



ศึกษาองค์ความรู้และรูปแบบกิจกรรม
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด)



ผศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์
รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน
ผศ.ดร.ปาหนัน พิษยทัญญู

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับ

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสำคัญของผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในปัจจุบันเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก ไตวาย โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ถ้ารุนแรงมากอาจเกิดอาการหมดสติจากภาวะคีโตอะซิโดซิส (ketoacidosis) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่นๆ ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยเสื่อมโทรม อายุสั้น คุณภาพชีวิตลดลง และก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ (นายศรี สุพรศิลป์, 2537) จากการรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี ค.ศ. 2001 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 150 ล้านคนและพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงและติดอันดับอยู่ 1 ใน 5 ของโรคที่มีอัตราการตายสูงของประเทศ (American Diabetes Association, 2001; Golin et al., 2001) ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพของคนไทย พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2545 - 2547 เท่ากับ 340.95, 380.75 และ 390.35 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545-2547) จากตัวเลขที่เพิ่มขึ้นทำให้ต้องเสี่ยงประเมินในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น จากการศึกษาของอรุณี รัตนพิทักษ์ และคณะ (2535) พบว่าค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศิริราชผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยคนละ 5,582.80 บาทต่อปี แสดงให้เห็นว่าเบาหวานมีภาระโรค (Burden of Diseases) ในอันดับต้นๆ ของคนไทย และเป็นโรคที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

ที่ผ่านมาระบบบริการได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการให้ความรู้ ติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ไม่ได้จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม และได้รับยาไม่สม่ำเสมอ (ปิยะนุช รักพานิช, 2542; พงษ์อมร บุญนาค, 2542) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็น

เห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องการการดูแลที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ได้มีผู้ศึกษารูปแบบและวิธีการต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่เน้นที่ตัวผู้ป่วยและทำในคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาล เป็นการหาปัจจัยและประยุกต์ทฤษฎีที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การสอนอย่างมีแบบแผน (ประเพียร ทักษะสุด, 2543; จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; นิตย์ เสรยศ และ สุภวดี ลิ้มพานนท์, 2540; พูนศิริ อรุณเนตร, 2541) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล (วิภาวรรณ ลิ้มเจริญ, 2542) การให้คำปรึกษา (สุดาพร คำรงค์วานิช, 2536) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (สุดาพร คำรงค์วานิช, 2536; อัจฉราพร บุญยืน, 2536) การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (ยุพาพิน ประสารอริคม, 2535) การใช้แรงสนับสนุนจากญาติ (กรองจิต ชมสมุท, 2535) เป็นต้น ซึ่งพบว่ารูปแบบและวิธีการดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้จากการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการนำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในและต่างประเทศ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. สืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากล
2. วิเคราะห์แนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกรูปแบบการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง
4. เสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในประเทศไทย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยเอกสาร (Document research) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental design) หรือ การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ในประเทศไทย

สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ และญี่ปุ่น ระหว่างปี พ.ศ.2547 – 2551 ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลประเทศไทย) สภาวิจัยแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ (ฐานข้อมูลสากล Pubmed และ SCOPUS)

คำจำกัดความ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชน ในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาวะ ภายใต้อาณัติของแนวคิดที่เอื้ออำนวย เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแนวคิดให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

การป้องกันโรค หมายถึง เป็นการจัดห้รับยับยั้งพัฒนาการของโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อจำกัดความก้าวหน้าของโรคในทุกระยะ (Clark, 1996; Edelman & Mandel, 1994) การป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. **การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)** หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพ โดยทั่วไปเพื่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค เป็นสิ่งที่ทำก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น กิจกรรมครอบคลุมการลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การทำงาน การพักผ่อน และนันทนาการอย่างเหมาะสม การตรวจสุขภาพ เป็นต้น
2. **การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)** หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันที หรือเป็นสิ่งที่ทำหลังจากเกิดปัญหาหรือความเจ็บป่วยแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมเน้นการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรคที่เป็นสามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น
3. **การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)** หมายถึง การที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย และป้องกันความเสื่อมสภาพอย่างสมบูรณ์ การฟื้นฟูสภาพวัตถุประสงค์ก็คือให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เป็นแล้วรักษาไม่หายเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด

