อย 1 เรื่องคือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team)2) แผนภูมิการดูแล (clinical pathway) 3) การติดตามเยี่ยมทางคลินิค(clinical follow-up) 4) การจัดการรายกรณี (case management) (5) การจัดการให้การศึกษาเรื่องการจัดการตนเอง (self-management or patient

education) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เข้าใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย[14]

3. การจัดการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นจากการมีกิจกรรมทางกาย

มีการจัดโปรแกรมการทำกายภาพในชุมชน (community-based physiotherapeutic exercise programme : COPE-active) [25] โดยผู้ป่วยทุกคนจะเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง สี่ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง จะสอนโดย นักกายภาพบำบัด ที่เพิ่มเข้ามาโดยมีระยะเวลา 6 เดือน (3 ครั้ง / สัปดาห์) และ ตามด้วยโปรแกรม 5 เดือน ที่เป็นโปรแกรมเลือก ระยะเวลา (2 ครั้ง / สัปดาห์) นอกจากนั้นยังมีการเน้นการใช้การฝึกฝนในการใช้แผนปฏิบัติเป็นรายบุคคลสำหรับการตอบสนองที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการวิธีการจัดการตนเองโดยใช้ แผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการการตนเอง การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ปอดอุดกั้นเรื้อรังโรค และมีโรคร่วมโดยใช้ โปรแกรม COPE-III โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการฝึกทักษะตามแผนแต่ละคน[31]

4.โปรแกรมการจัดการตนเองที่พบว่ามีผลดีต่อผู้ป่วยมีดังนี้

4.1 ชีวิตดีกับ™ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Living Well with COPD)ของ BoehringerIngelheim, Burlington Ontario, Canada) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีผู้ใช้มากโปรแกรมหนึ่ง

ประกอบด้วยเซสชั่นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรค โดยต้องส่งมอบบริการ สัปดาห์ละครั้ง 7-8 สัปดาห์ และเสริมด้วยการให้ คู่มือ (workbook) การฝึกอบรมการออกกำลังกาย และสามารถติดต่อกับผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับมอบหมาย คู่มือการดูแลตนเองประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค การป้องกันอาการกำเริบโดยใช้เทคนิคการสูดดมเพียงพอ แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการอาการกำเริบ การให้คำแนะนำเรื่องการดำเนินชีวิต เวลาว่าง การเดินทาง การออกกำลังกายที่บ้าน และการบำบัดด้วยออกซิเจน [17, 27, 38]

โปรแกรมต้องสอนด้วย ผู้จัดการรายกรณีที่เป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ มีการสอนสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 7-8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 7 ชุดและมีการปรับแผนให้เหมาะกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบตั้งแต่ การใช้ยาปฏิชีวนะการใช้ยาสเตอรอยด์เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคโดยมีลักษณะที่มีอาการเฉพาะ นอกจากนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม มีการสอน การออกกำลังกายมากกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์[17-19]

4.2 โปรแกรมการสอนที่บ้าน[18-19]

มีโปรแกรมที่ใช้สอนที่บ้านโดยสอนประมาณ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ การดูแลรักษาเหมือนการดูแลรายกรณี มีการติดตามผลผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ลักษณะโปรแกรมประกอยด้วย

1) อุปกรณ์การสอนประกอบด้วยภาพพลิกสำหรับผู้สอน คือการเน้นทักษะ การช่วยเหลือ

ตนเองและคู่มือการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นและแผนปฏิบัติการ

2) โปรแกรมการสอนของผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1) การให้ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเทคนิคการหายใจ เทคนิคการไอ กิจกรรมการใช้พลังงานในแต่ละวัน การออกกำลังกาย

2.2) การป้องกันและควบคุมอาการโดยใช้ยาพ่น

2.3) ความเข้าใจและการใช้แผนกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอาการกำเริบ

2.4) การหยุดการดำเนินชีวิตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อาหาร เพศ พฤติกรรมการนอน การควบคุมอารมณ์

2.5) การใช้เวลาว่างและการท่องเที่ยว

2.6) โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านแบบง่ายๆ

2.7) การมีออกซิเจนไว้ใช้ที่บ้าน

2.8) แผนปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ รวมถึงรายชื่อที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีอาการเครียด สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ การใช้ยาปฏิชีวนะและเริ่มใช้สเตียรอยด์ใน 10-14 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบกับอาการติดเชื้อ หลังจากประเมินการออกกำลังกายแล้วเริ่มการสอนการออกกำลังกาย 7สัปดาห์และโปรแกรมการอบรมจะเริ่มขึ้นที่บ้าน เริ่มตั้งแต่การ อบอุ่นร่างกายและการยืดเหยียด การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายส่งเสริมหัวใจและหลอดเลือด การกระตุ้นผู้ป่วยให้ออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 30-45 นาที มีการใช้ Borg scale ขณะออกกำลังกาย

4.3 Canadian self-management program[21]

โปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยโมดูลต่างๆ และการวางแผนกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ การคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต การจัดการภาวะเครียดและความกังวล และการออกกำลังกายที่บ้าน การเพิ่มการใช้ยาขยายหลอดลมหรือการติต่อกับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และการประยุกต์เข้าสู่โปรแกรมในแต่ละราย การติดตามผลเป็นไปตาม national and international COPD guidelines พยาบาลจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการและข้อจำกัด ภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาทางเดินหายใจ การใช้ยาพ่น และความถี่ของอาการกำเริบ การชั่งน้ำหนักและตรวจการทำงานของปอดทุกปี ผู้ดูแลกำหนดการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย ความถี่ของการติดตามขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจระดับของอาการเหนื่อย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี

การติดตามผล การเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพพื้นฐานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับการจัดการดูแลตนเองนาน 24 เดือน โดยใช้แบบสอบถามการบริหารจัดการทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ติดตามการทำงานของปอดในเดือนที่ 12 และ 24 ส่วนในเวลา 6 เดือนและ 18 เดือน จะทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแนะนำการบริหารปอด ระหว่างการศึกษา เก็บ

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย การใช้ยาในระบบทางเดินหายใจ ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและศักยภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความถี่และความสามารถในการจัดการกับกับอาการกำเริบของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์เข้าระบบ Nijmegen telephonic exacerbation assessment system (TEXAS) ทุก 2 สัปดาห์ที่มีอาการ ซึ่งจะได้รับคำตอบ เป็นระบบอัตโนมัติ อาจเริ่มใช้ยาขยายหลอดลม ยาฆ่าเชื้อหรือทั้งสองอย่าง มีการหาความตรงของ TEXAS

4.4 Dyspnea Self-management program [22]

มีแบ่งย่อยดังนี้

1) Dyspnea Self-management (DSM) program มี 3 องค์ประกอบคือ

1) การให้ความรู้รายบุคคล ใน 8 สัปดาห์แรกจะให้ความรู้ครั้งละ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการทบทวนความรู้ในเดือนที 4 และเดือนที่ 8 ครั้งละครึ่งชั่วโมง ให้ความรู้ในเรื่อง การรับรู้อาการหอบเหนื่อย ความทรงจำเกี่ยวกับอาการกำเริบที่เกิดขึ้น การได้รับการเสริมแรงในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยจากบุคคลอื่น ประโยชน์ที่ได้รับจากการเดินในบ้านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีสิ่งใดที่มาขัดขวางการเดิน

2) วิธีการเดินในบ้านและการบันทึก ผู้ป่วยจะต้องเดินอย่างน้อย4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที และบันทึกเวลาเดินและระยะทางที่เดิน รวมถึงอาการเหนื่อยเมื่อสิ้นสุดการเดิน โดยปรับจาก Borg scale

3)การโทรศัพท์ของพยาบาลทุก2สัปดาห์ พยาบาลจะตอบข้อสงสัยให้กับผู้ป่วย สนับสนุนการทำกิจกรรม อธิบายสิ่งที่ขัดขวางการออกกำลังกาย และจัดหาให้มีบุคคลที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ

4) Dyspnea Self-management program Plus Exposure (DSM- Exposure)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และเพิ่มการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 4 ชนิดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน

5) Dyspnea Self-management program Plus Training (DSM- Training)

ผู้ป่วยจะได้รับ DSM program และการออกกำลังกายด้วยเครื่องมือ 24 ชนิด 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน

4.5 The Stanford CDSM program

เป็นโปรแกรมที่ใช้เป็นโมเดลที่ใช้กันทั่วไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วยการจัดกลุ่มผู้ป่วยขนาด 8-20 คน/กลุ่ม ได้รับการสอน 2-3 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ การเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นให้เกิดทักษะการเป็นนายตนเอง มีการแปลผลอาการ มอาการแสดง การทำตัวเป็นแบบอย่างและมีศักยภาพในการเข้าสังคม แต่ละสัปดาห์จะมี action planning และการ feedback เพื่อเกิดการสนับสนุนของกลุ่มและมีแนวทางการพัฒนาการจัดการตนเอง The CDSM program เป็นฐานของทฤษฎีศักยภาพในการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา การตัดสินใจและการสร้างกลยุทธ์ด้วยความมั่นใจ[23-24]มีรายละเอียดดังนี้

เนื้อหาของหลักสูตรการจัดการตนเองสำหรับคนที่มีโรคเรื้อรัง

1) สัปดาห์ที่ 1 เนื้อหา

1.1 บทนำปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบในที่ทำงาน

1.2 ความสำคัญของการออกกำลังกาย

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับตัวกับอาการโดยใช้ภาพที่แนะนำและความสำคัญของการออกกำลังกาย

1.3 วิธีการทำแผนปฏิบัติการ

2) สัปดาห์ที่ 2เนื้อหา

การรับมือกับ อาการอ่อนล้าและความเครียดในที่ทำงานเมื่อไหร่ความเครียดความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าจะมีผลต่อความสามารถในการทำงาน มีวิธีจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า ในที่ทำงานหรือไม่ วิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดความเจ็บปวดหรือความเมื่อยล้า (ที่ทำงาน) การหายใจการออกกำลังกายและองค์ความรู้ด้านการจัดการอาการ

7) สัปดาห์ที่ 3ความสำคัญของโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ ปัญหาที่พบในที่ทำงาน .

ข้อแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ รูปแบบของภาระงานและความสามารถในการทำงาน การแก้ปัญหาในสถานที่ทำงาน

8) สัปดาห์ที่ 4 เทคนิคการสื่อสารในสถานที่ทำงาน

การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับปัญหาที่พบใน ทำงาน การสื่อสารกับคนครอบครัวและเพื่อน ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่พบในที่ทำงาน

9) สัปดาห์ที่ 5 การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย

การทำงานร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและที่ปรึกษาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในที่ทำงาน

10) สัปดาห์ที่ 6 แผนการสำหรับอนาคต

สิ่งที่ได้รับการเรียนรู้และประสบความสำเร็จที่ผ่านมาใน 6 สัปดาห์? กำหนดแผนระยะยาว

4.6 Multi- factorial pulmonary rehabilitation (MPR) Programเป็นกลุ่มการฟื้นฟูสภาพปอด โดยดำเนินการฟื้นฟูสภาพปอดใน 8 สัปดาห์จากนักกายภาพบำบัด การออกกำลังกายทั้งปอดส่วนบนและส่วนล่าง รวมถึงหัวใจและหลอดเลือด ครั้งละ2 ชั่วโมง/สัปดาห์ และการให้ความรู้อีก 2 ชั่วโมง/สัปดาห์[23]

4.7 COPE self-management

โปรแกรม COPE self-management ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) หลักสูตรประกอบด้วยการสอน ห้า ครั้งๆ ละ สองชั่วโมง การสอนสี่ครั้งช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ และครั้งสุดท้าย จะทำหลังจากการสอนสี่ครั้งผ่านไปแล้วสามเดือน โดยเนื้อหาแต่ละครั้งมีดังนี้

1.1) การปรับตัวกับการอาการหอบเหนื่อย

1.2) ความใจในลักษณะและธรรมชาติของโรคให้ดีขึ้น โดยจะมีการเน้น การออกกำลังกายและการคลายเครียด ผู้ป่วยจะได้รับแรงจูงใจในการออกกำลังกาย นอกจากนั้น จะได้รับการสอนเรื่องท่าที่เหมาะกับการทำงานและการใช้พลังงานที่ประหยัดในช่วงทำกิจกรรม

1.3) เซสชั่นที่สามให้ความสำคัญกับ เกี่ยวกับโภชนาการและผลกระทบของมันสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.4) ครั้งที่ 4 เป็นเรื่อง การส่อสาร แพทย์ในระบบทางเดินหายใจ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

1.5) ครั้งที่ 5 จะเป็นการสะท้อนกลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการรักษาความรู้และทักษะที่ได้มา

2) โปรแกรมการออกกำลังกาย

ประกอบไปด้วยหนึ่งหรือสอง ชั่วโมงในการฝึกอบรมกลุ่มเล็ก ต่อสัปดาห์ ภายใต้การแนะนำของนักกายภาพบำบัดที่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมรวมถึงการฝึกความแข็งแรง แรงหายใจ การออกกำลังกายเพื่อหัวใจและหลอดเลือด และการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายที่เตียง การออกกำลังกายมีวัตถุประสงค์การปรับตัวต่อโรค ตระหนักถึงความสามารถของแต่ละบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าเป็นไปได้ ผู้ป่วยจะไดรับการส่งต่อไปที่หน่วยฝึกทางกายภาพบำบัด ใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กับผู้ป่วยอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน

3) แนวทางการรักษาตนเองเมื่ออาการกำเริบ

4.8 การใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สอนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโปรแกรมประกอบไปด้วยเนื้อหาดังนี้

1) การประเมินภาวะเสี่ยง (The health risk appraisal)

2) การทำให้เกิดความเชื่อจากการสร้างแรงจูงใจ (Motivational beliefs)

3) อิทธิพลของสังคม (Social influence)

4) การสร้างเป้าหมายและแผนปฏิบัติการ (Goal setting and action plans)

5) สมรรถนะในตนเอง (Self efficacy)

6) การทำให้เกิดความยั่งยืน (Maintenance)

5. การส่งมอบบริการ

การส่งมอบบริการมีหลายแบบตั้งแต่ใช้บุคคลสอน เช่น การสอนรายบุคคล สอนเป็นกลุ่ม สอนทางโทรศัพท์รวมทั้งใช้เป็นวิธีที่มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์

6. การนำรูปแบบการดูแลเรื้อรัง

การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบสองอย่างหรือมากกว่าสององค์ประกอบขึ้นไป จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การมา

ห้องฉุกเฉิน จำนวนวันของการมานอนโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ อย่างมีนัยสำคัญ และการมีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล และมีการจัดการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงการดูแลขั้นสูงซึ่ง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ แนวทางปฏิบัติ ระบบการลงทะเบียน [10]องค์ประกอบของ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่นำไปใช้

1.การจัดการตนเอง (self-management)กิจกรรมการดูแลเช่น การให้ข้อมูลอย่างเดียว หรือร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยการสนับสนุนเครื่องมือในการปรับพฤติกรรม และการให้แรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรม โดยเชื่อมกับเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม

2. การส่งมอบบริการ (Delivery system design)การให้กิจกรรมการดูแลจะเป็นการให้ การเข้าถึงบริการแบบขั้นสูงในการดูแล(24 h/d, 7 d/wk) สำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการ หรือการให้ทีมที่ปฏิบัติการดูแลประสานการดูแลเพื่อป้องกัน สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เช่น แนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการบูรณาการผู้เชี่ยวชาญ เช่น การส่งต่อ เพื่อการรักษา โรคร่วม และหรือ การ ระบุ อุปสรรค ในการดูแล และการทบทวนการปฏิบัติ

4. ข้อมูลในการตัดสินใจ (Clinical information system)

มีการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ได้ ฐานข้อมูลของผู้ป่วย มีการนำ ข้อมูลมาเป็นการแจ้งเตือนทางคลินิก และผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางเดินระบบหายใจ เภสัชกร และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

เอกสารอ้างอิง

1. Cramm JM, Nieboer AP. The relationship between self-management abilities, quality of chronic care delivery, and wellbeing among patients with chronic obstructive pulmonary disease in The Netherlands. International Journal of Copd. 2013;8:209-14.
2. Christenbery TL. Dyspnea self-management strategies: use and effectiveness as reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2005;34(6):406-14
3. Cicutto LC, Brooks D. Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease: a provincial survey. Respiratory medicine. 2006;100(9):1540-6.
4. อรัญญาชิดชอบ.การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.เรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. Smets EM, Garssen B, Cull A, de Haes JC. Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. British journal of cancer. 1996;73(2):241-5.
6. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 1994;18Suppl 1:S79-83.
7. สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548: 13(2), 41-57.
8. สุวคนธ์กุรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
9. นันทิยาไพศาลบวรศรี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
10. McGeoch GR, Willsman KJ, Dowson CA, Town GI, Frampton CM, McCartin FJ, et al.Self-management plans in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respirology (Carlton, Vic). 2006;11(5):611-8.
11. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. Arch Intern Med. 2007; 167(6):551-61.

12. Boland M, Tsiachristas A, Kruis A, Chavannes N, Rutten-van Molken M. The health economic impact of disease management programs for COPD: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Pulmonary Medicine. 2013;13(1):40.
13. Blackstock F, Webster KE. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. Health Education Research. 2007; 22(5):703-17.
14. Niesink A, Trappenburg JCA, de Weert-van Oene GH, Lammers JWJ, Verheij TJM, Schrijvers AJP. Systematic review of the effects of chronic disease management on quality-of-life in people with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine. 2007; 101(11):2233-9.
15. Ashmore J, Russo R, Peoples J, Sloan J, Jackson BE, Bae S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease self-management activation research trial (COPD-SMART): Design and methods. Contemporary Clinical Trials. 2013;35(2):77-86.
16. Ahmed S, Bourbeau J, Maltais F, Mansour A. The Oort structural equation modeling approach detected a response shift after a COPD self-management program not detected by the Schmitt technique. Journal of clinical epidemiology. 2009;62(11):1165-72.
17. Antoniu, Sabina A. "Self-management programs in chronic obstructive pulmonary disease: do they have a sustained effect on health resource utilization?." 2006; 155-157.
18. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Archives of internal medicine. 2003;163(5):585-91.
19. Bourbeau, J., M. Julien, et al. "A COPD self-management programme reduced hospital use and improved health status. Evidence Based Nursing. 2003;6(4):111-.
20. Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. Economic benefits of self-management education in COPD. Chest. 2006;130(6):1704-11.
21. Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self-management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. BMJ. 2012;345:e7642.
22. Carrieri-Kohlman V, Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D, Demir-Deviren S, Neuhaus J, Stulbarg MS. Impact of brief or extended exercise training on the benefit of a dyspnea

self-management program in COPD. Journal of cardiopulmonary rehabilitation. 2005;25(5):275-84.

23. Chang AT, Haines T, Jackson C, Yang I, Nitz J, Low Choy N, et al. Rationale and design of the PRSM study: pulmonary rehabilitation or self-management for chronic obstructive pulmonary disease (COPD), what is the best approach? ContempClin Trials. 2008;29(5):796-800.
24. Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. Journal of occupational rehabilitation. 2013;23(2):189-99.
25. Effing T, Zielhuis G, Kerstjens H, van der Valk P, van der Palen J. Community based physiotherapeutic exercise in COPD self-management: a randomised controlled trial. Respir Med. 2011;105(3):418-26.
26. Fairbrother P, Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Sheikh A, Pagliari C, et al. Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study embedded in a randomized controlled trial. Patient education and counseling. 2013;93(3):403-10.
27. Gadoury MA, Schwartzman K, Rouleau M, Maltais F, Julien M, Beaupre A, et al. Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. The European respiratory journal. 2005;26(5):853-7.
28. Jonkers CC, Lamers F, Bosma H, Metsemakers JF, van Eijk JT. The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. International psychogeriatrics / IPA. 2012;24(2):288-97.
29. Kiser K, Jonas D, Warner Z, Scanlon K, Shilliday BB, DeWalt DA. A randomized controlled trial of a literacy-sensitive self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients. JGIM: Journal of General Internal Medicine. 2012;27(2):190-5.
30. Khdour MR, Agus AM, Kidney JC, Smyth BM, McElnay JC, Crealey GE. Cost-utility analysis of a pharmacy-led self-management programme for patients with COPD. International journal of clinical pharmacy. 2011;33(4):665-73.
31. Lenferink A, Frith P, van der Valk P, Buckman J, Sladek R, Cafarella P, et al. A self-management approach using self-initiated action plans for symptoms with ongoing nurse support in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and comorbidities: the COPE-III study protocol. ContempClin Trials. 2013;36(1):81-9.

32. Mackin LA, University of California SFN. A Beginning Look at the Effect of Age on Dyspnea, Physical Functioning and Self-efficacy for Home Walking and Managing Shortness of Breath in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): University of California, San Francisco; 2007.
33. Monninkhof E, van der Valk P, Schermer T, van der Palen J, van Herwaarden C, Zielhuis G. Economic evaluation of a comprehensive self-management programme in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. ChronRespir Dis. 2004;1(1):7-16.
34. Nield M, Hoo GW. Real-time telehealth for COPD self-management using Skype. Copd. 2012;9(6):611-9.
35. Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V. Dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: moderating effects of depressed mood. Psychosomatics. 2005;46(5):402-10.
36. Ninot G, Moullec G, Picot MC, Jaussent A, Hayot M, Desplan M, et al. Cost-saving effect of supervised exercise associated to COPD self-management education program. Respiratory Medicine. 2011;105(3):377-85.
37. Rees PJ. A disease-specific self-management program reduced hospital utilization and improved health status in COPD. ACP journal club. 2003;139(3):65.
38. Sedeno MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. Copd. 2009;6(5):352-8.
39. Smidth M, Olesen F, Fenger-Gron M, Vedsted P. Patient-experienced effect of an active implementation of a disease management programme for COPD - a randomised trial. BMC FamPract. 2013;14:147.
40. Trappenburg JC, Koevoets L, de Weert-van Oene GH, Monninkhof EM, Bourbeau J, Troosters T, et al. Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients; a multicenter RCT. BMC Pulm Med. 2009;9:52.
41. Voncken-Brewster V, Tange H, de Vries H, Nagykaldi Z, Winkens B, van der Weijden T. A.randomised controlled trial testing a web-based, computer-tailored self-management intervention for people with or at risk for chronic obstructive pulmonary disease: a study protocol. BMC Public Health. 2013;13:557.
42. รัตนา พรหมบุตร.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

43. พัชราภรณ์บุญสูง.ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลร้องกวางจังหวัดแพร่.(วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
44. สุทิน พิศาลวาปี. ผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
45. จุฬาภรณ์ คำพานุตย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ การปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
46. จินตนา บัวทองจันทร์.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่าง.เรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
47. ศุภกิจแก้วแสนทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์) ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
48. กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความพร่อง ในการดูแลตนเองของโอเรมต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเซนต์หลุย; 2552.
49. เขมารดี มาสิงบุญ, พรทิพย์ อุ่นจิตร, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และอภิชาต ชิงนวรรณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2549; 14: 35-46.
50. รจเรข พิมพาภรณ์.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.(วิทยานิพนธ์)ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
51. Bower P, Kennedy A, Reeves D, Rogers A, Blakeman T, Chew-Graham C, et al. A cluster randomised controlled trial of the clinical and cost-effectiveness of a 'whole systems' model of self-management support for the management of long- term conditions in primary care: trial protocol. Implementation science : IS. 2012;7:7.
52. BucknallCEcrp, Miller Grf, Lloyd SMb, Cleland Jpome, McCluskeySsrn, Cotton Mcrp, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. BMJ March. 2012;10(344).
53. Farmer A, Toms C, Hardinge M, Williams V, Rutter H, Tarassenko L. Self-management support using an Internet-linked tablet computer (the EDGE platform)-based intervention

in chronic obstructive pulmonary disease: protocol for the EDGE-COPD randomised controlled trial. BMJ Open. 2014;4(1):e004437.

54. Nguyen HQ, Donesky D, Reinke LF, Wolpin S, Chyall L, Benditt JO, et al. Internet-based dyspnea self-management support for patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Pain Symptom Manage. 2013;46(1):43-55.
55. Taylor SJ, Sohanpal R, Bremner SA, Devine A, McDaid D, Fernandez JL, et al. Self-management support for moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2012;62(603):e687-95.
56. ธิติภรณ์ ยอเสน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาการหายใจลาบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.

---

8) ผลการสืบค้นและวิเคราะห์ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การศึกษาครั้งนี้เป็นสำหรับผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งโดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง 2014) สำหรับผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 5 เรื่องดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ
3. วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ
4. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ
5. สรุปการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ผลจากการสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด 500 เรื่อง งานวิจัยจำนวน400 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาครั้งนี้ 48 เรื่อง แบ่งเป็นดังนี้การจัดการตนเอง (self-management) 24 เรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง(self-management support) 3 เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(chronic care model) 1 เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการสนับสนุนตนเอง 21 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัย systematic review 2 เรื่อง RCT 12 เรื่อง experiment 7 เรื่อง, descriptive study 20 เรื่อง และ review 7 เรื่อง ดังตาราง

ฐานข้อมูล	ชื่องานวิจัย	ชนิดงานวิจัย
Pubmed	1.Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, Spichiger E. A Systematic Evaluation of Content, Structure, and Efficacy of Interventions to Improve Patients' Self-Management of Cancer Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2012;44(2):264-84.	Systematic review Level I
Pubmed	2.Gao WJ, Yuan CR. Self-management programme for cancer patients: a literature review. IntNurs Rev. 2011; 58(3):288-95.	Systematic review Level I
pubmed	3.Gaston-Johansson, F, Fall-Dickson JM, et al. "Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy." Psychooncology. 2013; 22(3): 530-539.	RCT Level II
pubmed	4.Jeffs E, Wiseman T."Randomised controlled trial to determine the benefit of daily home-based exercise in addition to self-care in the management of breast cancer-related lymphoedema: a feasibility study." Support Care Cancer. 2013;21(4): 1013-1023.	RCT Level II
PubMed	5.Koller A, MiaskowskiC, De Geest S, Opitz O, &Spichiger, E. Results of a randomized controlled pilot study of a self-management intervention for cancer pain. Eur J OncolNurs. 2013; 17(3), 284-291.	RCT Level II
PubMed	6.Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, Spichiger E. Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. European Journal of Oncology Nursing. 2013;17(1):1-8.	RCT Level II
PubMed	7. McCaughan E, Prue G, McSorley O, Northouse L, Schafenacker A, Parahoo K. A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: a study protocol. Journal of Advanced Nursing. 2013;69(11):2572-83.	RCT Level II
Springerlink	8. Given C, Given B, et al. "Deconstruction of Nurse-Delivered	RCT

	Patient Self-Management Interventions for Symptom Management: Factors Related to Delivery Enactment and Response." Annals of Behavioral Medicine. 2010; 40(1): 99-113.	Level II
CINALH	9.Korstjens, I, May AM, et al. "Quality of life after self-management cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training." Psychosomatic Medicine. 2008; 70(4): 422-429.	RCT Level II
CINALH	10. van den Berg SW, Gielissen M FM., et al. "Rationale of the BREAst cancer e-healTH [BREATH] multicentrerandomised controlled trial: An Internet-based self-management intervention to foster adjustment after curative breast cancer by decreasing distress and increasing empowerment." BMC Cancer. 2012; 12(1): 394-406.	RCT Level II
PubMed	11. Chambers S, Newton R, et al. "Living with prostate cancer: randomised controlled trial of a multimodal supportive care intervention for men with prostate cancer." BMC Cancer. 2011; 11(1): 1-8.	RCT Level II
Biomed central	12. Bachmann-Mettler, I,Steurer-Stey C, et al. "Case management in oncology rehabilitation (CAMON): The effect of case management on the quality of life in patients with cancer after one year of ambulant rehabilitation. A study protocol for a randomized controlled clinical trial in oncology rehabilitation." Trials. 2011; 12(1): 1-7	RCT Level II
proquest	13.Hoffman AJPRN, Brintnall RAPAA.-BC, et al. "Too Sick Not to Exercise: Using a 6-Week, Home-Based Exercise Intervention for Cancer-Related Fatigue Self-management for Postsurgical Non-Small Cell Lung Cancer Patients." Cancer Nursing May/June. 2013; 36(3): 175-188.	RCT Level II
Pubmed	14.Cimprich B, Janz NK, et al. "Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment." Psychooncology. 2005; 14(9): 704-717.	RCT Level I I
Springerlink	15. Loh S, Packer T, Chinna K, Quek K. Effectiveness of a	Experimental

	patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. Journal of Cancer Survivorship. 2013;7(3):331-42.	Level III
Proquest	16.Damush TM, Perkins A, Miller K. The implementation of an oncologist referred, exercise self-management program for older breast cancer survivors. Psycho-Oncology. 2006;15(10):884-90.	Experimental Level III
Proquest	17.Loh SY, Quek K. Cancer-behavior-coping in women with breast cancer: Effect of a cancer self-management program. Int J Appl Basic Med Res. 2011;1(2):84-8.	Experimental Level III
Proquest	18.Haggstrom DA, Taplin SH, Monahan P, Clauser S. Chronic Care Model Implementation for Cancer Screening and Follow-up in Community Health Centers. Journal of Health Care for the Poor & Underserved. 2012;23(3):49-66.	Experimental Level III
Pubmed	19.Foster C, Fenlon D. Recovery and self-management support following primary cancer treatment. The British Journal of Cancer. 2011;105(S1):S21-8.	Descriptive study Level VI
Pubmed	20.George M. Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities. Patient Education &Counseling. 2012;89(3):489-500.	Descriptive study Level VI
Pubmed	21.Loh SY, Chew SL, Lee SY, &Quek KF. Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12(6), 1497-1501.	Descriptive study Level VI
Pubmed	22.Faithfull S, Cockle-Hearne J, &KhooV. Self-management after prostate cancer treatment: evaluating the feasibility of providing a cognitive and behaviouralprogramme for lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2011; 107(5), 783-790.	Descriptive study Level VI
Springerlink	23.Stinson JN, Sung L, Gupta A, White ME, Jibb LA, Dettmer E, et al. Disease self-management needs of adolescents with cancer: perspectives of adolescents with cancer and their	Descriptive study Level VI

	parents and healthcare providers. Journal of Cancer Survivorship. 2012;6(3):278-86.	
Springerlink	24.Rottmann N, Dalton S, et al. "Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study." Quality of Life Research. 2010; 19(6): 827-836.	Descriptive study Level VI
Springerlink	25.Speck R, DeMicheleA, et al. (2012). "Scope of symptoms and self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients." Supportive Care in Cancer. 2012; 20(10): 2433-2439.	Descriptive study Level VI
Proquest	26.Berg C and Hayashi RJ. "Participation and Self-Management Strategies of Young Adult Childhood Cancer Survivors." OTJR. 2013; 33(1): 21-30.	Descriptive study LevelVI
PubMed	27.Schulman-Green DP, Bradley EHP, et al. (2012). "One Step at a Time: Self-Management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer." Oncology Nursing Forum. 2012; 39(4): 354-360.	Descriptive study Level VI
CINALH	28.LouYPMoNBoNRN, Yates PPMossBoA, McCarthy APMoNBoN, Wang HBonRN. Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Clinical Nursing. 2013;22(7-8):1053-65.	Descriptive study Level VI
CINALH	29. Lundberg PCPRN, Rattanasuwan OBRN. Experiences of Fatigue and Self-management of Thai Buddhist Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy. Cancer Nursing March/April. 2007;30(2):146-55.	Descriptive study Level VI
CINALH	30.Oliffe JL, Davison BJ, et al. "The self-management of uncertainty among men undertaking active surveillance for low-risk prostate cancer." Qualitative Health Research. 2009; 19(4): 432-443.	Descriptive study Level VI
CINALH	31. Schulman-Green D, Bradley EH, et al. (2011). "Self-management and transitions in women with advanced breast cancer." Journal of Pain & Symptom Management 42(4): 517-525.	Descriptive study Level VI
CINALH	32.Turton P and Cooke H. "Meeting the needs of people with cancer for support and self-management." Complementary	Descriptive study

	Therapies in Nursing & Midwifery. 2000; 6(3): 130-137.	Level VI
SAGE	33. Loh SY, Packer T, et al. "Perceived Barriers to Self-Management in Malaysian Women with Breast Cancer." Asia-Pacific Journal of Public Health. 2007; 19(3): 52-57.	Descriptive study Level VI
Ovid	34.Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang HM. Self-management of chemotherapy-related nausea and vomiting: a cross-sectional survey of Chinese cancer patients. Cancer Nurs. 2014;37(2):126-38.	Descriptive study Level VI
Willy interscience	35.Loh SY, PackerT, et al."Does a self management intervention lower distress in woman diagnosed with breast cancer?1." Japanese Psychological Research. 2012; 54(2): 159-169.	Descriptive study Level VI
Willy interscience	36.Kidd LA. "Consequences, control and appraisal: cues and barriers to engaging in self-management among people affected by colorectal cancer – a secondary analysis of qualitative data." Health Expectations: 2012; no-no.	Descriptive study Level VI
Willy interscience	37.Hsiao CP, Moore IM, et al. "Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer." Journal of Clinical Nursing. 2014; 23(3-4): 440-449.	Descriptive study Level VI
Willy interscience	38.Dingley C and Roux G. "The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer." Research in Nursing & Health. 2014; 37(1): 32-41.	Descriptive study Level VI
Pubmed	39.Dingley C and Roux G. "The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer." Res Nurs Health. 2013;26, 1-12.	Review Level VII
Pubmed	40.McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. CA: a Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(1):50-62.	review Level VII
scienceDirect	41. van Weert E, Hoekstra-Weebers JEHM, et al. (2008). "The development of an evidence-based physical self-management rehabilitation programme for cancer survivors." Patient Education and Counseling. 2008; 71(2): 169-190.	Review Level VII
CINALH	42.Chatwin J, Closs J, Bennett M. Pain in older people with	Review

	cancer: attitudes and self-management strategies. European Journal of Cancer Care. 2009;18(2):124-30.	Level VII
CINALH	43.Cockle-Hearne J and Faithfull S. "Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances." Psycho-Oncology/ 2010; 19(9): 909-922.	Review Level VII
Ovid	44.HammerMJPDCRN,Ercolano EADRNA, et al. "Self-management for Adult Patients With Cancer: An Integrative Review." Cancer Nursing. 2014 ;Vol. 00, No. 0.	Review Level VII
Pubmed	45.Hazelwood DM, Koeck S, Wallner M, Anderson KH , & Mayer H. Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused by cancer or cancer therapy at home. HeilberufeScience, 2012; 3(4), 149-158. Retrieved December 26, 2013.	Review Level VII
ThaiLis	46.มยุลีสำราญญาติ.ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่มีความเจ็บปวด. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549	Experiment Level III
ThaiLis	47.ธิดารัตน์ หนชัย.ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.	Experiment Level III
ThaiLis	48.สุจิตรา มลิลา.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.(วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.	Experiment Level III

สำหรับระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนเรื่อง
ระดับที่1:หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมต้า ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	2
ระดับที่ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง	12
ระดับที่ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม	7
ระดับที่ 4: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี	0
ระดับที่ 5: หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	0
ระดับที่ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ	20
ระดับที่ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง	7
รวม	48

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง โดยแบ่งตามโรคมีดังต่อไปนี้ รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งทั่วไป

Stinson JN, Sung L, Gupta A, White ME, Jibb LA, Dettmer E, et al. [1] ได้ศึกษาความต้องการการจัดการตนเองของวัยรุ่นที่ป่วยด้วย โรคมะเร็งตาม มุมมองของวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็ง พ่อแม่ผู้ปกครองและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจจะส่งผลลัพธ์และคุณภาพของชีวิตที่ดีการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น 29 คน อายุตั้งแต่ 12-18 ปี เป็นมะเร็งหลากหลายชนิด ผู้ปกครอง จำนวน 30 คน และผู้ให้บริการทางสุขภาพ จำนวน 22 คนที่ทำงานที่หน่วยneuro-oncology leukemia/lymphoma, and solid tumor programsat the hematology/oncology โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาจากศูนย์รักษามะเร็งในระดับตติยภูมิ การเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ และมีการจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาที่ได้

ผลการศึกษาพบว่า เนื้อหาที่ต้องการแบ่งได้สี่ประเด็นหลักคือ

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และทักษะการดูแล
2) ความรู้และทักษะในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ 3) การส่งมอบบริการการดูแลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้สำหรับวัยรุ่นที่เป็นมะเร็ง
4) การสนับสนุนสำหรับวัยรุ่นที่มีโรคมะเร็ง
สรุปผลการวิจัยเพื่อที่จะให้บริการครบวงจร และการยอมรับโปรแกรมการจัดการตนเองของวัยรุ่น
และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง

Foster C, Fenlon D. [2]ได้ศึกษาการฟื้นตัวและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งครั้งแรกผู้ป่วยในประเทศอังกฤษประมาณ 2 ล้านคนที่อาศัยอยู่กับโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรกยังถูกละเลย การรักษาทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงและเผชิญกับปัญหาที่ถูกคุกคาม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ได้จากการศึกษาจากสองการศึกษาจาก งานวิจัยที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 105 คน การศึกษาที่สองเป็นการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 คน ทั้งหญิงและชาย ได้จัดการตนเองภายหลังที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งครั้งแรก
ผลการศึกษา

การเป็นโรคมะเร็งมีความต้องการการสนับสนุน ในการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งที่บ้านเพราะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ผลกระทบทางจิตวิทยา การมีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง และกลุ่มการสนับสนุนจากเพื่อน การติดตามการรักษา ผลกระทบต่อการทำงานทางสังคม ผลกระทบทางการเงิน การจัดการปัญหาความเจ็บปวด ผลกระทบต่อครอบครัว และคนอื่น ๆ อาหารในการจัดการโรคมะเร็งและการดำเนินชีวิตทั่วไป ปัญหาในการจัดการโรคมะเร็ง ความมั่นใจในตนเองจะต่ำลงหลังจากได้รับการรักษาครั้งแรก ภายหลังการรักษาครั้งแรกผู้รอดชีวิตหลายคนพบว่าวิธีการที่จะจัดการดูแลตนเองในปัญหาที่พวกเขากำลังประสบ จะต้องเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรของบุคคล เช่น มีการหาข้อมูล และ การสนับสนุน การจัดการอาการ ความคิดและความคาดหวัง การวางแผนกิจกรรมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นและการเพิ่มสมรรถนะในตนเอง ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ มีการดำรงชีวิตและมีมุมมองเชิงบวกในชีวิตการจัดกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ เช่น ความอ่อนล้า การเคลื่อนไหว หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งแรก[2]

การฟื้นฟูสภาพจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นที่หายไป การสนับสนุนในการจัดการผลกระทบจากโรคมะเร็งในชีวิตประจำวันทุกวันเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองจะได้จากบุคคลากรด้านสุขภาพ ผู้ที่มีจิตอาสา นายจ้าง ครอบครัว เพื่อนและ แหล่งข้อมูลออนไลน์ อย่างไรก็ตามการได้รับการสนับสนุนมักไม่ได้ตลอดเวลา และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนนั้นต่ำ

Berg C and Hayashi RJ. [3]ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง ผลกระทบจากการเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย การประกอบกิจกรรมในชีวิต และกลยุทธ์การจัดการตนเองในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับผลกระทบในช่วงท้ายของความเจ็บปวดปวด เมื่อยล้าซึมเศร้าความรู้ความจำและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และผลกระทบในการทำงานการศึกษาชีวิตอิสระและชุมชนและการเข้าสู่สังคม จากนี้ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง บอกถึงกลยุทธ์การจัดการตนเองที่ลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

ผลสำรวจพบว่าผู้ป่วย 88เปอร์เซ็นต์ จากกลุ่มตัวอย่าง 42 คนที่เป็นมะเร็งที่รอดชีวิต มีความทุกทรมานอย่างน้อย หนึ่งอาการจาก 6 อาการที่เป็นอาการในระยะท้าย การทำงาน การศึกษาความจำและความเมื่อยล้าจะมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

กลยุทธ์การจัดการตนเองที่ใช้บ่อยได้แก่การนอนหลับ / การพักผ่อน การพักผ่อนอย่างเงียบๆ การสนับสนุนจากครอบครัว / เพื่อน การที่จะถึงผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายได้นั้นจะต้องได้รับการติดตามการดูแลที่คลินิก ผู้ที่ดูแลสุขภาพ ผู้ที่รอดชีวิต แหล่งทรัพยากรในชุมชน ต้องได้รับการจัดการ นักกิจกรรมบำบัดสามารถมองหารูปแบบในชุมชนสำหรับเป็นรูปแบบในการให้การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และใช้โอกาสนี้สร้างความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่คลินิกและหน่วยงานชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง และกำลังมีการปรับเปลี่ยนบทบาท

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Speck R, DeMichele A, et al. [4] ได้ทำการศึกษาอาการและกลยุทธ์การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดปลายประสาทอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจำนวน 25 คน ที่มารับการรักษาด้วย docetaxelหรือ paclitaxelผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 24-60 ปี เพิ่งได้รับยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 เดือน และได้รับการรักษาเสร็จสิ้น

ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 14 ราย มีภาวะปลายประสาทอักเสบ และมีผลกระทบต่อกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การทำหน้าที่ต่างๆ พฤติกรรม สังคม การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ชีวิตยามว่าง การจัดการตนเองที่หลากหลาย และ กลยุทธ์การจัดการเพื่อลดผลกระทบของอาการปลายประสาทอักเสบ คือ การเคลื่อนไหวเพื่อลดอาการ การตระหนักและการรับรู้เจตคติ การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมการเกิดปลายประสาทอักเสบ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ พฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม กลยุทธ์ การจัดการอาการในผู้ป่วย เน้นการออกกำลังกาย ภาวะด้านจิตใจ การทำกิจกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบจากการเกิดปลายประสาทอักเสบ

Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang HM. [5]ได้ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วย คลื่นไส้และอาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการจัดการการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศจีนการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในโรงพยาบาลศูนย์โรคมะเร็งในตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศจีน

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่าง 255 คนพฤติกรรมส่วนใหญ่ในการจัดการอาการคลื่นไส้ พบว่าส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพปานกลางได้ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะปานกลางความทุกข์ในระดับที่สูง ภาวะการทำหน้าที่ และการมีประสบการณ์ด้านอาการ การได้รับเคมีบำบัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนในหลายระดับ จะเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนความทุกข์ในระดับที่สูง ภาวะการทำหน้าที่ และการมีประสบการณ์ด้านอาการ การได้รับเคมีบำบัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนในหลายระดับ จะเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการอาการที่ดีเฉพาะเจาะจง สรุปกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียนในประชาชนจีนสามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้บ้าง ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยควรได้รับ

การสนับสนุน ด้านการรับประทานยาการมีส่วนร่วมในการปรับเรื่องอาหาร การใช้กลยุทธ์จิตวิทยา การสร้างสิ่งแวดล้อมที่น่ารื่นรมย์

Lou YPMoNBoNRN, Yates PPMossBoA, McCarthy APMoNBoN, Wang HBonRN.[6] สำรวจการจัดการตนเอง เรื่องความเมื่อยล้าในผู้ป่วยจีนที่เป็นมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 271 คน โดยผู้ป่วยเข้าร่วมด้วยตนเองและต้องมีอาการความเมื่อยล้าในสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือได้รับคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งอยู่ โรงพยาบาลในตะวันออกเฉียงใต้ของจีน โดยต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับความอ่อนล้า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ระดับการ บรรเทา การประเมินลักษณะทางประชากร ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอ่อนล้า ความทุกข์ทรมาน และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับการอ่อนล้า คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.94 (±2.07; range 1–10) พฤติกรรมส่วนใหญ่ถูกจัดอันดับ ว่า ได้รับการบรรเทาระดับปานกลางและได้รับการให้การช่วยเหลือให้มีการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะระดับปานกลางและพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน และภาวะการทำหน้าที่จะทำนาย พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน จะช่วยเพิ่มกิจกรรม และภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมการพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ การที่มีการรับรู้สมรรถนะที่สูงขึ้น จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

Lundberg PCPRN, Rattanasuwan OBRN [41]ได้ศึกษาประสบการณ์ของความเหนื่อยล้าและการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทยพุทธที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่ออธิบาย

1) ความรู้สึกของความเหนื่อยล้าของ ผู้ป่วยไทยที่นับถือศาสนาพุทธที่เป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี (RT) และระบุถึงความแตกต่างทางเพศ

2) ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุหลักของความเมื่อยล้า

3) วิธีการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเมื่อยล้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จำนวน 133 คน โดยการสุ่มเลือกอย่างอิสระ ได้ผู้ชาย55 คนและผู้หญิง 78 คน ใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยของ Piper Fatigue Scale

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วย ถึง42.1%มีความรู้สึกเหนื่อยล้าในช่วงไม่กี่ชั่วโมงที่ผ่านมา (ตั้งแต่ 1-5 ชั่วโมง) ผู้ป่วยรับรู้ความเหนื่อยล้า ในระดับที่ไม่รุนแรง และคะแนนการรับรู้ความเหนื่อยล้าด้านประสาทสัมผัส / และด้านสติปัญญาอยู่ในระดับสูง

ความเชื่อเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าแบ่งเป็นห้าสาเหตุได้แก่ 1) การได้รับรังสีรักษา 2) ความรู้สึกของความวิตกกังวลซึมเศร้าและความน่ากลัว/กลัว 3) การเกิดโรคมะเร็ง 4) การเดินทางไกลไปโรงพยาบาลและเวลาที่รอคอยมานานสำหรับ RT; และ 5) ปัญหากับการนอนหลับและ

ร่างกายที่อ่อนแอเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง 5 ประเภทได้แก่ 1) ได้รับการสนับสนุนทางศีลธรรมจากครอบครัวและเพื่อน; 2) การฝึกศาสนาท่องสวดมนต์ทำทำบุญและนั่งสมาธิ; 3) การฝึก การดูแลตนเองสำหรับจัดการปัญหาและอาการ4) การยอมรับสถานการณ์และการทำที่ดีที่สุดของ ชีวิตของคน ๆ หนึ่ง; และ 5) ปรึกษากับแพทย์และพยาบาล

Turton P and Cooke H.[8]ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุน กลยุทธ์การได้รับการสนับสนุน และทักษะการจัดการตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 54 คน และผู้สนับสนุน 14 คนผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึง ภาวะของอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามโรค ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านจิตใจ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ต้องมีการใช้กลยุทธ์หลายอย่าง รวมถึงการใช้ แพทย์ทางเลือก ในการควบคุมการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการดูแลแบบองค์รวม

งานวิจัยที่เกี่ยวกับมะเร็งปอด

George, M.[9]ได้ทำการวิจัยเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการรักษาทางเลือกในกลุ่มคนผิวสีสำหรับโรคหอบหืด โรคมะเร็งปอด และการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะปลอดภัยและอาจจะมีความเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของการใช้การรักษาเสริมและการรักษาทางเลือก (CAM) ในโรคหอบหืดโรคมะเร็งปอดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือการสูบบุหรี่ ชาวแอฟริกันอเมริกันและคนผิวสีหรือคนที่ถ่ายทอดพันธุกรรมมาจากทางแถบแคริบเบียน

ผลการศึกษาพบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างเชื่อการสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดลดลงแต่เชื่อว่ามลพิษทางอากาศ หรือการสัมผัสสารเคมี เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเชื่อว่าผลของการสูบบุหรี่ที่มีการเผยแพร่นั้นมีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ที่แท้จริง และการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ถูกมองว่าเป็นการลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอด
2) ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการรักษาทั่วไปของโรคมะเร็งปอดพบว่า คนที่สูบบุหรี่ได้รับความสุขทางอารมณ์จากการสูบสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น เพราะมีความเชื่อว่าบุหรี่ที่มีเมนทอลปลอดภัยกว่าบุหรี่ที่ไม่มีเมนทอล
3) กลุ่มตัวอย่างหลายคนรู้สึกว่าการผ่าตัดไม่จำเป็นในการรักษามะเร็งปอดเชื่อว่าเหตุจูงใจของผู้ให้บริการในการแนะนำการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างคือศัลยแพทย์อาจได้รับประโยชน์โดยมีรายได้เพิ่มหรือมีโอกาสในการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการผ่าตัดและมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีความเชื่อว่าการผ่าตัดเป็นการทดลองทางการแพทย์ นอกจากนี้ประมาณ1ใน3 ของกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าระหว่างการผ่าตัดเนื้องอกที่ได้รับอากาศอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของมะเร็งคนผิวดำมีความเชื่อในสิ่งเหล่านี้มากกว่าคนผิวขาวถึง 2 เท่า

4) การใช้ CAM สำหรับโรคมะเร็งปอด พบว่าความกังวลเรื่องการแพร่กระจายของเนื้องอกหรือเหตุจูงใจของศัลยแพทย์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างชอบการใช้CAM ในการดูแลตนเองมากกว่าเช่น การใช้ชาเขียว การเยียวยาที่บ้านและการใช้ธรรมชาติเยียวยา นอกจากนั้นรายงานว่าวิตามินหรือการออกกำลังกายสามารถลดอันตรายจากผลของการสูบบุหรี่
5) การเปิดเผยข้อมูลของการใช้ CAM สำหรับโรคมะเร็งปอด พบว่ามีการศึกษาเดียวที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีความไว้วางใจผู้ให้บริการทางสุขภาพมากขึ้น ถ้าอนุญาตให้มีการบูรณาการการรักษาโรคมะเร็งร่วมกับการใช้CAM แต่อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูล CAM ในโรคมะเร็งปอด ดังนั้น การใช้ CAM จึงเป็นทางเลือกของผู้ที่เป็นมะเร็งปอดทางหนึ่ง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

Rottmann N, Dalton S, et al. [10]การศึกษาระยะยาวด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การปรับตัวทางจิตใจ คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐานะทางสังคม ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 684 คน

ผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับ สภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยหลังจาก 12 เดือน (b = 0.59; 95% CI, 0.35-0.82) จิตวิญญาณการต่อสู้ ความกังวลและ ความสิ้นหวัง มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และ การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการทำหน้าที่ทางอารมณ์(b = 0.26; 95% CI, 0.02–0.51)ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในตนเองและ ภาวะสุขภาพทางร่างกาย และสังคมที่ดี นอกจากนั้นยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการศึกษา เวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ภาวะสุขภาพ และอายุการกำเริบและเวลาตั้งแต่การวินิจฉัย

Schulman-Green& Bradley, et al.[11]ได้ศึกษาการจัดการตนเองและการเปลี่ยนผ่านในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมขั้นสูงจุดประสงค์ของเราคือการอธิบายประสบการณ์ของการจัดการตนเองในบริบทของ การเปลี่ยนในกลุ่มผู้หญิงที่เป็น Advanced breast cancerการศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้หญิง ที่เป็น สตรีจำนวน15 คนที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายเกี่ยวกับการจัดการตนเอง การปฏิบัติและประสบการณ์ รวมถึงวิธีที่การเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย52 ปี (ช่วง 37-91 ปี) ส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว 80% แต่งงาน 80% และ จบการศึกษาระดับวิทยาลัย60% การจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้หญิง และการสื่อสารกับคนที่รักและผู้ให้บริการ ผู้เข้าร่วมแสดงการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองรวมถึงการพัฒนาทักษะ กลายเป็นเพิ่มขีดความสามารถและการสร้างเครือข่ายสนับสนุน การจัดการอุปสรรคในการจัดการตนเองเช่น ความทุกข์อาการ ความยากลำบากในการได้รับข้อมูล และการขาด

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งผู้หญิงเปลี่ยนระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อารมณ์และสังคมเป็นอยู่ที่ดี เช่น เมื่อโรคมะเร็งของพวกเขากำเริบ มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการรักษา การเปลี่ยนแปลงพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ในวิธีการจัดการด้วยตนเองผู้หญิง และมีประสบการณ์ทั้งเป็นและบวกลบโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การค้นพบแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนสามารถขึ้นอยู่กับเจตคติและความสามารถในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง

2) ประเภทการเปลี่ยนผ่าน ประสบการณ์ผู้เข้าร่วม แสดงให้เห็น ว่าการเปลี่ยนผ่านมีสองประเภทใหญ่ๆ คือ การเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลและการเปลี่ยนผ่านในการดูแล การเปลี่ยนส่วนบุคคลหมายรวมถึงการเปลี่ยนผ่านด้านร่างกาย อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนทางกายภาพรวมถึงการสูญเสียเส้นผมอาการความทุกข์ การที่ร่างกายไม่มีเรี่ยวแรง การเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการทำงาน

3) การเปลี่ยนผ่านด้านอารมณ์เป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงและการปรับจิตใจและอารมณ์

4) การเปลี่ยนทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในครอบครัว งานประจำหรือ บทบาท รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว และระดับของการสนับสนุนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการใช้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพที่บ้านหรือแม่บ้าน

Loh SY, Packer T, et al.[12]ได้ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการจัดการตนเองในหญิงมาเลเซียกับมะเร็งเต้านมที่จะช่วยให้ การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ประสบความสำเร็จ และเป็นโปรแกรม ที่เชื่อมโยงกับการับรู้ความต้องการ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้หญิง ที่ได้รับการคัดเลือก 39 คนมีการสำรวจความต้องการของผู้หญิงภายในสามเรื่องหลักคือ การรักษา การจัดการอารมณ์และบทบาท

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอุปสรรคหลักคือความไม่พร้อมของข้อมูลที่ การไม่สามารถที่เข้าถึงบริการและการสนับสนุน และ ปัญหาด้านเศรษฐานะทางสังคม วัฒนธรรม และการที่มี ประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ในการปรับปรุง พบว่าการขาดบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ไม่ดี เครือข่ายและ ทรัพยากรของโรงพยาบาลไม่ดีความทุกข์มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่มีความเครียด / กลัว / ความโกรธและภาวะซึมเศร้า ทำให้พบว่าผู้หญิงต้องการการสนับสนุน และ การปรับตัวซึ่งอาจเป็นการปรับตัวทั่วไป และการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อต่อสู้กับความคิดและความกลัว

Dingley C and Roux G[13]ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเบื้องต้น (primary concepts) ของทฤษฎีความเข้มแข็งภายในตน ซึ่งประกอบด้วยความเข้มแข็งภายในตน คุณภาพชีวิต และการจัดการตนเอง การวจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบพรรณนา

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 ราย โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก สถานที่เก็บข้อมูลคือ ศูนย์การแพทย์ในเมือง 2 แห่งของเขต Rocky Mountain แห่งแรกเป็นสถานบริการปฐมภูมิของรัฐที่ให้บริการกับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพถึงร้อยละ 42 ส่วนแห่งที่ 2 ศูนย์การแพทย์ที่เกี่ยวกับการศึกษาที่ให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณ 92,000 รายต่อปี ที่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Institute ในเขตภูมิภาคนี้ โดย

ผลการศึกษา

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 69%ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งประมาณ 36 เดือน และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม 42%รองลงมา คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 12% และมะเร็งรังไข่ 10%ภาวะซึมเศร้า

2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง 57%) ไม่มีอาการซึมเศร้า แต่พบว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ามาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา คุณภาพชีวิต พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในผู้หญิงทั้งกลุ่มทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าคะแนนความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

3) พฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าตารางค่าเปรียบเทียบคะแนนที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แสดงว่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้นค่อนข้างสูง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 81 นั้นมีคะแนนของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงมากกว่าครึ่งของค่าเฉลี่ย และร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างคะแนนสูงเกือบถึง 100 คะแนนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งภายในตนของกลุ่มตัวอย่าง คือ 108.6 และช่วงคะแนนเท่ากับ 47-133 พบว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างสูงมากกว่า 3 ส่วนของสเกลคะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งภายในภาพรวมทั้งหมดสูง

4) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งภายในตน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความเข้มแข็งภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามพบว่า ความเข้มแข็งภายในตนสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตมากที่สุดและความเข้มแข็งภายในตนคุณภาพชีวิต สัมพันธ์กับ การจัดการตนเองค่อนข้างน้อย รวมทั้งภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเข้มแข็งภายในตน คุณภาพชีวิต , และ การจัดการตนเอง

5) การทำนาย ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนาย คุณภาพชีวิต ได้มากที่สุด 52%รองลงมาคือ ความเข้มแข็งภายในตน 13%ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย 52%และโรคร่วม 52%ตามตารางที่ 4 แต่ถ้าตัดตัวแปรภาวะซึมเศร้าออก จะพบว่า ความเข้มแข็งภายในตนสามารถทำนาย คุณภาพชีวิตได้มากที่สุด 48% รองลงมาคือ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและโรคร่วม 14%

6) ตัวแปรทำนายการจัดการตนเอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด 12%รองลงมาคือ ความเข้มแข็งภายในตน 4%แต่อย่างไรก็ตามเมื่อปรับสมการการทำนาย ถ้าตัดตัวแปรภาวะซึมเศร้าออก จะพบว่า สมการการทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยที่ได้ พบว่าความเข้มแข็งภายในตนของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถนำไปออกแบบงานวิจัยหรือ กิจกรรมการดูแลในการเพิ่มความเข้มแข็งภายในตนให้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองที่มากขึ้นด้วยเช่นกัน

Dingley C and Roux G [14]ศึกษาบทบาทของความเข้มแข็ง ในคุณภาพชีวิตและการจัดการตนเองในสตรีผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งบทบาทของความเข้มแข็งภายใน คุณภาพของชีวิต และการจัดการตนเอง ตัวแปรหลักในทฤษฎีของความเข้มแข็ง ได้รับการตรวจ กับ ลักษณะประชากร และลักษณะทางคลินิกในผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง107 คน

ผลการศึกษาพบว่า ตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดของ คุณภาพชีวิต คือ อาการซึมเศร้า ความเข้มแข็งภายใน และระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยตามลำดับ ซึ่งทำนายได้ถึง 82%ของความแปรปรวนในคุณภาพชีวิต เมื่อเอาความสัมพันธ์ของตัวแปรออกพบว่า 64% ของความแปรปรวนในคุณภาพชีวิตได้รับการอธิบายโดย ความเข้มแข็งภายใน ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย โรคร่วม และความเข้มแข็งภายในเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุด และตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดสำหรับ การจัดการตนเองคือ อาการซึมเศร้า และความเข้มแข็งภายใน ที่มีถึง 17 เปอร์เซ็นต์

สรุปได้ว่าการพัฒนาทฤษฎีและการสนับสนุน ความเข้มแข็งภายในจะช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งรังไข่

Schulman-Green D, Bradley EH, et al. [15]ได้ศึกษาการจัดการตนเองและการเปลี่ยนในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ ในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่จำนวน 10 คนตาม โดยการสัมภาษณ์

ผลการวิจัยพบว่า

1) การจัดการตนเองในผู้ป่วยช่วยเพิ่มความรู้สึกของการควบคุมและการสนับสนุนตัวเอง ผู้ป่วยจะจัดการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาระที่จะเกิดขึ้น จากการเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอย่างเป็นปกติคือ การวินิจฉัย การผ่าตัด การฟื้นตัว การเริ่มได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการอาการ การกลับเป็นซ้ำ

2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าท้าย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์มาก่อน และความสามารถ ความตั้งใจในการจัดการตนเองของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง

3) ปัญหาและอุปสรรค ในการจัดการตนเองยังต้องถูกระบุและค้นหาสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ต้องการสนับสนุนทางการแพทย์และสังคมและจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญและ การบริหารการเปลี่ยนแปลง

4) การแนะนำการดูแลแบบประคับประคองภายหลังการได้รับการวินิจฉัยเป็นสิ่งที่จะอำนวยความให้กับผู้หญิงในการปรับตัวในการเปลี่ยนผ่าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งต่อมลูกหมาก

Oliffe JL, Davison BJ, et al. [16]ศึกษาการจัดการตนเองในการเฝ้าระวังความไม่แน่นอนในผู้ชายที่มีความเสี่ยงต่ำมีต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายกลยุทธ์การจัดการตนเองในการเอาชนะความไม่แน่นอนของ ผู้ชายผลการศึกษาพบ กลยุทธ์อยู่สองประการคือประการแรกทำให้เห็นว่ามะเร็งต่อมลูกหมากเป็นเรื่องปกติที่ผู้ชายต้องเผชิญ และอดทน เพื่อนำไปสู่การใช้ชีวิตที่ปกติ ประการที่สองผู้ชายต้องมีพันธะสัญญาในการทำเรื่องที่เป็นพิเศษ ด้วยการทำ การเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพิ่มเติม และร่วมมือกับภรรยาในการเน้นความสำคัญกับอาหารที่เป็นยาเสริม เป็นที่ชัดเจนว่าการทำ active surveillanceโดยการให้กิจกรรมด้านจิตสังคม จะได้รับประโยชน์ที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวของเขากลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน อายุอยู่ในช่วงอายุ 48-77 ปี (M = 68) และส่วนใหญ่เป็นผู้ชายผิวขาวที่แต่งงานแล้ว (n = 19) ที่ได้จบการศึกษา postsecondary (n = 18)ผู้เข้าร่วมได้รับ การวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่ำและในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
เวลาของการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม ส่วนใหญ่(n = 22) ได้รับการเฝ้าระวังน้อยกว่า 2 ปี

Hsiao CP, Moore IM, et al. [17]ได้ทำการวิจัย 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการความทุกข์ทรมานจากอาการและการจัดการกับอาการ 2) เพื่อระบุกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละอาการของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย ที่รักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดหรือฉายแสง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายจำนวน 53 คน ที่มาติดตามการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดและฉายแสง, สถานบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึก, คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะและมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีกลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) ในภาคใต้ของรัฐแอริโซนาภายใน 3 เดือนที่เริ่มต้นการรักษา โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากทุกรายที่อยู่ในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งที่โดยเก็บข้อมูลที่หน่วยเคมีบำบัดและฉายแสง, สถานบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึก, คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะและมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีกลุ่มช่วยเหลือ/ กลุ่มสนับสนุน (Support groups) ในภาคใต้ของรัฐแอริโซนาการวิจัยนี้เป็นแบบเชิงพรรณนา แบบ cross-sectional study

ผลการศึกษา

1) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ, ความทุกข์ทรมานจากอาการ, และการจัดการกับอาการ พบว่าอาการที่มีความเฉพาะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวม (การขับถ่ายปัสสาวะ ลำไส้และสมรรถภาพทางเพศ) มีความสัมพันธ์กับผลรวมของคะแนนความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.67$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าความถี่และความรุนแรงของอาการสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างอาการแต่ละรายด้าน (การขับถ่ายปัสสาวะ ลำไส้ และสมรรถภาพทางเพศ) กับความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความหลากหลาย ($r = 0.28$-0.81, $p < 0.01$-0.05) อาการที่เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะและความทุกข์ทรมานจากอาการสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ($\beta = 0.50$, $p < 0.01$, $\beta = 0.35$, $p = 0.02$ ตามลำดับ) ความถี่ของอาการของลำไส้สัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับลำไส้ ($\beta = 0.71$, $p < 0.01$) ความถี่ของอาการที่เกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ($\beta = 0.28$, $p = 0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการของลำไส้กับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการของลำไส้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.16$, $p = 0.14$) หรือความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศกับกลยุทธ์ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\beta = 0.06$, $p = 0.61$)

2) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ

2.1) การจัดการตนเองที่เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ

- ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะที่พบมาก คือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และทางเดินปัสสาวะอุดตัน ซึ่งทำให้การรั่วไหลของปัสสาวะ ปัสสาวะช้าหรือปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะในเวลากลางคืน ปัสสาวะบ่อย อาการแสบขัดหรือปวดระหว่างการถ่ายปัสสาวะ

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาการรั่วไหลของปัสสาวะที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย, การบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegelและอดทน/กลั้นปัสสาวะ

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการถ่ายปัสสาวะช้าหรือปัสสาวะลำบากที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, รับประทานยา, และการบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegel

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาการปัสสาวะในเวลากลางคืน ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนเข้านอน, อดทน, และการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการปัสสาวะบ่อย ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, การบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegelและการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดแสบขัดหรือปัสสาวะลำบาก ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, และพักผ่อน

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเร่งด่วนในการขับปัสสาวะที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, เดินทางน้อยลง, ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย, และลดกิจกรรมทางสังคม

2.2) การจัดการกับอาการที่เกี่ยวกับลำไส้

- ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของลำไส้ทำให้เกิดอาการท้องร่วง, ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ, ลำไส้เคลื่อนไหวเร็ว, กดเจ็บหรือปวด, ลำไส้เคลื่อนไหวแต่ไม่มีอะไรในลำไส้ที่จะผ่านออกมา

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการท้องเสียหรือ อุจจาระเป็นน้ำ ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทนพักผ่อนกินผลไม้และดื่มน้ำมากขึ้น

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความจำเป็นเร่งด่วนของการเคลื่อนไหวของลำไส้ ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ เดินทางไกลน้อยลงและลดกิจกรรมทางสังคม

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการกดเจ็บและปวด ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, พักผ่อน, ไม่รับประทานอาหาร, และเลือกรับประทานยา

- กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการลำไส้เคลื่อนไหวแต่ไม่มีอะไรในลำไส้ที่จะผ่านออกมา ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ เดินทางไกลน้อยลงและลดกิจกรรมทางสังคม

2.3) การจัดการกับอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

- กลยุทธ์ในการจัดการตนเองที่บรรเทาอาการของความผิดปกติทางเพศในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดและรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงที่สุด คือ การระบายความรู้สึกกับคู่ครอง, การหาทางเลือกอื่น (การกอด, จูบ, การสัมผัส), การแสดงความรักและความใกล้ชิดทางเพศ, และมีกิจกรรมทางเพศลดลง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer)

Kidd LA.[18]ศึกษาผลของการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาระยะยาวในการควบคุมและการประเมิน: ความหมายและ อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อให้เข้าใจความหมายและอุปสรรคของประชาชนในการจัดการดูแลตนเองในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา จำนวน สิบเอ็ดคน ที่เข้ารับการรักษา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสองครั้งในผู้ป่วยแต่ละคนก่อนและหลังการรักษา 6 เดือน ศูนย์รักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดที่ สก็อตแลนด์ ผล การศึกษาพบว่าอุปสรรคในการมีส่วนร่วม

ในการจัดการตนเอง มีสาเหตุจาก การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ ความรุนแรง รวมทั้ง ประสิทธิภาพในเลือกกิจกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ การควบคุมและการลดผลที่จะตามมาจากการรักษาโรคมะเร็งผล การศึกษาพบว่าอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง มีสาเหตุจาก การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ ความรุนแรง รวมทั้ง ประสิทธิภาพในเลือกกิจกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ การควบคุมและการลดผลที่จะตามมาจากการรักษาโรคมะเร็งผลข้างเคียงที่ไม่คาดคิด ควบคู่ ไปกับการรับรู้ของความไม่แน่นอน การขาดการควบคุม การเตรียมตัวอย่างเพียงพอในการเข้าสู่ การจัดการตนเอง ซึ่งถูกระบุว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าสู่การจัดการตนเอง

ผลสรุปด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

1.มีการศึกษาในแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง

พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของ การปรับตัวและอารมณ์ที่ดีในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม และเป็นเป้าหมายที่สำคัญในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ[10]

2. บทบาทของ ความเข้มแข็งภายในตนเองต่อการจัดการตนเอง

ความเข้มแข็งภายในตน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความเข้มแข็งภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management, PAM), และพฤติกรรมการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามพบว่า ความเข้มแข็งภายในตนสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตมากที่สุด และ ความเข้มแข็งภายในตนคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กับการจัดการตนเองค่อนข้างน้อย รวมทั้งภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเข้มแข็งภายในตนคุณภาพชีวิตและ การจัดการตนเอง[19]

3.การจัดการตนเองในผู้ป่วยช่วยเพิ่มความรู้สึกของการควบคุมและการสนับสนุนตัวเอง ผู้ป่วยจะจัดการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาระที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่

การจัดการตนเองในผู้ป่วยช่วยเพิ่มความรู้สึกของการควบคุมและการสนับสนุนตัวเอง ผู้ป่วยจะจัดการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาระที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนที่เกิดขึ้นเป็นปกติคือ การวินิจฉัย การผ่าตัด การฟื้นตัว การเริ่มได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการอาการ การกลับเป็นซ้ำ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าท้าย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์มาก่อน และความสามารถ ความตั้งใจในการจัดการตนเองของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรค ในการจัดการตนเองยังต้องถูกระบุและค้นหาสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ต้องการสนับสนุนทางการแพทย์และสังคมและจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญและ การบริหารการเปลี่ยนแปลง การ

แนะนำการดูแลแบบประคับประคองภายหลังการได้รับการวินิจฉัยเป็นสิ่งที่จะอำนวยความให้กับผู้หญิงในการปรับตัวในการเปลี่ยนผ่าน[15]

4.การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองจะต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

มีงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปมีความต้องการด้านเนื้อหา แบ่งได้สี่ประเด็นหลักคือ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และทักษะการดูแล (2) ความรู้และทักษะในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ (3) การส่งมอบบริการการดูแลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ สำหรับวัยรุ่นที่เป็นมะเร็ง (4) การสนับสนุนสำหรับวัยรุ่นที่มีโรคมะเร็ง[1]

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นในมะเร็งระยะสุดท้าย

พบว่าจะมีผลต่อผลกระทบในช่วงท้าย เช่น ความเจ็บปวดปวด เมื่อยล้า, ซึมเศร้า, ความรู้, ความจำและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และผลกระทบในการทำงานการศึกษาชีวิตอิสระและชุมชนและการเข้าสู่สังคม[2]ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ผลกระทบทางจิตวิทยาผลกระทบต่อการทำงานทางสังคม ผลกระทบทางการเงิน การจัดการปัญหาความเจ็บปวด ผลกระทบต่อครอบครัวและคนอื่นๆ

6.การจัดการตนเองต้องอาศัยกลยุทธ์การจัดการตนเองในการจัดการตนเองดังนี้

6.1) การสนับสนุนในการจัดการผลกระทบและการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยดีขึ้น

ความมั่นใจในตนเองจะต่ำลงหลังจากได้รับการรักษาครั้งแรก การฟื้นฟูสภาพจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นที่หายไป การสนับสนุนในการจัดการผลกระทบ จากโรคมะเร็งในชีวิตประจำวันทุกวันเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองจะได้จาก บุคคลากรด้านสุขภาพ ผู้ที่มีจิตอาสานายจ้าง ครอบครัว เพื่อนและ แหล่งข้อมูลออนไลน์ อย่างไรก็ตามการได้รับการสนับสนุนมักไม่ได้ตลอดเวลา และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนนั้นต่ำ ยังพบว่าการเป็นโรคมะเร็งต้องการการสนับสนุน ในการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งที่บ้าน ซึ่งมี Self-help groups กลุ่มการสนับสนุนจากเพื่อน การติดตามการรักษา อาหารในการจัดการโรคมะเร็งและการดำเนินชีวิตทั่วไป ปัญหาในการจัดการโรคมะเร็ง

ภายหลังการรักษาครั้งแรก ผู้รอดชีวิตหลายคนพบว่าวิธีการที่จะจัดการดูแลตนเองในปัญหาที่พวกเขากำลังประสบ จะต้องเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรของบุคคล เช่น มีการหาข้อมูลและ การสนับสนุน การจัดการอาการ ความคิดและความคาดหวัง การวางแผนกิจกรรมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น และการเพิ่มสมรรถนะในตนเอง ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ มีการดำรงชีวิตและมีมุมมองเชิงบวกในชีวิต การจัดกิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพ เช่น ความอ่อนล้า การเคลื่อนไหว หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งแรก[2]

6.2) กลยุทธ์การจัดการตนเองสำหรับความอ่อนล้าที่ใช้บ่อยได้แก่การนอนหลับ / การพักผ่อน การพักผ่อนอย่างเงียบ ๆ การสนับสนุนจากครอบครัว / เพื่อน

คนที่เป็นมะเร็งที่รอดชีวิต มีความทุกทรมานอย่างน้อย หนึ่งอาการจาก 6 อาการที่เป็นในระยะท้าย การทำงาน การศึกษา ความจำและความอ่อนล้าจะมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน[2]กลยุทธ์การจัดการตนเองที่ใช้บ่อยได้แก่การนอนหลับ / การพักผ่อน การพักผ่อนอย่างเงียบๆ การสนับสนุนจากครอบครัว / เพื่อน การที่จะถึงผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายได้นั้น จะต้องได้รับการติดตามการดูแลที่คลินิก ผู้ที่ดูแลสุขภาพ ผู้ที่รอดชีวิต แหล่งทรัพยากรในชุมชน ต้องได้รับการจัดการ นักกิจกรรมบำบัดสามารถมองหารูปแบบในชุมชนสำหรับเป็น model การให้การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และใช้โอกาสนี้สร้างความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่คลินิกและหน่วยงานชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งและกำลังมีการปรับเปลี่ยนบทบาท[3]

6.3) การจัดการอาการปลายประสาทอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดกลยุทธ์การจัดการ คือ เน้นการออกกำลังกาย ภาวะด้านจิตใจ การทำกิจกรรมบำบัด การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบจากการเกิดปลายประสาทอักเสบ[4]

6.4) ปัจจัยที่มีผลต่อการการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการอาการที่ดีเฉพาะเจาะจง[32]พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการตนเองเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียนในประชาชนจีนสามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้บ้าง ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุน ด้านการรับประทานยาการมีส่วนร่วมในการปรับเรื่องอาหาร การใช้กลยุทธ์จิตวิทยา การสร้างสิ่งแวดล้อมที่น่ารื่นรมย์

6.5) เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง จะมีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน

ได้ศึกษาการจัดการตนเองและการเปลี่ยนผ่านใน ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลาม การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับเจตคติและความสามารถในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองซึ่งการเปลี่ยนผ่านมีสองประเภทใหญ่ๆ คือ การเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลและการเปลี่ยนผ่านในการดูแล[7]

1) การเปลี่ยนส่วนบุคคลหมายรวมถึงการเปลี่ยนผ่านด้านร่างกาย อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนทางกายภาพรวมถึงการ

สูญเสียเส้นผมอาการความทุกข์ การที่ร่างกายไม่มีเรี่ยวแรง การเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการทำงาน

2) การเปลี่ยนผ่านด้านอารมณ์เป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงและการปรับจิตใจและอารมณ์

3) การเปลี่ยนทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในครอบครัว งานประจำหรือบทบาท รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว และระดับของการสนับสนุนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการใช้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพที่บ้านหรือแม่บ้าน

6.6) กลยุทธ์การจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในเรื่องต่าง ๆ มีดังนี้

1) การเอาชนะความไม่แน่นอนในผู้ชายที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก[16]พบกลยุทธ์อยู่สองประการคือ

1.1) ประการแรกทำให้เห็นว่ามะเร็งต่อมลูกหมากเป็นเรื่องปกติที่ผู้ชายต้องเผชิญ และอดทน เพื่อนำไปสู่การใช้ชีวิตที่ปกติ

1.2)ประการที่สองผู้ชายต้องมีพันธะสัญญาในการทำเรื่องที่เป็นพิเศษ ด้วยการทำ การเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพิ่มเติม และร่วมมือกับภรรยาในการเน้นความสำคัญกับอาหารที่เป็นยาเสริม เป็นที่ชัดเจนว่าการทำ active surveillanceโดยการให้กิจกรรมด้านจิตสังคมจะได้รับประโยชน์ที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวของเขา

2) กลยุทธ์ในการจัดการอาการที่เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะอาการเฉพาะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย ที่รักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดหรือฉายแสง โดยรวม ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะที่พบมาก คือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และทางเดินปัสสาวะอุดตัน ซึ่งทำให้การรั่วไหลของปัสสาวะ ปัสสาวะช้าหรือปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะในเวลากลางคืน ปัสสาวะบ่อย อาการแสบขัดหรือปวดระหว่างการถ่ายปัสสาวะ[19]กลยุทธ์ในการจัดการอาการที่เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะสรุปได้ดังนี้

2.1) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาการรั่วไหลของปัสสาวะที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย, การบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegelและอดทน/กลั้นปัสสาวะ

2.2) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการถ่ายปัสสาวะช้าหรือปัสสาวะลำบากที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, รับประทานยา, และการบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegel

2.3) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาการปัสสาวะในเวลากลางคืน ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนเข้านอนอดทนและการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย

2.4) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการปัสสาวะบ่อย ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, การบริหารด้วยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อแบบ Kegel, และการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย

2.5) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดแสบขัดหรือปัสสาวะลำบาก ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทนและพักผ่อน

2.6) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความเร่งด่วนในการขับปัสสาวะ ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, เดินทางน้อยลง, ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือผ้าอนามัย, และลดกิจกรรมทางสังคม

3) การจัดการกับอาการที่เกี่ยวกับลำไส้

ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของลำไส้ทำให้เกิดอาการท้องร่วง, ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ, ลำไส้เคลื่อนไหวเร็ว, กดเจ็บหรือปวด, ลำไส้เคลื่อนไหวแต่ไม่มีอะไรในลำไส้ที่จะผ่านออกมา

3.1) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการท้องเสียหรืออุจจาระเป็นน้ำ ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทน, พักผ่อน, กินผลไม้และดื่มน้ำมากขึ้น

3.2) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาความจำเป็นเร่งด่วนของการเคลื่อนไหวของลำไส้ ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ เดินทางไกลน้อยลงและลดกิจกรรมทางสังคม

3.3) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการกดเจ็บและปวด ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ อดทนพักผ่อนไม่รับประทานอาหาร, และเลือกรับประทานยา

3.4) กลยุทธ์ที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการลำไส้เคลื่อนไหวแต่ไม่มีอะไรในลำไส้ที่จะผ่านออกมา ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ เดินทางไกลน้อยลงและลดกิจกรรมทางสังคม

4) การจัดการกับอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

กลยุทธ์ในการจัดการตนเองที่บรรเทาอาการของความผิดปกติทางเพศที่ใช้บ่อยที่สุดและรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การระบายความรู้สึกกับคู่ครองการหาทางเลือกอื่น เช่น การกอดจูบการสัมผัสการแสดงความรักและความใกล้ชิดทางเพศ

7. กลยุทธ์การจัดการอาการอ่อนล้า มะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีรักษาในมะเร็งหลายชนิด

การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน และภาวะการทำหน้าที่จะทำนาย พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน จะช่วยเพิ่มกิจกรรม และภาวการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมการพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ การที่มีการรับรู้สมรรถนะที่สูงขึ้น จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยสภาพความเจ็บป่วย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีอิทธิพลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการอาการอ่อนล้า[27]นอกจากนั้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีในมะเร็งหลายชนิดพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าแบ่งเป็นห้าสาเหตุได้แก่ (1) การได้รับรังสีรักษา (2) ความรู้สึกของความวิตกกังวลซึมเศร้าและความน่ากลัว / กลัว (3) การเกิดโรคมะเร็ง (4) การเดินทางไกลไปโรงพยาบาลและเวลาที่รอคอยมานานสำหรับ RT; และ (5) ปัญหากับการนอนหลับและร่างกายที่อ่อนแอ

เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง 5 ประเภทได้แก่ 1) ได้รับการสนับสนุนทางศีลธรรมจากครอบครัวและเพื่อน; 2) การฝึกศาสนาท่องสวดมนต์ทำทำบุญและนั่งสมาธิ; 3) การฝึก การดูแลตนเองสำหรับจัดการปัญหาและอาการ; (4) การยอมรับสถานการณ์และการทำที่ดีที่สุดของ ชีวิตของคน ๆ หนึ่ง; และ (5) ปรึกษากับแพทย์และพยาบาล[7]

8. ปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมการจัดการตนเอง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบปัญหาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในโรคมะเร็งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

8.1) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอุปสรรคหลักคือความไม่พร้อมของข้อมูลที่ การไม่สามารถที่เข้าถึงบริการและการสนับสนุน และ ปัญหาด้านเศรษฐานะทางสังคม วัฒนธรรม และการที่มีประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ในการปรับปรุงพบว่าการขาดบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่ไม่ดี เครือข่ายและ ทรัพยากรของโรงพยาบาลไม่ดีความทุกข์มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่มีความเครียด / กลัว / ความโกรธและภาวะซึมเศร้า ทำให้พบว่าผู้หญิงต้องการการสนับสนุน และ การปรับตัวซึ่งอาจเป็นการปรับตัวทั่วไป และการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อต่อสู้กับความคิด และความกลัว[12]

8.2) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีสาเหตุจาก การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ ความรุนแรง รวมทั้ง ประสิทธิภาพในเลือกกิจกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ การควบคุมและการลดผลที่จะตามมาจากการรักษาโรคมะเร็งผล การศึกษาพบว่าอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง มีสาเหตุจาก การรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ ความรุนแรง รวมทั้ง ประสิทธิภาพในเลือกกิจกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ การควบคุมและการลดผลที่จะตามมาจากการรักษาโรคมะเร็ง

ผลข้างเคียงที่ไม่คาดคิด ควบคู่ ไปกับการรับรู้ของความไม่แน่นอน การขาดการควบคุม การเตรียมตัวอย่างเพียงพอในการเข้าสู่ การจัดการตนเอง ซึ่งถูกระบุว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าสู่การจัดการตนเอง[18]

3. วิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการทบวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหาโดยมีรายละเอียดในแต่ละหมวดดังต่อไปนี้

งานวิจัยด้านความเจ็บปวด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่อธิบายระบบโครงสร้างและส่วนประกอบเนื้อหาที่มีประสิทธิภาพในองค์ประกอบต่าง ๆของการดูแลที่ได้ออกแบบมาเพื่อพัฒนาการปรับปรุง การจัดการตนเองเรื่องความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจากการศึกษางานวิจัย 24 เรื่องส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 57 % สูงกว่า ผู้ชายที่มี 43 เปอร์เซ็นต์.ผู้ป่วยในการศึกษามีโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น ปอดเต้านมต่อมลูกหมากทางเดินอาหารนรีเวช มะเร็งเม็ดเลือด ศีรษะและคอ และมะเร็งชนิดอื่น ๆ งานวิจัย ส่วนใหญ่ศึกษาในในสหรัฐอเมริกา มีสองเรื่อง ศึกษาในแคนาดา สามเรื่องในไต้หวัน สองเรื่องในเนเธอร์แลนด์ สองเรื่องใน ออสเตรเลีย และหนึ่งเรื่องในเตอรกี

งานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นงานวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มปกปิดและมีกลุ่มควบคุมมีแค่การศึกษาเดียวที่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยที่เป็น รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษารวม 4139 คน ในการศึกษาทั้งหมด 24 การศึกษา และ 1041 คนใน 11 การศึกษา พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดตัวอย่าง อยู่ในช่วง 30-1256 คน (เฉลี่ย 109 คน)

เวลาของการติดตามในการให้การทดลองจนถึงการให้ การประเมินผลจาก หนึ่งสัปดาห์ ถึงหกเดือน มีการประเมิน หนึ่งถึงหกครั้ง ค่าเฉลี่ย ใน 24 การศึกษา คือค่าเฉลี่ย ประมาณ 6.5 สัปดาห์ และใน 11 การศึกษา คือ 3.5 สัปดาห์ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวัดผลลัพธ์