การสังเคราะห์งานวิจัย หมายถึง การศึกษารายงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันเพื่อสรุปผลการวิจัยและสรุปความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างงานวิจัยแต่ละเรื่อง รวมทั้งการอธิบายถึงสาเหตุที่มาของความแตกต่างเหล่านั้น ให้ได้องค์ความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์อย่างกว้างขวาง (Hunter, Schmidt & Jackson, 1982; Glass, McGaw & Smith, 1981; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัย

ส่วนที่ 1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ในประเทศไทย มีอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2537-2549 มีผู้ป่วยโรคหัวใจ และเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึง 6 เท่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติ ในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ทำให้การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Hyperglycemia) จนเกินความสามารถที่ไตจะกักเก็บไว้ได้ จึงมีการกรองน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะ และภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจาก ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ และตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป หรือหลังรับประทาน อาหารแล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (เทพ หิมะทองคำ รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์, 2540)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 1997 อ้างใน นัศรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2542) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998 อ้างใน นัศรเลิศ พงษ์ไชยกุล, 2542) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้

1. มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น คิมน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการตรวจ 75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้ทั้ง 3 วิธี โดยแต่ละวิธีจะต้องได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ใช้เกณฑ์ในข้อ 1 และ 2 ดังกล่าวข้างต้น

อาการของโรคเบาหวาน อาการที่สำคัญและพบบ่อย (กรมการแพทย์, 2548) มีดังนี้คือ

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง จนล้นออกมาทางปัสสาวะ และดื่มน้ำออกมามาก
2. คอแห้ง กระหายน้ำและคิมน้ำมาก เป็นผลมาจากที่ร่างกายเสียน้ำไปจากปัสสาวะบ่อย และมักทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ จึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อยๆ
3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงสลายเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลง
4. หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ แต่กลับผอมลงเนื่องจากร่างกายนำสารอาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ไม่ได้
5. อาการเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เช่น ตามัวเพราะจอตาเสื่อม ติดเชื้อได้ง่ายเป็นๆ หายๆ บริเวณผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ ฯลฯ

สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยคือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม มักพบโรคนี้ในผู้ที่มีบิดามารดาเป็นเบาหวาน ลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่าของคนที่มีพ่อแม่ไม่เป็นเบาหวาน

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

2.1 โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะในคนอ้วน เนื้อเยื่อจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง ทำให้การขนถ่ายกลูโคสเข้าเซลล์ลดลง หรือขัดขวางเมตาโบลิซึมของกลูโคสภายในเซลล์ หรือในบางกรณีการตีอินซูลินเกิดจากจำนวนหน่วยรับอินซูลิน (Insulin receptor) ที่เซลล์เป้าหมายลดลง การขาดการออกกำลังกายทำให้จำนวนหน่วยรับอินซูลินลดน้อยลง ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น และช่วยให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

2.2 ปัจจัยด้านอาหาร การนิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตก ซึ่งมีไขมันสูง ปริมาณเส้นใยอาหารต่ำ ก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเช่นกัน โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ถึงแม้ว่าจะยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดก็ตาม

การดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การที่ผู้ดูแลมีส่วนช่วยดูแลในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมา วิธีในการรักษาโรคเบาหวานได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเอง

1. **การควบคุมอาหาร** เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง กว่าปกติ ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารเป็นการลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วน หรือชนิดของอาหารเพื่อให้น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกหลักเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาล และรักษาสุขภาพให้ปกติ (วิทยา ศรีดามา, 2545) เป้าหมายในการควบคุมอาหารมีดังนี้

- 1.1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติให้มากที่สุด
- 1.2 ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ปกติ
- 1.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
- 1.4 ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- 1.5 ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนอย่างสมดุล

ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเลือกรับประทานที่ให้พลังงานเพียงพอกับความต้องการที่

จะควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ (Body mass index) คำนวณได้จากน้ำหนักเป็นกิโลกรัม / ความสูงเป็นตารางเมตร ซึ่งค่าปกติน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ม² ถ้าน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ม² แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำ เกณฑ์ ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัม/ม² แสดงว่าน้ำหนักเกิน ถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กิโลกรัม / ม² ขึ้นไป แสดงว่าเป็นโรคอ้วน (กรมอนามัย, 2546)

การประเมินการควบคุมอาหารที่ดีอีกวิธีก็คือ การหาอัตราส่วนเส้นรอบวงของเอวและ สะโพก (Waist-hip circumference ratio หรือ abdominal to gluteal circumference ratio หรือWaist to hip ratio) เป็นวิธีการวัดการกระจายของไขมันที่ทำได้ง่าย ซึ่งวัดถึงการกระจายของไขมันใน ร่างกาย และใช้ในการประเมินความเสี่ยงของสุขภาพได้ (เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์, 2540: 35) ค่า อัตราส่วนของรอบวงเอวต่อสะโพก ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด คือ > 1.0 ในผู้ชาย และ > 0.8ในผู้หญิง การแบ่งประเภทอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับปริมาณอาหารครบ 6 หมวด ตามความต้องการของร่างกายดังนี้

ก. **อาหารหมวดคาร์โบไฮเดรต** จำพวกแป้ง ได้แก่ข้าว เผือก มัน ข้าวโพด ถั่วเขียว บะหมี่ ขนมปัง มะกะโรนี เป็นต้น อาหารจำพวกแป้งนี้ จะมีใยอาหารอยู่ด้วย โดยเฉพาะข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ธัญพืช หรือขนมปังที่ทำจากแป้งที่ไม่ได้ขัดสี ซึ่งจะมีใยอาหารอยู่มาก ใยอาหารจะช่วยชะลอการย่อยและการดูดซึมอาหารจากลำไส้ ซึ่งช่วยลดน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2544: 75) น้ำตาลชนิดต่างๆ เป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทที่ไม่มีใยอาหารได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลปี๊บ น้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชนิดต่างๆ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ลูกกวาด เยลลี่ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจเป็นอันตรายได้ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำอัดลม 1 กระป๋อง (325 มิลลิลิตร) ประกอบด้วยน้ำตาลประมาณ 9 ช้อนชา หรือประมาณ 150 กิโลแคลลอรี่ และ น้ำอัดลม 1 ขวด (280 มิลลิลิตร) ประกอบด้วยน้ำตาลประมาณ 7 ช้อนชา หรือ ประมาณ 120 กิโลแคลลอรี่ (เทพ หิมะทองคำ รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2540)

ข. **ผลไม้** ผลไม้แต่ละชนิดมีประมาณคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน ฉะนั้นผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้สดที่มีรสไม่หวานจัด ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตน้อย ผลไม้ 1 ส่วนมีคาร์โบไฮเดรต 10 กรัม ให้พลังงาน 40 แคลลอรี่ ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละวันมีดังนี้ กกล้วยหอม ½ ผล มังคุด 3 ผล แอปเปิ้ล 10 คำ ชมพู 2 ผล มะละกอสุก 6 คำ สับปะรด 6 คำ ส้มโอ 3 กลีบ ส้มเขียวหวาน 1 ผล พุทรา 2 ผล มะม่วงสุก ½ ผล ลิ้นจี่ 5 ผล (วิทยา ศรีดามา, 2545)

ค. **อาหารหมวดโปรตีน** ผู้ป่วยควรรับประทานร้อยละ 15-20 ของพลังงาน ที่ควรได้รับต่อวัน ควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา โดยเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่เป็นก้อนๆ ไม่ติดหนังและมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต หรือไข่แดง เพื่อป้องกันระดับ