การวัดความเจ็บปวดใน 21 เรื่อง จาก 24 การศึกษา ใช้เครื่องมือวัดเป็น numeric rating scale โดยใช้ตัวเลข 0-10 ในการวัดความเจ็บปวด

ลักษณะโปรแกรม

1.ส่วนประกอบโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องความเจ็บปวด ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบคือ

1.1) วิธีการส่งมอบบริการ (Mode of Delivery)

1.2) วัสดุที่ให้กับผู้ป่วย

1.3) ผู้รับและผู้ส่งมอบบริการ การให้บริการมีการเกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับหรือไม่

1.4) ผู้ส่งมอบบริการคือใคร

1.5) ระดับของบุคคลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การสอนมีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Structured orTailored)

1.6) ระยะเวลาติดต่อกันระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย

1.7)ความเข้มข้นของกิจกรรมการทดลอง

-ปริมาณของการให้กิจกรรมการทดลอง(Total dose of the intervention)

-การเน้นและ ระยะเวลาในการให้กิจกรรมการทดลอง ซึ่งเป็นตัวกำหนด ระยะเวลาที่ผู้รับบริการจะได้รับ intervention ของ จำนวน session ของการทดลองทั้งหมด และการโทรศัพท์

โดยแต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังนี้

1) วิธีการส่งมอบบริการ (Mode of Delivery)

การส่งมอบบริการจาก 20 การศึกษาจาก 24 การศึกษา พบว่า การสอนแบบ ตัวต่อตัว (face to face) จะเป็นที่นิยม อย่างเดียว หรือร่วมด้วย การโทรศัพท์ หรือภาพนิ่ง, เสียง, หรืองานนำเสนอ วิดีโอ พบว่ามีงานวิจัยถึงแปดการศึกษา ที่ใช้การสอนตัวต่อตัว และผสมผสานด้วยการใช้โทรศัพท์ ซึ่งพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

2) วัสดุที่ให้กับผู้ป่วย

วัสดุที่ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล จะเขียนไว้ในเกือบทุกการศึกษา นอกจากนั้นยังมีการเขียนเรื่องการให้สำเนา videotapes ที่อัดไว้ที่ใช้ในการสอน มีการให้กระดาษและดินสอที่ผู้ป่วย จะเขียนบันทึกลงไป นอกจากนั้นยังมีบางการศึกษาให้คู่มือเพียงอย่างเดียว บางการศึกษาให้ คู่มือ กล่องยา videotapes และaudiotapes

3) ผู้รับข้อมูล

โดยเน้นว่าการให้บริการมีการเกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับหรือไม่ มีหนึ่งการศึกษาที่เป็นผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย จากงานวิจัยมีถึง 13 การศึกษาที่เป็นผู้ป่วย หรือ มี ผู้ญาติผู้ดูแลเข้ามาในการศึกษาถึง 4 การศึกษา นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่ให้ญาติมาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

4)ผู้ส่งมอบบริการ

ผู้ให้บริการ จะทำโดยแพทย์ ที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะ ที่มีปริญญาโทหรือปริญญาเอกการ มีบางการศึกษาที่ใช้พยาบาลผู้ให้บริการจบปริญญาตรี หรือใช้ผู้ช่วยวิจัย นักศึกษาแพทย์ หรือนักศึกษาจิตวิทยา นักศึกษาปริญญาโท นักศึกษาปริญญาเอก

5)ระดับของบุคคลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การสอนมีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Structured orTailored)

ความเฉพาะเจาะจงของโปรแกรม อาจมีปัจจัยที่มีอิทธิพลเช่น เศรษฐานะทางสังคม โรคของผู้ป่วยและลักษณะของผู้ให้บริการ

6) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ (Interaction Between Provider and Receiver)

การมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยอย่างกระตือรือร้นในการทดลองได้รายงานไว้ใน 13 การศึกษาโดยการการอนุญาตให้ถามคำถามโครงสร้างและ ความเฉพาะเจาะจงของโปรแกรมส่วนใหญ่ ของการศึกษามีถึง 20 การศึกษา ที่ระบุโครงสร้างของเนื้อหาโปรแกรม และมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย การทำให้เกิดความเฉพาะเจาะจงส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำถาม ในระหว่างหลัง การสอน การสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย การสร้างทักษะให้กับผู้ป่วย มีในทุกการศึกษา แต่มีเพียงสามการศึกษา ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ใน effect size ขนาดใหญ่

7)ความเข้มข้นของintervention

โปรแกรม ประกอบด้วยการสอนตั้งแต่ 1 session ขึ้นไป อาจมีการโทรศัพท์หรือไม่ก็ได้ ขนาด (dose) ของ กิจกรรมการทดลอง ตลอดโปรแกรม โดยดูจากเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย และ/ หรือ ครอบครัว และผู้ให้บริการมีถึง 17 การศึกษาที่ใช้เวลา 270 นาที ในการสอนเพียงครั้งเดียว มีตั้งแต่ 14 ถึง 40 นาที และขนาดของ การโทรศัพท์ ใช้เวลา 14-40 นาที แต่ขนาดที่มีการผสมผสานของการสอนและการโทรศัพท์ คือ 30-270 นาทีจำนวน ครั้งของการสอนมีตั้งแต่ 1 ครั้ง ที่มี effect size ขนาดใหญ่ แต่ไม่ได้บอก เวลาของการสอน มีหนึ่งการศึกษา มีการสอนสามครั้งครั้งละ 50-75 นาที มีหนึ่งการศึกษาประกอบด้วย การสอน 5 ครั้ง ครั้งละ 40-70 นาที

2.ส่วนประกอบเนื้อหาของการทดลอง แบ่งออกเป็นสี่องค์ประกอบคือ

2.1)องค์ความรู้

-ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด

- การรักษาความเจ็บปวด
- ทางเลือกในการรักษาความเจ็บปวด
- อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล
- ผลข้างเคียง
- พฤติกรรมการรักษาด้วยยา
- พฤติกรรมการสื่อสาร
- พฤติกรรมอื่นๆ
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

2.2) พฤติกรรม

- การประเมินผลติดตามประเมินผลความเจ็บปวด
- พฤติกรรมควบคุมความเจ็บปวด

-การประยุกต์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย

- พฤติกรรมการจัดการจัดการความเจ็บปวด

- การจัดการผลข้างเคียง
- การสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่

2.3) การตั้งเป้าหมาย

การตั้งค่าตั้งค่าเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์

2.4) การติดต่อระหว่างเจ้าหน้าที่วิจัยและแพทย์

ข้อจำกัด ของงานวิจัยครั้งนี้

1.เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นงานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่มีการค้นจากฐานข้อมูลอิเลกโทนนิค

2. อาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและ ปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการสร้างโปรแกรมที่ต้องนำมาพิจารณา ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, &Spichiger, E. [20]ประเมินการทดลองที่มีการสุ่มแบบควบคุม จากการศึกษานำร่องควบคุมการสุ่มประเมินPRO-SELF© Plus Pain Control Program ซึ่งต้นกำเนิดมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา และพัฒนาโปรแกรมที่เป็นไปได้

กลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมันกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งชาวเยอรมัน 39 คน กลุ่มทดลอง 19 กลุ่มควบคุม 20 คนสถานที่เก็บข้อมูลคือ A large Comprehensive Cancer Center in Freiburg, Germany โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยเชิงทดลอง (A randomized controlled study) มีการตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 6, 10, 14, และ 22และการบันทึกความปวดทุกวันของผู้ป่วยทุกคนจากสัปดาห์ที่ 0 ถึง 10 และระหว่างสัปดาห์ที่ 14 และ 22 กลุ่มความคุมได้รับการดูแลและการสอนตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับ 3 อย่าง ข้อมูล การสร้างทักษะ และการสอนจากพยาบาลพี่เลี้ยง

ผลการศึกษา

จากข้อมูลและทักษะที่ การสอนจากพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นหน้าที่ที่สำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวด เพื่อการปรับหลักการขั้นตอน การสมดุลระหว่างการเบื่อหน่ายและผลประโยชน์สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และการเป็นลูกค้าของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มความสะดวกและมีประสิทธิภาพ

ลักษณะโปรแกรม

1) เป็นโปรแกรมการจัดการตนเอง 10 สัปดาห์

2) กลุ่มการทดลองจะได้รับโปรแกรมโดยพยาบาล ที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะและสามารถทำตามโปรแกรมที่วางไว้

3)การเยี่ยมจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4) การโทรศัพท์ติดตามจะทำตามประมาณ 5-10 นาที

5)The German PRO-SELF© Plus PCP

ประกอบด้วยโครงสร้างและ มีกลยุทธ์หลักดังนี้

1. การให้ข้อมูลรายละเอียดทางวิชาการ

เพื่อประเมิน ความรู้เจตคติของผู้ป่วยและญาติ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด ผลข้างเคียงในการ มีการสอนในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากร ประเมินอุปสรรคในการจัดการความเจ็บปวด[20]

2.การสร้างทักษะ (Skills building)

การสร้างทักษะต้องถูกผสมผสานในการเยี่ยมบ้าน และต้องมีการสอนเรื่องการปรับยาแก้ปวดตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

3.มีข้อตกลงร่วมกันในการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง

Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, &Spichiger, E. [20]ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำเป็นการทดลองแบบที่มีการสุ่มและควบคุม

ผลการทดลอง

การทดลองแบบสุ่มควบคุมผลการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่ม ทั้งหมด 39 ราย (ทดลอง19 ราย, ควบคุม 20 ราย พบว่าการให้การทดลองนั้นไม่ค่อยอยู่กับที่เนื่องจาก อาการเจ็บปวดไม่คงที่ว่าอาการปวดอย่างรุนแรงส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเอง รวมทั้งอาการคลื่นไส้อาเจียน

ลักษณะโปรแกรม

การทดลองนี้ได้ใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดที่ปรับปรุงมาจาก German version of the PRO-SELF_ Plus Pain Control Program (PCP)โปรแกรมนี้อยู่บนพื้นฐานของกลยุทธ์สามข้อ คือ

1) การให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยและต้องให้เป็นเชิงวิชาการ มีการใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ เจตคติ ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่เกี่ยวของกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง นอกจากนั้นเป็นการเสริมความรู้ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการแจกคู่มือ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องนอกจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะส่วนบุคคลเกี่ยวกับขนาด ระยะเวลา ผลข้างเคียง การผสมผสานของการได้รับยาแก้ปวด และยาชนิดอื่นๆ

2) การสร้างทักษะ

ทักษะที่สอนผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับ การประเมินของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เป้าหมาย จะต้องมีการกล่าวถึงการจัดการกับความเจ็บปวด ผลข้างเคียง ในระหว่างการเยี่ยมครั้งที่1 จะต้องมีการประเมินถึง ผลข้างเคียง และการจัดการความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ข้อผิดพลาด

จากการรับประทานยาพยาบาลจะต้องมีการนำประเด็น ต่างๆ มาพูดคุยเพื่อทำข้อตกลง ตามปัญหาที่เกิดในแต่ละครั้งเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หากไม่สำเร็จก็ต้องทำในครั้งต่อไปจนกว่าผู้ป่วยตกลงจะยอมที่จะเปลี่ยนแปลง

3) การให้คำแนะนำดูแลโดยพยาบาล (nurse coaching)ตลอดทั้ง10อาทิตย์ ผู้ป่วยจะได้รับการ แนะนำ หรือโค้ช ในการที่จะปรับตัว และนำกลยุทธ์ไปใช้ ตามความเจ็บปวด และคะแนนของและความเจ็บปวด ผลข้างเคียงในการจัดการความเจ็บปวด และในแต่ละสัปดาห์บทบาทของ ผู้ป่วยจะประเมินความเจ็บปวดที่ไม่เป็นปกติ ถ้าญาติผู้ป่วยรวมอยู่โปรแกรมด้วย จะได้รับการสอบถามถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกครั้งของการสอนและจะต้องแสดงตนอย่างชัดเจนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปราย จัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

พยาบาล จะต้องมีการจดบันทึก ในแต่ละครั้ง เพื่อความถูกต้องของการดูแล การเยี่ยม การโทรศัพท์ จะต้องถูกบันทึกไว้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยจะทำอย่างต่อเนื่องจนเห็นว่ามีความสม่ำเสมอในการทำตามแนวทางการดูแลที่วางไว้ และต้องมีการสุ่มติดตามเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่งการดูแลตามแนวทางที่วางไว้

โดยโปรแกรมนี้จะมีโครงสร้าง มีองค์ประกอบที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย โดยจะมีการให้บริการโดย การเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง โทรศัพท์ 4 ครั้งใน หกสัปดาห์ โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะเป็น

1) โปรแกรมที่ให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง 10 สัปดาห์ที่ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกรวมทั้งญาติผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็ง

2) การโทรศัพท์จะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที หลังจากนั้นจะต้องมีการวางแผนในการเยี่ยมบ้าน

3) ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาลคนเดียวกัน

4)ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกเรื่องความเจ็บปวด ลงในไดอารี่ทุกวัน ซึ่งไดอารี่จะใช้เป็นส่วนหนึ่งของการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และผลข้างเคียงของการจัดการตนเอง ซึ่งในไดอารี่ประกอบไปด้วยคำถาม เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่แย่ที่สุดและ ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย การบรรเทาความเจ็บปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด การใช้ยาแก้ปวดตามเวลาที่กำหนด และ เมื่อ จำเป็น รวมทั้งอาการท้องผูกและผลข้างเคียงอื่นๆ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการทดลอง จะมีการวัดที่สัปดาห์ที่ 10, 14 และ 22 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ และญาติ ที่ได้รับการสุ่มแบบสะดวก ได้แก่มะเร็งเต้านม ปอดและมะเร็งต่อมลูกหมากจาก ศูนย์ที่ได้รับการรักษามะเร็งที่ครบวงจรในเมือง Freiburg, Germany

Gaston-Johansson, F, Fall-Dickson JM, et al. [21]ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการรักษา 1 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2-4

มีนัดเพื่อรับเคมีบำบัดในขนาดยาที่สูง และเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 35 คนที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยจนจบการศึกษาที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี ทำการเก็บข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Institute การวิจัยนี้เป็นแบบการทดลองแบบสุ่มมีการปกปิดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและเป็นการศึกษาแบติดตามไปข้างหน้า

ผลการศึกษา

1) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และกลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ในระยะเริ่มต้นพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงการคิดที่เกินความจริง ค่อนข้างสูง รวมทั้งเป็นกลยุทธ์ที่ถูกใช้ในการจัดการกับความเครียดบ่อยๆของทั้ง 2 กลุ่มอย่างไรก็ตามพบว่าระยะเริ่มต้นคะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้าของทั้ง2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2) คุณภาพชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ ด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และด้านครอบครัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่หลังจาก 1 ปี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ และด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ถึงแม้ว่าคะแนนความผาสุกด้านครอบครัวของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งตั้งแต่ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองในการติดตามที่ 1 ปี แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ความสัมพันธ์ระหว่างและคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและที่ระยะติดตาม คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล กับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านครอบครัว ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P \leq 0.05$)

4) กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดโดยวิธีการพูดกับกับตัวเอง และการตีความหมายซ้ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนกลยุทธ์ของการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงการคิดที่เกินความจริง มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ และความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.01$)

5) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรม การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมมีคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ ด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และด้านความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ยังไม่ได้โดยที่ยังไม่ได้มีการปรับตัวแปรอื่นๆ และผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ และ

ด้านความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลัง 1 ปีที่ได้รับการสอน การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุม

6) ประโยชน์ของโปรแกรม การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มบันทึกการรับรู้ ประโยชน์ของ การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมในไดอารี่ ผู้ป่วยรายงานว่าพวกเขาใช้ การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมก่อนที่ตนเองจะระบุเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดจากสมุดบันทึกแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยใช้ โปรกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมกับอาการ/ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ ปัญหาทางจิต (51%)และปัญหาการนอนหลับ (60%)

7) ยังพบว่าผู้ป่วยใช้โปรกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมในการจัดการกับผลข้างเคียงเคมีบำบัดถึง 21% โดยส่วนใหญ่จะใช้เอกสารประกอบคำบรรยายของโปรกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมเสริมและเทประหว่างช่วงก่อนนอนทั้งเอกสารประกอบคำบรรยาย การจัดการความเครียดอย่างครอบคลุมและเทปมีประโยชน์อย่างมาก ซึ่งเทปถูกใช้บ่อยกว่าเอกสารประกอบคำบรรยายถึง 50% จากรายงานยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 27 ราย (77%)รายงานว่าเทปมีประสิทธิภาพมากกว่า 50% เวลาที่ใช้ ขณะที่ 23 ราย (66%)รายงานว่าเอกสารประกอบคำบรรยายมีประโยชน์มากกว่า50% ของเวลาที่ใช้

Jeffs E, Wiseman T. [22]ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ในการออกกำลังกายที่บ้านการวิจัยนี้เป็นแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มควบคุม เพื่อลดภาวะแขนบวมระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายทุกวันที่บ้านในการลดภาวะแขนบวมหลังการรักษามะเร็งเต้านม(breast cancer-related lymphoedema: BCRL)และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานตามปกติ กลุ่มทดลองที่เป็นการดูแลตนเองแบบมาตรฐานการร่วมกับการออกกำลังกาย มีเพียง 23 คนที่เต็มใจและสามารถเข้าร่วมในโครงการโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ มีภาวะแขนบวมหลังการรักษามะเร็งเต้านมต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน อย่างน้อย 1 ข้าง และมีปริมาณ/ การบวมของแขนส่วนปลายมากเกินกว่าหรือเท่ากับ 10% (%RelativeExcess limb volume:ELV)เก็บข้อมูลที่คลินิกLymphoedemaของศูนย์มะเร็งในประเทศอังกฤษ

ผลการศึกษา

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่เริ่มโครงการ แม้ว่าค่ามัธยฐานของเปอร์เซ็นต์ การบวมของแขนส่วนปลายของกลุ่มควบคุมจะสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่สัดส่วนของความซับซ้อนของอาการบวมที่มีรูปทรงของแขนส่วนปลายที่ไม่ค่อยดีในกลุ่มทดลองนั้นสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพิจารณาว่าการใช้แขนของพวกเขาค่อนข้างจะปกติ เพราะได้ปรับการดำเนินชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตรายต่ออาการบวมของแขน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่จะออกกำลังกายที่เฉพาะต่อการรักษาภาวะแขนบวมหลังการรักษามะเร็งเต้านม

3) การเปลี่ยนแปลงของการบวมของแขนส่วนปลายตลอดระยะเวลาการศึกษา 26 สัปดาห์ พบว่า % การบวมของแขนส่วนปลายในสัปดาห์ที่ 12 ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามในสัปดาห์ที่ 26 การลดการบวมของแขนส่วนปลายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>. 05)

4) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มทดลองมี outlier case 1 คน ที่มีการเพิ่มขึ้นของ % EBV ที่ผิดปกติถึง 40% ในสัปดาห์ที่ 26 ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงขนาดของแขนส่วนปลาย ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อค่าเฉลี่ยของการบวมของแขนส่วนปลายมากเกินกว่าของกลุ่มทดลองมากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดoutliercaseนี้ออกจากการวิเคราะห์

5) การเปลี่ยนแปลงอื่นๆพบว่าคุณภาพชีวิตและการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น กลุ่มทดลองรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของแขนไม่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 และการคงไว้ซึ่งการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของแขนในสัปดาห์ที่ 26 ก็ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับอาการทางระบบประสาท โดยที่กลุ่มทดลองรายงานว่ามีอาการปวดลึกๆในแขนรุนแรงน้อยลงในช่วงของการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าความถี่โดยรวมของอาการไม่ได้ลดลง นอกจากนี้กลุ่มทดลองรายงานว่าประโยชน์ที่ได้รับที่เกิดขึ้นกับแขนของพวกเขา โดยอธิบายเป็นคำพูด เช่น "เบาขึ้น" "นุ่มขึ้น","เรียบเป็นรูปร่างขึ้น","ดูปกติ"และ"ไม่รู้สึกเหมือนเป็นแขนของหุ่นอีกต่อไป"

6) การยึดมั่นในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสูงมากไม่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของการสวมใส่อุปกรณ์บีบรัดป้องกันการบวมเกือบตลอดวัน กลุ่มทดลองมีความยึดมั่นต่อโปรแกรมของการออกกำลังกายค่อนข้างสูงปานกลาง กลุ่มทดลอง 6 คน (55%) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน4 คน (36%) ออกกำลังกาย 5 วัน/สัปดาห์ และ 1 คน (9%) ออกกำลังกายเมื่อนึกขึ้นได้ ซึ่งเป็นปกติทุกวัน ไม่มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการออกกำลังกาย โดยที่ทั้งสองกลุ่มรายงานว่าระดับของการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นตลอด 12 สัปดาห์ของการศึกษา

โปรแกรมการออกกำลังกาย

โปรแกรมของการออกกำลังกาย ประกอบด้วย

1. การรวมชุดของการออกกำลังกายแบบของการต้านแรงโน้มถ่วง การออกกำลังกายแขน isotonic ตามลำดับที่ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของน้ำเหลือง (Manual Lymph Drainage(MLD)ตามแบบของ Leduc และคณะ(1981) โดยที่การออกกำลังกายใน 3 วิธีแรกจะประกอบด้วย

    1) การหายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการไหลเวียนของน้ำเหลืองที่บริเวณของลำตัวและที่ต่อมน้ำเหลือง อวัยวะส่วนปลาย

2) ตามด้วย 4 วิธีของการออกกำลังกายแบบการต้านแรงโน้มถ่วงแขน (Gravity-resistive arm exercise) เพื่อกระตุ้นให้การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำและน้ำเหลืองจากปลายแขน

3)ตามด้วยการออกกำลังกายซ้ำ ด้วย 3 วิธีแรกโดยทำซ้ำในลำดับที่กลับกัน เพื่อส่งเสริมให้กระตุ้นให้เกิดการชำระล้าง/ไหลเวียนของของเหลวด้วยการออกกำลังกาย

ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโปรแกรมการออกกำลังกายตั้งแต่การนัดครั้งแรก (สัปดาห์ที่ 0) และแนะนำให้ปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านทุกวัน (ประมาณ 10-15 นาที) โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเอกสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีรูปถ่ายพร้อมกับคำอธิบายในแต่ละกิจกรรม และเทคนิคในการปฏิบัติจะถูกตรวจสอบในแต่ละครั้งของการนัดและการปรับเปลี่ยนที่จำเป็นใดๆ จะถูกบันทึกไว้ ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการนำเสนอโปรแกรมของการออกกำลังกายภายหลังการศึกษานี้เสร็จสิ้นและได้รับการยอมรับ

การวัดผลลัพธ์

- ประเมินภาวะบวมและสุขภาพทั่วไป ในสัปดาห์ ที่ 0, 4, 12 และ 26
- Limb volume โดยใช้ Perometer 350S
- BMI
- shoulder movementใช้ goniometer
- quality of lifeใช้ lymphoedemaspecific28-item LYMQOL questionnaire validated for armlymphoedemaของ Keeley V, Crooks S, Locke J, Veigas D, Riches K, Hilliam R (2010)
- functional abilityใช้ the QuickDASH-9 questionnaire Gabel CP, Yelland M, Melloh M, Burkett B (2009)

van den Berg SW, Gielissen M FM., et al. [23] ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพ แบบ e-health ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

โดยการให้การทดลอง การจัดการตนเองผ่าน อินเทอเนตการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ non blind RCT ในหกโรงพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่เพิ่งได้รับการรักษาครั้งแรกเสร็จสิ้นภายใน 4 เดือน จำนวน 170 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติและเพิ่มการดูแล แบบ BREATH intervention (1: 1)มีการวัดการเปลี่ยนแปลง ในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังได้รับการรักษารายงานจาก baseline ถึง 4, 6 และ 10 เดือนซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบควบคุมแบบสุ่ม เพื่อเพิ่มการปรับตัว หลังการรักษา มะเร็งเต้านมโดยการลดความทุกข์ทรมานและเพิ่ม พลังความสามารถ โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การลดความทุกข์ทางจิตใจ 2) การเพิ่มขีดพลังความสามารถ หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งภายในและระหว่างบุคคลของผู้ป่วยเป็นการเรียนรู้ผ่าน

อินเทอร์เน็ตด้วยตนเองซึ่งเป็นโปรแกรมที่อยู่บนพื้นฐานของเทคนิคการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมและสติปัญญา เช่น psychoeducation,cognitive reframing,goal planningและการประเมินผล โปรแกรมนี้มีเนื้อหาที่มีโครงสร้างเฉพาะเจาะจง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เฉพาะ ตลอดโปรแกรมสี่ สัปดาห์ที่มุ่งในการให้ความรู้ผ่าน home pageมีการใช้เทคนิค จิตศึกษา (psychoeducation) การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน (problems in everyday Life), สังคมสิ่งแวดล้อม, การสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระยะ หลังจากเป็นมะเร็งเต้านมได้แก่
1) มองย้อนกลับไป 2) กระบวนการทางอารมณ์ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง 4) มองไปข้างหน้า โปรแกรมเป็นโปรแกรมอัตโนมัติ มีโครงสร้างและเป้าหมายที่เฉพาะ เช่น การให้จิตศึกษา ปัญหาในชีวิตประจำวัน สังคมสิ่งแวดล้อมและ การสร้างพลังอำนาจ
โดยลักษณะโปรแกรมมุ่งเน้นไปเป็นโปรแกรมที่มีหลายแง่มุม มีกิจกรรมที่มีความหลากหลาย(multi-modal intervention) ด้วยการให้ข้อมูลต่างๆ และให้การบ้าน เช่นการเขียนกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องทำ การเข้าสู่สังคม การสนทนาต่างๆ เพื่อเพิ่มทักษะ นอกจากนั้นโปรแกรมยังมีการ ทดสอบประเมิน ในปัญหาต่างๆที่เป็นไปได้ เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้า หลังจากการรักษามะเร็งเตานม ความกลัวในการกลับเป็นซ้ำ ความอ่อนล้า บททดสอบต่างๆ จะได้รับการตอบกลับด้วยเครื่องตอบอัตโนมัติ โดยใช้เป็นสัญลักษณ์ไฟ เขียว แดงเหลือง และเมื่อสัญญาณไฟแดงเกิดขึ้นจะมีการให้คำแนะนำผู้ป่วย รวมทั้งการติดต่อบุคคลากรทางการแพทย์
สรุป การให้การทดลองโดยการให้ จิตวิทยาการการจัดการตนเองในการจัดการโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิต นวัตกรรมคือการใช้ความเข้มแข็งภายในตัวของผู้ป่วย ซึ่งมีคนตั้งสมมติฐานว่าเป็น กันชนเพื่อป้องกันไม่ให้ความทุกข์ทางจิตใจในระยะยาวที่มีชีวิตอยู่ และพบว่าการให้โปรแกรมBREATH intervention มีค่าใช้จ่ายต่ำและง่ายต่อการเข้าถึง ที่จะช่วยการฟื้นเรื่อง อารมณ์ กายภาพ และสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีวามทุกข์ทรมานลดลงและเพิ่มความเข้มแข็งด้านจิตใจ

Cimprich B, Janz NK, et al. [24]ได้ทำการศึกษาการจัดการตนเอง โปรแกรมภายหลังการรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้คือการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเป็นมะเร็งเต้านม โดยโปรแกรมนี้จะเกี่ยวข้องกับ การกำกับตนเอง ซึ่งมีหลักการคือ 1) ทำให้ผู้หญิงมีการจัดการตนเองต่อความกังวลในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม(2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในผู้ที่รอดชีวิต จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 49 คน เป็นการทดลองควบคุมแบบสุ่มกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 24 คน

โปรแกรมจะเกี่ยวข้องกับ การให้กิจกรรมการทดลองสี่ครั้ง การประชุมกลุ่มเล็ก ๆ สองครั้ง มีการโทรศัพท์เป็นการส่วนตัวสองครั้ง โดยมีพยาบาลหรือนักสุขศึกษา เป็นคนสอน โดยการศึกษาครั้งนี้ ทำในผู้หญิงจำนวน 25 คน อายุ ระหว่าง 34-66 ปี ได้รับการรักษาโรคมะเร็งจนเสร็จสิ้น และได้รับการสุ่มให้อยู่กลุ่มทดลอง

กระบวนการ การประเมินผล ได้ดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์และประโยชน์ของการควบคุมตนเอง ข้อมูลและการสอนโปรแกรม

โปรแกรม

1. เซสชั่น หนึ่ง'การเสริมสร้างความผาสุก', มุ่งเน้น ในการลดความทุกข์ทางจิตใจและ ทักษะการเพิ่มการเจริญเติบโตส่วนบุคคลในเซสชั่นนี้จะรวมถึงการอภิปรายของแหล่งที่มาของความทุกข์ (กลัวที่เกิดขึ้นจากความคิด เกี่ยวกับโรคมะเร็ง) เช่นเดียวกับแหล่งที่มาของความแข็งแรง (เช่น กลยุทธ์การจัดการทางบวก การค้นหาความหมายในความเจ็บป่วย) ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน แลกเปลี่ยนเป้าหมาย คุณค่าชีวิตและการจัดลำดับความสำคัญ พัฒนาบุคคลกลยุทธ์การดูแลตนเอง โดยรวมในเซสชั่นนี้ ได้รับการออกแบบมาเพื่อปรับปรุงจิตใจความเป็นอยู่ส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันของชีวิต

2. เซสชั่นสอง มุ่งเน้น การจัดการอาการทางกาย อาการและผลข้างเคียง ที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษา โดยการดูแลในโปรแกรมเซสชั่นนี้มุ่งเน้น อาการที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย อาการวัยหมดประจำเดือน lymphedemaนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ปรากฏและร่างกายและอาการอื่น ๆ การประเมินตนเอง และ การประเมินผลติดตาม อาการ ความทุกข์ทรมาน และและผลข้างเคียงที่เป็นสิ่งสำคัญของโปรแกรม ผู้หญิงแต่ละคนได้รับการพัฒนาแผนในการดูแลตนเอง เพื่อลดความรุนแรงหรือขจัด ระบุอาการและผลข้างเคียง

3. เซสชั่นที่สาม'บรรลุการทำหน้าที่สุขภาพผ่านชีวิตสุขภาพ 'เน้น การออกกำลังกายและโภชนาการ การฟื้นฟูการทำกิจกรรมต่างๆ โดยธรรมชาติ กลยุทธ์การลดความเครียด ผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาวางแผนสุขภาพส่วนบุคคล รวมถึงการตรวจสอบสุขภาพตนเองที่เหมาะสม และการติดตามแผนการรักษา ในการตรวจเต้านม และการทำ mammography.

4.เซสชั่นที่สี่ สรุปการให้กิจกรรมการดูแล โดย 'ส่งเสริมการปรับการทำหน้าที่ในครอบครัว, การทำงานและบทบาททางสังคม โดยใน เซสชั่นนี้จะเน้นและให้ความสำคัญการสนับสนุนทางสังคม วิธีการได้รับการสนับสนุนที่จำเป็นต่อการรักษา ทักษะการสื่อสารทักษะระหว่างบุคคลและสังคม การปรับบทบาทในชีวิต ผู้ป่วยระบุแหล่งที่มาการสนับสนุน จากครอบครัวเพื่อนและกลุ่มสนับสนุนจากท้องถิ่น การอภิปรายเน้นที่กลยุทธ์และทรัพยากร เพื่ออำนวยความสะดวกให้สามารถกลับไปทำงานได้ เพื่อการเผชิญกับความท้าท้ายต่างๆผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองพบว่า โปรแกรมการในการทดลองครั้งนี้มีประโยชน์ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาและรอดชีวิต ในช่วงเวลาของกรเปลี่ยนผ่าน

Loh S, Packer T, Chinna K, Quek K.[25]ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมเป็นการศึกษาที่ไม่ใช่แบบสุ่มและควบคุม จุดประสงค์ของงานวิจัยนี้คือต้องการทราบว่าการจัดการตนเองจะสามารถให้ผุ้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้หรือไม่ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพ ของ โปรแกรมการจัดการตนเอง 4 สัปดาห์ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 จำนวน 147 ที่รอดชีวิต ได้รับโปรแกรมself-management 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับ

intervention จำนวน 68 คนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1-3 จำนวน 147 ที่รอดชีวิต ได้รับโปรแกรมself-management 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับ intervention จำนวน 68 คนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 78)คลินิกควบคุมในศูนย์การแพทย์ในกลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง และทักษะในการจัดการทางการแพทย์อารมณ์และ บทบาทเรื่องงาน ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งจะได้รับการวัดคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลัง การได้รับการทดลองการวิเคราะห์แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ

โดยใน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่มีคุณภาพของชีวิต (คุณภาพชีวิต) คะแนน 3.39 [CI = 1.37-5.42; p = 0.001] มากกว่ากลุ่มควบคุม

ลักษณะของโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม ‘Staying Abreast, Moving Ahead’ (SAMA) ซึ่งมีเป้าหมายจะ (1) ช่วยให้ผู้หญิงโดยการให้ข้อมูล และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง (2) ทำให้มีความมั่นใจในตนเองพร้อมที่จะก้าวเดินต่อไปข้างหน้า โดยการให้กลยุทธ์การจัดการตนเอง และการสนับสนุน จัดให้มีระบบบัดดี้ที่เป็นจิตอาสา และเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วย โปรแกรมการสนับสนุนมี สี่ Sessionเพื่อมุ่งพัฒนา การรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) การจัดการความเจ็บป่วย 2) จัดการเรื่องสุขภาพ 3)การจัดการด้านอารมณ์ 4) การจัดการบทบาทหน้าที่ โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรามาจัดโปรแกรม

สรุปผล โปรแกรมการจัดการตนเอง4 สัปดาห์สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการรักษา อารมณ์และบทบาทด้านการงาน ความหมายสำหรับมะเร็งรอดชีวิตผู้รอดชีวิตที่ได้รับ self-management จะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เพราะโปรแกรมการจัดการตนเองจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรับรู้สมรรถนะในตนเองและการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์ที่วัด
- Psychological Distress-Depression
- nxiety, Stress Scale (DASS-21)
- Quality of Life-SF 36
- the physical
- Health-related QOL
- Mental (MCS) composite score

Loh SY, Packer T, et al [26]ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการของตนเองในการดูแลตนเองระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจว่าเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองของผลกระทบที่เกิดขึ้นมากมายของมะเร็งเต้านมในฐานะโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายเชื้อชาติจำนวน 147 คน สถานที่เก็บข้อมูลคือThe university Malaya Medical Centre, a large hospital in Kuala Lumpur

โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษาติดตามระยะยาวในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมโดยจะมีการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับ กิจกรรมการทดลองแล้ว 4 สัปดาห์แบบการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 หัวข้อหลักของสุขภาพ, อารมณ์, และบทบาท

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีหลังการทดลองและการติดตามผล คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงติดตามผลในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ข้อเสนอแนะไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้เข้าไปในโปรแกรมการจัดการของตนเองรายงานว่าสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลปกติ

ลักษณะโปรแกรม

1.เป็นโปรแกรม 4 สัปดาห์

2. การสอนเป็นกลุ่มทำได้โดย ใช้กลุ่มกลุ่มละ 8-15 คน พบกันทุก สัปดาห์ๆ ละ 2 ชั่วโมง ลักษณะของเนื้อหาแบ่งเป็น 4 session โดยจะมีการวางแผนจัดการหัวข้อเรียงให้ต่อเนื่องไปทุกสัปดาห์แต่ละสัปดาห์ คือ 1) medical management tasks

2) emotional management Tasks โดยมีการสร้างทักษะการปรับตัว การ ผ่อนคลาย การติดตามความเครียด

3) health management

4) role management tasks

5)กิจกรรมในการทดลองต่างๆ นำมาจาก ทฤษฎี Social cognitive theory and cognitive behavioral principles และ การนำไปปฏิบัติโดยการอำนวยความสะดวกขึ้นกับทฤษฎีTuckman's theory 1965

6) โดยในการทำกิจกรรมในครั้งที่1 และครั้งที่4 จะต้องทำกิจกรรมก่อนหนึ่งชั่วโมง

7) ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง มีการทำงานเป็นกลุ่ม การบรรยาย การทำการบ้านตามที่มอบหมาย

8)การทำกลุ่มครั้งสุดท้ายจะมีการเลี้ยงน้ำชา การแลกเปลี่ยนของขวัญ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงการสนับสนุน จากเพื่อนใหม่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ buddy system เพื่อการให้กำลังใจ

9) การอำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองได้ ในระที่1 จาก การชี้แนะ เป็น การแนะนำ การมีส่วนร่วม และมีหน้าที่ในการดูแลตนเอง จนถึงการที่ผู้ช่วยเหลือหมดหน้าที่

การวัดผลลัพธ์

- การวัด psychological distress เช่น ภาวะซึมเศร้า ความกังวลและความเครียด

Damush TM, Perkins A, Miller K. [27] การทดลองโดยการการส่งต่อของ ONCOLOGIST ในโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิธีการ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มเดียว pretest–posttest, single group design โดยมีการสอน โปรแกรมการจดการตนเอง ในการเพิ่ม กิจกรรมการออกกำลังกาย สุขภาพที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่รอดจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 34 คนที่มาติดตามการรักษาที่ศูนย์การรักษามะเร็ง ของสองมหาวิทยาลัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยของ 59.6 ปี (S: D: ¼ 66) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยประมาณ เวลาเฉลี่ยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็น 3.1 ปี มี 45% เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 55% เป็นมะเร็งที่สอง; 62% ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ 59% ได้รับการตัดเต้านม ก่อนเข้าโปรแกรม นอกจากนั้นยังมีการประเมิน การสนับสนุนการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ ผู้ป่วยจะได้รับ การสอนเรื่องการจัดการตนเองในชั้นเรียนและมีการสนับสนุนโดยใช้การโทรศัพท์ และผู้เข้าร่วม (n ¼ 30) การประเมินซ้ำที่ 6 เดือน

ผล: ผู้หญิงสูงอายุเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกายรายสัปดาห์ เพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นปานกลาง รับรู้การมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย มีความทนทานเพิ่มขึ้นล่างกายส่วนล่างแข็งแรง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ลักษณะของโปรแกรม

ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ทฤษฎีของ Bandura A.[28] ปี 1986 และ AjzenและFishbein[29]ปี 1980 ผู้ป่วยได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการการจัดการตนเอง 3 สัปดาห์ โดยโปรแกรมจัดสัปดาห์ละครั้ง สามสัปดาห์ติดกัน โครงการมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มสมรรถนะในตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มการออกกำลังกายและผู้เข้าร่วม จะได้รับการโทรศัพท์ ติตามสามครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4,6, และ 10 ในเวลา 15 นาทีเพื่อ อภิปรายถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการแก้ปัญหา รวมถึง: 1. บรรทัดฐานของสังคม: มีการคัดกรอง การส่งต่อ และ คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการเข้าร่วม 2 การเรียนรู้ทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม 3. การสนับสนุนทางสังคมและทางโทรศัพท์จากเพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่ 4. การตั้งเป้าหมายในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกาย และ 5. ตรวจสอบตนเองและ การแก้ปัญหาที่จะเอาชนะอุปสรรค

เนื้อหาของการออกกำลังกายของผู้ป่วยการจัดการตนเอง โปรแกรมสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

class I

1. ความเข้าใจพื้นฐานของความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง
2. การเริ่มต้นกับการออกกำลังกาย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย
4. ทรัพยากรชุมชน
5. การออกกำลังกาย / การหากิจกรรม
6. เริ่มต้นโปรแกรมการเดิน

7. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งเป้าหมาย

class II

8. ข้อเสนอแนะ / ทักษะการแก้ปัญหา

9. ลดการหกล้ม

10. กลศาสตร์ร่างกาย

11. โภชนาการสำหรับอาหารสุขภาพ

12. การสนับสนุนทางสังคม

13. การฝึกอบรมความแข็งแรง

14. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งเป้าหมาย

class III

15. ข้อเสนอแนะ / ทักษะการแก้ปัญหา

16. การจัดการกับความกลัวและความคิดเชิงลบ

17. ทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ

18. การป้องกันการกำเริบ

19. การสื่อสารกับแพทย์ของคุณ

20. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งค่าเป้าหมาย

Loh SY, Quek K.[30] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการวัดการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ โดยการวัดเป็น time series และการทำ block design มีผู้ป่วย 69 คน อยู่ในกลุ่มทดลอง และ 78 คนอยู่ในกลุ่ม ควบคุมผลการวิจัยพบว่าการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง จะมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการศึกษาขนาดใหญ่ การศึกษาขนาดใหญ่และมีการติดตามระยะยาว

โปรแกรมการจัดการตนเอง (The self-management intervention)

1.เป็นโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยเรียกชื่อโปรแกรมว่า Staying Abreast, Moving Ahead' (SAMA)

2. โปรแกรมได้รับการพัฒนาอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงลึกที่รวบรวมมาจากการวิเคราะห์การอภิปรายกลุ่มในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและสอดคล้องกับปรัชญาการจัดการตนเอง

3. ผู้ให้บริการส่งมอบการดูแลเป็น Health therapists

4. โดยให้การส่งมอบบริการประมาณสองชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง โดยให้บริการที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

5. การฝึกอบรมได้รับการอำนวยความสะดวกโดยผู้นำสองคนที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี และไม่ได้เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคนช่วยด้านกิจกรรมที่จัดอยู่ในโปรแกรม ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-4

เนื้อหาการจัดการเกี่ยวกับ

1. งานทางการแพทย์ (medical tasks)
2. อารมณ์ (emotional tasks)
3. งานสุขภาพ (health tasks)
4. การจัดการบทบาท (role tasks)

หัวข้อเกี่ยวกับ

1) โรคมะเร็งของฉัน my cancer profile
2) อาการแผนภูมิและการแก้ปัญหา
3) เทคนิคในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์
4) การรักษาสุขภาพ, การปฏิบัติตามแนวทางการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ
5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับครอบครัว เพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

6.ผู้เข้าร่วมจะมีการเลือกเพื่อนที่ได้รับมอบหมายที่จะให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการแบ่งปันประสบการณ์ของความสำเร็จ; นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของพวกเขาในการจัดการสุขภาพของตัวเอง

การวัดผลลัพธ์

1. การบำรุงรักษาของกิจกรรมและความเป็นอิสระ (maintenance of activity and independence) (α=0.86)
2. ที่กำลังมองหาและทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ (α = 0.88),
(Seeking and understanding medical information) (α = 0.88)
3.การจัดการเรื่องความเครียด (stress management (α=0.86)
4.การรับมือกับผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา(coping with treatment-related side effects) (α=0.82),
5. ยอมรับมะเร็ง / การรักษาทัศนคติเชิงบวก (accepting cancer/maintaining positive attitude) (α=0.86)
6.การควบคุมอารมณ์(affective regulation) (α = 0.81)
7. แสวงหาการสนับสนุน (seeking support) (α = 0.80) ค่า αสำหรับทั้ง CBI ทั้งฉบับเป็น 0.94

Loh SY, Chew SL, Lee SY, &Quek KF. [31] ทำการศึกษา เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้หญิงเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากเข้าร่วมในโปรแกรมทดลองการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ 147 Malaysian women: Intervention group = 69, control group = 78 สถานที่เก็บข้อมูลคือ University Malaya Medical Centre โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ The clinical trial กลุ่มทดลองปฏิบัติ

ตามโปรแกรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมปฏิบัติการตามปกติข้อมูลจะเก็บก่อนและหลังการทดลองทันที 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 2 ปี แบบสอบถามจะสุ่มถามผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มในมุมมองด้านจิตใจ การดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ผลกระทบของปัญหา กลุ่มทดลองรายงานความเชื่อมั่นในการอยู่กับมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับคะแนนความวิตกกังวลที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์และ 2 ปี การใช้โปรแกรม Staying Abreast, Moving Ahead(SAMA)ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ได้ให้ความรู้และทักษะสำหรับผู้หญิงในการจัดการตนเองให้พึงพอใจในการเผชิญกับการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการช่วยให้การทดลองโมเดลนำไปสู่ความสำเร็จของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา

การวัดผลลัพธ์

1.Depression, anxiety and stress scale (DASS-21)(Crawford and Henry 2003).

3. Quality of Life survey (SF-36)(Ware et al., 1999).

4. Rotterdam symptom checklist(De Haes et al., 1990)

5. Perceived Impact of Problem Profile (PIPP)

ธิดารัตน์ หนชัย[32]ศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบาบัดกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบาบัดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ระหว่างเดือนตุลาคมพ.ศ. 2554 ถึงเดือนมีนาคมพ.ศ. 2555 จำนวน 42 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้เป็นรายกลุ่มและเข้าร่วมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการจัดการตนเองจานวน 4 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติการประเมินผลกระทาโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและแบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบาบัดภายหลังการสนับสนุนการจัดการตนเอง 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนอาการไม่สุขสบายพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติ ($p<.01$) และมีอาการไม่สุขสบายลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ผลของการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและมีอาการไม่สุขสบายลดลงดังนั้นควรมีการผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลนี้เข้ากับการพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบาบัดต่อไป

ลักษณะโปรแกรม
ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. แผนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบาบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของLorig KR, Holman HR. [34] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ครั้งสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมงประกอบด้วยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคและการรักษาและการจัดการกับอาการและมีการพัฒนาทักษะ 6 ด้านคือ

1) การแก้ไขปัญหา

2) การตัดสินใจ

3) การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ

5) การลงมือปฏิบัติและ

6) การจัดการด้วยตัวของผู้ป่วยเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้านคือ

6.1) การจัดการด้านการรักษา

6.2) การจัดการด้านบทบาท

6.3) การจัดการด้านอารมณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดาเนินกิจกรรมและมีสื่อประกอบการสนับสนุนการจัดการตนเองได้แก่

1) เอกสารประกอบการให้ความรู้ 6 เรื่องประกอบด้วย

1.1) การจัดการอาการเหนื่อยล้า

1.2) ภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์

1.3) การจัดการอาการหมดประจำเดือน

1.4) การจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ

1.5) การจัดการความเครียด

1.6) คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบาบัดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์พัฒนาขึ้น

2) วิดีทัศน์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาบอกเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบาบัด

3) เทปเสียงการคลายความเครียดด้วยตนเองที่พัฒนาโดยกรมส่งเสริมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

สุจิตรา มลิลา[34]ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้า ต่อความเหนื่อยล้า ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบาบัด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบาบัด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 8 ราย ทำการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นกลุ่มควบคุม 4 ราย กลุ่มทดลอง 4 รายโดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้า

โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์มาใช้ มี 3 ขั้นตอนคือ

1) การติดตามตนเอง ประเมินตนเอง

2) การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

3) การเสริมแรงตนเอง พยาบาลให้การสนับสนุนโดยให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเองจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้ารวมระยะเวลาในการดาเนินการจัดโปรแกรม 3 สัปดาห์โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย 2 ครั้งในกลุ่มทดลองจะมีการโทรศัพท์ติดตามประเมินอาการและให้คาแนะนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียรใจ ดาโลปการ และผู้วิจัยนามาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบาบัด ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงก่อนทดลองเท่ากับ81.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 34.22 หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ที่ 76.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน22.01 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ Mann-Whitney U test มีค่าเท่ากับ0.58 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05.

McCaughan E, Prue G, McSorley O, NorthouseL, Schafenacker A, Parahoo K. A[35]
การศึกษาแบบทดลองควบคุมแบบสุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจิตศึกษา(self-management psychosocial intervention) ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่ของผู้ป่วยจำนวน 48 คู่สถานที่เก็บข้อมูลคือ Northern Ireland กลุ่มตัวอย่างเป็นวิจัยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง มีการวัดที่ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังทดลอง 1 และ 6 เดือน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ randomized controlled trial เพื่อประเมินผลโปรแกรม structure, process, outcome

1. เชิงโครงสร้าง (Structure): เพื่อประเมิน ค่าใช้จ่ายทุกขั้นตอนในการนำการทดลองนี้ไปทดลองใช้
2. กระบวนการสำรวจการรับรู้ ประสบการณ์ ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และ partners ในการเข้าร่วมในโปรแกรม
3. สำรวจเหตุผลในการลดการเข้าร่วมในโครงการ

4. สำรวจการรับรู้ ประสบการณ์ เพื่อการส่งมอบบริการ

ผลการศึกษา พบว่ามีประโยชน์จากการเข้าการทดลองแต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือความรู้ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้โดยการทดลองนี้แสดงถึงการส่งเสริมความต้องการของประชากรกลุ่มนี้ จึงควรนำไปปฏิบัติที่คลินิก

ลักษณะโปรแกรม

เป็นการทดลองที่มีเวลาจำกัด 9 สัปดาห์ เพื่อเอื้ออำนวยผู้ชายและคู่ของเขาได้มีการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพโดย การส่งมอบบริการเป็นแบบกลุ่ม และการโทรศัพท์ ประกอบไปด้วย การทำกลุ่มสามครั้งและการโทรศัพท์สองครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย 1) Symptom management 2) sexual dysfunction 3) uncertainty management 4) positive thinking 5) การสื่อสารระหว่างคู่ (couple communication)

การประเมินผลจะมีการประเมินผล ที่เพื่อเป็นพื้นฐานหลังให้การทดลองทันที ที่ 1 เดือน 6 เดือน ผลลัพธ์ที่วัดคือ

1. Knowledge gain
2. Self-efficacy
3. Quality of life
4. Symptom distress
5. Uncertainty
6. Benefits of illness
7. Health behavior
8. Couple communication and support

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีThe Transactional Model of Stress and Coping[32]

Chambers S, Newton R, et al.[36]ได้ทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาจุดมุ่งหมายของการศึกษาโดยรวมคือการเปรียบเทียบการดูแลปกติ การทดลองโดยให้การดูแลสนับสนุนต่อเนื่องหลายรูป (multimodal supportive care intervention) เรื่อง "ชีวิตอยู่กับ มะเร็งต่อมลูกหมาก " ที่จะผสมผสานกับการจัดการตนเอง ด้วยการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนไกลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 590 คนการทดลองใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการทดลองสุ่มแบบปกปิด และมีกลุ่มควบคุมชนิดสองแขน (two arm randomized controlled trial)

ผลการศึกษา

ปัจจุบันไม่มีการทดลองใด ที่มุ่งให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก การให้การสนับสนุนโดย กลุ่มสนับสนุน จะช่วยในการเสริมสร้างการจัดการตนเองในสถานที่นี้ โดย

จะได้รับการออกแบบที่มองความแตกต่างของบุคคลการวิจัยเอาชนะข้อจำกัด เหล่านี้รวมทั้งมีการประเมินผลต้นทุนประสิทธิผลของการให้กิจกรรมการทดลองดังกล่าว โปรแกรมที่สร้างขึ้น สามารถใช้ได้ในวงกว้างเพื่อเข้าถึง โปรแกรมการสนับสนุนสุขภาพทางไกล และการสนับสนุน การบริการการสนับสนุนจากกลุ่มระหว่างประเทศ โปรแกรมจะให้การสนับปรับปรุงความเป็นอยู่โดยรวมของคนที่โรคมะเร็งต่อมลูกหมากมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการให้ Interventionมากกว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่มควบคุม

Faithfull S, Cockle-Hearne J, &Khoo V. [37]ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการจัด โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม(cognitive and behaviouralprogramme) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะส่วนล่างการวิจัยนี้เป็นการวิจัยออกแบบกึ่งทดลอง มีการประเมินผลก่อนและหลังใช้ ประชากรทั้งหมด 71 คนที่ถูกคัดกรองจาก ผู้ที่มีอาการปัสสาวะมีปัญหาปานกลาง ถึงรุนแรง มากกว่า 3 เดือน หลังฉายรังสีรักษา มีกลุ่มตัวอย่าง 22 คนที่เข้ามาในการทดลอง จากผู้ป่วยทั้งสิ้น43 คน

ผลการศึกษาพบว่า

อาการระบบทางเดินปัสสาวะดีขึ้น โดยแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ($p < 0.005$) นอกจากนี้การลดลงของความทุกข์ทางอารมณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ชี้ให้เห็นว่าการให้การดูแลมีผลกระทบเชิงบวกต่อคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชีวิต

ลักษณะโปรแกรมการทดลอง การฝึกกระเพาะปัสสาวะการศึกษาผู้ป่วยและ การแก้ปัญหาและกลวิธีการเผชิญปัญหา

1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่วนส่วนบุคคล

ประกอบด้วย การประเมินรายละเอียด การระบุปัญหา การสร้างทักษะและกลยุทธ์สำหรับการรับมือกับอาการที่เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายในการฝึกของแต่ละบุคคล

2) สัปดาห์ที่3 การออกกำลังกายอุ้งเชิงกราน, การให้ข้อมูล
3) สัปดาห์ที่ 5 ในเซสชั่นบุคคล ตรวจสอบตนเองของอาการกระเพาะปัสสาวะเทคนิคการฝึกอบรมและ biofeedback
4) สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมส่วนส่วนบุคคล ทบทวนปัญหาการปัสสาวะ และเป้าหมายความสำเร็จ นิยามใหม่ของเป้าหมายระยะยาว การสนับสนุนทางอารมณ์

การวัดผลลัพธ์

1.การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ความมั่นใจ ในการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

2.อาการทางปัสสาวะถูกวัดก่อนและหลังการทดลองภายหลัง 4 เดือน โดยมีการวัดเป็น Prostate Symptom Scores (IPSS) และการบันทึกการปัสสาวะในแต่ละวัน

Cockle-Hearne J and Faithfull S. [38]มีวัตถุประสงค์การศึกษาทบทวนและประเมินวิธีการที่ดีที่สุดในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อตอบสนองผู้สนองความต้องการในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่รอดชีวิต โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

พบว่าการระบุความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ความต้องการและแรงจูงใจมีหลากหลายแง่มุม ซึ่งต้องได้รับการประเมิน ข้อแนะนำข้อในด้านต่าง ๆต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ได้แก่ การออกแบบบริการ การใช้กลไกเชิงทฤษฎีเพื่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการส่งมอบบริการและการอำนวยความสะดวก

ลักษณะของโปรแกรม

1. ระบุความต้องการ (Identifying needs)

การออกแบบการทดลองขึ้นอยู่กับความต้องการตลอดชีวิตของผู้ชาย เน้นผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นตั้งแต่ตั้งต้นจนสุดท้าย การรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบในระยะใกล้ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผลกระทบจากโรค ต่อการทำหน้าที่ เช่น การขับถ่ายปัสสาวะ การทำหน้าที่ทางเพศ ผลกระทบระยะไกลหมายถึง ผลกระทบต่ออารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิต คือผลกระทบต่อภาวะ จิตสังคมที่ตามมา การออกแบบการทดลองมีหลักดังนี้

1) การกำหนดเป้าหมายของผู้ที่มีส่วนร่วม
2) การส่งเสริมแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมและการบำรุงรักษาการยึดมั่น
โปรแกรมที่จะทำให้ผลลัพธ์เป็นบวก
3) ความต้องการและแรงจูงใจที่มีหลากหลาย (multi-faceted)
4)มีข้อแนะนำเกี่ยวกับการส่งมอบบริการ
5) กลไกทางทฤษฎีสำหรับการเปลี่ยนแปลง
6) รูปแบบของการส่งมอบและประเด็นอำนวยความสะดวกในการจัดทำโปรแกรม

2.โปรไฟล์การรักษา (Treatment profiles)

การให้การดูแลเป็นเวลาระหว่างการวินิจฉัยหรือการรักษาและการให้ข้อเสนอแนะ เป็น ตัวแปรการศึกษาส่วนใหญ่โดยรวมจะให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉายรังสีรักษา

มีการศึกษาเพียงสี่การศึกษาที่เน้นไปที่การรักษาเพียงอย่างเดียว คือ การผ่าตัดหรือ การฉายรังสีและตามด้วยการรักษาร่วมคือ การให้การรักษาเสริมด้วยฮอร์โมนอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาจะมี ประสบการณ์การเจ็บป่วยในระยะยาว ซึ่งจะมีความหลากหลาย เช่นความ

ล้มเหลวในการให้ยา การรักษา หรือความพยายามที่จะดูแลตนเอง และการเพิ่มความชุก และการมีโรคร่วมในการเจ็บป่วย

3. ผู้ที่ร่วมในการดูแลได้แก่คู่สมรส ผู้ที่อยู่ร่วมกัน หรือบุคคลที่สำคัญในครอบครัว การส่งมอบบริการ ที่บ้าน หรือด้วยโทรศัพท์ ซึ่งสามารถให้ในเวลาเดียวกันได้

4. การออกแบบการทดลอง (Intervention design)

การให้กิจกรรมการดูแลอาจเป็นแบบการให้การดูแล ด้านจิตสังคม และการให้การศึกษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive–behavioral training :CBT)มีรายละเอียดดังนี้

1) จิตสังคม / วิธีการศึกษา การอบรม ศึกษา การให้ข้อมูล และการสนับสนุนในกลุ่มเพื่อนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต การสนับสนุนด้วยประชาชนธรรมดา การสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้โทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการปรับตัวเมื่อทราบการวินิจฉัย การฝึกทางกายภาพและการให้การศึกษาเพื่อปรับปรุงภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและสังคม สนับสนุนในการปรับปรุงการจัดการกับอาการและ คุณภาพชีวิตซึ่งโปรแกรมเหล่านี้จะต้องทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายการให้โปรแกรมจิตศึกษา จะรวมการให้ความรู้ทางปัญญาและมีการใช้ เทคนิคการแก้ปัญหา

2) การให้โปรแกรมจิตศึกษา จะรวมการให้ความรู้ทางปัญญาและมีการใช้ เทคนิคการแก้ปัญหา

ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีที่ที่ผู้ป่วยรับรู้โรคและการเจ็บป่วยของพวกเขา ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการที่จะควบคุมโดย การเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องที่ผู้ป่วยจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนปลงการปรับความคิดและพฤติกรรมในการศึกษาจะรวมถึง การดำเนินชีวิต และการสอนการออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงการมีประสบการณ์ที่รอดชีวิต การใช้ การจัดการตนเองด้านการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อปรับปรุงทำให้เกิดประโยชน์และ/หรือคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางเพศ การโทรศัพท์เพื่อจัดการปัญหา การให้ความรู้ทางปัญญาเพื่อช่วยปรับปรุง และบรรเทาความเจ็บป่วย ทักษะในการเผชิญปัญหา เพื่อลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ในการให้คำปรึกษา เพื่อปรับปรุง การฟื้นฟูสุขภาพทางเพศ

มีความเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงผลลัพธ์การจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานสูง

3) การส่งมอบบริการ

การส่งมอบบริการ อาจใช้การสอนเป็นกลุ่มหรือ การสอนหนึ่งต่อหนึ่ง อาจใช้การสนับสนุนโดยการส่งจดหมายให้การสนับสนุน การส่งมอบบริการ อาจใช้การสอนเป็นกลุ่มหรือ การสอนหนึ่งต่อหนึ่ง อาจใช้การสนับสนุนโดยการส่งจดหมายให้การสนับสนุน การสอนเป็นกลุ่ม หรือการเปิดอภิปราย ใช้การ เข้าหาด้วยวิธีสังคมจิตศึกษา และ การปรับความคิดและพฤติกรรม

การยึดเหนี่ยวของกลุ่มจะเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลง กลไกการขับเคลื่อนในกลุ่มและการทำงานร่วมกัน จะทำให้ เกิดผลทางบวก ที่มีผลต่อผลลัพธ์ การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ มะเร็ง ผลข่าง

เดียง การป้องกันและการปรับตัวต่อปัญหานอกจากนี้ ยังมีหลายกิจกรรมการดูแลที่ใช้ การส่งมอบบริการแบบตัวต่อตัว การสนับสนุนทางสังคม การ

โดย ช่วยเหลือกันเอง การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน

4) ระยะเวลา

การให้การดูแลส่วนใหญ่ จะอยู่ในช่วง 4-12 สัปดาห์

5) สถานที่ในการวิจัย

ส่วนใหญ่การศึกษาทำในประเทศสหรัฐอเมริกา และมากกว่าครึ่งหนึ่งของการศึกษา จะทำ

โดย นักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือโดย หน่วยงานด้านสาธารณสุข

6) ทฤษฎีที่ใช้ได้แก่การปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่ง จะ ใช้ในการ ฝึกอบรม ซึ่งจะอยู่ในหรือ ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) รวมทั้งทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)ซึ่งจะเป็นจุดที่เชื่อมโยงไปสู่การจัดการตนเอง และการเพิ่มแรงจูงใจมุมมองทางทฤษฎีอื่น ๆ ได้แก่ s รวมทั้ง interpersonal theory, illness uncertainty และ stages of motivational readiness. Stage of motivational readiness การนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองนั้น ยังไม่ทราบกลไกในทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นได้

7) การติดตามผล มีส่วนน้อยที่ มีการติดตามผลมีเพียงการศึกษาที่มีการติดตามผลถึง 10 เดือน

8) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่บนพื้นฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ 120-263 คน มีจำนวนน้อย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

9) การวัดผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ของการศึกษา จะมีการวัด

9.1)การปรับตัวต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

9.2) วัดความทุกข์ทางจิตใจ และตัวแปร ที่เป็นตัวกลางเช่น จากทฤษฎีตัวแปรความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย

9.3) Self efficacy

9.4) Social support or functioning

9.5) Psychological distress and/or depression

9.6) Prostate cancer knowledge and health behaviors

ที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่

9.7) Illness intrusiveness

9.8) Interpersonal sensitivity

9.9) ประสบการณ์การมีอาการ

การจัดการตัวเองเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้และมีความเหมาะสมในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ การแก้ปัญหาเพื่อเยียวยาปัญหาทางหน้าที่และอารมณ์ในผู้ป่วยชายที่รอดชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากที่เพิ่มมากขึ้น การบูรณาการในเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกต้องการการฝึกอบรม ทรัพยากร และความมุ่งมั่นและ ส่วนเรื่องเศรษฐกิจเป็นเรื่องยากที่จะประเมินค่าใช้จ่าย ซึ่งไม่

ตรงไปตรงมาอย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางจิตสังคม และพฤติกรรมมีหลักฐานน่าเชื่อว่าสามารถใช้ในการ การออกแบบเพื่อดำเนินการและประเมินโปรแกรมการจัดการตนเองในอนาคตสำหรับคนที่ยังมีชีวิตรอดจากมะเร็งต่อมลูกหมากในทศวรรษที่ผ่านมาความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากทางคลินิกจะมีชีวิตอยู่ได้ 5 ปีหรือมากกว่า และจำนวนมากจะไม่ได้ตายจากโรค การรอดตายจึงกลายเป็นสิ่งที่มีนัยสำคัญเพราะจะต้องมีการจัดการดูแล มีรายงานในประเทศได้รายงานการรอดชีวิตของผู้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากใน 23 ประเทศ มีถึง 76%

จึงเป็นข้อพิสูจน์ว่ามีประชากรที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่รอดชีวิตมากขึ้น และได้รับผลกระทบจากการรักษา ในด้านการทำหน้าที่ ภาวะอารมณ์จากโรคและการรักษา และยังพบว่าผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่เต็มใจ ที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง แพทย์อาจจะไม่พร้อมที่จะตอบคำถามเหล่านี้จัดการตนเองเป็นคำตอบที่แท้จริงเพราะมีหลักฐานที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นและในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพในโรคเรื้อรัง และมีหลักฐานแสดงว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น การให้โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเป้าไปที่การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการให้ข้อมูล การศึกษาและกลยุทธ์การปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดี แต่ยังมีจำนวนน้อย การทบทวนนี้จึงเป็นขั้นตอนแรกในการที่จะใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง

Hoffman AJPRN, Brintnall RAPAA.-BC, et al.[39]ทำการศึกษาประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ ความปลอดภัยและการเปลี่ยนแปลงเมื่อสิ้นสุดการศึกษาของการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองเรื่องความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ในผู้ป่วย non-small cell lung cancer (NSCLC)โดยออกแบบการวิจัยเป็นแบบการทดลองแบบ single-armมีผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโครงการ 7 คน

ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายมีผลทางบวกในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้ารุนแรงอโปรแกรมการออกกำลังกายมีผลทางบวกในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้า รุนแรง เช่น การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการจัดการตนเองในการเดินออกกำลังกาย การทรงตัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการเดินและการทรงตัว และการทำหน้าที่ (จำนวนก้าวในการเดินต่อวัน)เป็นไปในทิศทางบวก

สรุปการออกกำลังกายโดยการเพิ่มการเดิน จะช่วยฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ในผู้ป่วย non-small cell lung cancer (NSCLC)

ลักษณะโปรแกรม

โปรแกรมนี้สร้างโดยใช้หลักของ รูปแบบการดูแลในช่วงการเปลี่ยนแปลงและทฤษฎีของการจัดการอาการตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการเดินเบาๆ และการทรงตัว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยออกกำลังกายต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมดำเนินการออกกำลังกายที่อบอุ่นที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยให้ผู้ป่วยเดินในสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริง ทำให้เห็นตนเองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมี เพื่อน ครอบครัว คอยให้กำลังใจการเดินเริ่มต้นที่ 5 นาทีในแต่ละวัน เป็น

เวลา 5 วันในช่วงสัปดาห์ที่ 1 และได้รับการคาดว่าจะเพิ่มขึ้น วันละ5 นาที / วันในแต่ละสัปดาห์ โดยมีเป้าหมายให้สามารถเดิน 30 นาที / วันในช่วง สัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะมากกว่า 70 % (perceived self-efficacy:PSE) จะสามารถเพิ่มการเดินได้ 5 นาทีในแต่ละสัปดาห์

Hazelwood DM, Koeck S, Wallner M, Anderson KH , & Mayer H.[40]ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมนี้เพื่อสรุปองค์ความรู้ที่มีอยู่ต่อการจัดการกับอาการของครอบครัวและหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือบทความที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล ที่ใช้ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 16 บทความ จากทั้งหมด 868 บทความ

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าดังนี้

1) มี 6กิจกรรมหลักๆ คือ : Pain intervention, massage therapy, telephone counseling, self-efficacy improvement, coping enhancement, และmultidimensional intervention

2) อาการเป้าหมายที่ต้องการการจัดการที่พบในบทความวิจัย โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่อาการทั่วไป, ปวด, วิตกกังวล, ซึมเศร้า, ท้องผูก, หายใจลำบาก,

3) กลุ่มตัวอย่าง มีหลากหายผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาเคยได้รับการรักษาหรือเป็นการวินิจฉัยครั้งแรกหรือที่กลับเป็นซ้ำผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง/ระยะสุดท้ายผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

โปรแกรมที่พบ สรุปได้ดังนี้

1.Pain intervention

อาการปวดเป็นอาการอันดับที่ 2 ที่ถูกอ้างถึงมากในการศึกษาที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ และเป็นอาการเดียวที่มีกิจกรรมการดูแลสำหรับการจัดการเฉพาะ มีการศึกษาเกี่ยวกับการลดอาการปวดให้กับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยการทำหนังสือเล่มเล็กๆเพื่อใช้ในการสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจะได้รับการสอนโดยพยาบาล

กิจกรรมการดูแลเหล่านี้จะไม่มีการใช้ยาทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น ญาติผู้ดูแลจะถูกสอนในบทบาทของการผู้ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ยาลดอาการปวดเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการปวดและจะถูกฝึกสอนให้มีส่วนร่วมในการนวดหรือการออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นและมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กิจกรรมการดูแลยังทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้น ลดความกลัวการติดยาในการให้แก้ปวดการให้ยาในปริมาณที่เพียงพอตามเวลาแทนที่จะเป็นให้เมื่อต้องการและกดระบบทางเดินหายใจ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่มีการแบ่งเป็นเนื้อหาในการให้กิจกรรมในการลดอาการปวดของผู้ป่วย การฝึกผู้ป่วยในเรื่องของการจัดการกับอาการปวดโดยพยาบาลทีมีความรู้เรื่องอาการปวด หลังจากนั้นก็ให้ความรู้โดยการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น วิดีโอเทปและเทปเสียงซึ่งจะใช้เวลา 45-60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่าญาติผู้ดูแลเผชิญความเครียดและอารมณ์ด้านลบลดลง ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากที่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงเวลานี้ แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองของคู่สมรสของผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

2. Massage therapy

กิจกรรมที่ใช้ในการลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งอีกอย่างหนึ่ง คือ การนวด การนวดเท้าช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ซึ่งส่งผลต่อการลดการรับรู้ของของอาการปวด และคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจากการศึกษาโดยพยาบาลวิจัย 2 คน ให้การดูแลโดยการนวดเท้า ให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่นอนในโรงพยาบาลจำนวน 87 คน โดยใช้การนวดครั้งละ 10 นาที 2 วันและวันที่ 3 ผู้ป่วยนวดด้วยตนเอง การศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในขณะที่อาการปวดและอาการคลื่นไส้ลดลง ในแต่ละครั้งของการนวด

จากการศึกษาการนวดสะกดจุดที่เท้า 15-30 นาที ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการสอนนวดสะกดจุดโดยพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก reflexologist โดยที่คู่สมรสของผู้ป่วยจะนวดเท้า 30 นาทีให้กับผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล โดย 10 นาทีแรก การนวดจะเน้นการผ่อนคลาย ผลการทดลองพบว่าระดับอาการปวดและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ แต่ได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากคู่สมรส

ในการศึกษาโดยการนวดบำบัด ที่ญาติผู้ดูแล 2 คู่ เข้าร่วมฝึกปฏิบัติการกลุ่มการนวดจากครูสอนที่มีใบอนุญาตในการนวดเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ครูสอนนวดแสดงวิธีการนวดให้กับญาติผู้ดูแล 1 คน ส่วนคนอื่นๆสังเกต หลังจากนั้นญาติผู้ดูแลฝึกนวดให้กับผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลของครูผู้สอน และจะได้รับการแก้ไขตามความจำเป็น ญาติผู้ดูแลจะได้รับการให้กำลังใจสนับสนุนให้ใช้เทคนิคการนวดตามคู่มือ ตามที่พวกเขาเลือกทำเองที่บ้านอย่างน้อย3 ครั้งต่อสัปดาห์ถ้าเป็นไปได้ จะมีการประชุมทบทวนภายหลังที่ดำเนินการ และตอบคำถาม หลังจากนั้น 90 วัน ติดตามประเมินพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกของการช่วยเหลือเป็น 2 เท่า ส่วนญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สรรถนะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และระยะเวลาของการนวดเพิ่มเป็น 3 เท่าตัว

3. Telephone intervention

การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวโดยการใช้โทรศัพท์เป็น Intervention ที่มีประสิทธิภาพและราคาไม่แพง ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผลด้านบวกต่อการจัดการกับอาการ(Symptom management) โดยวิธีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ระหว่างบุคคล (Telephone interpersonal counseling: TIP-C) ในการศึกษาทดลองในกลุ่มของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและคู่สมรส (partner) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดบุคคลเสริมแบบดั้งเดิมร่วมกับการสอนเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พยาบาลจัดลำดับของ

เทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคลในการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยเทคนิคดังต่อไปนี้ 1) ส่งเสริมให้แสดงออกถึงความรู้สึกทบทวนอาการของภาวะซึมเศร้าเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสมมติบทบาทของการเจ็บป่วยวิเคราะห์การตัดสินใจแสดงบทบาทสมมุติให้การบ้านและสาธิตเรื่องที่ดีที่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย ภายหลังได้รับการดูแลพบว่าทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส มีความเครียดด้านจิตใจลดลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการทางโทรศัพท์ของพยาบาลในหน่วยงาน Cancer Center Nurse Coordinator (CCNC) กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับอาการ (Symptom management) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ โดยตรงจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ดังนั้นจึงไม่ทราบประสิทธิผลของการบริการนี้ต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม CCNCs รับรู้ผู้ที่โทรมาปรึกษาต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการตัดสินใจ (Decision making) โดยหัวข้อสนทนาที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่ คือ เรื่องความชัดเจนหรือความกระจ่างชัดของข้อมูลต้องการคำยืนยันเป็นผู้รับฟังขออนุญาตในการเลือกแผนการรักษาและช่วยในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งผู้ที่โทรมาปรึกษานั้นมีคำถามเกี่ยวกับเรื่องของการตัดสินใจที่หลากหลาย แต่ที่พบบ่อยมาก คือ เรื่องของการจัดการกับอาการเป็นเหตุผลที่ทำให้โทรศัพท์มาปรึกษาบ่อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลในเรื่องของการจัดการกับอาการ ซึ่งบางครั้งพวกเขาไม่แน่ใจว่าสามารถรับประทานยาหรือไม่หรือบางครั้งพวกเขาต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการดีหรือไม่ อย่างไร

4. Self-efficacy improvement

มีกิจกรรมที่เพิ่มสมรรถนะในผู้ป่วยมาจาก Bandura’s Self-Efficacy Theory จากการศึกษาเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ด้วยการฝึกอบรมการดูแลที่บ้านและการจัดการอาการโดยการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล การฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 1 หรือ 2 ช่วงโดยใช้เวลาต่อเนื่องนานระหว่าง 3 และ 6 ชั่วโมง

พยาบาลปฏิบัติขั้นสูงที่มีประสบการณ์ดำเนินการฝึกอบรมและให้กำลังใจผู้ป่วย ครั้งแรกจะอภิปรายในประเด็นความต้องการของผู้ป่วยและอาการของโรคมะเร็งและเริ่มดำเนินการอบรมโดยการให้ความรู้พื้นฐาน 5 ด้านของการจัดการอาการ คือ

1) ป้องกันการติดเชื้อ

2) การควบคุมอาการปวด

3) การได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

4) การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกหรือท้องเสีย

5) สูตรยาที่เกี่ยวข้องกับอาการ ลักษณะของการฝึกอบรมเป็นแบบโต้ตอบซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับอาการ การฝึกอบรมว่าเป็นการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล ในตอนท้ายของการ

ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับคู่มือสำหรับผู้ดูแลหลักในการจัดการอาการจากโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยแนวทางของ การดูแลในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งที่โดยไม่ใช้ยาและด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนเชื่อว่าการฝึกข้างเตียงเป็นโอกาสในการฝึกทักษะในการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนจากพยาบาลช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการของผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้มีการใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม(Cognitive behavioral intervention :CBI) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Bandura[28] การตรวจสอบว่าความรุนแรงของอาการที่มีประสบการณ์โดยผู้ป่วยในระหว่างการยาเคมีบำบัดอาจจะลดลง

ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วยข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง, การปรับความคิดและพฤติกรรม, กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหากับความเครียดและเทคนิคการสื่อสารความต้องการของสมาชิกในครอบครัวสำหรับช่วยเหลือพวกเขาในการดูแลเน้นไปที่สาเหตุของอาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำ วันของพวกเขาและวิธีการที่ดีในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการอาการ ในระหว่างการสอนที่พยาบาลและผู้ดูแลเลือกกลยุทธ์ที่จะใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการอาการ ซึ่งจะได้รับการประเมินติดตามภายหลัง

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมการดูแลทำให้มีความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และได้รับผลกระทบของ neutropenia บานกลาง

5. Coping enhancement

การใช้โปรแกรม COPE intervention ซึ่งถูกออกแบบมาสำหรับญาติผู้ดูแลในการแก้ปัญหา COPE ย่อมาจาก

C: Creativity ความคิดสร้างสรรค์

O: Optimism การมองโลกในแง่ดี

P: Planning การวางแผน

E: Expert information and encourages the family caregivers to do all of the above ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลทำทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ใน Intervention มีการแนะนำวิธีการแก้ปัญหา และการยกตัวอย่าง จากคู่มือการดูแลรักษาโรคมะเร็งขั้นสูง(Home Care Guide for Advanced Cancer)

จากการศึกษาที่นำโปรแกรม COPE ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบว่า การดูแลช่วยให้ญาติผู้ดูแลในระยะสุดท้ายจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้หรือไม่ในกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 2) กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน และ 3) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลมาตรฐานร่วมกับ COPE โดยที่กลุ่มที่ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการปัญหาของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนการสอนให้ผู้ดูแลในการแก้ปัญหาถูกแยกออกเป็น 3 วิธี

1) ข้อมูลที่เขียนจะถูกจัดขึ้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาในคู่มือการดูแลรักษาโรคมะเร็งขั้นสูง Home Care Guide for Advanced Cancer โดยเน้นที่การจัดการกับอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการท้องผูก โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม COPE จะติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองที่บ้าน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลาทั้งหมด 9 วันของการให้การดูแล

2) พยาบาลแสดงให้เห็นถึงหลักการใช้ COPE ในการแก้ปัญหา โดยที่ญาติผู้ดูแลจะได้รับการส่งเสริมในการพัฒนาแผนการจัดการ

3) พยาบาลโทรศัพท์ถามญาติผู้ดูแลเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันที่เกี่ยวกับอาการที่เป็นเป้าหมายในการจัดการและเสนอให้ความช่วยเหลือและตอบคำถามระหว่างการติดตามเยี่ยมในแต่ละช่วงการติดตาม ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการหรือคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยนั้นลดลง สามารถทนต่ออาการปวด อาการท้องผูก และอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น แม้ว่าอาการเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการให้หมดไป ซึ่งการที่ความรุนแรงของอาการไม่ลดลงอาจจะเนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งและอาการโรคมะเร็งจะแย่ลงเรื่อยๆจนถึงภาวะใกล้เสียชีวิต นอกจากนี้ในส่วนของญาติดูแลพบว่าสามารถรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการและภาระของการดูแลลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม COPE

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ามีการใช้โปรแกรม COPE ในการแก้ปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย ขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

การใช้โปรแกรม COPE ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาดังต่อไปนี้ คือ

1) การกำหนดปัญหา

2) ระบุปัญหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

3) ระบุปัญหาในสิ่งที่พวกเขาสามารถช่วยได้

4) พิจารณาความเป็นไปได้ของอุปสรรคในการวางแผนการดูแล

5) การดำเนินการและปรับแผนการดูแลนี้ถูกนำเสนอโดยสไลด์หรือแผ่นพลิกและใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลติดตามเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลงและมีความมั่นใจในการดูแลและแก้ปัญหาในทางบวกเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากกิจกรรมการดูแลนี้อย่างมาก

6. Multidimensional intervention

โปรแกรม FOCUS ถูกออกแบบมาสำหรับทุกคนในครอบครัวซึ่งรวมถึงญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมกัน

อักษรย่อของ FOCUS อักษรภาษาอังกฤษ 5 ตัว ซึ่งแสดงถึงหลักการของ FOCUS โดย

F: การมีส่วนร่วมของครอบครัว(Family involvement)

O: ทัศนคติด้านบวก (Optimistic attitude)

C: การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ(Coping effectiveness)

U: การลดความไม่แน่นอน (Uncertainty reduction)

S: การจัดการกับอาการ (Symptom management)

จากการศึกษาที่ผ่าน 2 เรื่อง พบว่าการให้ Intervention ตลอด 90 นาทีที่บ้านและโทรศัพท์ครั้งละ 30 นาที 2 ครั้ง โดยพยาบาลที่มีการเตรียมตัวในการให้ Intervention มาอย่างดี และจากการศึกษาล่าสุดที่ผ่านมา ที่นำโปรแกรม FOCUS ไปปรับใช้ในรูปแบบของการโต้ตอบบนเว็บประสบความสำเร็จดี แต่การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อด้านจิตสังคมยังอยู่ในช่วงของการดำเนินการ

การศึกษาทั้ง 2 เรื่องสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (คู่สมรสและผู้ป่วยในทั้งสองกรณี) ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการสื่อสารที่เปิดเผย และสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อที่จะให้ครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้อง ยกเว้นการศึกษาของ Northouse L, Walker J, Schafenacker A, Mood D, Mellon S, Galvin E, et al [41]ซึ่งจะรวมเรื่องการระบุจุดแข็งของครอบครัวและช่วยเหลือเด็กในครอบครัว เน้นเรื่องการสื่อสารระหว่างสามีและภรรยาของผู้ป่วยโดยที่พยาบาลจะแนะนำ ช่วยให้ได้แสดงความรู้สึกสับสน ผิดหวังของพวกเขาและจะช่วยปรับความเข้าใจให้

การจัดการกับอาการ พยาบาลจะประเมินประสบการณ์การมีอาการและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสอนกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยในโปรแกรม FOCUS มีความพึงพอใจที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับแต่ละเนื้อหาหลักทั้ง 5 ของโปรแกรม FOCUS กว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นในการมีส่วนร่วมของครอบครัวของพวกเขาและข้อมูลการจัดการกับอาการ ที่พวกเขาได้รับ

นอกจากนี้ในการศึกษาของ ของ **Northouse L, Walker J, Schafenacker A, Mood D, Mellon S, Galvin E, et al** [41]ยังพบว่าความแตกต่างที่เห็นได้ระหว่างผลของคู่สมรสและญาติผู้ดูแลเนื่องจากเป็นความจำเป็นที่มากขึ้นสำหรับคู่สมรสที่จะได้รับกิจกรรมการดูแลพราะว่าพวกเขาสามารถที่จะเรียนรู้วิธีที่จะเผชิญกับความเครียดจากการดูแลและจัดการอาการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผลการศึกษาพบว่าระดับ ความพึงพอใจต่อโปรแกรม FOCUS สูงขึ้นเล็กน้อยในระหว่างสมาชิกในครอบครัว แต่กลุ่มที่ได้รับ Intervention และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

จากการศึกษาอื่นๆ ในการทดสอบผลของโปรแกรม FOCUS ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันหรือไม่ ในเทอมของปริมาณ (Dose) กิจกรรมการดูแลทั้งย่อหรือกว้างขวางแตกต่างกันหรือไม่ และไม่ว่าความเสี่ยงสำหรับความทุกข์ทรมานและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีมาก่อนการทดสอบผลของ Intervention อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรแกรมแบบย่อประกอบด้วยการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน 90 นาที2 ครั้งและอีก 1 ครั้งเป็นการโทรศัพท์ติดตาม 30 นาที ในขณะที่โปรแกรมแบบกว้างขวาง (extensive FOCUS) ประกอบด้วยเนื้อหา 2 เท่าของโปรแกรมฉบับย่อ ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุม (การดูแลตามปกติ)กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฉบับย่อหรือโปรแกรม โปรแกรมแบบกว้างขวางโดยที่จะมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับ Intervention, หลังได้รับ Intervention 3 เดือนและ 6 เดือน โปรแกรม

ทั้งสองแบบมีเนื้อหาเดียวกันและมีระยะเวลา 10 สัปดาห์เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายภายหลังการเก็บข้อมูลครบ 3 ครั้งประกอบด้วยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำนวน 302 คน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม FOCUS ทั้งสองแบบช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความ เครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของพวกเขา นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมแบบขยายหรือแบบย่อเพียงพอที่จะเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะในตนเอง (self-efficacy) ของกลุ่มตัวอย่างได้ ในทางตรงกันข้ามโปรแกรมแบบย่อเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ของการศึกษากลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มจะดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามโปรแกรม FOCUS มีอิทธิพลต่อกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมากที่สุด เกิดขึ้นที่ระยะเวลาที่ 3 เดือนเท่านั้น เนื่องจากผลของโปรแกรมคงอยู่แค่ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคของผู้ป่วยที่ทำให้ความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเป็นเพราะขนาดของกลุ่มตัวอย่างลดลงในช่วงเวลาติดตาม 6 เดือน เนื่องจากทั้งสองโปรแกรม FOCUS แบบสั้นและแบบครอบคลุม มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างเกือบใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถพิจารณาว่าแบบใดเป็นที่นิยมมากกว่า สิ่งที่ตรงข้ามกับที่คาดการณ์ไว้ พบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงที่จะมีความทุกข์มาก (high-risk distress) กลับไม่ได้รับประโยชน์ในการเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม FOCUS แบบครอบคลุม โดยภาพรวมผลการดำเนินการมีความจำกัดและเกิดขึ้นในกลุ่มควบคุมเท่านั้น ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความทุกข์ (high-risk distress) และผลของ Intervention ยังไม่ชัดเจนและยังต้องการการวิจัยเพิ่มเติม