โคเลสเตอรอลในเลือดสูง และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพดี ได้แก่ โปรตีนจากไข่ขาว น้านม เต้าหู้ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การรับประทานโปรตีนโดยไม่จำกัด ในขณะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเร็วขึ้น ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อมีดังนี้ ประเภทเนื้อหมู ไก่ ประมาณ 2 ซ้อนโต๊ะ หรือปลา 1 ตัว เป็นต้น การควบคุมอาหารโปรตีนในระยะแรกที่เป็นโรค จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

ง. อาหารหมวดไขมัน ควรได้รับร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ผู้ป่วยที่มีไขมันและไตรกรีเซอไรด์ในเลือดสูง ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทไขมันไม่อิ่มตัวที่ได้จากพืช ได้แก่ ข้าวโพด ดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน ถั่วเหลือง ไม่ควรรับประทานน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หรือกะทิ ซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก และหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ทุกชนิด ควรเลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด ผัด และอาหารที่มีไขมันมาก เช่น หมูสามชั้น ไก่ตอน เป็ดพะโล้ หมูย่างทอดกรอบ หมูติดมัน ขาหมู ไข่แดง หรือ อาหารทอด เช่น ปาท่องโก๋ อาหารชุบแป้งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด มันทอด เป็นต้น

จ. น้านม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

น้านมชนิดมีไขมัน น้านมชนิดนี้ 1 ส่วน (1 ถ้วยตวง) มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 10 กรัม ให้พลังงาน 170 แคลอรี ปริมาณที่สามารถรับประทานได้ต่อวันคือ น้านมสดจืด UHT 1 ถ้วยตวง (240 มล.) นมโยเกิร์ตไม่ปรุงแต่งรส 1 ถ้วยตวง (240 มล.) (วิทยา ศรีมาดา, 2545)

น้านมชนิดพร่องมันเนย น้านมชนิดนี้ 1 ส่วน (1 ถ้วยตวง) มีโปรตีน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม ไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 120 แคลอรี นมพร่องมันเนยชนิดจืด 1 ถ้วยตวง (240 มล.) (วิทยา ศรีมาดา, 2545)

ฉ. อาหารหมวดวิตามินและเกลือแร่ จำเป็นต้องได้อย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกหมวดตามที่กล่าวมา ผู้ป่วยจะได้รับวิตามินและเกลือแร่อย่างเพียงพอ

การแนะนำอาหารที่ควรรับประทาน หรือหลีกเลี่ยง เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสู่เกณฑ์ปกติ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถแบ่งง่ายๆ เป็น 3 ประเภท คือ (วิทยา ศรีมาดา, 2545)

ประเภทที่ 1 ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลและขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด นมข้นหวาน น้าผลไม้ ยกเว้นน้ามะเขือเทศ ควรดื่มน้าเปล่า น้าชาไม่ใส่น้าตาล ถ้าดื่ม

กาแฟไม่ควรใส่น้ำตาลหรือครีมเทียม ควรใส่นมจืดพร่องไขมันหรือน้ำตาลเทียมแทน ถ้าดื่ม น้ำอัดลม ควรดื่มน้ำอัดลมที่ใส่น้ำตาลเทียม เช่น เป๊ปซี่แม็กซ์ (วิทยา ศรีดามา, 2545)

ประเภทที่ 2 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุง ทำเป็นอาหาร เช่น ต้มจืด ยำ เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีแคลอรีต่ำ นอกจากนั้นยังมีกาก อาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ซึ่งทำให้การดูดซึมอาหารลดลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ (วิทยา ศรีดามา, 2545)

2. การรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ยาเม็ดรับประทานที่ใช้กันแพร่หลายในการรักษา โรคเบาหวานปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (วิทยา ศรีดามา, 2545) คือ

2.1 ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ได้แก่ ไกลเบนคลาไมด์ คลอโพรพาไมด์ ออกฤทธิ์กระตุ้นเบตาเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลินในการนำน้ำตาล เข้าสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย และระงับการสร้างน้ำตาลจากตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง (ทวี อนันตกุลนที, อ่างใน รัชตะ รัชตะนาวิณ, 2540) และจะพบระดับของยาในกระแสเลือด หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง จึงควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที เพราะถ้ารับประทานพร้อมหรือหลังอาหารการดูดซึมของยาจะลดลง (วิชัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์, 2535)