Given C, Given B, et al.[42]ได้ทบทวนวรรณกรรมบทความนี้เป็นการวิเคราะห์งานวิจัยแบบควบคุมและสุ่มครั้งนี้จะใช้องค์ความรู้พฤติกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบการแก้ปัญหาเพื่อตรวจสอบกระบวนการ ที่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีส่วนร่วมในกลยุทธ์การจัดการการดูแลตนเองด้านอาการในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือ

1) ในการอธิบายหมวดหมู่การให้โปรแกรมการทดลอง ความถี่ของกลยุทธ์ในแต่ละประเภทถูกส่งมอบบริการร้อยละของกลยุทธ์ที่ได้รับการส่งมอบและได้ทดลองทำ
และร้อยละของกลยุทธ์ที่ได้รับการพิจารณาว่ามีประโยชน์จากผู้ป่วย

2) ที่จะระบุว่าการให้ Interventionโดยพยาบาลที่ผู้ป่วยเลือก

3) ในการส่งมอบกลยุทธ์
มีปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านอาการ ที่เกี่ยวข้องกับการพยายามทดลองในกลยุทธ์และการตอบสนองผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ติดต่อกันจำนวน 8 สัปดาห์ โดยพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขอาการที่เป็นปัญหา พยาบาลตัดสินใจ เพื่อส่งมอบบริการที่เกี่ยวข้องกับ

กลยุทธ์ความสำเร็จของผู้ป่วย ลักษณะอาการของผู้ป่วยแต่ละคนโดยทั่วไป มีการประมาณการจัดกลุ่มของ อาการและกลยุทธ์ในผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอาการกลยุทธ์การให้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็นสี่กลุ่ม กลยุทธ์ ถูกจัดส่งมอบบริการโดยพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนเป็นระยะเลานานอาการจะมีความพันธ์กับ กลยุทธ์ และอาการที่ตอบสนองกับกลยุทธ์นั้นๆ

การจัดส่งมอบบริการเกี่ยวกับกลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ป่วยและลักษณะของอาการ

-การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมการการดูแลตนเองในการจัดการโรคเรื้อรังรวมโดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการปรับวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และผลข้างเคียงของพวกเขาที่เป็นไปได้

-การสนับสนุนการดูแลตนเองกลยุทธ์การจัดการเป็นสมมติฐานที่ถูกกำหนดว่าเป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพแต่ จะต้องอยู่บนความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้ป่วย

-โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดยทำให้ผู้ป่วยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำเสนอข้อมูล สร้างทักษะ การสนับสนุนและการให้คำปรึกษา และอธิบายพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย [11]

-รูปแบบต่างๆ ของ Interventionและประเภทของกลยุทธ์การส่งมอบโปรแกรม ในทางกลับกันความพยายามในการทดลองจะเกี่ยวข้องกับการตอบสนองอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบ การมีโรคร่วมและภาระอาการทั้งหมดและอาการรบกวนในชีวิต ประจำวันการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาได้รับการแนะนำให้รู้จักโดยเบ็คซึ่งเป็นชุดของกลยุทธ์เพื่อรับมือกับภาวะซึมเศร้า

สมมติฐาน ที่พบบ่อยเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการใช้ พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา

1) ได้รับการยอมรับว่าความรู้ความเข้าใจมีผลโดยตรงต่อนำพฤติกรรม

2) การให้ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมมักถูกจำกัดด้วยเวลา

3) ผู้รับบริการ ต้องการควบคุมและแก้ปัญหาที่พวกเขาเผชิญ

4) กลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับการแยกปัญหาและการสอนผู้ป่วย

ในการใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์

5) กลยุทธ์เหล่านี้จะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยในระหว่างขั้นตอนการรักษา

Korstjens, I, May AM, et al.[43]ศึกษาวิจัยนี้เป็นการดำเนินการทดลองควบคุมแบบสุ่มและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต ที่ได้รับโปรแกรม12 สัปดาห์ จากกลุ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการจัดการตนเองร่วมกับการฟื้นฟูทางกายภาพ (สัปดาห์ละสองครั้ง) และการฝึกอบรมความรู้ความเข้าใจพฤติกรรม (สัปดาห์ละครั้ง) กับการฝึกเป็นกลุ่มโดยใช้การฝึกอบรมทางกายภาพ 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ละสองครั้ง)

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท และได้รับการรักษาพยาบาล เสร็จ 3 เดือนที่แล้วจะได้รับการสุ่มให้เข้ากลุ่มทดลองต่างๆ สามกลุ่มคือหลังจากมีการแบ่งกลุ่มแล้วผู้ป่วยจะได้รับ โปรแกรมหรือ intervention ดังนี้
ในการศึกษาโดยการควบคุมสถานที่ 4 แห่งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการสุมให้เข้าการทดลองดังน้

1) PT และ CBTกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูจากสหสาขาวิชาชีพ (n= 76)
2) PTกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมทางกายภาพ (n=71)
3) Non-interventionเป็นกลุ่มที่ใช้ เปรียบเทียบประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 62คน

ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการศึกษาเมื่อผู้ป่วย ประสบความสำเร็จจากการรักษาโรคมะเร็ง แต่ยังคงประสบปัญหาทางร่างกายและจิตสังคม
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสองแห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปหนึ่งแห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในประเทศเนเธอร์แลนด์

การวัดผลลัพธ์
-คุณภาพชีวิตวัดโดยใช้แรนด์-36
-กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการวัดที่ baseline หลังจากได้รับฟื้นฟูและ 3 เดือน ที่มีการติดตาม กลุ่ม nonintervention วัดที่ พื้นฐานและ 12 สัปดาห์ต่อมา
โดยจะมีการวัดผล
1) จะมีการวัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรม 12 สัปดาห์
และจะมีการติดตาม ที่ 3 และ 6 เดือน หลังจากวัด base line
2) กลุ่มควบคุม จะวัดก่อน เป็นbaseline และหลัง 12 สัปดาห์

โปรแกรมในการทดลอง เป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ละสองครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง)
1) โปรแกรม กายภาพ 12 สัปดาห์
2) โปรแกรม ทำกายภาพ บวกกับ โปรแกรมCBT
โดยโปรแกรมทั้งสองมุ่งเป้าไปที่การพัฒนาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม บทบาทการทำงานและอื่น ๆ ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสนับสนุนในการเผชิญปัญหาทางร่างกายและด้านจิตสังคมของโรคมะเร็ง โดยเน้นเรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองกลวิธีการเผชิญปัญหาถูกชี้นำโดยผู้ป่วยรับรู้ของผู้ป่วย และการรับรู้ที่ชี้เฉพาะเรื่องอาการของความเจ็บป่วย สาเหตุ ระยะเวลา และการรับรู้ผลกระทบ การควบคุมความไม่แน่นอน การรักษาดังนั้นการรับรู้หรือแม้กระทั่งการปรับตัวเหล่านี้อาจมีผลต่อการรับรู้การจัดการกับปัญหาและให้การสนับสนุนการจัดการตนเองจากผลกระทบต่อโรค การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูล และการประเมินผลการตัดสินใจ การกระทำและปฏิกิริยาของตัวเองจากการกระทำ

รายละเอียดของโปรแกรม

1. Physical training

โปรแกรม การออกกำลังกาย (PT) เป็นการออกกำลังกายส่วนบุคคลเพื่อปรับปรุงความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อลดข้อจำกัด ทางกายภาพและความเหนื่อยล้าและเพิ่มกิจวัตรประจำวันในแต่ละเซสชั่น จะประกอบไปด้วยการขี่จักรยานแบบแอโรบิก (0.5 ชั่วโมง) บนพื้นฐานของซึ่งอยู่บนพื้นฐานการทดสอบของการออกกำลังกาย
การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (0.5 ชั่วโมง) และการเล่นกีฬาเป็นกลุ่มและเกม (1 ชั่วโมง) กีฬาและเกม เช่น แบดมินตัน, ฟุตบอล, ว่ายน้ำและ การเล่มเกมเพื่อการทรงตัว กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความบันเทิง และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะ เพื่อเพิ่มกิจกรรมด้านกีฬาเข้าสู่ชีวิตประจำวัน และรับกิจกรรมต่าง ๆมาใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสรีรวิทยาการออกกำลังกายการรับรู้การเจ็บป่วยและ การจัดการตนเองที่จะสนับสนุนพวกเขาในการควบคุม การออกกำลังกายผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ด้วยตัวเองในการ ทดสอบอัตราการเต้นหัวใจ, การใช้Borg Scale[5]เมื่อมีการหายใจลำบากและ การตรวจสอบความเมื่อยล้าและบันทึกการการตรวจสอบและประเมินผลจากการฝึกอบรมพวกเขาจะได้รับข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการสนับสนุน จากผู้ที่ให้การรักษา ในการควบคุมการปฏิบัติ ในช่วง 4 สัปดาห์แรก ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานที่ออกแบบมาเฉพาะตัวจากนั้นจะมีการพูดคุยกับนักบำบัดเพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายสำหรับการฝึกอบรมจากสัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไป ที่ผู้ป่วยสามารถเลือกจาก หนึ่งในสี่โมดูล เพื่อปรับปรุงสมรรถนะทางกายความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การปรับและเผชิญกับความเหนื่อยล้า หรือการจัดการในรับรู้ข้อจำกัดจากโรคและ การจัดการตนเองที่จะสนับสนุนพวกเขาในการทำการฝึก กิจกรรมทางกาย

2. การฝึกอบรม Cognitive-Behavioral Training

CBT หมายความถึง การสอนอย่างเป็นระบบโดยใช้psycho- educationร่วมกับการจัดการตนเอง การฝึกอบรมนี้ได้รับการจัดรูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนที่ต้องได้รับการแก้ไข และการประยุกต์การแก้ไขปัญหาที่ประสบความสำเร็จนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง โปรแกรมนี้ CBT มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้ป่วยสามารถ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ข้องกับโรคมะเร็ง ท้ายสุดผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะใช้ทักษะการจัดการตนเองในการแก้ไขปัญหาของตนเอง เช่น ปัญหาในการทำงาน การทำงานบ้าน งานอดิเรก, การออกกำลังกาย, ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการติดต่อทางสังคม)ลักษณะทั่วไปในชีวิตประจำวันในระหว่างและหลังการฟื้นฟู
ได้รับการส่งเสริมกิจกรรมโดยการฝึกกิจกรรมในระหว่างการอบรม และทำเป็นการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย (สูงสุด 0.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

โครงสร้างการสอนทุกเซสชั่นจะมีดังนี้:

1) พูดทวนซ้ำ เซสชั่นในสัปดาห์ที่ผ่านมาและมีการแลกเปลี่ยนในชีวิตประจำวัน ประสบการณ์
2) มีการพูดคุยหรืออภิปรายเรื่องที่ได้รับมอบหมายเป็นการบ้าน 3) การแนะนำหัวข้อใหม่หรือทักษะการจัดการตนเอง
4) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง
5) แนะนำ การบ้านต่อไป และ
6) การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย

ผู้เข้าร่วมจะใช้ สมุดงานที่มีบทสรุปของการฝึกอบรมการจัดการตนเอง แผ่นงานและการกำหนดเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง3 สัปดาห์ แรก ที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการเป็นโรคมะเร็ง การให้จิตศึกษาpsychoeducationที่เกี่ยวกับ ความเครียดผ่อนคลาย การรับรู้ความเจ็บป่วย เช่น เดียวกับการส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการจัดการตนเองกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสหสาขาวิชาชีพ ที่ไม่ได้ดีกว่าผู้ฝึกอบรมทางกายภาพ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์หรือ คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ(all p>.05)เมื่อเทียบกับกลุ่มทีไม่มีการให้กิจกรรม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสองกลุ่ม มีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในบทบาทที่มีข้อ จำกัด อันเนื่องมาจากปัญหาทางกายภาพ
(effect size (ES) 0.66) และ physical functioning (ES 0.48) และvitality (ES0.54), และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (ES 0.76) (all p<.01)

Gao WJ, Yuan CR.[44]ได้ทบทวนโปรแกรมการจัดการตนเองทั้ง 6 โปรแกรมที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และเพื่อเสนอแนวทางหรือกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองขึ้นใหม่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรมการจัดการตนเอง จากฐานข้อมูล Pubmed, Medline, Embase, Springer, Elsevier, และ ProQuest
โดยใช้คำสืบค้น patient education, self- management, self-care, self-efficacy, intervention, program, cancer, carcinoma, neoplasms ระหว่างปี 2000 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2010

ผลการสืบค้นพบว่ามีโปรแกรมการจัดการตนเองเพียง 6 โปรแกรมที่ตรงตามเกณฑ์ หลังจากนั้นนำโปรแกรมทั้ง 6 มาวิเคราะห์วิพากษ์ตามเกณฑ์การประเมินทั้ง 7 ข้อตามที่ Macmillan Cancer Support ปี 2010 ที่เสนอหลักการในการออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self- management intervention) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ข้อ คือ 1) มีการวางแผนการประเมินความต้องการ 2) ประเภทของ Intervention 3) กรอบแนวคิดทฤษฎี 4) การนำ Intervention ไปใช้ 5) เทคนิคของ Intervention 6) การวางแผนในการลงมือทำ Intervention 7) การประเมินผล Intervention
จากการสืบค้นงานวิจัย พบว่ามีโปรแกรมการจัดการตนเองเพียง 6โปรแกรมที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. Taking CHARGE programmeพัฒนาโดยพยาบาลวิจัยที่มหาวิทยาลัย มิชิแกน สหรัฐอเมริกา โปรแกรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์และจากประสบการณ์ของนักวิจัยทางคลินิกที่ศึกษากลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งโปรแกรมนี้มี 6 ขั้นตอน คือ C = choose a concern, H – have the information, A – assess the situation, R – record the plan, G – gain confidence and insight, and E – evaluate your progress โปรแกรมนี้มีจุดแข็งโปรแกรมนี้ถูกพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และเคมีบำบัด และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

2. Oncologist-referred, exercise self-management programmeเป็นโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมให้เกิดการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อที่จะเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย (Physical activity) โดยที่โปรแกรมไม่ได้บอกรายละเอียดของกระบวนการของการฝึกปฏิบัติ ซึ่งทำให้เราไม่สามารถทราบได้ว่าการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากแรงสนับสนุนทางสังคมหรือความแข็งแรงของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่แล้วหรือไม่

3. PRO-SELF Program เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยพยาบาลวิจัย University of California, USA เน้นในการจัดการกับอาการ 4 อาการ (nausea, vomiting, mucositis, infection) ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด จุดอ่อนของโปรแกรมนี้ คือ ข้อมูลหรือทักษะที่มีอยู่ในโปรแกรมอาจจะไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละราย

4. Experts Patients Programme (EPP) โปรแกรมได้ริเริ่มจาก Department of Health ในประเทศอังกฤษ ในปี2001 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนทั่วไปได้มีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง ในระบบของ National Health Service (NHS) โปรแกรมนี้ถูกนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม มีการวัดผลลัพธ์ (Outcomes) หลายตัว โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนี้จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และระดับพลังงานของร่างกาย (Energy levels) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เพิ่มขึ้น และข้อจำกัดของหน้าที่ทางสังคม (Social role limitations) ความเครียดทางด้านสุขภาพ (Health distress) ลดลง แต่อย่างไรก็ตามการใช้บริการด้านสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้ว่าระยะเวลาของการค้างคืนและการใช้บริการช่วงกลางวันใน รพ จะลดลง

5. Living with Cancer Education Programme (LWCEP) โปรแกรมนี้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในประเทศออสเตรเลีย โดยได้รับการอนุญาตให้ใช้โปรแกรมจาก American Cancer Society, USA ข้อดีของโปรแกรมนี้คือ มีรายละเอียดของกระบวนการฝึกปฏิบัติ เหมาะสำหรับการนำไปใช้ทางคลินิก

6. Focus Program พัฒนาโดย **Northhouseและคณะ**[41]ในปี 2002 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว ที่มีความต้องการการดูแลในเรื่องของอาการข้างเคียงจากโรคที่รุนแรงขึ้น ซึ่งข้อดีของโปรแกรมนี้ คือ สนับสนุนให้ครอบครัว หรือคู่สมรสมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรม และโปรแกรมมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะราย เน้นในเรื่องความเข้มแข็งครอบครัว (Family strengths) แต่โปรแกรมมีข้อจำกัดคือ 1) ผู้ที่ดูแลในการฝึกปฏิบัติหรือในการจัดการโปรแกรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนหรือฝึกโดยผู้วิจัย

หลักกับผู้ร่วมวิจัยตลอดทั้งโปรแกรม แต่ไม่ได้ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกพยาบาลที่เข้าร่วมในโปรแกรม (Intervention nurses) และไม่ได้มีการประเมินผลการวิจัย 2) ขั้นตอนสุดท้ายของโปรแกรมสิ้นสุดโดยการสนทนาทางโทรศัพท์แทนที่การไปเยี่ยมบ้าน และ 3) ไม่ได้มีการทำ cost analysis โปรแกรมแม้ว่าโปรแกรมเหล่านี้จะถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แต่จากการประเมินพบว่าโปรแกรมดังกล่าวก็ยังมีความจำกัดในเรื่องของการนำไปใช้ ได้แก่

1) Facilitators' training โปรแกรมไม่มีรายละเอียดที่เอื้อหรือช่วยในการฝึกปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ได้ รวมทั้ง Interventions ส่วนใหญ่ที่ถูกเลือกมานำเสนอในงานวิจัยนี้ได้ถูกนำไปใช้ในผู้ฝึกปฏิบัติหลายๆคน ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมที่มีต่อประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างผู้ฝึกปฏิบัติเหล่านี้ด้วย และการสรุปโดยขาดการวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้องได้

2) Intervention content resources พบว่าเนื้อหาในโปรแกรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่มาจากการทำกลุ่ม การสืบค้น หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ของผู้วิจัยทางคลินิก การรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนั้นรูปแบบของ Intervention ที่ได้อาจมีความแตกต่างกันในมุมมองของผู้ป่วยและของ Health professionals ซึ่งถ้าเป็นโปรแกรมที่พัฒนาด้วย Health professionals ด้านเดียว ก็อาจจะไม่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยเช่นกัน

3) Tumour sites พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ออกแบบเพื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองในมะเร็งชนิดอื่นๆจึงมีจำกัดเช่นกัน

4) Outcome measures การวัดผลลัพธ์ของการให้โปรแกรมส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ความสามารถในการจัดการความเครียด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างไรก็ตามโปรแกรมการจัดการตนเองควรมีการวัดผลลัพธ์หลายๆ ด้าน เช่น ความคุ้มทุน ผลลัพธ์เชิงนโยบาย เป็นต้นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองใหม่สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ว่าควรเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ปรับการทำ intervention จากรูปแบบเดิมมาเป็นในรูปแบบของการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ เช่น web-based, telephone-assisted มีการวัดผลลัพธ์ (outcomes) ที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ทางคลินิก และเชิงนโยบาย มากขึ้น ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และมีการวัดผลลัพธ์ทั้ง subjective และ objective ไม่ใช่แค่เพียง subjective อย่างเดียว

Bachmann-Mettler, I, Steurer-Stey C, et al.[45]ศึกษาผลกระทบของการจัดการรายกรณีเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาเนื้องอกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งหลังหนึ่งปีของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษาแบบสุ่มควบคุม

1. วัตถุประสงค์หลักเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้การให้การดูแลด้วยผู้จัดการรายกรณี 2.เป้าหมายรอง เป็นการศึกษา 1) ความสามารถในการทำงานตามที่บันทึกไว้ในวันที่ลาป่วย2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) การวางแผนการใช้ประโยชน์ในจากการบริการการดูแลสุขภาพ4) การปรึกษาหารือโดยไม่ได้วางแผน General practitioner/oncologist,

specialists and hospitalization) การวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด จำนวน 102คน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทดลองแบบควบคุมที่มีการสุ่ม

วิธีดำเนินการ

การทดลองครั้งนี้ทำเป็นการทดลองหลาย multicenterแบบ two arm rctคือ มีกลุ่มทดลองควบคุมแบบสุ่มและการดูแลตามปกติ กับการดูแลตาปกติบวกการจัดการกรณีผู้ป่วยทุกประเภทของโรคมะเร็ง ถ้าพวกเขาได้เสร็จสิ้นการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ / หรือรังสีรักษา / การผ่าตัดด้วย และคาดว่าจะมีเวลาในการอยู่รอด> 1 ปี มีตรวจสอบที่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ FACT G และมีการวัดความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างการจัดการตนเองและการรับรู้สมรรถนะด้วยตนเอง โดยใช้ Jerusalem &Schwarzer questionnaireมีการสอบถามความพึงพอใจ โดยใช้การประเมินผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ชื่อ 5 (PACIC-5A) จะเก็บรวบรวมข้อมูลที่จุดเริ่มต้นของ การทดลองและหลัง 3, 6 และ 12 เดือน เช่นกายภาพบำบัดเคลื่อนไหวทางกายภาพ / กีฬาคำแนะนำทางโภชนาการ) และ การสนับสนุนการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมให้ สอดคล้องกับ ความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยและเป็นปฏิบัติปัจจุบัน สามารถจัดได้ทั้งโดยการริเริ่มของผู้ป่วย และ / หรือการแนะนำโดยแพทย์) ไม่มีเป็น ข้อ จำกัด เกี่ยวกับการฟื้นฟูและการสนับสนุนตามมาตรฐานของการดูแลตามปกติที่ไม่มีอคติและขัดแย้งกับความต้องการส่วนบุคคลผู้จัดรายการกรณี (จะทำหน้าที่เป็นโค้ชฟื้นฟูสภาพ) จะเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เหมาะสมและให้การสนับสนุน และกำหนดมาตรการที่จำเป็น โค้ชให้คำแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยปรับเสริม และการเรียนการสอนและส่งเสริมการจัดการตนเองโดยผ่านความเชื่อในตัวเองความสำเร็จในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้นจิตสามารถ ความเข้มแข็ง

โดยมีรายละเอียดในการโค้ชดังนี้

1.การให้คำปรึกษาที่ 1

วิธีการการประเมินความต้องการ: การตั้งเป้าหมาย / การวัดเป็นไปตามมาตรฐาน ขั้นตอน (CM ควบคุมระบบ / การจัดการตนเอง) การให้ข้อมูลการพักฟื้น

วิธีการ: การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงบันดาลใจ มุ่งเน้น-การใช้ทรัพยากร เอาทำด้วยความใจใส่เพื่อได้รู้จักผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ บันทึกทางคลินิกของสถานการณ์โดยรวม อาการข้างเคียงผลกระทบของการบำบัด ทางจิตสังคมและสถานการณ์ ความทุกข์ จากการมีคุณภาพชีวิตลดลง ให้ข้อมูลที่กระจ่างกับผู้ป่วย ช่วยติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีข้อสงสัยและปัญหา

2 ให้คำปรึกษาครั้งที่สอง

พัฒนาโปรแกรมในการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษา: การจัดการกับอาการอื่น ๆ ที่จัดลำดับการนัดหมายการให้บริการ กลุ่มเพื่อนมะเร็ง กายภาพบำบัด การให้คำแนะนำทางโภชนาการ นักจิตวิทยาที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในกรณีที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้ ติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา

3.การให้คำปรึกษาครั้งที่สาม

ทำเหมือนครั้งที่สอง

4โทรศัพท์ติดตาม

อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน ครั้งละประมาณ 30 นาทีในช่วง 6 เดือนแรก
แลค่อยๆ ลดลงตามความจำเป็น จัดให้มีความพร้อมของการโค้ชในการฟื้นฟู
การประเมินผล เป้าหมายใหม่ที่เป็นไปได้ การวางแผน ให้การดูแลตามแผนการข้างบน
เนื้อหาในการพูดคุยทางโทรศัพท์
ประมวลผลลัพธ์ สรุปรายงาน ในการดูแลผู้ป่วย,GP/oncologist การให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้การจัดการตนเอง การติดต่อในกรณีที่มีปัญหากับผู้ป่วย

5.การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

เป็นการประเมินผล
และสรุปผลการสัมภาษณ์ทั้งหมด
ผลการศึกษา การบริหารจัดการรายกรณีได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ความท้าทายที่สำคัญของการศึกษานี้ คือ แพทย์จะเป็นคนเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้ามา ขณะที่ผู้ป่วย ไม่อยากรับรู้ปัญหานี้ในผู้ป่วยที่ได้รับ Oncology ผู้จัดการรายกรณี ส่วนใหญ่จะติดตามของตรวจคัดกรองมะเร็งที่ผิดปกติ และในการรักษาโรคมะเร็ง แต่ก็ยังไม่เป็นที่พบได้บ่อยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

Haggstrom DA, Taplin SH, Monahan P, Clauser S.[46] ได้ศึกษาการดำเนินการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผลในศูนย์สุขภาพชุมชนThe Health Disparities Cancer Collaborative (HDCC)ได้ดำเนินการนำหกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแบบเรื้อรัง (CCM) มาใช้ ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผล ในกลุ่มประชากรด้อยโอกาส 2003-05 The Health Disparities Cancer Collaborative (HDCC)ได้ดำเนินการนำหกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแบบเรื้อรัง (CCM) มาใช้ ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผล ในกลุ่มประชากรด้อยโอกาส 2003-05 การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจใน 19 ชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการสำรวจผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ, ผู้อำนวยการ, เจ้าหน้าที่การเงิน, เจ้าหน้าที่ด้านข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ทั่วไป The Health Disparities Cancer Collaborative (HDCC)ได้ดำเนินการนำหกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ใช้ ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผล ในกลุ่มประชากรด้อยโอกาส 2003-05 การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจใน 19 ชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการสำรวจผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ, ผู้อำนวยการ, เจ้าหน้าที่การเงิน, เจ้าหน้าที่ด้านข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ทั่วไป มีการวัดผลลัพธ์หลักคือการวัดการนำแบบการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ และ การปรับปรุงกระบวนดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระดับองค์กร
ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการทำงานขององค์กรและการทำงานเป็นทีมโดยรวมการดำเนินนำรูปแบบการดูแลเรื้อรังไปใช้ จะมีการกระบวนการทำงานขององค์กรดีกว่าศูนย์ที่ไม่มีการนำรูปแบบ

โรคเรื้อรังมาใช้ อย่างมีนัยสำคัญนอกจากนั้นยังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การส่งมอบบริการ การออกแบบระบบและระบบข้อมูลทางคลินิกองค์กรที่ดูแลสุขภาพในชุมชน ชุมชน **Haggstrom, Taplin, Monahan, and Clauser**[20]ลักษณะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีความร่วมมือคือกลุ่มควบคุมหลังจากมีการปรับแล้วกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลลัพธ์หลัก โดยดูกระบวนการขององค์กรและการทำงานเป็นทีม

รูปแบบการดูแลเรื้อรัง (CCM) มีการวัดทั้งหมด หกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (Wagner et al.) ประกอบไปด้วยดังต่อไปนี้ subscales เบื้องต้นแต่ละประกอบด้วยสององค์ประกอบ (1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (การตั้งเป้าหมาย การร่วมกันตัดสินใจ) (2) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (การให้การศึกษาผู้ป่วย การแจ้งเตือนผู้ให้บริการ) (3) การออกแบบการส่งมอบบริการ (บทบาทการออกแบบ, การออกแบบระบบการนัดหมาย), (4) ระบบข้อมูลทางคลินิก (ข้อเสนอแนะผลการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการและทีมงาน), (5) องค์กรที่ดูแลสุขภาพ (ความคาดหวังของผู้นำและการรับรู้) และ (6) ทรัพยากรของชุมชน (การวัดที่มีรายการเดียว)

Dingley C and Roux G.[14]ศึกษาบทบาทของความเข้มแข็ง ในคุณภาพชีวิตและการจัดการตนเองในสตรีผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งบทบาทของความเข้มแข็งภายใน คุณภาพของชีวิต และการจัดการตนเอง ตัวแปรหลักในทฤษฎีของความเข้มแข็ง ได้รับการตรวจ กับ ลักษณะประชากร และลักษณะทางคลินิกในผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง107 คน
ผลการศึกษาพบว่า ตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดของ คุณภาพชีวิต คือ อาการซึมเศร้า ความเข้มแข็งภายใน และระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยตามลำดับ ซึ่งทำนายได้ถึง 82%ของความแปรปรวนในคุณภาพชีวิต เมื่อ เอาตัวแปรที่สัมพันธ์กันออกพบว่า 64% ของความแปรปรวนในคุณภาพชีวิตได้รับการอธิบายโดย ความเข้มแข็งภายใน ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย โรคร่วม และความเข้มแข็งภายในเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุด และตัวทำนายที่มีอิทธิพลที่สุดสำหรับ การจัดการตนเองคือ อาการซึมเศร้า และความเข้มแข็งภายใน ที่มีถึง 17 เปอร์เซ็นต์สรุปได้ว่าการพัฒนาทฤษฎีและการสนับสนุน ความเข้มแข็งภายในจะช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. [47] ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับมะเร็งที่เป็นโรคเรื้อรังได้ด้วยการค้นหา วินิจฉัย และการรักษามะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้นโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการในการจัดการการดูแลตัวเอง เป็นสิ่งที่ท้าทายเพราะโรคมะเร็งที่ดูแลแบบผู้ป่วยเรื้อรัง ก็จะเป็นการต่อเนื่องที่ยาวนาน จากการป้องกัน ถึงการสิ้นสุดชีวิต เริ่มตั้งแต่ การ คนหาและตรวจเนิ่นๆ การวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนเมื่อรอดชีวิต ทำให้ผู้ให้บริการให้การดูแลในรูปแบบความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ให้บริการอื่น ๆ เช่นในระบบปฐมภูมิในการวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดการ

การดูแลตลอดอย่างต่อเนื่อง เป็นการทบทวนการวิจัยแบบสุ่มทดลองการควบคุมของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย ตั้งแต่การรักษา จนรอดและปั้นปลายของชีวิต นอกจากนี้ยังนำเสนอรูปแบบการดูแลเรื้อรังเป็นรูปแบบการดูแลในการดูแลรักษาผุ้ป่วยมะเร็งที่จะช่วยในการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในการเขาสู่กระบวนการการจัดการตนเอง

ผลการศึกษา

มีงานวิจัยเหลือ 16 เรื่อง ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้แยกแยะองค์ประกอบของโปรแกรมตามการดูแลอย่างต่อเนื่องดังนี้ 1) การจัดการตนเองในระหว่างการได้รับการรักษา (SM during treatment) 2) การจัดการตนเองภายหลังการได้รับการรักษา (SM during post-treatment phase) 3) การจัดการตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต SM at the end of life

1. การจัดการตนเองในระหว่างการได้รับการรักษา (SM during treatment)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคมะเร็งเช่น เคมีและรังสีบำบัดเมื่อแพทย์เห็นว่ามีความปลอดภัยเพียงพอก็จะมีการนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกผู้ป่วยนอกที่จะเป็นที่ส่งมอบบริการการดูแลการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยจะเข้าร่วมการจัดการดูแลตนเองในเรื่องผลจากการรักษา ในระหว่างที่มาติดตามการรักษาโดยโปรแกรม จะมุ่งเน้นการส่งเสริมการให้กำลังใจผู้ป่วยในการเข้ามามีบทบาทในการป้องกันผลจากเรื่องเคมีบำบัด หรืออาการจากโรค

1.1 การจัดการอาการโดยใช้โปรแกรม The PRO-SELF Program(10) ที่ออกแบบมาโดยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งเพื่อจัดการอาการที่เกิดจากเคมีบำบัดเช่น การเกิดแผลที่ปาก เช่น คลื่นไส้และอาเจียนและการติดเชื้อ แม้ว่าการทดลองไม่ได้แสดงว่าผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแต่แสดงถึงแนวโน้มไปทางบวกในการทดลองครั้งแรกแต่ครั้งต่อมามีการทดลองอีกครั้งที่ให้กำลังใจผู้ป่วยในการประเมินความเจ็บปวดของตนเองที่จะใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสม around-the-clock เพื่อควบคุมความเจ็บปวดผลการศึกษาครั้งนี้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถใช้ยาแก้ปวดได้อย่างเหมาะสม

1.2 นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการตนเองยังสามารถ บริหารจัดการทางด้านจิตใจ อารมณ์และผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ของการให้การดูแลโดยใช้ self-help intervention protocol (SHIP)ใน ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในการเพิ่มความรู้เรื่องมะเร็ง การพัฒนาการแก้ปัญหา การลดความคิดเชิงลบ การส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กับทีมสุขภาพ ลดความไม่แน่นอน ผลการศึกษาพบว่า มีการเพิ่มระดับการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนแองการปรับตัวด้านจิตใจ ความเชื่อมั่นในความรู้โรคมะเร็ง ($p = \leq .003$) โดยเชื่อว่าการที่โปรแกรมได้ผลเพราะมีการใส่องค์ประกอบของทักษะการแก้ปัญหา และช่วยเหลือตนเอง เป็นผลให้นักวิจัยได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ในช่วงต้นเรื่องการจัดการอาการทำให้ช่วยลด ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด การคลื่นไส้อาเจียน ($p = 0.04$) ที่เกิดในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซึมเศร้า

1.3 การจัดการตนเองทำให้เกิดการฟื้นตัว ด้านร่างกาย จิตใจ ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัด มีการศึกษาผลกระทบของการพยาบาลตามมาตรฐาน (nursing intervention protocol: SNIP) โดยใช้

พยาบาลปฏิบัติขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด เพื่อดูการฟื้นตัวด้านภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และการฟื้นตัวด้านจิตใจโดยการให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ประกอบด้วย

1) การประเมินผลทางคลินิก clinical assessments

2) ตรวจสอบของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น(monitoring of potential complications)

3) การสอนทักษะที่ซับซ้อนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่บ้านเพื่อให้พวกเขาในการจัดการการดูแล ตัวเอง(teaching complex skills to patients and families at home in order for them to manage their own care)

4) การประสานงานทรัพยากรเพื่อตอบสนองของความต้องการ

ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ผลพบว่า การพยาบาลตามมาตรฐานสามารถเพิ่มการอยู่รอดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัย สำคัญ (p = 0.0001)

1.4 บทบาทของพยาบาลในการส่งมอบการดูแลจะให้ผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยทางบวกได้แก่การศึกษาของ **Given C, Given B, et al.** [42]โดยใช้โปรแกรมpsycho-educationalและ behavioral ด้วยการให้การดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยและอาการ โดยจะสามารถลดความรุนแรงของทางกายภาพและอาการทางจิต ในตลอดระยะเวลาที่ให้คำปรึกษาและการสนับสนุน พยาบาลจะส่งมอบการดูแลที่เป็นมาตรฐาน การใช้เทคนิค การแก้ปัญหาในการส่งเสริมการจัดการอาการ ในการศึกษาพบว่า การลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.01) (16)) ต่อมาการศึกษาของ Given et al.(16 พัฒนาเป็นโปรแกรมการช่วยเหลือของพยาบาลในการจัดการอาการ (nurse-assisted symptom management protocol:NASM)โดยใช้โทรศัพท์อัตโนมัติช่วยในการจัดการ (automated-telephone symptom-management protocol :ATSM) โดยโปรแกรมอัตโนมัติสามารถโดยให้รายละเอียดเรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ มีชุดการจัดการอาการ เครื่องมือจัดการกับอาการ (Symptom Management Toolkit :SMT) ซึ่งประกอบด้วยกลยุทธ์การจัดการอาการที่ใช้ที่บ้าน เพื่อป้องกันอาการที่เกิดขึ้น จากการให้เคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่ใช้พยาบาลช่วยและการใช้โทรศัพท์อัตโนมัติสามารถลด ความรุนแรงชองอาการได้ อย่างมีนัยสำคัญ

1.5 โปรแกรม ที่จะจัดการกับความทุกข์ทรมาน ในญาติ เช่น โปรแกรม the Enhancing Connections Program (EC)นั้นออกแบบมาเพื่อจัดการกับแม่ที่มีลูกเป็นมะเร็งและมีปัญหาการปรับตัว ในเด็ก วัยเรียน เพื่อช่วยให้แม่มี ความเชื่อมั่น มีทัศนคติทางบวก มีพฤติกรรมส่งเสริมให้กำลังใจในการปรับตัวในเด็ก โดยโปรแกรม EC จะช่วยลด ซึมเศร้า (p = 0.03) ความวิตกกังวล (p = 0.02) และความมั่นใจในตนเอง (p = 0.006) ปรับตัวดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บิดาและมารดายังมีรายงานการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในเด็กของพวกเขา มารดา บิดา รายงานว่าบุตรตัวเองรายงานปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและความกังวลในโรคมะเร็งน้อยลง (p = 0.04)

นอกจากนั้นยังมีโปรแกรมที่ชื่อ FOCUS (family involvement, optimistic attitude, coping, effectiveness, uncertainty reduction, and symptom management) มีการทดลองโปรแกรมโดย

เปรียบเทียบกับโปรแกรมที่ไม่ได้มีญาติเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยโปรแกรม FOCUS จะช่วยชี้แนะ และสนับสนุน และสอนผู้ป่วย ในโปรแกรม FOCUS พยาบาลจะแนะนำ สนับสนุน สอนผู้ป่วยและญาติในการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเปิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อจัดการกับความไม่แน่นอน เพื่อรักษาความหวัง และกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการอาการ พบว่า ผู้หญิงที่เข้าโปรแกรมนี้ จะหมดหวัง (p=.002) มีความคิดการประเมินเชิงลบ ลดลง(p=.04) น้อยลง อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแล รายงานความคิดการประเมินเชิงลบ น้อยลง

2. การจัดการตนเองภายหลังการได้รับการรักษา (SM during post-treatment phase)

การจัดการตนเองหลังการรักษา หลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงถึงการเปลี่ยนผ่านเพราะผู้ป่วยรอดชีวิตจาการรักษาโรคมะเร็ง ความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนไป แต่จะต้องมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอแต่ไม่มาก ความเข้าใจในสัญญาณและอาการของการเกิดซ้ำของโรคและการปรับตัว เข้าสู่บทบาทเดิมเป็นสิ่งจำเป็น การต้องจัดการกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เพื่อที่จะลดผลกระทบทางลบ ต่อคุณภาพชีวิต

2.1 โปรแกรม psycho-educationพบว่าการให้ โปรแกรม psycho-educationเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดโปรแกรมได้ออกแบบมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีการการปรับปรุงเรื่องอาการ ที่จะปรับปรุงความเหนื่อยล้าและพลังงานและ ความทุกข์ทรมานจากมะเร็งผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม จะมีความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งลดลงอย่างมีนัยสำคัญน้อย (p = 0.037) โดยวัดจาก SF-36 subscale ของสุขภาพจิต และ CESD ที่เดือนที่หก อย่างมีนัยสำคัญ

2.2โปรแกรม Taking Charge เป็นโปรแกรมที่เน้นการจัดการตนเองบนพื้นฐานของหลักการธรรมชาติช่วยให้กลุ่มของผู้หญิงที่มีอยู่เป็นมะเร็งเต้านมและเอาชนะความกังวลที่เกี่ยวข้องกับเมื่อการรักษาสิ้นสุด ซึ่งจะเน้นการจัดการภายหลังมีประสบการณ์หลังการรักษา หลักฐานที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่า การมีชีวิตที่มีสุขภาพดี ภายหลังการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญ ได้ศึกษาถึง ผลของการให้โปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย จะช่วยลด การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญ (p=≤.02). และยังพบว่าผู้หญิงที่มีอายุมากในการศึกษาเพิ่มความถี่รายสัปดาห์และระยะเวลาของการออกกำลังกาย (p = ≤.04)

3. การจัดการตนเองในช่วงสุดท้ายของชีวิต SM at the end of lifeความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่อาศัยอยู่กับโรคมะเร็งในระยะลุกลามที่ใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต จะมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์จาการรักษาและการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายในการพูดคุย ไม่ว่าจะพูดคุยเกี่ยวกับหรือกระทำในความกังวลทางอารมณ์และจิตวิญญาณ

3.1 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่บ้าน หรือในหน่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ต่อคุณภาพชีวิต และ การพึ่งพาของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ด้วยโปรแกรมการดูแลที่บ้าน

ด้วยพยาบาลที่ปฏิบัติขั้นสูง เป็นผู้ที่ให้คำปรึกษา และให้การดูแล เกี่ยวกับการจัดการอาการ การทำกิจกรรมทางกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และสังคม ผลการทดลองพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะมะเร็งที่ลุกลามผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ด้วยโปรแกรมนี้จะมีความทุกข์ทรมานน้อยลง p = 0.03) และไม่ต้องพึ่งพามากขึ้น (p = 0.02) กว่าผู้เข้าร่วมในกลุ่มการดูแลตามปกติ