2.2 ยากลุ่มไบทัวไนด์ ได้แก่ เมตฟอर्मิน ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการใช้น้ำตาล กลูโคสที่กล้ามเนื้อต่างๆ ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ แต่ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงไม่ได้มาก ยานี้อาจใช้ร่วมกับอินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8-12 ชั่วโมง มีอาการข้างเคียงคือคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียได้ จึงควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร (เทพ หิมะทองคำ รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2540)

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยทำให้มีการใช้พลังงาน โดยเฉพาะการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มของการใช้กลูโคสของหลอดเลือดส่วนปลาย ทั้งขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายร่างกายจะต้องใช้พลังงาน และแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดในร่างกายคือน้ำตาล หากออกกำลังกายให้เพียงพอ ร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลได้ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังทำให้ร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น กล่าวคือ ด้วยอินซูลินปริมาณเท่าเดิม ร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (เทพ หิมะทองคำ รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์, 2540) การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดประเภทที่ 2 อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การเลือกชนิดของการออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกาย และ ความสนใจของผู้ป่วย ซึ่งการออกกำลังกายควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง เวลาใช้ ประมาณ 30-40 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างเสริม ความอดทน (Aerobic fitness) สามารถวัดโดยอัตราการใช้ออกซิเจน คิดเป็นร้อยละของอัตราการ ใช้ออกซิเจนสูงสุด ($VO_2 \max$) ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือในการวัด ทำให้ไม่สะดวกในทางปฏิบัติ จึงใช้ อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยให้ออกกำลังกายจนมีชีพจรเป้าหมายได้ร้อยละ 60-85 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 ลบด้วยจำนวนอายุ เป็นปี

4. การดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการแสดงที่ บอกรถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อ ในที่ต่างๆ การจดบันทึก วัน เวลาที่เกิดอาการผิดปกติ และแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อที่จะรับการรักษา ต่อไป นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรจะได้เรียนรู้เพื่อการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการต่างๆ ขึ้น

4.1 อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หนาวสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หิว หาวบ่อย ปวดศีรษะ วิธีการแก้ไขคือ ดื่มน้ำหวาน หรืออมลูกอมที่มีรสหวานทันที (กรณี ยังรู้สึกตัวอยู่) ดังนั้นผู้ป่วยควรพกลูกอมติดตัวไว้ตลอดเวลา แต่ถ้าหมดสติควรนำส่งแพทย์ทันที

4.2 อาการน้ำตาลในเลือดสูง สังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจหมดสติได้ วิธีการแก้ไข ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยเท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ออกมา นอกจากนี้ควรควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และมาพบแพทย์ทันที ควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังการรับประทานยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง ผื่นคัน เมื่อมีอาการดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งควรหยุดยา และมาพบแพทย์ทันที

4.3 การดูแลรักษาเท้า เท้าเป็นอวัยวะที่ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลใส่ใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทและหลอดเลือด ทั้งนี้เพราะถ้ามีแผลเกิดขึ้น แผลจะหายช้ากว่าปกติ และอาจลุกลามใหญ่โตถึงกับต้องสูญเสียขาได้ (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) แนวทางในการดูแลเท้าอื่นๆ ที่แนะนำเพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (สมจิต หนู เจริญกุล, 2547) เช่น

4.3.1 การดูแลความสะอาดเท้าอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เท้า

4.3.2 การบริหารเท้าอย่างสม่ำเสมอจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยง บริเวณเท้ามากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาของหลอดเลือดบริเวณเท้า สามารถช่วยป้องกันและลดความ เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้

4.3.3 การสำรวจภายในรองเท้าก่อนที่จะสวมใส่รองเท้าเพื่อตรวจดูสิ่งแปลกปลอม เช่น เศษหินหรือไม้ที่จะทำให้เกิดแผลที่เท้าได้