3.2 โปรแกรมของสหสาขาวิชาชีพที่มีโครงสร้างการกำหนดเป้าหมายห้า โดเมนคุณภาพชีวิต (องค์ความรู้ อารมณ์ ทางกายภาพ สังคมและจิตวิญญาณ)ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการฉายรังสี โดยโปรแกรมในแต่ละsession จะตอบคำถามในองค์ประกอบ ของการจัดการตนเอง 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (taking charge) 3) การแก้ปัญหา 4) การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ 5) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6) การจัดการตอบสนองทางอารมณ์และจิตวิญญาณ ผลการทดลองพบว่าภายหลังโปรแกรม สี่สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคมที่มีคุณภาพชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญp=.046). และการติดตามถึง 6 เดือน พบว่าผลการทดลองมีความคล้ายคลึงกัน

3.3 โปรแกรมENABLE (Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends)

จะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามรายใหม่ โดยให้การดูแลโดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ต่อ คุณภาพชีวิต ความรุนแรงของอาการ ภาวะซึมเศร้า การใช้บริการสุขภาพ โปรแกรม ประกอบด้วย การเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นโค้ช และ educator ซึ่งจะอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการ การตัดสินใจในการรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร กับทีมสุขภาพ ผลพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (p=.02), มีภาวะซึมเศร้าน้อยลง (p=.02), อาการรุนแรงลดลง(p = 0.06) และการใช้บริการ ดูแลสุขภาพ (p = 0.14, วันนอนในโรงพยาบาล, การมาห้องฉุกเฉิน p = 0.53)

สรุป มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นว่าการจัดการตนเองมีประโยชน์ต่อทุกระยะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็ง สามารถ ส่งผลกระทบทางบวกต่อความทุกข์อาการ ความไม่แน่นอน การแก้ปัญหา การสื่อสารและคุณภาพชีวิตทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดการของ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในทางที่สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวโปรแกรมการดูแลต่างๆ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานและการปฏิบัติในองค์กรที่เชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและปรับปรุงการดูแล ซึ่ง Wagner ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปี 1990 ที่จะช่วยให้เพิ่มและมีการปรับปรุงคุณภาพการดูแล ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

การที่รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื่องจาก การที่ CCM มีทั้งหมด หกองค์ประกอบ คือ SM support, delivery system design, decision support, clinical information systems, health care organization, and community Resources เมื่อทำให้ทุกองค์ประกอบทำงานอย่างต่อเนื่องกัน จะทำให้เกิดการ มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและพร้อมที่จะ

ดูแลตนเอง ในอีกทางจะทำให้เกิดการเตรียมพร้อม ที่ดีและเกิดการการทำงานเชิงรุกของทีมทำงาน ดังนี้

1.การมีปฏิสัมพันธ์ (Productive interactions) การมีปฏิสัมพันธ์กันทำให้ผู้ป่วยได้รับตามวามต้องการและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเป็นระบบตามแผนที่วางไว้ โดยจะเกิดขึ้นได้ผู้ป่วยต้องเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการ สุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีข้อมูลและมีทักษะในการดูแลตนเอง และมีการตั้งเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองเป็นลำดับ

2.**การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย (Enabled and empowered patients)**
เกิดขึ้นได้เพราะ
2.1) การทำงานที่อาศัยความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ที่จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยที่มีข้อมูล มีทักษะและความเชื่อมั่นที่จะมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง จะเป็นบุคคลที่มีความสามารถ ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองต้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วยความมั่นใจ การทำให้เกิดเช่นนี้ต้องเป็นการทำงานที่อาศัยความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ที่จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในการพัฒนา การกระทำที่มีเหตุผล วางแผนที่จะบรรลุเป้าหมายเหล่านั้น และระบุลักษณะของแผนว่าที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถในการจัดการตนเอง

2.2 ผู้ป่วยจะต้องมีการลำดับสิ่งที่ต้องการ ทรัพยากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้อง รวมอยู่ในแผนการดูแลและต้องได้รับการสนับสนุน

2.3 การจัดการสนับสนุน เนื่องจากหลักสูตรบางครั้งมีเวลาจำกัด การอำนวยความสะดวกบางครั้งทำโดยกลุ่มเพื่อน หรือ มืออาชีพ ที่จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ ของผู้ป่วยที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตัวเองเพื่อควบคุมโรค อย่างไรก็ตามการที่จะคงไว้ซึ่งการสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีวามเหมาะสม ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนตลอดและอย่างต่อเนื่องตลอดความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.4 ทักษะการสื่อสารที่ดี

ควรมีการเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ดี เข้าไปในโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการทำโปรแกรม วิธีMotivational Interviewing (MI) หรือการทำโปรแกรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT)สิ่งต่างๆ เหล่านี่เป็นสิ่งที่ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว

3. การเตรียม ทีมที่มีความพร้อมในการทำงานเชิงรุก(Proactive and prepared practice teams)

3.1 ทีมปฏิบัติจะต้องมีการเตรียมและทำงานเชิงรุก

โดยจะต้องบูรณาการการปฏิบัติตามหลักฐานลงไป และมีการเตือนเข้าไปใน การใช้ clinical decision-making การทำงานแต่ละครั้งต้องมีการอ่านข้อมูลของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเยี่ยมผู้ป่วย มีการทบทวนเป้าหมายของผู้ป่วย ในระหว่างการเยี่ยมเพื่อตัดสินการให้บริการแก่ผู้ป่วย มีการพัฒนาวางแผนการดูแล ร่วมกัน มีการมอบหมายงานในทีมให้ชัดเจนเพื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการเหล่านั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการอบรม

3.2 การติดตามเชิงรุก

การจัดการดูแลเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพยังขึ้นอยู่กับการติดตามเชิงรุกโดยทีมที่ปฏิบัติให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยแต่ละคนและเป้าหมายที่ตั้งไว้ และตามความชอบ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาและมีโอกาสที่จะมาห้องฉุกเฉิน ควรมีการติดตามด้วยความถี่มากและต้องใช้ care manager ที่ทำด้วยบุคลากรที่เป็นวิชาชีพ เช่น พยาบาล clinical pharmacist รวมทั้งต้องมีการประเมิน การจัดการเรื่องยา(medication management) การสนับสนุนการจัดการตนเอง(self-management support)

รวมทั้งการประสานงานการดูแลต่างๆ (care coordination) การปรับปรุงการดูแลจะต้องมีการตระหนักถึงการไม่เชื่อมต่อของบริการการดูแลต่างๆ

4. การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง (A practice home for patients with cancer)

การดูแลโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดต้องมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทีมงานการปฏิบัติที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยต้องมี แนวทางและการสนับสนุนผู้ป่วยต่อเนื่องในการดูแลโรคมะเร็ง เป็นเรื่องที่ซับซ้อน การดูแลที่มีความซับซ้อนนี้ จะต้องได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการดังนั้นการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบ ที่จะช่วยอำนวยความสะดวก ที่จะทำให้เกิดการดูแลที่สอดคล้องกัน โดยการดูแลต้องมีการผ่านการประสานงานของการดูแลที่มี primary care provider เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องกาเชิงป้องกัน โรคร่วมต่างๆ ได้รับการจัดการหรือโค้ช ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้นำทางให้ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการดูแลรักษาและให้ข้อมูล การฝึกอบรมทักษ ะการสนับสนุนทางอารมณ์ และบริการอื่น ๆ

5.การมีแผนการดูแลร่วมกัน (Collaborative care plans)

ผู้ป่วยที่เป็น แชมเปี้ยน จะสามารถปฏิบัติตนที่บ้านได้ทั้งๆที่บางครั้งดูเหมือนเป็นไปไม่ได้ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งแผนการดูแล ทำให้การที่ผู้ป่วยจัดการตนเองเป็นไปได้ เพราะการมีแผนการดูแลเป็นการเชื่อมผู้ให้บริการและผู้ป่วยเข้าด้วยกัน แผนการดูแลที่พัฒนาร่วมกันทำให้ผู้ป่วยทราบและให้มีการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ทำให้มีการประสานแผนการดูแลที่ดี การวางแผนการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของทีมการเยี่ยมบ้าน และที่สำคัญต้องทำแผนการดูแลให้เป็นปัจจุบัน

สำหรับที่ผ่านมา 30 ปี Stanford Patient Education Research Center มีการพัฒนาและประเมินโปรแกรมที่มีชุมชนเป็นฐานและยังมีโปรแกรมเล็กๆ ที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ได้แก่ Macmillian Trust ในประเทศอังกฤษ on-line program ที่พัฒนาโดยมหาลัยฮาวาย โดยโปรแกรมทั้งสองเป็นโปแกรมสำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ข้อ จำกัด ที่สำคัญในการทำให้เกิด การจัดการตนเองและการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้คือ ขาดโปรแกรมที่เป็นภาษาที่ใช้ง่ายๆ การพัฒนาโปรแกรมที่สามารถชี้ได้หลายวิชาชีพ และเป็นที่เข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ รวมทั้งขาดชุดการสอนการจัดการตนเองในผู้ป่วยและครอบครัว

vanWeert E,Hoekstra-Weebers JEHM, et al.[48]ได้ทำการศึกษาการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) เนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นปัญหาทางกายภาพที่ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่พบ

2) ศึกษาเพิ่มเติมถึงหลักฐานที่มีอยู่ในการส่งมอบบริการของโปรแกรม

3) เป้าหมายสุดท้ายคือ การพัฒนาเนื้อหาโปรแกรมและการจัดส่งมอบบริการตามหลักฐานทางสุขภาพที่ดีที่สุด การจัดการตนเองและ / หรือสมรรถนะแห่งตนหลังใน การเสริมสร้างเทคนิคที่นำไปสู่การยอมรับ การยึดมั่น ในการมีกิจกรรมทางร่างกาย

ผลการศึกษา

หลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แตกต่างกันและการเพิ่มขึ้นเมื่อย้ายจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (RCT ระดับ), ความเมื่อยล้า และบทบาททางกายภาพทำงานความจุแอโรบิก (ที่ระดับเมตา-analysis) ขนาดผลกระทบสำหรับความจุแอโรบิกอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่ขนาดของผลกระทบ สำหรับการทำงานที่เมื่อยล้าและบทบาททางกายภาพเป็นศูนย์และ / หรือขนาดเล็ก พบว่าบางการศึกษามีจุดอ่อนด้านวิธีการและระเบียบวิธีวิจัย หลายของการศึกษามีข้อบกพร่องวิธีการอย่างมีนัยสำคัญ มี บางหลักฐาน จากการวิเคราะห์เมตา ที่โปรแกรมมุ่งเน้นการจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองและต่อสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และต่อ ความยึดมั่นในโปรแกรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายในภายหลังหลักฐานเชิงประจักษ์ได้สนับสนุนผลในเชิงบวกของ การออกกำลังกายต่อความสามารถในการออกกำลังกายในระหว่างและหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาโรคมะเร็ง, ผลกระทบสำหรับความเมื่อยล้าและบทบาทของการทำงานไม่ชัดเจน แต่จะมีผลที่ดีต่อของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานบางอย่างที่สนับสนุนผลในเชิงบวกของ โปรแกรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองโปรแกรมเสริมสร้างต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ, การออกกำลังกายการยึดมั่นและพฤติกรรมการออกกำลังกายในภายหลัง

ลักษณะของโปรแกรม การออกกำลังกายที่ทบทวนได้

1.เนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โปรแกรมการออกกำลังกายภายใต้การดูแลประกอบไปด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 4 เรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อ เป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละบุคคลคือ 1)การปรับปรุงความสามารถด้าน แอโรบิก2)เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3) การลดลงของความเมื่อยล้าและ 4) การปรับปรุง ในการทำงานของร่างกายโดยเนื้อหาทั้งสี่เรื่องของการออกำลังกายในแต่ละครั้ง จะต้องประกอบไปด้วย การฝึกอบรมการออกกำลังกายแอโรบิกและการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย

2.การฝึกร่างกายที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลต่อการมุ่งเน้นไปที่ปัญหาของ ผู้ป่วย

3. การส่งมอบบริการการฝึกอบรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง อาจเป็นการสอนรายบุคคลหรือสอนเป็นกลุ่ม ที่อาจมีประโยชน์ต่อผลลัพธ์สุขภาพ ในการส่งมอบบริการตลอดโปรแกรม ต้องมีการออกกำลังกายเป็นบุคคลและเป็นกลุ่มซึ่งสามารถนำไปสู่เป้าหมายของแต่ละบุคคลได้ โดยโมดูลส่วนบุคคลต้องได้รับการปรับให้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคลส่วนโปรแกรมที่เป็นกลุ่มทำให้เกิด การฝึกการออกกำลังกายกายแบบแอโรบิก และทำให้เพิ่มความทนทานโปรแกรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความตื่นตัวทางสรีรวิทยาจะช่วยเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย ในการฝึกฝน

4.ในโปรแกรมการออกกำลังกายการมีการเตรียมร่างกายทำให้ ทราบว่าทุกคนสามารถจะเข้าสู่การฝึกได้ ช่วยทำให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน

5.การชักชวนด้วยคำพูดโดยผู้ฝึก จะช่วยเป็นกำลังใจในการที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมในกิจกรรมการอบรม นอกจากจะใช้กลไกทางทฤษฎีแล้วจะต้องมีการผสมผสาน หลักการ6 ระยะ ของกระบวนการจัดการตนเองเข้าไป ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายร่วมกัน

6.ทฤษฎีที่ใช้ ทฤษฎี self-regulation theory, Banduras' social efficacy Theory ,Leventhal's common sense model.

Chatwin J, Closs J, Bennett M.[49]ได้ศึกษาทบทวนความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งโดยร่วมศึกษาในแง่มุมของเจตคติ และกลยุทธ์การจัดการตนเองโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุโดยพบว่าความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในบทความนี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะในผู้สูงอายุ ในประเด็นหลัก สามประเด็น เจตคติในการจัดการความเจ็บปวด ในการใช้ยาแก้ปวด การใช้ประโยชน์จากกลยุทธ์การจัดการความเจ็บปวด โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุโดยพบว่าความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในบทความนี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะในผู้สูงอายุ ในประเด็นหลัก สามประเด็น เจตคติในการจัดการความเจ็บปวด ในการใช้ยาแก้ปวด การใช้ประโยชน์จากกลยุทธ์การจัดการความเจ็บปวด แม้ว่าเราจะทราบถึงประสิทธิผลของยาแก้ปวดแต่ไม่มีมีข้อมูลเกี่ยวกับประสบการในการมีส่วนร่วมในการรักษาในแต่ละบุคคล เป็นสิ่งสำคัญเพราะสังคมจิตวิทยาและปัจจัยทางวัฒนธรรมสามารถ มีอิทธิพลอย่างมากต่อการ ความเจ็บปวด ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความเจ็บปวดส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมด้วยยา อาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมาจากหลายสาเหตุ และความเจ็บปวดทำให้เกิดความซับซ้อนของโรคที่จะเกิดกับความเจ็บป่วยของวัยชราพบว่ากลยุทธ์การจัดการตนเองที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อ ช่วยควบคุมความเจ็บปวด โดยจะให้ความสำคัญกับปัจจัยที่จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจพบว่ากลยุทธ์การจัดการตนเองที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อ ช่วยควบคุมความเจ็บปวด โดยจะให้ความสำคัญกับปัจจัยที่จะมีส่วนช่วยในการตัดสินใจครอบคลุมกลยุทธ์การปฏิบัติที่ใช้ และปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาและการใช้แพทย์ทางเลือกการบริหารยาความเจ็บปวดด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุชอบ นอกจากนั้นยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะมีส่วนสนับสนุนในการจัดการตนเอง

Cockle-Hearne J and Faithfull S. [38]ได้ทบทวนวรรณกรรม ประเมินการพัฒนาการดูแลตนเองที่ดีที่สุด เพื่อการจัดการตนเองในการตอบสนองความต้องการในผู้ชาย ที่รอดชีวิตจาก มะเร็งต่อมลูกหมาก

ผลการศึกษา ประชากรกลุ่มเป้าหมายต้องการและการส่งเสริมแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมและการรักษาความยึดมั่นในโปรแกรม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเกิดขึ้นในการสร้างความมั่นใจผลลัพธ์สุขภาพทางบวกทั้งความต้องการและแรงจูงใจเป็นแนวคิดที่มีหลายองค์ประกอบซึ่งต้องได้รับการ ระบุ ประเมิน คำแนะนำต้องได้รับการระบุไว้ในส่วนที่เกี่ยวกับการออกแบบการส่งมอบบริการ กลไกทางทฤษฎี สำหรับการเปลี่ยนแปลง รูปแบบของการส่งมอบและประเด็นการอำนวยความสะดวก

Hammer MJPDCRN, Ercolano EADRNA, et al.[50] ทบทวนวรรณกรรมการทบทวนวรรณกรรมนี้เป็นการประเมินการให้การดูแลที่ทำโดยพยาบาล นักวิจัยในการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งโดยใช้ คำสำคัญคือ "อาการการบริหารจัดการและโรคมะเร็ง " "การจัดการตนเองและมะเร็ง " และ " การดูแลตนเองและโรคมะเร็ง"

การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็งบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งและมีชีวิตรอดในระยะยาว ได้จัดว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีความท้าทายในการดูแลสุขภาพจำนวนมาก โดยเฉพาะเรื่องอาการซึ่งจะเป็นภาระหนักและเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยก่อนในหลายปีหลังจากได้รับการรักษา ความรุนแรงของอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบบทความทั้งหมด 46 บทความ ที่มีลักษณะการให้การทดลอง 3 ลักษณะการทดลอง ศึกษาและ / หรือการให้คำปรึกษา การออกกำลังกายและการรักษาเสริมและทางเลือก ผลลัพธ์ที่ได้ ส่วนใหญ่จะเน้น

1) การจัดการอาการ 2) ภาวะการทำหน้าที่ 3) คุณภาพชีวิต

มีการศึกษาสามประเภทที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ การจัดการศึกษา การให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโดยงานวิจัยที่พบมีดังนี้

-การให้คำปรึกษาส่วนบุคคล ทางโทรศัพท์ (n = 26)

-การออกกำลังกาย (n = 17)

- แพทย์ทางเลือก(CAM) therapies (n = 5)

-มีสามการศึกษาที่ให้กิจกรรมการทดลองเป็น สองแบบ คือ 1) การออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อการจัดการอาการ และอีกกลุ่มหนึ่งก็เน้น เรื่องของ การออกกำลังกาย การแก้ปัญหา และกระบวนการปรับตัว(Faithfull et al2011)การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งเต้านมรวมกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งรังไข่ มะเร็งผิวหนัง และmultiplemyelomaนอกจากนั้นยังมีบางการศึกษา พบว่าการออกกำลังกายจะช่วยในการรักษา lean body mass หรือการควบคุมน้ำหนัก แต่บางการศึกษายังพบว่าไม่มีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก มวลของไขมัน ระหว่างผู้ที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกาย ซึ่งโปรแกรมการออกกำลังกายนี้ จะเป็นprogressive weight-loaded walking program ที่จะเพิ่มระยะเวลาการเดินตั้งแต่ 10-45 นาที ต่อ session ซึ่งหากเปรียบเทียบกับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งพบว่าในการศึกษาเหล่านี้ มีประโยชน์กับผู้ป่วย ในการศึกษาอื่นๆ แสดงให้เห็นความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต

1. การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา (Educational and/or Counseling Sessions)

มีการให้การศึกษาและคำแนะนำหลายประเภทที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ลักษณะที่พบร่วมกันเหมือนๆ กัน คือ ลักษณะเป็นโปรแกรม การใช้สติปัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (cognitive-behavioral-type therapies) ที่เน้น การรับรู้ พฤติกรรม และความเชื่อในการที่จะสามารถควบคุมเหตุการณ์ หรือจะเป็นโปรแกรมที่เป็นจิตศึกษา การแก้ปัญหา

การศึกษาส่วนใหญ่ของการศึกษาสอนที่ตัวบุคคลหรือผ่านโทรศัพท์ให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้กิจกรรมการดูแล แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันเนื้อหาของการให้การทดลองจะแตกต่างกันไปแม้ว่าจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยลักษณะของวิธีการให้จะมีหลายแง่มุม (Multifaceted)จะรวมถึงความตระหนัก การประเมินประสบการณ์การมีอาการ การเลือก การให้การดูแล การประเมินประสิทธิผลความคุ้มค่า กำหนดกิจกรรมต่างๆ การอนุรักษ์พลังงานการปรับตัว / การแก้ปัญหา / การตัดสินใจผู้ที่จะต้องติดต่อด้วย / การให้ข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพการใช้เทคนิคการผ่อนคลายสุขอนามัยการนอนหลับความสมบูรณ์ด้านจิตใจตัวอย่างทั่วไปในผู้ป่วย

จะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการจัดการอาการอ่อนล้า ผ่านขั้นตอน 1) วิธีการเป็นแกนแทรกแซงเน้นการช่วยให้ผู้ป่วย การจัดการความเหนื่อยล้าผ่านขั้นตอนของ (1) ให้ตระหนักถึงการรับรู้ของความเหนื่อยล้า 2) การใช้ความหมายกับความเหนื่อยล้า; (3)บันทึกอาการอ่อนล้ากับ ความเมื่อยล้าและที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ; (4) การใช้กลไกการปรับตัว เช่น การทำให้ไขว้เขว การจัดตารางเวลา การจัดตารางงาน และ (5) การกำหนดเป้าหมายโปรแกรมการให้การศึกษา และในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองมีอาการ และ มีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการใช้ Cognitive-behavioral therapy เทคนิค เพื่อ ความต้องการในการอบรมในการส่งมอบบริการการดูแลเช่น

การศึกษาของ Byma E, Given B, Given C, You M.[51]ได้เพิ่ม องค์ประกอบของ การเรียนรู้การให้การทดลองแบบ cognitive-behavioral intervention เพื่อเพิ่ม การรับรู้ในการการควบคุมอาการ การเพิ่มการประเมินสถานการณ์ และการตอบสนองพฤติกรรมการศึกษาทั้งหมดใช้แสดงให้

เห็นถึง การจัดโปรแกรม การเรียนรู้และ วิธีการศึกษา แสดงให้เห็น ผลเชิงบวกงานวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการอ่อนล้าไม่พบความสำคัญแต่พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น

1.Exercise

การออกกำลังกายสำหรับการจัดการกับอาการ การทำหน้าที่ของร่างกายและ คุณภาพโดยรวมของชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการออกกำลังกายได้รับการทดสอบในหลายการศึกษาจำนวนมาก การศึกษาที่ทบทวนส่วนใหญ่เป็นการเดินออกกำลังกายยกเว้นการศึกษาของ Schwartzและ คณะ(2000; 2001; 2002)ที่ใช้การเดิน 12 นาทีเพื่อทดสอบความทนทานในการเดินโดยวัดก่อนและหลังการออกกำลังกายแอโนบิค อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายแบบแอโรบิคไม่ได้มีการอธิบายไว้

Faithfull et al[37]ยังได้ทำการออกกำลังกายpelvic floorในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากพบว่าทำให้การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะดีขึ้น ช่วยลดการถ่ายปัสสาวะบ่อยๆ และยังมีการศึกษาการนั่งออกกำลังกายในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า มีผลข้างเคียงลดลงจากการศึกษาที่พบโดยส่วนใหญ่พบว่าการออกกำลังกายทำให้อาการอ่อนล้าลดลง ซึ่งพบว่าการพักไม่ทำให้อาการอ่อนเพลียไม่ได้ลดลงจากเดิม แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการออกกำลังกายทำให้อาการอ่อนล้าลดลงได้ถึง 69% และจาการการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่าการจัดการอาการอ่อนล้าด้วยการออกกำลังกาย จะดีขึ้น 100 เปอร์เซ็นต์นอกจากนั้นโปรแกรมการออกกำลังกายจะใช้ในการควบคุม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อาการคลื่นไส้อาเจียนอาการอื่น ๆ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง แม้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายในการศึกษาเหล่านี้มีความแตกต่างกันบ้าง และต้องทำควบคู่กับกิจกรรมอื่นๆ บางครั้งจึงทำให้ยากในการที่จะประเมิน ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว และการออกกำลังกายมีประโยชน์ในการจัดการอาการ และการทำหน้าที่ทางร่างกาย

2.การรักษาเสริมและการรักษาทางเลือก

ความก้าวหน้าในการแพทย์ตะวันตกมีการปรับปรุงการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมหาศาล แต่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงทำให้แพทย์ทางเลือกมีประโยชน์มาก และเป็นที่ยอมรับ การรักษาที่ผสมผสานและการใช้แพทย์ทางเลือกการใช้สมุนไพรที่หลากหลาย การใช้เทคนิคการรักษาโดย แพทย์แผนตะวันออก การใช้เทคนิคการจัดการตนเอง การแสวงหาผู้ให้บริการ เช่น การกดจุดในการศึกษาของ ยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีการกดจุดมีความล่าช้าและ ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนลงและพบว่าในกลุ่มที่เป็นมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด จะมีอาการอ่อนล้าและ มีกิจกรรมทางร่างกายเพิ่มขึ้น จากการที่ได้รับการกดจุดการให้การดูแลที่ไม่ invasive เข้าไปในร่างกาย ได้แก่การ ใช้สิ่งแวดล้อมในการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การจัดการอาการอ่อนล้า ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ไม่มีรายงานว่าช่วยบรรเทาอาการต่างๆ แต่มีรายงานว่า ทำให้ เกิดประสบการณ์ที่ดีในการให้เคมีบำบัดสิ่งที่สำคัญ การออกกำลังกายในทุกรูปแบบส่งผลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยไม่มากก็น้อย

ในการศึกษาการออกกำลังกายทั้งหมด จะรวมถึงการให้การศึกษา การให้คำปรึกษา เป็นองค์ประกอบผู้ป่วยควรได้รับการให้คำปรึกษาช่วยเหลือ

ผลลัพธ์ที่วัดการวัดผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของ การรายงานตนเอง มีการศึกษาเป็นจำนวนน้อยที่ศึกษาเรื่อง maximum oxygen consumption, bone mineral density, biomarker, caloric or energy expenditure, ปริมาณปัสสาวะ

4 . ผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ

ผลลัพธ์ที่ใช้วัดโปรแกรมมีดังนี้

1.ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมได้แก่ Psychological Distress-Depression, Anxiety,Stress Scale (DASS-21) Quality of Life-SF 36 , the physical, health-related QOL, mental (MCS) composite score[25,31, 21]

2. perceived self-efficacy[39,22]

3.การจัดการตนเองด้านอาการมีการวัดผลลัพธ์คืออาการเหนื่อยล้าของโดยใช้แบบวัดของ ไปเปอร์ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียรใจ ดาโลปการ[39,34]และผู้วิจัยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

-ความปวดถ[53,20,54]

- ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด[50]

- limb volume changes[40]

4. self-management behavior[38,32]

5. ความรู้ (knowledge), (compliance), การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy), ความพึงพอใจ (satisfaction), การใช้สถานบริการทางสุขภาพ 2) เป็นการศึกษาที่ประเมินผลลัพธ์ที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) หรือทักษะในการจัดการความเครียด (coping skills) 3) เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับภาวะที่ผิดปกติทางอารมณ์เรื้อรัง (Chronic emotional disorders) เช่น ซึมเศร้าหรือวิตกกังวล 4) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องเฉพาะด้านร่างกายหรือด้านจิตสังคม เช่น biofeedback, เทคนิคการผ่อนคลาย, การออกกำลังกาย, และกลุ่มบำบัด[44]

6. วัดการนำแบบการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ และ การปรับปรุงกระบวนดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระดับองค์กร[46]

7. Inner Strength, depression[55]

8.การจัดการอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตแต่ไม่มีการให้การดูแลใดที่ดีกว่ากัน[50]

5.สรุปผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วย โรคมะเร็ง

จากหลักฐานเชิงประจักทั้งหมดในการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งสรุปได้ดังนี้

1 . การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผลในศูนย์สุขภาพชุมชน[46]

มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผลในศูนย์สุขภาพชุมชน The Health Disparities Cancer Collaborative (HDCC)ได้ดำเนินการนำหกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแบบเรื้อรัง (CCM) มาใช้ ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการติดตามผล มีการวัดผลลัพธ์หลักคือการวัดการนำแบบการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ไปใช้ และ การปรับปรุงกระบวนดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระดับองค์กรผลลัพธ์หลัก โดยดูกระบวนการขององค์กรและการทำงานเป็นทีมรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (CCM) มีการวัดทั้งหมด หกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลเรื้อรัง ประกอบด้วยดังต่อไปนี้ subscales เบื้องต้นแต่ละประกอบด้วยสององค์ประกอบ (1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (การตั้งเป้าหมาย การร่วมกันตัดสินใจ) (2) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (การให้การศึกษาผู้ป่วย การแจ้งเตือนผู้ให้บริการ) (3) การออกแบบการส่งมอบบริการ (บทบาทการออกแบบ, การออกแบบระบบการนัดหมาย), (4) ระบบข้อมูลทางคลินิก (ข้อเสนอแนะผลการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการและทีมงาน), (5) องค์กรที่ดูแลสุขภาพ (ความคาดหวังของผู้นำและการรับรู้)และ (6) ทรัพยากรของชุมชน (การวัดที่มีรายการเดียว)

2.การจัดการรายกรณีเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาเนื้องอกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง[29]

ผู้จัดรายการกรณี (จะทำหน้าที่เป็นโค้ชฟื้นฟูสภาพ) จะเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เหมาะสมและให้การสนับสนุน และกำหนดมาตรการที่จำเป็น โค้ชให้คำแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยปรับเสริม และการเรียนการสอนและส่งเสริมการจัดการตนเองโดยผ่านความเชื่อในตัวเองความสำเร็จในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้นจิตสามารถ ความเข้มแข็ง
โดยมีรายละเอียดในการโค้ชดังนี้

1) การให้คำปรึกษาที่ 1

วิธีการการประเมินความต้องการ: การตั้งเป้าหมาย / การวัดเป็นไปตามมาตรฐาน ขั้นตอน (CM ควบคุมระบบ / การจัดการตนเอง) การให้ข้อมูลการพักฟื้น
วิธีการ: การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงบันดาลใจ มุ่งเน้น-การใช้ทรัพยากร เอาทำด้วยความใจใส่เพื่อได้รู้จักผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ บันทึกทางคลินิกของสถานการณ์โดยรวม อาการข้างเคียงผลกระทบของการบำบัด ทางจิตสังคมและสถานการณ์ ความทุกข์ จากการมีคุณภาพชีวิตลดลง

ให้ข้อมูลที่กระจ่างกับผู้ป่วย ช่วยติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีข้อสงสัยและปัญหา

2) ให้คำปรึกษาครั้งที่สอง

พัฒนาโปรแกรมในการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย
การให้คำปรึกษา: การจัดการกับอาการอื่น ๆ ที่จัดลำดับการนัดหมายการให้บริการ กลุ่มเพื่อนมะเร็ง กายภาพบำบัด การให้คำแนะนำทางโภชนาการ นักจิตวิทยาที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในกรณีที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้ ติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา

3) การให้คำปรึกษาครั้งที่สามทำเหมือนครั้งที่สอง

4) โทรศัพท์ติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อเดือน ครั้งละประมาณ 30 นาทีในช่วง 6 เดือนแรก

และค่อยๆ ลดลงตามความจำเป็น จัดให้มีความพร้อมของการโค้ชในการฟื้นฟู
การประเมินผล เป้าหมายใหม่ที่เป็นไปได้ การวางแผน ให้การดูแลตามแผนการข้างบน
เนื้อหาในการพูดคุยทางโทรศัพท์
ประมวลผลลัพธ์ สรุปรายงาน ในการดูแลผู้ป่วยGP/oncologist การให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้การจัดการตนเอง การติดต่อในกรณีที่มีปัญหากับผู้ป่วย

5) การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4เป็นการประเมินผลและสรุปผลการสัมภาษณ์ทั้งหมด

ผลการศึกษา การบริหารจัดการรายกรณีได้พิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ความท้าทายที่สำคัญของการศึกษานี้ คือ แพทย์จะเป็นคนเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้ามา ขณะที่ผู้ป่วย ไม่อยากรับรู้ปัญหานี้ในผู้ป่วยที่ได้รับ Oncology ผู้จัดการรายกรณี ส่วนใหญ่จะติดตามของตรวจคัดกรองมะเร็งที่ผิดปกติ และในการรักษาโรคมะเร็ง แต่ก็ยังไม่เป็นที่พบได้บ่อยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การจัดการกรณีได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวานปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคและโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับ oncology ผู้จัดการรายกรณี ส่วนใหญ่จะติดตามของตรวจคัดกรองมะเร็งที่ผิดปกติ และในการรักษาโรคมะเร็ง

3.โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีดังนี้

3.1.การจัดการความเครียด

พบว่าวิธีที่ได้ผลคือ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.1 กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดโดยวิธีการพูดกับกับตัวเอง และการตีความหมายซ้ำ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนกลยุทธ์ของการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงการคิดที่เกินความจริง มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ/การทำหน้าที่ และความผาสุกด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และยังมีการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงการคิดที่เกินความจริง (avoidance of catastrophizing) ที่ใช้บ่อย แต่ไม่พบว่าระยะ

เริ่มต้นคะแนนความวิตกกังวล และซึมเศร้าของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันมีพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

1.2 ผู้ป่วยใช้ โปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุม (CCSP) กับอาการ/ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ ปัญหาทางจิต (51%) และปัญหาการนอนหลับ (60%) และยังพบว่าผู้ป่วยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุม (CCSP) ในการจัดการกับผลข้างเคียงเคมีบำบัดถึง 21% โดยส่วนใหญ่จะใช้เอกสารประกอบคำบรรยายของ โปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างครอบคลุม (CCSP) เสริมและเทประหว่างช่วงก่อนนอน

3.2.การออกกำลังกายที่บ้านเพื่อลดภาวะแขนบวมในผู้ป่วย[22]

หลังการรักษามะเร็งเต้านมการเปลี่ยนแปลงของอาการบวมของแขนสวนปลาย (limb volume changes) การเปลี่ยนแปลงของการบวมของแขนส่วนปลายตลอดระยะเวลาการศึกษา 26 สัปดาห์ การบวมของแขนส่วนปลายในสัปดาห์ที่ 12 ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมของการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การรวมชุดของการออกกำลังกายแบบของการต้านแรงโน้มถ่วง (Gravity resistive) การออกกำลังกายแขน isotonic ในลำดับที่ออกแบบมาเพื่อกระตุ้น MLD ตามแบบของ Leduc และคณะ โดยที่การออกกำลังกายใน 3 วิธีแรกจะประกอบด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการไหลเวียนของน้ำเหลืองที่บริเวณของลำตัวและที่อวัยวะส่วนปลาย; ตามด้วย 4 วิธีของการออกกำลังกายแบบการต้านแรงโน้มถ่วงแขน (Gravity-resistive arm exercise) เพื่อกระตุ้นให้การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำและน้ำเหลืองจากแขนสุดท้ายตามด้วยการออกกำลังกายด้วย 3 วิธีแรกโดยทำซ้ำในลำดับที่กลับกัน เพื่อส่งเสริมให้กระตุ้นให้เกิดการล้าง/ ไหลเวียนของของเหลวด้วยการออกกำลังกาย

3.3 การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย สุขภาพที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้หญิงที่รอดจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม[51]

1) ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ทฤษฎีของแบนดูรา[28] Ajzenและ Fishbein[29] ผู้ป่วยได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการการจัดการตนเอง 3 สัปดาห์

2) เนื้อหาของการออกกำลังกายของผู้ป่วยการจัดการตนเอง โปรแกรมสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

ครั้งที่1

1. ความเข้าใจพื้นฐานของความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง
2. การเริ่มต้นกับการออกกำลังกาย
3. ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย

4. ทรัพยากรชุมชน
5. การออกกำลังกาย / การหากิจกรรม
6. เริ่มต้นโปรแกรมการเดิน
7. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งเป้าหมาย

ครั้งที่2

8. ข้อเสนอแนะ / ทักษะการแก้ปัญหา
9. การป้องกันและการลดหกล้ม
10. กลศาสตร์ร่างกาย
11. โภชนาการสำหรับอาหารสุขภาพ
12. การสนับสนุนทางสังคม
13. การฝึกอบรมความแข็งแรง
14. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งเป้าหมาย

ครั้งที่3

15. ข้อเสนอแนะ / ทักษะการแก้ปัญหา
16. การจัดการกับความกลัวและความคิดเชิงลบ
17. ทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ
18. การป้องกันการกำเริบ
19. การสื่อสารกับแพทย์ของคุณ
20. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตั้งค่าเป้าหมาย

3) โดยโปรแกรมจัดสัปดาห์ละครั้ง สามสัปดาห์ติดกัน

(1) ลักษณะของโครงการมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มสมรรถนะในตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มการออกกำลังกาย

(2) ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการโทรศัพท์ ติตามสามครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4,6, และ 10 ในเวลา 15 นาทีเพื่อ อภิปรายถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการแก้ปัญหา

1. บรรทัดฐานของสังคมมีการคัดกรอง การส่งต่อ และ คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการเข้าร่วม
2 การเรียนรู้ทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม
3. การสนับสนุนทางสังคมและทางโทรศัพท์จาก เพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่
4. การตั้งเป้าหมายในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกาย
5. ตรวจสอบตนเองและ การแก้ปัญหาที่จะเอาชนะอุปสรรค

วิธีการก่อนที่จะมีการให้โปรแกรมมีการประเมิน

1.การสนับสนุนการออกกำลังกาย

2.การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

3.ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่

4. ผู้ป่วยจะได้รับ การสอนเรื่องการจัดการตนเองในชั้นเรียน

5.มีการสนับสนุนโดยใช้การโทรศัพท์ การประเมินซ้ำที่ 6 เดือน

ผลในการจัดโปรแกรมดังกล่าวทำให้ ผู้หญิงสูงอายุเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกายรายสัปดาห์ เพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นปานกลาง รับรู้การมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย มีความทนทานเพิ่มขึ้นล่างกายส่วนล่างแข็งแรงและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3.4.การส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านอินเทอเนต เพื่อเพิ่มการปรับตัว[16]

การดูแลสุขภาพ แบบ e-health โดยทำให้เพิ่มการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยการให้การทดลอง การจัดการตนเองผ่าน อินเทอเนต เพื่อเพิ่มการปรับตัว หลังการรักษา 1) การลดความทุกข์ทางจิตใจ 2) การเพิ่มขีดพลังความสามารถ หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งภายในและระหว่างบุคคลของผู้ป่วยเป็นการเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่อยู่บนพื้นฐานของเทคนิคการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมและสติปัญญา ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระยะหลังจากเป็นมะเร็งเต้านมได้แก่ 1) มองย้อนกลับไป 2) กระบวนการทางอารมณ์ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง 4) มองไปข้างหน้า[16] โปรแกรมมีโครงสร้างและเป้าหมายที่เฉพาะ เช่น การให้จิตศึกษา ปัญหาในชีวิตประจำวัน สังคม สิ่งแวดล้อมและ การสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ จิตวิทยาการการจัดการตนเองในการจัดการโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิต นวัตกรรมคือการใช้ความเข้มแข็งภายในตัวของผู้ป่วย พบว่าการให้โปรแกรมB REATH intervention มีค่าใช้จ่ายต่ำและง่ายต่อการเข้าถึง ที่จะช่วยการฟื้นเรื่อง อารมณ์ กายภาพ และสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมีวามทุกข์ทรมานลดลงและเพิ่มความเข้มแข็งด้านจิตใจ

3.5 โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม[7]ได้ทำการศึกษาการจัดการตนเอง โปรแกรมภายหลังการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ใช้หลักการคือ 1) ทำให้ผู้หญิงมีการจัดการตนเองต่อความกังวลในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม
(2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในผู้ที่รอดชีวิต

ลักษณะโปรแกรม

การพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้หญิงที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยใช้นวัตกรรม self-management ในการให้การดูแลและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ

1) ใช้จากองค์ความรู้ทางsocial cognitive theoryโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการของการควบคุมตนเอง

2) ให้ผู้หญิงทำกิจกรรมสร้างทักษะ มุ่งเป้าไปที่การเสริมสร้างสมรรถนะในตนเองและการพัฒนา พฤติกรรมการกำกับดูแลตนเอง

3) ให้ข้อมูลที่อยู่ทางกายภาพ จิตใจและสังคมเพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

4) ช่วยให้ ผู้หญิงแต่ละคนที่จะทำงานบนความกังวลโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่

5) ด้วยการสอนทั้งแบบ การประชุมกลุ่มเล็ก ๆ และมุ่งเน้นการสอนเป็นรายบุคคล การประชุมทางโทรศัพท์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

3.6. โปรแกรมที่ส่งเสริมการสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม และผู้ที่รอดชีวิตมะเร็งเต้านม[25, 26, 31]

เป็นโปรแกรม self-management 4 สัปดาห์ ลักษณะของโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมซึ่งมีเป้าหมายจะ (1) ช่วยให้ผู้หญิงโดยการให้ข้อมูล และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง (2) ทำให้มีความมั่นใจในตนเองพร้อมที่จะก้าวเดินต่อไปข้างหน้า โดยการให้กลยุทธ์การจัดการตนเอง และการสนับสนุน จัดให้มีระบบบัดดี้ที่เป็นจิตอาสา และเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 1) การจัดการความเจ็บป่วย 2) จัดการเรื่องสุขภาพ 3)การจัดการด้านอารมณ์ 4) การจัดการบทบาทหน้าที่ โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรามาจัดโปรแกรม

สรุปผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มในมุมมองด้านจิตใจ การดูแลตนเองและการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ผลกระทบของปัญหา กลุ่มทดลองรายงานความเชื่อมั่นในการอยู่กับมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับคะแนนความวิตกกังวลที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์และ 2 ปี การใช้โปรแกรม Staying Abreast, Moving Ahead (SAMA) ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ได้ให้ความรู้และทักษะสำหรับผู้หญิงในการจัดการตนเองให้พึงพอใจในการเผชิญกับการมีชีวิตอยู่กับมะเร็งสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการช่วยให้การทดลองโมเดลนำไปสู่ความสำเร็จของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา

โปรแกรมการจัดการตนเอง4 สัปดาห์สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการรักษา อารมณ์และบทบาทด้านการงาน ความหมายสำหรับมะเร็งรอดชีวิตผู้รอดชีวิตที่ได้รับการจัดการตนเองจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เพราะโปรแกรมการจัดการตนเองจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรับรู้สมรรถนะในตนเองและการจัดการตนเอง[25,26]

3.7 โปรแกรมลดความไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด[32]มีรายละเอียดดังนี้

1) แผนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบาบัด จากกรอบแนวคิดของLorig& Holman[33] กิจกรรมแบ่งเป็น 4 ครั้งสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง
2) เนื้อประกอบด้วยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคและการรักษาและการจัดการกับอาการและมีการพัฒนาทักษะ 6 ด้านคือ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติและ 6) การจัดการด้วยตัวของผู้ป่วยเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้านคือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทและ 3) การจัดการด้านอารมณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดาเนินกิจกรรมและมีสื่อประกอบการสนับสนุนการจัดการตนเองได้แก่
3) เอกสารประกอบการให้ความรู้ 6 เรื่องประกอบด้วย 1) การจัดการอาการเหนื่อยล้า 2) ภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์ 3) การจัดการอาการหมดประจาเดือน 4) การจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้า 5) การจัดการความเครียดที่และ 6) คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบาบัดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์พัฒนาขึ้น

4)วิดีทัศน์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาบอกเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบาบัด

5) เทปเสียงการคลายความเครียดด้วยตนเองที่พัฒนาโดยกรมส่งเสริมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

3.8. โปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด[26]

ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ kanfer[52] มาใช้จัดโปรแกรม มี 3 ขั้นตอนคือ 1.การติดตามตนเองประเมินตนเอง 2.การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และ 3.การเสริมแรงตนเอง พยาบาลให้การสนับสนุนโดยให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลตนเอง จัดการตนเองกับความเหนื่อยล้ารวมระยะเวลาในการดาเนินการจัดโปรแกรม 3 สัปดาห์โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย 2 ครั้งในกลุ่มทดลองจะมีการโทรศัพท์ติดตามประเมินอาการและให้คำแนะนำ

3.9 หลักการสอน

1.การสอนทั้งแบบ การประชุมกลุ่มเล็กๆและมุ่งเน้นการสอนเป็นรายบุคคล การประชุมทางโทรศัพท์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย[3]

3.10.ทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานในการจัดโปรแกรมคือ

-โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรามาจัดโปรแกรมทฤฎีของแบนดูรา[28]และ AjzenและFishbein[29]

-กรอบแนวคิดของLorig& Holman[33]

-ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ kanfer[52]

4.โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีดังนี้

4.1 การจัดการตนเองสำหรับผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากและคู่[35]

โปรแกรม CONNECT เป็นการทดลองที่มีเวลาจำกัด (9 สัปดาห์) เพื่อเอื้ออำนวยผู้ชายและคู่ได้มีการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้โดยการทดลองนี้แสดงถึงการส่งเสริมความต้องการของประชากรกลุ่มนี้ จึงควรนำไปปฏิบัติที่คลินิก

4.2 โปรแกรมการดูแลสนับสนุนต่อเนื่องหลายรูป (multimodal supportive care intervention)เรื่อง "ชีวิตอยู่กับ มะเร็งต่อมลูกหมาก " ที่จะผสมผสานกับการจัดการตนเอง ด้วยการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนไกล[4]โดยติดต่อได้ทางโทรศัพท์ปัจจุบันไม่มีการทดลองใด ที่มุ่งให้การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก การให้การสนับสนุนโดย กลุ่มสนับสนุน จะช่วยในการเสริมสร้างการจัดการตนเองในสถานที่นี้ โดยจะได้รับการออกแบบที่มองความแตกต่างของบุคคล

4.3 การจัดการตนเองเพื่อช่วยให้ปัญหาทางเดินปัสสาวะจากการฉายแสงมะเร็งต่อมลูกหมาก[38]

4.4 การจัดการตนเองในการตอบสนองความต้องการในผู้ชาย ที่รอดชีวิตจาก มะเร็งต่อมลูกหมาก[51]

การจัดการตัวเองเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้และมีความเหมาะสมในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ การแก้ปัญหาเพื่อเยียวยาปัญหาทางหน้าที่และอารมณ์ในผู้ป่วยชายที่รอดชีวิตจากมะเร็ง

ต่อมลูกหมากที่เพิ่มมากขึ้น การบูรณาการในเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกต้องการการฝึกอบรม ทรัพยากร และความมุ่งมั่นและ ส่วนเรื่องเศรษฐกิจเป็นเรื่องยากที่จะประเมินค่าใช้จ่าย ซึ่งไม่ตรงไปตรงมาอย่างไรก็ตามจากจิตสังคมและการศึกษาพฤติกรรม การดูมีหลักฐานน่าเชื่อว่าสามารถใช้ในการ การออกแบบเพื่อดำเนินการและประเมินโปรแกรมการจัดการตนเองในอนาคตสำหรับคนที่ยังมีชีวิตรอดมะเร็งต่อมลูกหมาก

-ผู้ป่วยมีความต้องการในประเด็นต่างๆ เช่น ต้องการส่งเสริมแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมและการรักษาความยึดมั่นในโปรแกรม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเกิดขึ้นในการสร้างความมั่นใจในผลลัพธ์สุขภาพทางบวก ซึ่งต้องได้รับการ ระบุ ประเมิน คำแนะนำต้องได้รับการระบุไว้ในส่วนที่เกี่ยวกับการออกแบบการส่งมอบบริการ กลไกทางทฤษฎี สำหรับการเปลี่ยนแปลง

-การให้โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเป้าไปที่การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการให้ข้อมูล การศึกษาและกลยุทธ์การปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีแต่ยังมีจำนวนน้อยพบว่าผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่เต็มใจ ที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาของตนเองและแพทย์อาจจะไม่พร้อมที่จะตอบคำถามเหล่านี้

-การจัดการตนเองเป็นคำตอบที่แท้จริงเพราะมีหลักฐานที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นและในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพในโรคเรื้อรัง และมีหลักฐานแสดงว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

-การบูรณาการในเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกต้องการการฝึกอบรม

5. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีดังนี้

5.1 โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองเรื่องความเหนื่อยล้าการออกกำลังกายโดยการเพิ่มการเดิน จะช่วยฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ในผู้ป่วย non-small cell lung cancer (NSCLC)โปรแกรมนี้สร้างโดยใช้หลักของ รูปแบบการดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านและทฤษฎีของการจัดการอาการตนเอง

ลักษณะโปรแกรม โปรแกรมเน้นการเดินๆ และการทรงตัว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยออกกำลังกายต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมดำเนินการออกกำลังกายที่อบอุ่นที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยให้ผู้ป่วยเดินในสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริง ทำให้เห็นตนเองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมี เพื่อน ครอบครัว คอยให้กำลังใจการเดินเริ่มต้นที่ 5 นาทีในแต่ละวัน เป็นเวลา 5 วันในช่วงสัปดาห์ที่ 1 และได้รับการคาดว่าจะเพิ่มขึ้น วันละ5 นาที / วันในแต่ละสัปดาห์ โดยมีเป้าหมายให้สามารถเดิน 30 นาที / วันในช่วง สัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะมากกว่า 70 % (perceived self-efficacy:PSE) จะสามารถเพิ่มการเดินได้ 5 นาทีในแต่ละสัปดาห์

ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายมีผลทางบวกในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้า รุนแรง เช่น การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการจัดการตนเองในการเดินออกกำลังกาย การทรงตัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการเดินและการทรงตัว และการทำหน้าที่ (จำนวนก้าวในการเดินต่อวัน)เป็นไปในทิศทางบวก

6.โปรแกรมการจัดการอาการ[40]

การจัดการกับอาการของผู้ป่วยและ/ หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ระหว่างการรักษาเคยได้รับการรักษาหรือเป็นการวินิจฉัยครั้งแรกหรือที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง/ ระยะสุดท้ายได้ผลที่หลากหลาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก การศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นผลในเชิงบวกทั้งตัวผู้ป่วยเอง, ญาติผู้ดูแล, หรือทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

มี 6 Intervention หลักๆ คือ Pain intervention, massage therapy, telephone counseling, self-efficacy improvement, coping enhancement, และ multidimensional intervention ในอาการเป้าหมายที่ต้องการการจัดการ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่: อาการทั่วไปปวดวิตกกังวลซึมเศร้า, ท้องผูก,หายใจลำบาก,และอาการเฉพาะของต่อมลูกหมาก โดยพบว่ามีกิจกรรมการดูแลดังนี้

6.1.Pain intervention

กิจกรรมที่ให้มีดังนี้

1.1 การทำหนังสือเล่มเล็กๆที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจะได้รับการสอนโดยพยาบาล โดยการดูแลเหล่านี้จะไม่มีการใช้ยาทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น ญาติผู้ดูแลจะถูกสอนในบทบาทของการผู้ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ยาลดอาการปวดเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการปวดและผู้ป่วยจะถูกฝึกสอนให้มีส่วนร่วมในการนวดหรือการออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าความรุนแรงของอาการปวดการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดความกลัวในเรื่องของการติดยาความวิตกกังวลและการใช้ยาแก้ปวดที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองนั้นลดลง รวมทั้งยังทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นและมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Intervention ยังทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้นลดความกลัวการติดยาในการให้แก้ปวด, การให้ยาในปริมาณที่เพียงพอตามเวลาแทนที่จะเป็นให้เมื่อต้องการและกดระบบทางเดินหายใจ

1.2 การแบ่งความรู้เป็นครั้งๆ (session) ในการให้ Intervention ในการลด อาการปวดของผู้ป่วย

1.3 การฝึกอบรมให้ผู้ป่วยในเรื่องของการจัดการกับอาการปวดโดยพยาบาลทีมีความรู้เรื่องอาการปวด

1.4 มีการให้ความรู้โดยการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น วิดีโอเทปและ audiotapes ซึ่งจะใช้เวลา 45-60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์

6.2. Massage therapy

กิจกรรมที่ใช้ในการลดอาการปวด

1. การนวดเท้า ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ซึ่งส่งผลต่อการลดการรับรู้ของของอาการปวดและคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้การนวดครั้งละ 10 นาที 2 วันและวันที่ 3 ผู้ป่วยนวดด้วยตนเองพบว่าความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในขณะที่อาการปวดและอาการคลื่นไส้ลดลง ในแต่ละครั้งของการนวด

2. การนวดสะกดจุดที่เท้า 15-30 นาที ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการสอนนวดสะกดจุดโดยพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก reflexologist โดยที่คู่สมรสของผู้ป่วยจะนวดเท้า 30 นาทีให้กับผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล โดย 10 นาทีแรก การนวดจะเน้นการผ่อนคลาย ผลการทดลองพบว่าระดับอาการปวดและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากคู่สมรส

3. การนวดบำบัด ที่ญาติผู้ดูแล 2 คู่ เข้าร่วมฝึกปฏิบัติการกลุ่มการนวดจากครูสอนที่มีใบอนุญาตในการนวดเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ครูสอนนวดแสดงวิธีการนวดให้กับญาติผู้ดูแล 1 คน ส่วนคนอื่นๆสังเกต หลังจากนั้นญาติผู้ดูแลฝึกนวดให้กับผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลของครูผู้สอน และจะได้รับการแก้ไขตามความจำเป็น ญาติผู้ดูแลจะได้รับการให้กำลังใจสนับสนุนให้ใช้เทคนิคการนวดตามคู่มือ ตามที่พวกเขาเลือกทำเองที่บ้านอย่างน้อย3 ครั้งต่อสัปดาห์ถ้าเป็นไปได้ จะมีการประชุมทบทวนภายหลังที่ดำเนินการ และตอบคำถาม หลังจากนั้น 90 วัน ติดตามประเมิน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกของการช่วยเหลือเป็น 2 เท่า ส่วนญาติผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และระยะเวลาของการนวดเพิ่มเป็น 3 เท่าตัว

6.3. Telephone intervention

การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวโดยการใช้โทรศัพท์เป็น Intervention ซึ่งมีประสิทธิภาพและราคาไม่แพง ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผลด้านบวกต่อการจัดการกับอาการ(Symptom management) โดยวิธีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีรายละเอียดดังนี้

1) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ระหว่างบุคคล (Telephone interpersonal counseling: TIP-C) ในการศึกษาทดลองในกลุ่มของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและคู่สมรส (partner) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดบุคคลเสริมแบบดั้งเดิมร่วมกับการสอนเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พยาบาลจัดลำดับของเทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคลในการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยเทคนิคดังต่อไปนี้

(1) ส่งเสริมให้แสดงออกถึงความรู้สึก

(2) ทบทวนอาการของภาวะซึมเศร้า

(3) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสมมติบทบาทของการเจ็บป่วย

(4) วิเคราะห์การตัดสินใจ

(5) แสดงบทบาทสมมุติ

(6) ให้การบ้านและสาธิตเรื่องที่ดีที่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย ภายหลังได้รับ Intervention พบว่าทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสมีความเครียดด้านจิตใจลดลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น

2)หัวข้อที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโทรมาปรึกษาต้องการความช่วยเหลือในเรื่องเพื่อเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับอาการ (Symptom management)

2.1)การตัดสินใจ (Decision making) ซึ่งผู้ที่โทรมาปรึกษานั้นมีคำถามเกี่ยวกับเรื่องของการตัดสินใจที่หลากหลาย แต่ที่พบบ่อยมาก คือ เรื่องของการจัดการกับอาการเป็น

เหตุผลที่ทำให้โทรศัพท์มาปรึกษาบ่อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลในเรื่องของการจัดการกับอาการ ซึ่งบางครั้งพวกเขาไม่แน่ใจว่าสามารถรับประทานยาหรือไม่หรือบางครั้งพวกเขาต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการดีหรือไม่ อย่างไร

2.2)โดยหัวข้อสนทนาที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่ คือ เรื่องความชัดเจนหรือความกระจ่างชัดของข้อมูล, ต้องการคำยืนยัน,

2.3)เป็นผู้รับฟัง, ขออนุญาตในการเลือกแผนการรักษา

2.4)ช่วยในการติดต่อสื่อสาร

6.4. Self-efficacy improvement

มีกิจกรรมการดูแลที่พัฒนามาจาก Bandura's Self-Efficacy Theory[3] เพื่อส่งเสริมผู้ดูแลเป็นรายบุคคล

1) การฝึกอบรมการดูแลที่บ้านและการจัดการอาการโดยการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล การฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 1 หรือ 2 ช่วงโดยใช้เวลาต่อเนื่องนานระหว่าง 3 และ 6 ชั่วโมง

2) ผู้ฝึกอบรมต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ในดำเนินการฝึกอบรมและให้กำลังใจผู้ป่วย

2.1) ครั้งแรกจะอภิปรายในประเด็นความต้องการของผู้ป่วยและอาการของโรคมะเร็งและเริ่มดำเนินการอบรมโดยการให้ความรู้พื้นฐาน 5 ด้านของการจัดการอาการ คือ 1) ป้องกันการติดเชื้อ 2) การควบคุมอาการปวด 3) การได้รับสารอาหารที่เพียงพอ 4) การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกหรือท้องเสีย 5) สูตรยาที่เกี่ยวข้องกับอาการ

2.2)ลักษณะของการฝึกอบรมเป็นแบบโต้ตอบ (Interactive) ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

2.3) การแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับอาการ การฝึกอบรมว่าเป็นการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล

2.4) ในตอนท้ายของการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับคู่มือสำหรับผู้ดูแลหลักในการจัดการอาการจากโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยแนวทางของ Intervention ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งที่โดยไม่ใช้ยาและด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนเชื่อว่าการฝึกข้างเตียงเป็นโอกาสในการฝึกทักษะในการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนจากพยาบาลช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการของผู้ป่วยมากขึ้น

2.5) Cognitive behavioral intervention (CBI) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Bandura เช่นกัน ตรวจสอบว่าความรุนแรงของอาการที่มีประสบการณ์โดยผู้ป่วยในระหว่างการยาเคมีบำบัดอาจจะลดลง CBI ประกอบด้วย

2. 5.1) ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2. 5.2) การปรับความคิดและพฤติกรรม

2.5.3) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหากับความเครียด

2.5.4) เทคนิคการสื่อสารความต้องการของสมาชิกในครอบครัวสำหรับช่วยเหลือพวกเขา Intervention เน้นไปที่สาเหตุของอาการและกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำ วันของพวกเขาและวิธีการที่ดีในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการอาการ ในระหว่าง session ที่พยาบาลและผู้ดูแลเลือกกลยุทธ์ที่จะใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการอาการ ซึ่งจะได้รับการประเมินติดตามภายหลัง

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Intervention มีความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และได้รับผลกระทบของ neutropenia บานกลาง

6.5. Coping enhancement

การใช้โปรแกรมที่ช่วยในการปรับตัวและเผชิญปัญหาCOPE intervention ซึ่งถูกออกแบบมาสำหรับญาติผู้ดูแลในการแก้ปัญหา COPE ย่อมาจาก C: Creativity ความคิดสร้างสรรค์ O: Optimism การมองโลกในแง่ดี P: Planning การวางแผน E: Expert information and encourages the family caregivers to do all of the above ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและส่งเสริมให้ ญาติผู้ดูแลทำทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ใน Intervention มีการแนะนำวิธีการแก้ปัญหา และการยกตัวอย่าง จากคู่มือการดูแลรักษาโรคมะเร็งขั้นสูง Home Care Guide for Advanced Cancer

จากการศึกษาที่นำโปรแกรม COPE ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบว่า Intervention ช่วยให้ญาติผู้ดูแลในระยะสุดท้ายจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้โดยที่กลุ่มที่ได้รับ Intervention ที่ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการปัญหาของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนการสอนให้ผู้ดูแลในการแก้ปัญหาถูกแยกออกเป็น 3 วิธี 1) ข้อมูลที่เขียนจะถูกจัดขึ้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาในคู่มือการดูแลรักษาโรคมะเร็งขั้นสูง Home Care Guide for Advanced Cancer โดยเน้นที่การจัดการกับอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการท้องผูก โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม COPE จะติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองที่บ้าน 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลาทั้งหมด 9 วัน ของการให้ Intervention 2) พยาบาลแสดงให้เห็นถึงหลักการใช้ COPE ในการแก้ปัญหา โดยที่ญาติผู้ดูแลจะได้รับการส่งเสริมในการพัฒนาแผนการจัดการ 3) พยาบาลโทรศัพท์ถามญาติผู้ดูแลเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันที่เกี่ยวกับอาการที่เป็นเป้าหมายในการจัดการและเสนอให้ความช่วยเหลือและตอบคำถามระหว่างการติดตามเยี่ยมในแต่ละช่วงการติดตาม ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการหรือคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยนั้นลดลง สามารถทนต่ออาการปวด อาการท้องผูก และอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น แม้ว่าอาการเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการให้หมดไป ซึ่งการที่ความรุนแรงของอาการไม่ลดลงอาจจะเนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งและอาการโรคมะเร็งจะแย่ลงเรื่อยๆจนถึงภาวะใกล้เสียชีวิต นอกจากนี้ในส่วนของญาติดูแลพบว่าสามารถรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการและภาระของการดูแลลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับ Intervention COPE

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ามีการใช้โปรแกรม COPE ในการแก้ปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย ขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งการใช้โปรแกรม COPE ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาดังต่อไปนี้ คือ

(1) การกำหนดปัญหา

(2) ระบุปัญหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

(3) ระบุปัญหาในสิ่งที่พวกเขาสามารถช่วยได้

(4) พิจารณาความเป็นไปได้ของอุปสรรคในการวางแผนการดูแล

(5) การดำเนินการและปรับแผน Intervention นี้ถูกนำเสนอโดยสไลด์หรือ flipcharts และใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลติดตามเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลงและมีความมั่นใจในการดูแลและแก้ปัญหาในทางบวกเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลได้รับประโยชน์จาก Intervention นี้อย่างมาก

6.6. Multidimensional intervention

โปรแกรม FOCUS ถูกออกแบบมาสำหรับทุกคนในครอบครัวซึ่งรวมถึงญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมกัน อักษรย่อของ FOCUS อักษรภาษาอังกฤษ 5 ตัว ซึ่งแสดงถึงหลักการของ FOCUS โดย F: Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว, O: Optimistic attitude ทัศนคติด้านบวก, C: Coping effectiveness การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ, U: Uncertainty reduction การลดความไม่แน่นอน, และ S: Symptom management การจัดการกับอาการ

1) การให้ Intervention ตลอด 90 นาทีที่บ้านและโทรศัพท์ครั้งละ 30 นาที 2 ครั้ง โดยพยาบาลที่มีการเตรียมตัวในการให้ Intervention มาอย่างดี

2) สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (คู่สมรสและผู้ป่วยในทั้งสองกรณี) ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการสื่อสารที่เปิดเผย และสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อที่จะให้ครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้อง การศึกษาของ Northouseและคณะ[41]เน้นการระบุจุดแข็งของครอบครัวและช่วยเหลือเด็กในครอบครัว เน้นเรื่องการสื่อสารระหว่างสามีและภรรยา (ผู้ป่วย) โดยที่พยาบาลจะแนะนำ ช่วยให้ได้แสดงความรู้สึกสับสน ผิดหวังของพวกเขาและจะช่วยปรับความเข้าใจให้

3) การจัดการกับอาการพยาบาลจะประเมินประสบการณ์การมีอาการและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสอนกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยในโปรแกรม FOCUS มีความพึงพอใจที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับแต่ละเนื้อหาหลักทั้ง 5 ของโปรแกรม FOCUS

7. โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต[43]

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต ที่ได้รับโปรแกรม12 สัปดาห์ โปรแกรมในการเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ (สัปดาห์ละสองครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง)

1) โปรแกรม กายภาพ 12 สัปดาห์

2) โปรแกรม ทำกายภาพ บวกกับ โปรแกรมอบรมความรู้ความเข้าใจพฤติกรรม (CBT)

โปรแกรมทั้งสองมุ่งเป้าไปที่การพัฒนาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม บทบาทการทำงานและอื่น ๆ ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสนับสนุนในการเผชิญปัญหาทางร่างกายและด้านจิตสังคมของโรคมะเร็ง โดยเน้นเรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเอง

โปรแกรมจะมุ่งเน้นในเรื่อง การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย

กลวิธีการเผชิญปัญหาถูกชี้นำโดยผู้ป่วยรับรู้ของผู้ป่วย และการรับรู้ที่ชี้เฉพาะเรื่องอาการของความเจ็บป่วย สาเหตุ ระยะเวลา และการรับรู้ผลกระทบ การควบคุมความไม่แน่นอน การรักษา

ทำในผู้ป่วย

1) มีปัญหาสุขภาพทางกาย

2) ความสามารถทางกายภาพลดลง

3) มีปัญหาสุขภาพจิต

4) มีอาการเกิดขึ้น เช่น ความเมื่อยล้า การนอนหลับไม่ดี

5) ปรับตัวไม่ได้จากการที่มีปัญหาทางกาย และปัญหาทางจิตใจ

สังคมอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง

โปรแกรมที่ช่วยฟื้นฟูคุณภาพชีวิตมีดังนี้

1. การออกกำลังกาย (Physical training: PT)

1) การออกกำลังกายส่วนบุคคลเพื่อปรับปรุงความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อลดข้อจำกัด ทางกายภาพและความเหนื่อยล้า และเพิ่มกิจวัตรประจำวันในแต่ละเซสชั่น จะประกอบไปด้วยการขี่จักรยานแบบแอโรบิก (0.5 ชั่วโมง) บนพื้นฐานของซึ่งอยู่บนพื้นฐานการทดสอบของการออกกำลังกาย

2) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (0.5 ชั่วโมง) และการเล่นกีฬาเป็นกลุ่มและเกม (1 ชั่วโมง) กีฬาและเกม เช่น แบดมินตันฟุตบอลว่ายน้ำและ การเล่มเกมเพื่อการทรงตัว กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความบันเทิง และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะ เพื่อเพิ่มกิจกรรมด้านกีฬาเข้าสู่ชีวิตประจำวัน และรับกิจกรรมต่าง ๆมาใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสรีรวิทยาการออกกำลังกายการรับรู้การเจ็บป่วยและ การจัดการตนเองที่จะสนับสนุนพวกเขาในการควบคุม การออกกำลังกาย

3) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ด้วยตัวเองในการ ทดสอบอัตราการเต้นหัวใจ, การใช้ Borg Scale เมื่อมีการหายใจลำบากและ การตรวจสอบความเมื่อยล้า และบันทึกการการตรวจสอบและประเมินผลจากการฝึกอบรมพวกเขาจะได้รับข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการสนับสนุน จากผู้ที่ให่การรักษา ในการควบคุมการปฏิบัติ ในช่วง 4 สัปดาห์แรก ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานที่ออกแบบมาเฉพาะตัว

4) จากนั้นจะมีการพูดคุยกับนักบำบัดเพื่อร่วมกำหนดเป้าหมาย

5) การฝึกอบรมจากสัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไป ที่ผู้ป่วยสามารถเลือกจาก หนึ่งในสี่โมดูล เพื่อปรับปรุงสมรรถนะทางกายความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การปรับและเผชิญกับความเหนื่อยล้า หรือการจัดการ

ในรับรู้ข้อจำกัดจากโรคและ การจัดการตนเองที่จะสนับสนุนพวกเขาในการทำการฝึก กิจกรรมทางกาย (PT)

2. การฝึกอบรมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม(Cognitive-Behavioral Training)

CBT หมายความถึง การสอนอย่างเป็นระบบโดยใช้psycho- educationร่วมกับการจัดการตนเอง การฝึกอบรมนี้ได้รับการจัดรูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนที่ต้องได้รับการแก้ไข (23) และการประยุกต์การแก้ไขปัญหาที่ประสบความสำเร็จนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง โปรแกรมนี้ CBT มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้ป่วยสามารถ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ข้องกับโรคมะเร็ง ท้ายสุดผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะใช้ทักษะการจัดการตนเองในการแก้ไขปัญหาของตนเอง เช่น ปัญหาในการทำงาน การทำงานบ้าน งานอดิเรกการออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการติดต่อทางสังคม

จะมีโครงสร้างดังนี้:

1) พูดทวนซ้ำเซสชั่นในสัปดาห์ที่ผ่านมาและมีการแลกเปลี่ยนในชีวิตประจำวัน ประสบการณ์

2) มีการพูดคุยหรืออภิปรายเรื่องที่ได้รับมอบหมายเป็นการบ้าน 3) การแนะนำหัวข้อใหม่หรือทักษะการจัดการตนเอง

4) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง

5) แนะนำ การบ้านต่อไป และ

6) การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย

7) ผู้เข้าร่วมจะใช้ สมุดงานที่มีบทสรุปของการฝึกอบรมการจัดการตนเอง แผ่นงานและการกำหนดเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง3 สัปดาห์ แรก ที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการเป็นโรคมะเร็ง การให้จิตศึกษา psycho-education ที่เกี่ยวกับความเครียดผ่อนคลาย การรับรู้ความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการจัดการตนเอง

8. รูปแบบการส่งมอบบริการ[42]

รูปแบบการส่งมอบโปรแกรมการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกบการจัดการอาการ ติดต่อกันจำนวน 8 สัปดาห์ โดยพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขอาการที่เป็นปัญหา มีรายละเอียดดังนี้

1.โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย

-โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดยทำให้ผู้ป่วยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำเสนอข้อมูล สร้างทักษะ การสนับสนุนและการให้คำปรึกษา และอธิบายพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

-รูปแบบต่างๆ ของ intervention และประเภทของกลยุทธ์การส่งมอบโปรแกรม ในทางกลับกันความพยายามในการทดลองจะเกี่ยวข้องกับการตอบสนองอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบ การมีโรคร่วมและภาระอาการทั้งหมดและอาการรบกวนในชีวิต ประจำวัน

2.กลยุทธ์ ถูกจัดส่งมอบบริการโดยพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนเป็นระยะเลานาน

3.อาการจะมีความพันธ์กับ กลยุทธ์ และอาการที่ตอบสนองกับกลยุทธ์นั้นๆ
4.การจัดส่งมอบบริการเกี่ยวกับกลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ป่วยและลักษณะของอาการ
5.การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมการการดูแลตนเองในการ-จัดการโรคเรื้อรังรวมโดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการปรับวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และผลข้างเคียงของพวกเขาที่เป็นไปได้ การสนับสนุนการดูแลตนเอง กลยุทธ์การจัดการเป็นสมมติฐานที่ถูกกำหนดว่าเป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพแต่ จะต้องอยู่บนความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย
6.ข้อสมมติฐาน ที่พบบ่อยเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการใช้ พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา
(1) ได้รับการยอมรับว่าความรู้ความเข้าใจมีผลโดยตรงต่อนำพฤติกรรม
(2) การให้ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมมักถูกจำกัดด้วยเวลา
(3) ผู้รับบริการ ต้องการควบคุมและแก้ปัญหาที่พวกเขาเผชิญ
(4) กลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับการแยกปัญหาและการสอนผู้ป่วย
ในการใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์
(5) กลยุทธ์เหล่านี้จะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยในระหว่างขั้นตอนการรักษา

9) กลยุทธ์การจัดการตนเองในภาวะเครียดในคนที่รอดชีวิตจากมะเร็ง[21]

มีกลยุทธ์ดังนี้
1. การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา
2. การออกกำลังกาย
3. แพทย์ทางเลือก(CAM) therapies

มีสามการศึกษาที่ให้กิจกรรมการทดลองเป็น สองแบบ คือ 1) การออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อการจัดการอาการ และอีกกลุ่มหนึ่งก็เน้น เรื่องของ การออกกำลังกาย การแก้ปัญหา และกระบวนการปรับตัวการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งเต้านมรวมกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งรังไข่ มะเร็งผิวหนัง และmultiple myelomaซึ่งพบว่าในการศึกษาเหล่านี้ มีประโยชน์กับผู้ป่วย ในการศึกษาอื่นๆ แสดงให้เห็นความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต

1. การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา (Educational and/or Counseling Sessions)

มีการให้การศึกษาและคำแนะนำหลายประเภทที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ลักษณะที่พบร่วมกันเหมือนๆ กัน คือ ลักษณะเป็นโปรแกรม การใช้สติปัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (cognitive-behavioral-type therapies) ที่เน้น การรับรู้ พฤติกรรม และความเชื่อในการที่จะสามารถควบคุมเหตุการณ์ หรือจะเป็นโปรแกรมที่เป็นจิตศึกษา การแก้ปัญหา การศึกษาส่วนใหญ่ของการศึกษาสอนที่ตัวบุคคลหรือผ่านโทรศัพท์ให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้กิจกรรมการดูแล แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันเนื้อหาของการให้การทดลองจะแตกต่างกันไปแม้ว่าจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยลักษณะของวิธีการให้จะมีหลายแง่มุม(multifaceted)จะรวมถึง

ความตระหนัก การประเมินประสบการณ์การมีอาการ การเลือก การให้การดูแล การประเมินประสิทธิผลความคุ้มค่า กำหนดกิจกรรมต่างๆ การอนุรักษ์พลังงานการปรับตัว / การแก้ปัญหา / การตัดสินใจผู้ที่จะต้องติดต่อด้วย / การให้ข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพการใช้เทคนิคการผ่อนคลายสุขอนามัยการนอนหลับความสมบูรณ์ด้านจิตใจตัวอย่างทั่วไปในผู้ป่วย จะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการจัดการอาการอ่อนล้า ผ่านขั้นตอน 1) วิธีการเป็นแกนแทรกแซงเน้นการช่วยให้ผู้ป่วย การจัดการความเหนื่อยล้าผ่านขั้นตอนของ (1) ให้ตระหนักถึงการรับรู้ของความเหนื่อยล้า 2) การใช้ความหมายกับความเหนื่อยล้า (3)บันทึกอาการอ่อนล้ากับ ความเมื่อยล้าและที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ (4) การใช้กลไกการปรับตัว เช่น การทำให้ไขว้เขว การจัดตารางเวลา การจัดตารางงาน และ (5) การกำหนดเป้าหมายโปรแกรมการให้การศึกษา และในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองมีอาการ และ มีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการใช้ Cognitive-behavioral therapy เทคนิค เพื่อ ความต้องการในการอบรมในการส่งมอบบริการการดูแลมีบางการศึกษาเพิ่มองค์ประกอบของ การเรียนรู้การให้การทดลองแบบ cognitive-behavioral intervention เพื่อเพิ่ม การรับรู้ในการการควบคุมอาการ การเพิ่มการประเมินสถานการณ์
และการตอบสนองพฤติกรรมการศึกษาทั้งหมดใช้แสดงให้เห็นถึง การจัดโปรแกรม การเรียนรู้และวิธีการศึกษา แสดงให้เห็น ผลเชิงบวกงานวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการอ่อนล้าพบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ

2. Exercise

- มีการออกกำลังกายสำหรับการจัดการกับอาการ การทำหน้าที่ของร่างกายและ คุณภาพโดยรวมของชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการออกกำลังกายได้รับการทดสอบในหลายการศึกษาจำนวนมากการศึกษาที่ทบทวนส่วนใหญ่เป็นการเดินออกกำลังกายอย่างไรก็ตามการออกกำลังกายแบบแอโรบิคไม่ได้มีการอธิบายไว้

- มีการออกกำลังกายpelvic floorในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากพบว่าทำให้การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะดีขึ้น ช่วยลดการถ่ายปัสสาวะบ่อยๆ
-การนั่งออกกำลังกายในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า มีผลข้างเคียงลดลงจากการศึกษาที่พบโดยส่วนใหญ่พบว่าการออกกำลังกายทำให้อาการอ่อนล้าลดลง ซึ่งพบว่าการพักไม่ทำให้อาการอ่อนเพลียไม่ได้ลดลงจากเดิม แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการออกกำลังกายทำให้อาการอ่อนล้าลดลงได้ถึง 69% และจาการการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่าการจัดการอาการอ่อนล้าด้วยการออกกำลังกาย จะดีขึ้น 100 เปอร์เซ็นต์นอกจากนั้น โปรแกรมการออกกำลังกายจะใช้ในการควบคุม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อาการคลื่นไส้อาเจียนอาการอื่น ๆ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

แม้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายในการศึกษาเหล่านี้มีความแตกต่างกันบ้าง และต้องทำควบคู่กับกิจกรรมอื่นๆ บางครั้งจึงทำให้ยากในการที่จะประเมิน ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

เพียงอย่างเดียว และการออกกำลังกายมีประโยชน์ในการจัดการอาการ และการทำหน้าที่ทางร่างกาย

3.การรักษาเสริมและการรักษาทางเลือก

ความก้าวหน้าในการแพทย์ตะวันตกมีการปรับปรุงการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมหาศาล แต่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงทำให้แพทย์ทางเลือกมีประโยชน์มาก และเป็นที่ยอมรับการรักษาที่ผสมผสานและการใช้แพทย์ทางเลือกการใช้สมุนไพรที่หลากหลาย การใช้เทคนิคการรักษาโดยแพทย์แผนตะวันออก การใช้เทคนิคการจัดการตนเอง การแสวงหาผู้ให้บริการ เช่น การกดจุด พบว่าในผู้ป่วยที่มีการกดจุดมีความล่าช้าและ ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนลง และพบว่าในกลุ่มที่เป็นมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด จะมีอาการอ่อนล้าและ มีกิจกรรมทางร่างกายเพิ่มขึ้น จากการที่ได้รับการกดจุดการให้การดูแลที่ไม่ invasive เข้าไปในร่างกาย ได้แก่การ ใช้สิ่งแวดล้อมในการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การจัดการอาการอ่ออนล้า ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ไม่มีรายงานว่าช่วยบรรเทาอาการต่างๆ แต่มีรายงานว่า ทำให้ เกิดประสบการณ์ที่ดีในการให้เคมีบำบัดสิ่งที่สำคัญ การออกกำลังกายในทุกรูปแบบส่งผลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยไม่มากก็น้อย ในการศึกษาการออกกำลังกายทั้งหมด จะรวมถึงการให้การศึกษา การให้คำปรึกษา เป็นองค์ประกอบผู้ป่วยควรได้รับการให้คำปรึกษาช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1. Ajzen I, Fishbein M. 1980. Understanding Attitudes andPredicting Social Behavior. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.; 1980.
2. Bachmann-Mettler, I, Steurer-Stey C, et al. "Case management in oncology rehabilitation (CAMON): The effect of case management on the quality of life in patients with cancer after one year of ambulant rehabilitation. A study protocol for a randomized controlled clinical trial in oncology rehabilitation." Trials. 2011; 12(1): 1-7.
3. Bandura A. Social foundations of thought and action: Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall.; 1986.
4. Berg C and Hayashi RJ. "Participation and Self-Management Strategies of Young Adult Childhood Cancer Survivors." OTJR. 2013; 33(1): 21-30.
5. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc 1982;14:377–81.
6. Byma E, Given B, Given C, You M. The Effects of Mastery on Pain and Fatigue Resolution. Oncology Nursing Forum. 2009;36(5):544-52.
7. Cimprich B, Janz NK, et al. "Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment." Psychooncology. 2005; 14(9): 704-717.
8. Chambers S, Newton R, et al. "Living with prostate cancer: randomised controlled trial of a multimodal supportive care intervention for men with prostate cancer." BMC Cancer.2011; 11(1): 1-8.
9. Chatwin J, Closs J, Bennett M. Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies. European Journal of Cancer Care. 2009;18(2):124-30.
10. Cockle-Hearne J and Faithfull S. "Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances." Psycho-Oncology/ 2010; 19(9): 909-922.
11. Damush TM, Perkins A, Miller K. The implementation of an oncologist referred, exercise self-management program for older breast cancer survivors. Psycho-Oncology. 2006;15(10):884-90.

12. Dingley C and Roux G. "The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer." Research in Nursing & Health. 2014; 37(1): 32-41.
13. Dingley C and Roux G. "The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer." Res Nurs Health. 2013; 26, 1-12.
14. Faithfull S, Cockle-Hearne J, &Khoo V. Self-management after prostate cancer treatment: evaluating the feasibility of providing a cognitive and behaviouralprogramme for lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2011; 107(5), 783-790.
15. Foster C, Fenlon D. Recovery and self-management support following primary cancer treatment. The British Journal of Cancer. 2011;105(S1):S21-8.
16. Gao WJ, Yuan CR. Self-management programme for cancer patients: a literature review. IntNurs Rev. 2011; 58(3):288-95.
17. Gaston-Johansson, F, Fall-Dickson JM, et al. "Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy." Psychooncology. 2013; 22(3): 530-539.
18. George M. Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities. Patient Education & Counseling. 2012; 89(3):489-500.
19. Given C, Given B, et al. "Deconstruction of Nurse-Delivered Patient Self-Management Interventions for Symptom Management: Factors Related to Delivery Enactment and Response." Annals of Behavioral Medicine. 2010; 40(1): 99-113.
20. Haggstrom DA, Taplin SH, Monahan P, Clauser S. Chronic Care Model implementation for cancer screening and follow-up in community health centers. J Health Care Poor Underserved. 2012;23(3 Suppl):49-66.
21. Hammer MJPDCRN, Ercolano EADRNA, et al. "Self-management for Adult Patients With Cancer: An Integrative Review." Cancer Nursing. 2014; Vol. 00, No. 0.
22. Hazelwood DM, Koeck S, Wallner M, Anderson KH , & Mayer H. Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused by cancer or cancer therapy at home. HeilberufeScience, 2012; 3(4), 149-158. Retrieved December 26, 2013.
23. Hsiao CP, Moore IM, et al. "Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer." Journal of Clinical Nursing. 2014; 23(3-4): 440-449.

24. Hoffman AJPRN, Brintnall RAPAA.-BC, et al. "Too Sick Not to Exercise: Using a 6-Week, Home-Based Exercise Intervention for Cancer-Related Fatigue Self-management for Postsurgical Non-Small Cell Lung Cancer Patients." Cancer Nursing May/June. 2013; 36(3): 175-188.
25. Jeffs E, Wiseman T. "Randomised controlled trial to determine the benefit of daily home-based exercise in addition to self-care in the management of breast cancer-related lymphoedema: a feasibility study." Support Care Cancer. 2013; 21(4): 1013-1023.
26. Kanfer FH. Self-management: Strategies and tactics. Maximizing treatment gains. 1979:185-224.
27. Kidd LA. "Consequences, control and appraisal: cues and barriers to engaging in self-management among people affected by colorectal cancer – a secondary analysis of qualitative data." Health Expectations: 2012; no-no.
28. Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, Spichiger E. A Systematic Evaluation of Content, Structure, and Efficacy of Interventions to Improve Patients' Self-Management of Cancer Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2012;44(2):264-84.
29. Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, &Spichiger, E. Results of a randomized controlled pilot study of a self-management intervention for cancer pain. Eur J OncolNurs. 2013; 17(3), 284-291.
30. Koller A, Miaskowski C, De Geest S, Opitz O, Spichiger E. Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. European Journal of Oncology Nursing. 2013; 17(1):1-8.
31. Korstjens, I, May AM, et al. "Quality of life after self-management cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training." Psychosomatic Medicine. 2008; 70(4): 422-429.
32. Lazarus R.S. &Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. Springer, New York; 1984.
33. Loh S, Packer T, Chinna K, Quek K. Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: a non-randomised controlled clinical trial. Journal of Cancer Survivorship. 2013; 7(3):331-42.

34. Loh SY, Packer T, et al. "Does a self-management intervention lower distress in woman diagnosed with breast cancer? 1." Japanese Psychological Research. 2012; 54(2): 159-169.
35. Loh SY, Chew SL, Lee SY, &Quek KF. Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12(6), 1497-1501.
36. Loh SY, Quek K. Cancer-behavior-coping in women with breast cancer: Effect of a cancer self-management program. Int J Appl Basic Med Res. 2011; 1 (2):84-8.
37. Loh SY, Packer T, et al. "Perceived Barriers to Self-Management in Malaysian Women with Breast Cancer." Asia-Pacific Journal of Public Health. 2007; 19(3): 52-57.
38. Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang HM. Self-management of chemotherapy-related nausea and vomiting: a cross-sectional survey of Chinese cancer patients. Cancer Nurs. 2014; 37(2):126-38.
39. Lou YPMoNBoNRN, Yates PPMossBoA, McCarthy APMoNBoN, Wang HBonRN. Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Clinical Nursing. 2013;22(7-8):1053-65.
40. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of behavioral medicine. 2003;26(1):1-7.
41. Lundberg PCPRN, Rattanasuwan OBRN. Experiences of Fatigue and Self-management of Thai Buddhist Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy. Cancer Nursing March/April. 2007;30(2):146-55.
42. McCaughan E, Prue G, McSorley O, Northouse L, Schafenacker A, Parahoo K. A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: a study protocol. Journal of Advanced Nursing. 2013;69(11):2572-83.
43. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. CA: a Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(1):50-62.
44. Northouse L, Walker J, Schafenacker A, Mood D, Mellon S, Galvin E, et al. A Family-Based Program of Care for Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. Oncology Nursing Forum. 2002;29(10):1411-9.

45. Oliffe JL, Davison BJ, et al. "The self-management of uncertainty among men undertaking active surveillance for low-risk prostate cancer." Qualitative Health Research. 2009; 19(4): 432-443.
46. Rottmann N, Dalton S, et al. "Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study." Quality of Life Research. 2010; 19(6): 827-836.
47. Schulman-Green D, Bradley EH, et al. "One Step at a Time: Self-Management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer." Oncology Nursing Forum. 2012; 39(4): 354-360.
48. Schulman-Green D, Bradley EH, et al. "Self-management and transitions in women with advanced breast cancer." Journal of Pain & Symptom Management. 2011; 42(4): 517-525.
49. Speck R, DeMichele A, et al. "Scope of symptoms and self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients." Supportive Care in Cancer. 2012; 20(10): 2433-2439.
50. Stinson JN, Sung L, Gupta A, White ME, Jibb LA, Dettmer E, et al. Disease self-management needs of adolescents with cancer: perspectives of adolescents with cancer and their parents and healthcare providers. Journal of Cancer Survivorship. 2012;6(3):278-86.
51. Turton P and Cooke H. "Meeting the needs of people with cancer for support and self-management." Complementary Therapies in Nursing & Midwifery. 2000; 6(3): 130-137.
52. van den Berg SW, Gielissen M FM., et al. "Rationale of the BREAst cancer e-healTH [BREATH] multicentrerandomised controlled trial: An Internet-based self-management intervention to foster adjustment after curative breast cancer by decreasing distress and increasing empowerment." BMC Cancer. 2012; 12(1): 394-406.
53. vanWeert E, Hoekstra-Weebers JEHM, et al. (2008). "The development of an evidence-based physical self-management rehabilitation programme for cancer survivors." Patient Education and Counseling. 2008; 71(2): 169-190.
54. ธิดารัตน์ หนชัย.ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
55. มยุลีสำราญญาติ.ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่มีความเจ็บปวด. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

56. สุจิตรา มลิลา.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.(วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

บทที่ 4
สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2004 ถึง มีนาคม 2014) สรุปผลการสืบค้นได้ดังนี้

1.การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรม

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 เรื่อง เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยRCT จำนวน 3 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองจำนวน 6 เรื่อง การศึกษาเชิงบรรยาย 1 เรื่องประกอบด้วย รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 เรื่อง การจัดการตนเอง (self-management) 8 เรื่องพบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)1 เรื่อง Chronic care model 1เรื่อง ไม่พบงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องการดูแลตนเอง

2. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 97 เรื่อง

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ แบ่งตามระดับงานวิจัยได้ดังนี้Meta-analysis 1 เรื่องsystematic review 9 เรื่องRCT 36 เรื่องQuasi experimental 19 เรื่องExperimental 5 เรื่อง Prospective study 4 เรื่อง Descriptive study 14 เรื่อง Qualitative study 4 เรื่อง Review 5 เรื่องแบ่งเป็น Self-management 47 เรื่อง Self-management support 28 เรื่อง Chronic care model 13 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง

3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและภาวะก่อนเป็นความดันโลหิตสูง

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน43 เรื่อง ทั้งหมด Meta-analysis 1 เรื่อง Systematic review 3 เรื่อง RCT 21 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 8 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง งานวิจัย Descriptive study 1 เรื่อง

การ Review 2 เรื่อง แบ่งเป็น Self-management 34 เรื่อง Self-management support 2เรื่อง ไม่พบเรื่อง Chronic care model และพบงานวิจัยด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 7 เรื่อง

4. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน10เรื่อง แบ่งเป็น Systematic review 4 เรื่อง RCT 4 เรื่อง Experiment 1 เรื่อง Qualitative study 1 เรื่อง แบ่งเป็น การใช้ Chronic care model 1 เรื่อง และ Self-management 9 เรื่องไม่พบเรื่อง Self-management support ไม่พบงานวิจัยด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

5. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน25เรื่อง แบ่งเป็นหลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็น RCTจำนวน 4 เรื่อง หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลอง Experimental study จำนวน 7 เรื่อง Quasi-experimental จำนวน 4 เรื่อง Descriptive study จำนวน 1 รวมเป็น 10 เรื่อง แบ่งเป็น Self-management 16 เรื่อง Self-management support 4 เรื่อง ไม่พบเรื่อง chronic care model ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 เรื่อง

6. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน12 เรื่อง เป็นหลักฐานจากงานวิจัยแบบSystematic review จำนวน 2 เรื่อง เดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองสุ่มแบบปกปิดเปรียบเทียบกับกลุ่มควบ RCTจำนวน 3เรื่อง หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 1 เรื่อง หลักฐานจากงานวิจัยเชิงบรรยาย จำนวน 6 เรื่อง การศึกษา รวม 12 เรื่องแบ่งเป็นการจัดการตนเอง (Self-management) จำนวน 10 เรื่อง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) 2 เรื่อง และหางานเพิ่มในปัจจัยที่เกี่ยวจาก ThaiLis อีก 4 เรื่อง รวมเป็น 16 เรื่อง

7. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประกอบด้วยรวมงานวิจัยทั้งสิ้น 55 เรื่อง แบ่งเป็น งานวิจัยจากต่างประเทศ 41เรื่อง งานวิจัยในประเทศ 14 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยระดับต่างๆ Systematic review study 4 เรื่อง RCT study 32 เรื่อง Experimental study 1 เรื่อง Quasi-experimental study 9 เรื่อง Qualitative study 2 เรื่อง Descriptive study 7 เรื่องแบ่งเป็น Self-management 40 เรื่อง Self-management support 5 เรื่อง Chronic care model 1เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง

8. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการดูตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลการสืบค้นทั้งหมดได้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนงานวิจัยจำนวน 48เรื่องเป็นงานวิจัย Systematic review 2 เรื่อง RCT 12 เรื่อง Experiment 7 เรื่อง Descriptive study 20 เรื่อง และ Review 7 เรื่อง แบ่งเป็นดังนี้ Self-management 24 เรื่อง Self-management support 3 เรื่องChronic care model 1 เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการสนับสนุนตนเอง 21 เรื่อง สำหรับผลการศึกษา

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าส่วนใหญ่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ส่วนที่ทำน้อย ได้แก่โรคเมตาบอลิกซินโดรม และโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

เมตาบอลิกซินโดรม นั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะคุกคามต่อสุขภาพและผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่ชัดเจนจึงต้องใช้สังคม ชุมชนเข้ามาช่วยในการสร้างความตระหนัก การใช้ การจัดการตนเองยังเห็นไม่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเนื่องจากเมตาบอลิกซินโดรมเป็นโรคที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคอื่นอีกหลายโรค จึงมีแนวคิดในการที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังข้ามเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดผลในชุมชนที่มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่อง การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความจำบกพร่อง ในการจัดการตนเองต้องอาศัยญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง

นอกจากนั้นสำหรับในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยังพบว่างานวิจัยที่เกิดขึ้นมีมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัญหาระดับโลกและระดับชาติที่ต้องมีการดูแลระยะยาว และต้องการกำลังใจ และการสนับสนุนระยะยาวเพราะหากผู้ป่วยละเลยการก็จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะอื่นๆ อย่างไรการใช้ รูปแบบการดูแลตนเองก็ได้รับการสนับสนุน ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา

จุดมุ่งหมายของการใช้ CCM เป็นการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังจะถูกออกแบบมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจากการทำงานเป็นทีมร่วมกันให้มีประสิทธิภาพเพราะจะมีการวางแผนในการทำงาน ทำให้เกิดปฏิสัมสัมพันธ์ต่อกัน มีการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยการใช้ทรัพยากรชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการบูรณาการการตัดสินใจร่วมกัน มีการลงทะเบียนผู้ป่วย และมีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอื่นๆ องค์ประกอบเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้าง ความเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกันเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี จากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าจะให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการใช้องค์ประกอบใน chronic care model มากกว่า หนึ่งองค์ประกอบ

ผลลัพธ์จากการใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นไปในทิศทางบวกแม้ว่าการจัยบางเรื่องผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจนแต่พบกระบวนการดูแลดีขึ้น

องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา มีการการฝึกอบรม การจัดการตนเองและมีการสนับสนุน มีการวัดและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับอย่างไรก็ตามการดำเนินการแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อการมุ่งเน้นกับการกระทำที่เฉพาะเจาะจง ภายในเวลาอันสั้น ในระยะเวลาที่กำหนดผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำตามและติดตาม การฝึกจะมีการออกแบบการเรียนการสอนเป็นกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยผู้ป่วยมีส่วน ในการตัดสินใจ และ การรักษา การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ โดยบุคลากรจะช่วยอำนวยความสะดวกใน เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองการ นำไปสู่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกิจกรรมนี้จะได้รับการออกแบบใหม่ และปรับให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะตอบการเปลี่ยนแปลงปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับในการเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เพื่อการทำงานแบบความร่วมมือ ใน 6ประเด็นคือเพื่อ เป็นการทำงานเพื่อการปรับปรุงตนเองด้านผลลัพธ์

1) การออกแบบระบบเพื่อการส่งมอบบริการ

2) การสนับสนุนการตัดสินใจ

3) ระบบข้อมูลเกี่ยวกับการเชื่อมโยงกับชุมชน

4) การสนับสนุนการจัดการตัดสินใจ

5) องค์กรของระบบสุขภาพ

นอกจากนั้นการจัดการสนับสนุนการจัดการตนเองมีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองที่ยั่งยืน

อาจมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อการจัดส่งมอบบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่กำลังจะกลายเป็นความสำคัญสำหรับระบบสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การมักมีการให้บริการโดยการผ่านรูปแบบการสอนการจัดการตนเองในคลินิกและมีการดูแลต่อเนื่องเข้าสู่ชุมชนที่เป็นการดูแลระดับปฐมภูมิทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อที่จะปรับปรุงผลลัพธ์และลดค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังมีหลายประเทศที่ทำการวิจัยและนำ Self-management support ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ chronic care model ไปใช้ได้แก่Congo, Cambodia, and Philippine จีน ฮ่องกง สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เบลเยี่ยม คามารูน แอฟริกาใต้ ยูกานดาสำหรับประเทศไทยได้มีการฝึกอบรมแกนนำซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม) เพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยประสบการณ์ การตั้งเป้าหมายการจัดการด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นในปัจจุบันประเทศไทยได้ส่งเสริมหมออนามัยที่ประกอบจากบุคคลหลายสาขาเข้ามาให้การดูแลและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

อย่างไรก็ตามการออกแบบโปรแกรมคงต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและ วัฒนธรรมความหลากหลายของระบบสนับสนุน ความพึงพอใจซึ่งเป็นไปตามบริบทของแต่ละ

สำหรับในประเทศไทยไม่ได้มีการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างจริงจังเหมือนต่างประเทศซึ่งทีมวิจัยได้สรุปสถานการณ์การวิจัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาและยังไม่ได้นำผลการวิจัยลงไปใช้ในเชิงระบบอย่างจริงจังแต่นักวิชาการได้มองเห็นความสำคัญของการ

สนับสนุนจัดการตนเองโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบมากขึ้นโดยสรุปสาระสำคัญของงานวิจัยทำให้แนวโน้มการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดียิ่งผู้ดำเนินโปรแกรมควรมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม และมีความรู้และความชำนาญในกลุ่มโรค เป็นผู้ปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง สามารถประสาน ทำงานเป็นทีม มีการใช้เครือข่ายระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1. เมตาบอลิกซินโดรม

1) ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีคลินิกการจัดการโรคอ้วนในชุมชนจะเป็นงานเชิงรุกที่น่าสนใจ ทำให้ประชาชนมีความรู้อย่างถูกต้องและเหมาะกับบริการระดับปฐมภูมิที่ไม่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่การจัดการตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน จะอยู่ที่ดุลพินิจของแต่ละคน การเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะการแก้ปัญหาในการเลือกและการรักษาสุขภาพและการออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมน้ำหนักที่มีประสิทธิภาพ โดยการเน้นวิธีการ เทคนิคให้เหมาะสมในแต่ละวัย สำหรับในประเทศไทยการจัดการเรื่องน้ำหนักเกินด้วยวิธีการต่าง ๆนั้นมีความโดดเด่นในภาคเอกชน คลินิกบริการต่าง แต่โรงพยาบาลเป็นที่ถูกมองว่าเป็นแหล่งรักษาโรค

จึงควรมีการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในโรงพยาบาลระบบปฐมภูมิอย่างจริงจังเพื่อทำให้เกิดการคัดกรองความเสี่ยงและมีการติดตามการรักษาโดยใช้รูปแบบการจัดบริการโดยใช้รูปแบบการดูแล แทนที่จะเป็นการลดอ้วนเพื่อทำให้สวยแต่เป็นการลดโรคด้วย ในการดำเนินการจัดสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ นั้นต้องการ ทีมดูแล การวางแผนการเยี่ยมและติดตามการรักษา การเป็นพันธมิตรกับทรัพยากรของชุมชน และพื้นฐานการปฏิรูปด้านการเงินทุนขององค์กรการดูแลสุขภาพ จึงเห็นการใช้ รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถทำได้ดีในเชิง การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้ง กลุ่มโรคเมตาบอลิกซินโดรม ต้องมีการยึดมั่นในการจัดการสุขภาพตนเอง

2) ควรใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคเอ้วนจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติที่ดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของการทำงานเชิงระบบอาจจัดเป็นทางเลือกให้เห็นกรอบแนวคิดในการจัดการผู้ป่วยโรคอ้วนหรือผู้ที่มีน้ำหนักเกินอย่างชัดเจนขึ้นเพราะส่วนใหญ่ของชีวิตของคนเหล่านี้อยู่นอกระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นเหตุผลที่สำคัญที่ชุมชนจะมีความสัมพันธ์ และเป็นพันธมิตรที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนชุมชนสามารถให้ข้อมูลที่ช่วยให้จัดการดูแลตนเองได้ดี

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ และการใช้ระบบสารสนเทศทางคลินิก ผู้ให้บริการจะต้องมีการตระหนัก แนวทางปฏิบัติในปัจจุบันสำหรับการจัดการน้ำหนัก โดยผ่าการสื่อสาร การกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกันผู้ให้บริการต้องมีการประเมินการใช้ แนวทางการปฏิบัติ การลงทะเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์จะทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้รับการประเมิน เช่น การรับรู้และตระหนักในการยึดมั่นต่อโปรแกรมที่ไม่ดี จะทำให้ผู้รับบริการต้องคิดหาวิธีการพัฒนาวิธีการใหม่ที่จะ การดูแลการควบคุมน้ำหนัก

4) ควรเน้นเรื่องการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพราะชุมชนจะมีความสัมพันธ์และเป็นพันธมิตรที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพ การดูแลที่เน้นเรื่องการจัดการเรื่องอาหารมากขึ้นก็จะทำให้การจัดการน้ำหนักเป็นไปได้ดีหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนชุมชนสามารถให้ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สินค้าการค้ากับบุคคลที่มีความสนใจในการควบคุมน้ำหนัก กระบวนการที่เป็นทางการสำหรับ การ

ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจากสถาบันการดูแลสุขภาพกับชุมชนเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่ควรจะพัฒนา ตามหลักฐานทางวิชาการโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก ควรต้องมีการเชื่อมต่อกับชุมชนที่มีความสะดวกและคุ้นเคยกับผู้ป่วย ความพยายามในการขยายระบบการดูแลสุขภาพเข้าไปในชุมชนในเรื่องโภชนาการการออกกำลังกายระบบสุขภาพเป็นเน้นในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพได้และมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคอ้วนมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิตต้องให้ความสำคัญในการจัดการน้ำหนักที่จะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

5) กลยุทธ์สำหรับการให้การฝึกอบรมการจัดการตนเองในการ จัดการน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีการ สร้างเสริมสมรรถนะผู้ที่เป็นโรคอ้วนที่น้ำหนักเกินอย่างต่อเนื่อง การพบปะพูดคุยเป็นส่วนบุคคล มีการประชุมกลุ่ม มีการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ หรือ อินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการกิจกรรมเหล่านี้ มีการปรับปรุงผลลัพธ์ภาวะสุขภาพ และการจัดให้มีคลินิกการจัดการน้ำหนักในชุมชนจะทำให้ผู้ป่วย มีโอกาส ที่จะได้รับการฝึกอบรมการจัดการตนเองมากขึ้นที่มีการเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้วยการสนับสนุนของระบบการรักษาพยาบาล คลินิกในชุมชนควรจะจัดระบบเพื่อ ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหา โรคอ้วน ผู้ให้บริการและพนักงานในคลินิกควรจะกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ของบุคคลากร ที่จะค้นหาปัญหาและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการควบคุมน้ำหนักสุดท้าย การที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกายควรได้รับการพัฒนาให้มาพบได้ในวันเดียวกนโดยไม่เสียเวลา หรือการมาเยี่ยมตามนัดเป็นกลุ่มทำให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยและลดอุปสรรคในการเข้าถึง บริการต่างๆ

6) โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรม ต้องจัดให้เหมาะกับวัย และหากมีส่วนร่วมของชุมชนแล้วจะทำให้ยั่งยืน โดยการสนับสนุนของชุมชนต้องเอาเข้ามาเป็นตัวแปรในโปรแกรม เนื้อหาหลักของโปรแกรมจะต้องประกอบไปด้วยความรู้เรื่องโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และเทคนิคต่าง ๆที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อ้วนน้ำหนักเกินเข้าอยู่ในโปรแกรมตลอดไป

4.2.เบาหวาน

1) ควรมีการนำแนวคิดการนำรูปแบบการแลโรคเรื้อรัง มาใช้ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างจริงจังและยั่งยืน ในประเทศไทยยังไม่มีการนำรูปแบบการแลโรคเรื้อรัง (CCM) มาใช้อย่างจริงจังเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการใช้การส่งเสริมสมรรถนะในตนเองมาเป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรม แต่ไม่ได้เกิดความยั่งยืนเนื่องจากไม่ได้นำแนวคิดการรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (CCM)บูรณาการเข้าสู่ระบบอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม CCM เป็นแนวคิดที่น่าสนใจเพราะมีการใช้ในหลายประเทศ โดยกรอบแนวคิดนี้มีหลายแง่มุม ที่จะช่วยในการกำหนด มุมมอง ในการส่งมอบการดูแลสุขภาพ และได้แสดงให้เห็นว่าทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ให้เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วยได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้เน้นความสำคัญเรื่องผลลัพธ์และการป้องกัน เพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น

2) ส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย

มีการใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีความจำเป็นที่ต้องการเพิ่มการสนับสนุนทาง community-based programs, telephone-based programs,การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการใช้จิตอาสา น่าจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถนำมากำหนดเป็นรูปแบบที่นำมาทดลองใช้ได้

3) สร้างระบบบริการที่สนับสนุนการจัดการตนเองในหน่วยบริการที่ทำงานเชิงรุก เพื่อลดและชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง การเข้าถึงบริการ ด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

4) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาพัฒนาโปรแกรมการสอนการจัดการตนเองที่สามารถบูรณาการไปกับระบบการดูแลและสร้างความเข้มแข็งเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล ชุมชนและบ้าน

5) สร้างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้จิตอาสาที่อยู่ในพื้นที่ ควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งเชิงระบบของการให้บริการทางสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีการติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม

6) ในระบบสุขภาพ ต้องจัดทำให้เกิดระบบการติดตามเยี่ยมที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการวางแผนการเยี่ยมที่ส่งเสริมการสนับสนุนการจัดการตนเองในแต่ละโรคอย่างทั่วถึง เพื่อลดความยากในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของ self-management ความยากในการพยายามคงไว้ในระหว่างการเยี่ยมแต่ละครั้ง การมีเวลาจำกัดในระหว่างการเยี่ยม และให้การดูแลที่เหมาะสม และการม่งเน้นจัดการปัญหาที่เร่งด่วนมากกว่าการมุ่งประเด็นไปที่การจัดการตนเอง

7) สงเสริมสนับสนุนการการทำวิจัยและนำการวิจัยไปใช้ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อทำให้เกิดการกระจายของการบริการที่มีการสนับสนุนโดยการใหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกิดความร่วมมือในการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง

4.3 ความดันโลหิตสูง

1) ส่งเสริมกระบวนการบริหารจัดการการดูแลและบูรณการระบบการดูแลสุขภาพขององค์กร

1.1) มีการประยุกต์แนวคิดเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าสู่การปฏิบัติที่มากขึ้น

1.2) บูรณาการการดูแลผู้ป่วยกับงานประจำที่ทำอยู่ได้ โดยการติดต่อประสานงานกับพยาบาลชุมชนในการวางแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงที่สามรถดูแลตนเองได้ ด้วยการวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยผ่านการอบรม และมีการติดตามโดยใช้การสื่อสารหรือเทคโนโลยีทางไกลเพื่อ เป็นการประเมินความก้าวหน้าในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีการประเมินค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้ในการสังเกตอาการที่ผิดปกติ มีการปรับเปลี่ยนการรับประทานยา

เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์เจ้าของไข้และอาจมีการเพิ่มเติมวิธีการจากการที่พยาบาลชุมชนเดินทางไปเยี่ยมบ้าน เป็นการใช้อินเตอร์เน็ตในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดระยะเวลา เพิ่มความสะดวกสบายและสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เรื่องยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับ

1.3) ควรส่งเสริมกระบวนการจัดการตนเองของชุมชนให้เป็นกลไกที่สำคัญในการส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทเป็น วิทยากร การเรียนรู้และร่วมเรียนรู้กับชุมชน ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนในกลุ่มสตรีแม่บ้านและผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1.4) จัดระบบการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยม การให้คำปรึกษา ผ่านสื่อเทคโนโลยีต่างๆ การตั้งเป้าหมายและการสอนทางโทรศัพท์สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลตลอดเวลาซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือมีความตระหนักต่อสุขภาพลดน้อยลง จึงต้องการแรงกระตุ้นหรือกำลังใจเป็นระยะ ฉะนั้นการติดตามดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จนกระทั่งเขามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมแล้ว จึงค่อยลดการติดตามลง ซึ่งจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยทุกคนได้ ซึ่งสามารถปรับใช้กับสภาพสังคมไทยได้อย่างเหมาะสม

2) ส่งเสริมการวางแนวทางจัดทำโปรแกรมการจัดการโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ได้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและพื้นที่มากขึ้นโดยมีการทำกลุ่มวางแผนในการรับทราบปัญหา จัดทำเนื้อหา และ มีการนำไปทดลองใช้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม ปรับรูปแบบการดูแลการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งต้องศึกษาข้อมูลพื้นฐานของบุคคลในชุมชนต่างๆเพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิตการออกแบบ รูปแบบการดูแลรักษาแบบการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทยโดยจะต้องมีการนำปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องเข้ามาประมวล เพื่อทำให้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้นจัดโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการเฝ้าระวังการเกิดความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจะต้องมีโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการให้การส่งเสริมสนับสนุนด้านความรู้ด้านต่างๆ ในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การรับประทานเกลือ การรับประททานอาหารที่มีไขมันต่ำ และการติดตามค่าความดันโลหิต มีการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำในการวัดความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้านและสนับสนุนการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตราคาถูกให้กับผู้ป่วยที่สอดคล้องกับการปรับวิธีการการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม นำไปสู่การชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นควรส่งเสริมกระบวนการจัดการตนเองของชุมชนให้เป็นกลไกที่สำคัญในการ

ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ ออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนในกลุ่มสตรีแม่บ้านและผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรมีการทำวิจัยทดลองแบบสุ่มขนาดที่ใหญ่ขึ้น และ มีการผสานการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองลงสู่ระบบการปฏิบัติงานโดยแท้จริงและควรมีการผสานลงสู่การปฏิบัติ

3) มีนโยบายส่งเสริมการบูรณาการการติดตามและการประเมินความดันโลหิตเข้าสู่งานบริการการดูแลผู้ป่วย

3.1) ควรจัดให้มีกลยุทธ์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการปรับพฤติกรรมการการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการนำผลมาประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของแต่ละครอบครัวซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2) ใช้เทคนิคการส่งเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการออกแบบโปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมผ่านทางเวบไซต์ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ในประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทีมสุขภาพและผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการงดสูบบุหรี่ การเก็บข้อมูลต่างๆของตนเอง หรือข้อสงสัย เพื่อสอบถามทีมสุขภาพเมื่อมาตรวจตามนัด หรือเมื่อทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่มีอาการผิดปกติก็ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้ว การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ทีมสุขภาพในชุมขนและผู้ป่วย ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ป่วยจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.3) ควรมีการนำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในตนเองซึ่งเป็นตัวแปรกลางไปทำวิจัยเพิ่มเพื่อวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง และมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

4) ส่งเสริมระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อทางไกลมากขึ้น

จัดระบบการให้บริการสุขภาพทางเวบไซด์ เกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตและการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยสามารถที่จะวัดความดันโลหิต และติดตามข้อมูลการดูแลตนเองต่างๆ ด้วยตนเองแล้วยังเป็นการกระตุ้น และสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยติดตามและประเมินอย่างตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5) นโยบายส่งเสริมการบริการเชิงรุกที่เน้นการบริการนอกกำแพงโรงพยาบาล

โดยทำร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับบูรณาการไปกับระบบการเงินการคลัง เช่น การจ่ายค่าตอบแทน การสนับสนุนบริการต่างๆ ตามงานที่เกิดขึ้น ก็จะสามารถทำให้เห็นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่ต้องทำการเฝ้าระวังได้ดีขึ้น

4.4 โรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีคนทำ ควรมีการจัดทำขึ้นทั้งในแง่การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพโดยการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังและการจัดการตนเองมาใช้และจำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขทั้งสามประการนี้เช่นกัน คือ1) ตัวผู้ป่วย ว่ามีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการจัดการตนเองด้านใดบ้าง 2) รูปแบบการดูแลของบุคลากรสามารถตอบสนองการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง 3) บริบทขององค์กรสามารถจัดการสนับสนุนการดูแลตนเองได้หรือไม่

4.1)ควรมีการกำหนดเป้าหมายด้านการฟื้นฟูในแต่ละระยะให้ชัดเจน โดยจัดให้อยู่ในระบบการเยี่ยมบ้านให้ชัดเจน เพื่อการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน

4.2)มีการส่งเสริมสนับสนุนการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่ชัดเจนจนพึ่งตนเองได้ และให้ผู้ป่วยทุกหลังคาที่มีผู้ป่วยได้รับบริการที่เท่าเทียมกันทุกครัวเรือน

4.3) จัดระบบส่งต่อเครือข่ายการให้บริการที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทีต่อเนื่อง

สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ควรคำนึงถึงความเหมาะสม ของโปรแกรม โดยจะต้องการป้องกันมากกว่าการฟื้นฟู ซึ่งควรเน้นเรื่องทักษะในการปรับตัว ในการจัดการกับชีวิตใหม่ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ชีวิต ที่เปลี่ยนไปและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองทุกวันในประเทศอังกฤษได้มีโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมการตั้งเป้าหมาย

4.4) การสร้าง self-management โปรแกรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถนำโปรแกรมฯ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในประเทศไทยได้โดยเน้นกลุ่มตัวอย่างที่จำหน่ายออกสู่ชุมชน ควรมีการนำผู้นำชุมชน หรือ อสม. มามีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรมฯ ให้เกิดประโยชน์รวมทั้งมีการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรในชุมชนเต็มที่ และพยาบาลคอยติดตามและเยี่ยมบ้านภายหลังดำเนินการไปแล้ว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ได้มีการจัดการตนเองที่ยั่งยืน

4.5) โปรแกรมการจัดการตนเอง ควรมีการใช้เทคนิค การสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มพลังอำนาจ ที่เพื่อเพิ่มการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน โดยการกระตุ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

4.6) การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูในบริการปฐมภูมิควรมีมากขึ้นแต่มักมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ telehealthเพิ่มการเข้าถึงบริการใน เขตบริการในที่ห่างไกลความเจริญ การให้บริการสุขภาพทางไกลก็เป็นคำตอบที่สามารถช่วยได้ เพราะการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการด้วยการให้ข้อมูลผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้ได้พบกับผู้เชี่ยวชาญ แม้จะมีอุปสรรคด้านเวลา สังคมวัฒนธรรม ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แม้ว่าการให้บริการผ่านการ สื่อสารทางไกลจะไม่สามารถทดแทนการให้บริการตัวต่อตัวได้แต่ก็ช่วยได้ในแง่เพิ่มการเข้าถึงการบริการในพื้นที่ที่ห่างไกล

4.5) โรคไตโรคเรื้อรัง

1. สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในด้านความรู้ความเข้าใจและการจัดการตนเองในไตเรื้อรังได้แก่ ระยะของโรค อาการ progression การรักษา และการจัดการตนเองอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสารอาหารและสมดุลเกลือแร่
ชนิดและกระบวนการในการบำบัดทดแทนไตเพิ่มแรงจูงใจ และความสามารถในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อดูหน้าที่การทำงานของไต

2. สนับสนุนระบบการฝึกอบรมในระยะยาวให้กับผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมและมี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต พยาบาลหน่วยโรค พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และนักโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซับซ้อนมากขึ้น หากต้องมีการสอนในประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรอาสาสมัครต่างๆ แต่ควรมีต้นแบบเป็นตัวอย่างและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

4.6) โรคหัวใจขาดเลือด

1) ควรมีการมีการจัดระบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคหัวใจในเชิงป้องกันอย่างครบวงจรตั้งแต่ผู้ที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ระบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ โดยอาจใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้

2) พัฒนาระบบการช่วยเหลือและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลต่อไป

3) การวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน แต่อย่างไรก็ตามเป็นการศึกษาที่เฉพาะเจาะลงกับกลุ่มคนหนึ่ง จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มอื่นได้

4) ส่งเสริมการจัดบริการ Self-help post MI rehabilitation programที่ปลอดภัยเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงต่างรวมทั้งความคุ้มค่าและคุ้มทุน

5) ส่งเสริมการระบบการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนตะวันออกร่วมกับการให้ความรู้เฉพาะโรคและการแนะนำให้ผู้ป่วยปรับ lifestyle เป็นแบบตะวันออก ซึ่งมีความแตกต่างจากข้อแนะนำอื่น น่าจะเป็นแนวทางที่ดีแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย angina pectoris ในประเทศไทยมีการจัดการตนเองได้

6) ส่งเสริมระบบการทำ intervention program ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นวิธีในการจัดการตนเอง แต่เน้นเฉพาะเรื่องสัญญาณเตือน และกาปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการฉุกเฉินเพื่อการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา

4.7) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) จัดให้มีระบบการสนับสนุนการการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบาก และอาการกำเริบในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้รู้จักจัดการปัญหาด้วยตนเองรวมทั้งทีมที่จำเป็นเร่งด่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง

2) ได้ว่ามีงานวิจัยของตางประเทศ ที่มีการศึกษาแง่มุมต่างๆ ของ การจัดการตนเองในผู้ป่วยอย่างกว้างขวางหลายแงมุมซึ่งเป็นงานวิจัยที่ดีมีการควบคุมและสุ่มรวมทั้งมีการคิดถึงความคุ้มทุนจึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในเมืองไทยแม้ว่าจะมีการทำวิจัยแต่ส่วนใหญ่อยู่ในอยู่ในระดับกึ่งทดลองซึ่งน่าจะมีการพัฒนาแง่มุมต่างๆ เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพดีขึ้นการบูรณาการโปรแกรมเข้าสู่ระบบที่มีการติดตามผู้ป่วย

4.8) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง

ควรมีการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลตนเองมาพัฒนาออกแบบสำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองให้เหมาะกับความต้องการและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยการออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองต้องทำทั้งในเชิงป้องกันและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว เพื่อช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อสร้างสรรค์การเป็นอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตเพราะผู้ป่วยมะเร็ง มีประสบการณ์ด้านอาการและผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษา เช่น ปัญหาความอยากอาหาร, โภชนาการที่ไม่ดีความเจ็บปวด ความอ่อนล้า และปัญหาด้านจิตใจเช่น ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยด้าน ความเชื่อความเข้มแข็งภายในตนเองประเด็นต่างๆ ในการจัดการตนเองจะเกิดจากการดูแล เช่น การรักษาด้วยการออกกำลังกาย โภชนาการ การควบคุมตนเอง เทคนิคการผ่อนคลาย และการฟื้นฟูความเชื่อมั่น ในการนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพร้อมของ สถานที่บุคลากร ความเข้าใจและความเห็นใจผู้ป่วยนอกจากต้องทำให้โปรแกรมเหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การสอนมีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Structured or Tailored)ความเฉพาะเจาะจงของโปรแกรม อาจมีปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น จากเศรษฐานะทางสังคม โรคของผู้ป่วยและลักษณะของผู้ให้บริการการทำให้เกิดความเฉพาะเจาะจงส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำถาม ในระหว่างหลัง การสอน

การสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย การสร้างทักษะให้กับผู้ป่วยออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self- management intervention) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ข้อ คือ 1) มีการวางแผนการประเมินความต้องการ 2) ประเภทของ Intervention 3) กรอบแนวคิดทฤษฎี 4) การนำ Intervention ไปใช้ 5) เทคนิคของ Intervention 6) การวางแผนในการลงมือทำ Intervention 7) การประเมินผล Intervention

2) ควรจัดระบบสนับสนุนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การรับรู้การวินิจฉัย การรักษา และภายหลังรอดชีวิต จัดให้มีโปรแกรมที่ส่งเสริมการปรับตัว และการเผชิญความเครียด เพื่อการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อต่อสู้กับความคิด และความกลัวโปรแกรมในการออกกำลังกายเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยมะเร็งในระยะต่างๆ อย่างดี

3) ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนโปรแกรมโดยใช้กลไกทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองทั้งในผู้ป่วยครอบครัว เพื่อน จิตอาสา ตั้งแต่ระยะต้นของการดูแล ป้องกันโรคมะเร็งนอกเหนือไปจากบุคลากรทางการแพทย์ หลักการของการจัดการตนเองในผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดนักจิตวิทยาและบุคคลากรในสถานที่ดูแลสุขภาพ จะต้องเล่นบทบาทที่แตกต่างกัน ในการจัดการตนเอง การรักษาต้องมี กระบวนการทำงานและ การตัดสินใจร่วมกันเช่น ทฤษฎีของ Social-cognitive Theories หรือ trans-theoretical model (TTM) of behavior

4) การจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง ควรมุ่งเน้นในความเป็นมนุษย์ช่วยบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในความทุกข์ทรมาน และป้องกันการเกิดอาการสิ่งที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งรู้สึกประสบการณ์ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงทางร่างกายและจิตใจของพวกเขาและ ความรู้สึกจะสามารถเปลี่ยนตลอดเวลา โปรแกรมการจัดการตนเองต้องเน้นการดูผู้ป่วยแต่ละรายแบบองค์รวมเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการเข้าถึงที่จะบอกถึงความปรารถนาที่ดีที่คุณจะมอบให้กับผู้ป่วย การจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งวิจัยจะเน้นที่การปฏิบัติผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตามหลักฐานเชิงประจักษ์บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่จะช่วย อำนวยความสะดวกในโปรแกรมการจัดการตนเองการจัดการโรคมะเร็งจึงต้องมีการะบวนการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าถึงบริการและการสนับสนุน ผู้ที่มีปัญหาด้าน เศรษฐกิจ ฐานะทางสังคมและมีความต่างทางวัฒนธรรม

5)หน่วยงานที่สนับสนุนการดูแลควรจัดให้มีแหล่งในการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่ายถึงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ

เพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิต ตลอดจนสนับสนุนทีมที่ดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้

6)ควรสนับสนุนการใช้ทุกองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เพื่อให้เกิดเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนระบบการดูแลในระบบสุขภาพอำเภอซึ่งผลคือจะเกิด Proactive team และ proactive patient และครอบครัวนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงระบบที่ต้องการ เพราะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดการจัดการดูแลตนเองที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มักจะเกี่ยวข้องกับวิธีการรักษา ดูแลและครอบคลุมบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพในทุกภาคส่วนเพื่อที่จะให้บริการครบวงจร และการยอมรับโปรแกรมการจัดการตนเอง

7) สนับสนุนการจัดการดูแลผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะโปรแกรมที่เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเครือข่ายอินเทอร์เนต

จะสร้างให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทั้งภายในและระหว่างบุคคลของผู้ป่วยเป็นการเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตด้วยตนเองซึ่งเป็นโปรแกรมที่อยู่บนพื้นฐานของเทคนิคการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมและสติปัญญาจะทำให้ผู้ป่วยมีโปรแกรมที่มีค่าใช้จ่ายต่ำและง่ายต่อการเข้าถึง ที่จะช่วยการฟื้นเรื่องอารมณ์ กายภาพ และสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

8) นอกจากนั้นพื้นที่ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชน ควรมีสนับสนุนการฝึกอบรมประชาชนทั่วไปและให้ความรู้ในการนำความรู้มาใช้เพื่อทำให้เกิด การป้องกันและการจัดการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในวงกว้าง

ตั้งแต่มีการคัดกรอง การส่งต่อ ควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้ทางสังคมผ่านสื่อสารต่างๆ และตรงกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ

9) ในการส่งมอบบริการสนับสนุนให้เกิดความหลากหลายบริการ
โดยควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย

- การสอนแบบ ตัวต่อตัว (face to face) จะเป็นที่นิยม หรือร่วมด้วย การโทรศัพท์ หรือภาพนิ่ง, เสียง, หรืองานนำเสนอวิดีโอ แต่ควรทำให้เหมาะกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย

- วัสดุที่ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล เช่น คู่มือ Videotapes ที่อัดไว้ที่ใช้ในการสอน มีการให้กระดาษและดินสอที่ผู้ป่วย จะเขียนบันทึกลงไป นอกจากนั้นยังมีบางการศึกษาให้คู่มือเพียงอย่างเดียว บางการศึกษาให้ คู่มือ กล่องยา videotapes และ audiotapes

-ผู้ให้บริการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต้องมีความรู้ต้องที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะและให้มีหลายระดับตั้งแต่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ญาติ ผู้ให้การสนับสนุนที่เป็นจิตอาสา

10) ควรสนับสนุนให้มีการทำโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของพื้นที่และมีการวิจัยหรือการพัฒนาที่ต่อเนื่องในแต่ละโรค

การที่มีโปรแกรมที่มีส่วนร่วมของพื้นที่ในโรคเรื้อรังต่างๆ จะทำให้เกิดการยอมรับ และยังทำให้ทราบความเข้มข้นของ Intervention โดย โปรแกรม ประกอบด้วยการสอนตั้งแต่ 1 session ขึ้นไป อาจมีการโทรศัพท์หรือไม่ก็ได้ ขนาด (dose) ของ กิจกรรมการทดลอง ตลอดโปรแกรม โดยดูจากเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและ/ หรือ ครอบครัว
ประกอบด้วยโครงสร้างและมีสามกลยุทธ์หลักคือ 1) ข้อมูลรายละเอียดทางวิชาการ 2) การสร้างทักษะ (Skills building)การสร้างทักษะต้องถูกผสมผสานในการเยี่ยมบ้าน และต้องมีการสอนตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนและมีการโค้ชอย่างต่อเนื่อง 3) มีข้อตกลงร่วมกันในการใช้กลยุทธ์การจัดการตนเอง

11) สนับสนุนการบูรณาการในเข้าสู่การปฏิบัติ

การบูรณาการทางคลินิกต้องการการฝึกอบรม ทรัพยากร และความมุ่งมั่นและ ส่วนเรื่องเศรษฐกิจเป็นเรื่องยากที่จะประเมินค่าใช้จ่าย ซึ่งไม่ตรงไปตรงมาอย่างไรก็ตามจากจิตสังคม และการศึกษาพฤติกรรม การดูมีหลักฐานน่าเชื่อว่าสามารถใช้ในการ การออกแบบเพื่อดำเนินการและประเมินโปรแกรมการจัดการตนเองในอนาคตสำหรับคนที่ยังมีชีวิตรอด มะเร็งต่อมลูกหมาก