4.3.4 การใส่รองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้านเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

4.3.5 เมื่อเกิดบาดแผลที่เท้า ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยา การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพทั่วไป ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานตามกิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันในหลอดเลือด เมื่อมีการบีบและคลายตัวของหัวใจ ค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า คือค่าความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง โดยมีหน่วยวัดเป็น มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน

1. ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) คือค่าของแรงดันเลือดขณะที่หัวใจมีการบีบตัว ส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ค่าปกติอยู่ระหว่าง 110 -120 มิลลิเมตรปรอท

2. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) คือค่าของแรงดันเลือด ขณะที่หัวใจมีการคลายตัว เพื่อรับเลือดที่กลับจากไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ค่าปกติอยู่ระหว่าง 60 - 90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูง ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกที่ให้คำจำกัดความไว้ หมายถึง การที่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลา ในการพิจารณา ระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใดที่นิยมใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงของ องค์การอนามัยโลก และเกณฑ์จากการประชุมของ The Seventh Joint National Committee on the Detection ,Evaluation and Treatment of Hypertension (JNC VII) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความดันโลหิตตามระดับความรุนแรง

WHO		JNC VII	
Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)
ปกติ < 140	และ < 90	ปกติ < 120	และ < 80
ความดันสูงเล็กน้อย 140 - 180	และ/หรือ 90 - 105	ปกติ(สูง) 120 - 139	หรือ 80 - 89
ความดันสูงกำลัง 140 - 180	และ/หรือ 90 - 95	ความดันโลหิตสูง	
		ชั้นที่ 1 140 - 159	หรือ 90 - 99
		ชั้นที่ 2 > 160 - 179	หรือ > 100-109
ความดันสูงปานกลาง และรุนแรง ≥ 180	และ/หรือ ≥ 105		
ความดันตัวบนสูง > 140	และ ≥ 90		
กำลัง 140-160	และ ≥ 90		

จากตาราง แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้งจาก WHO และ JNC VII ค่าระดับความดันโลหิตที่พิจารณาว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ค่าความดันโลหิตที่ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง คือ ค่าซิสโตลิก (Systolic) มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงที่ผิดปกติออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ภาวะความดันโลหิตช่วงบนสูง (Systolic hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตสูง เฉพาะค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) สูงมากกว่าปกติ เช่น 240/100 180/90 200/80 เป็นต้น ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอก หรือช่องท้อง หนาแข็งยืดหยุ่นได้น้อย หลอดเลือดแดงขยายรับเลือดจากแรงบีบตัวของหัวใจไม่ได้ แต่หลอดเลือดฝอยไม่ตีบแข็ง ความดันโลหิตช่วงล่างจึงปกติ ภาวะความดันโลหิตช่วงบนสูง ส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุ อายุ 50-60 ปีขึ้นไป บางคนถือว่าเป็นภาวะปกติ ซึ่งค่าปกติของความดันโลหิตช่วงบนของผู้สูงอายุ 100 + อายุ(ปี) ถ้าอายุ 75 ปี ค่าปกติระดับ ความดันโลหิตช่วงบนของผู้สูงอายุ สูงไม่เกิน $100+75 = 175$ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ คือเกิดจากความเสื่อม หรือการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่

2. ภาวะความดันโลหิตช่วงล่างสูง (Diastolic hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตช่วงล่างสูง (ค่าปกติ < 90 mmHg) เกิดจากหลอดเลือดแดงฝอยทั่วร่างกายตีบแคบลง ถ้าเป็นมากๆ จะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดฝอย เกิดวัฏจักรแห่งความเสื่อมทำให้หลอดเลือดในตา หลอดเลือดในสมองตีบแคบทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย เช่น ตาบอด หลอดเลือดสมองตีบ/แตก เป็นอัมพาต หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนมากมักพบในคนอายุ 35-55 ปี

นอกจากนี้คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 ลักษณะคือ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาทำลายอวัยวะของร่างกาย และแบ่งตามสาเหตุ ดังนี้

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต

- 1.1 ความดันโลหิตปกติ (Normotension) คือ ระดับความดันโลหิตมีค่าน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- 1.2 ความดันโลหิตระดับก้ำกึ่ง (Subgroup borderline hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่าตั้งแต่ 140 - 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 - 95 มิลลิเมตรปรอท
- 1.3 ความดันโลหิตระดับเล็กน้อย (Mild hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่าตั้งแต่ 140 - 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 - 105 มิลลิเมตรปรอท
- 1.4 ความดันโลหิตระดับ ปานกลางและระดับรุนแรง (Moderate and severe hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 105 มิลลิเมตรปรอท

2. แบ่งตามระยะเวลาทำลายอวัยวะต่างๆของร่างกาย เป็นการประเมินตามความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งได้ 3 ระดับ

- 2.1 ความรุนแรง ระดับ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกาย
- 2.2 ความรุนแรง ระดับ 2 มีอาการที่แสดงว่าอวัยวะบางส่วนเริ่มมีความผิดปกติ เช่น ตรวจพบหลอดเลือดแดงของเรตินาตีบ หัวใจซีกซ้ายโต การทำงานของไต เริ่มผิดปกติ
- 2.3 ความรุนแรง ระดับ 3 มีอาการที่แสดงว่าอวัยวะมีสมรรถภาพเสื่อมลง เป็นผลจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น เป็นอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย มีความผิดปกติของเรตินา ซึ่งจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายและตรวจทางปฏิบัติการ ช่วยให้สามารถบอกได้ว่าอวัยวะส่วนใดบ้างที่ถูกทำลาย

3. แบ่งตามสาเหตุ

- 3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) อาจมีสาเหตุจากโรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือ จากโรคของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง ถ้ารักษาสาเหตุของโรคได้ โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้จะหายไปด้วย
- 3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential hypertension) พบได้มาก ร้อยละ 90 - 95 ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานโซเดียมหรือเกลือมาก ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณ 5 - 10 % ของคนทั่วไป ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในคนที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนน้อยที่อาจจะเป็นในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งมักจะมีสาเหตุอื่น ๆ ของร่างกายร่วมด้วย

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1.1 *ปัจจัยทางพันธุกรรม* หรือการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง พบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมักมีระดับความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน มีรายงานการวิจัยของประเทศฟินแลนด์ของ Niinikoski และคณะ (2009) พบว่าเด็กที่มีพ่อแม่ เป็นความดันโลหิตสูงจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 *เพศ* เพศชายมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง เพศชายจะมีอัตราการตายหรือพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงปัจจัยที่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การตั้งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด การได้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นต้น

1.3 *อายุ* อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง อายุมากขึ้น โอกาสเป็นความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดแดงแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้ความดันเลือดภายในหลอดเลือดสูงขึ้น

1.4 *เชื้อชาติ* คนผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นความดันโลหิตมากกว่าคนผิวขาว

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 *ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก* เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงที่สำคัญเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการเผชิญกับความเครียด

2.1.1 การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มในปริมาณมาก (Joint National Committee, 2003) เนื่องจากโซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกาย และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัม หรือ รับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความดันโลหิตตัวล่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรเลือกการจำกัดเกลือ โซเดียมเป็นขั้นแรกในการลดระดับความดันโลหิต

2.1.2 น้ำหนักตัว เป็นปัจจัยที่สำคัญทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนทางสรีรวิทยามีสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินที่ส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินจะไปกระตุ้นที่ระบบประสาท Sympathetic มากขึ้นส่งผลให้การดูดกลับของน้ำและเกลือเพิ่มสูงขึ้น ระดับความดันโลหิตก็สูงขึ้นด้วย ระดับความดันโลหิตสูงจะลดลงได้ถ้ามีการลดหรือควบคุมน้ำหนัก (Joint National Committee, 2003) มีงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ที่สามารถลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การลดน้ำหนักลงจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง ภาวะ น้ำหนักเกินยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพันธุกรรมด้วย

2.1.3 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่แน่ชัด แต่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น แต่ในงานวิจัยพบว่าการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยดื่มไม่เกิน 2 แก้วต่อวันในผู้ชายและไม่เกิน 1 แก้วต่อวันในผู้หญิง (1 แก้วเท่ากับ เบียร์ 360 ซีซี หรือไวน์ 5 ออนซ์ หรือ 150 ซีซี เหล้า 30 ซีซี) ช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

2.1.4 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไต ทำให้ต่อมหมวกไตผลิตแอดรีนาลีนเพิ่มสูงขึ้นส่งผลเพิ่มการทำงานของประสาทซิมพาเทติก และระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นด้วย แม้ว่ายังไม่มีความชัดเจนว่าบุหรี่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง แต่พบว่าบุหรี่มีส่วนทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวประมาณ 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

2.1.5 การออกกำลังกาย จากศึกษาการออกกำลังกายมีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการเพิ่มของระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ในผู้ที่ร่วมฝึกออกกำลังกาย และในผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง การออกกำลังกายยังมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน คนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย

2.1.6 *ภาวะเครียด* ในการเกิดความดันโลหิตสูงไม่มีการกล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่มีการวิจัยได้ศึกษาบุคคลที่เผชิญภาวะเครียด ทางสิ่งแวดล้อม สงคราม ภัยพิบัติ พบว่าผู้ประสบเคราะห์มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ความเครียดเป็นปัจจัยร่วมตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดส่งผลต่อการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ความเครียดจึงสัมพันธ์กับ อาชีพ เศรษฐกิจ และบุคลิกภาพ

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการเฉพาะเจาะจง ส่วนมากจะพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า อาการจะหายไปเองได้ อาการอื่นๆที่พบร่วมด้วยคือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ตามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย ไร้อรรถภาพทางเพศ เมื่อมีความดันโลหิตสูงที่เป็นเวลานานและอวัยวะส่วนนั้นถูกทำลายจะพบอาการต่างๆ เช่น มีอาการที่เป็นความผิดปกติของเส้นเลือด เช่น เลือดกำเดาออก ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว มึนงง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient cerebral ischemia) มีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (angina pectoris) หรือเจ็บหน้าอกจากภาวะเลือดเซาะเข้าไปในผนังหลอดเลือดเอออร์ตา (dissection of the aorta) หายใจลำบากจากหัวใจวาย อาการ หูอื้อ เกิดจากความดันโลหิตสูง อาการ หน้ามืดตาลาย เกิดจากการไหลเวียนไม่ดี มีการบวม และมีมือเท้าชา ไม่มีแรงเกิดจากหลอดเลือดในสมองเริ่มมีการตีบตัน อาการจะหาย ในช่วงเวลาสั้นๆ

การควบคุมความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือการสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลงสู่ระดับปกติ และป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ รักษาตามอาการและรักษาตลอดชีวิต ดังนั้นแนวทางในการดูแลรักษา ต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ และให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมกับตนเอง

การรักษาความดันโลหิตสูง มี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา ใช้การปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา (Pharmacologic therapy)

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้

อยู่ในระดับปกติ ส่วนมากแพทย์จะพิจารณาให้ยา เมื่อค่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งการรักษาส่วนมาก ให้การรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยและปานกลางทำให้ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและตายได้ การรักษาด้วยยาช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิด stroke dissecting aneurysm ภาวะหัวใจล้มเหลว การทำลายของไต และการเกิดความดันโลหิตสูงมาก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) เริ่มแรกจะใช้ยาตัวเดียวในการควบคุมความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หากยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง แพทย์จะพิจารณาเพิ่มยา ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

1.1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่ได้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิตสูงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้ ราคาถูก ผลข้างเคียงได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง คลอเรสเตอรอลสูง ระดับโพแทสเซียมต่ำ

1.2 ยาบีตาเบต้า (Beta-blockers) เป็นยาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

1.3 ยาบีตาแอลฟา (Alpha-blockers) เป็นยาช่วยลดความดันโลหิตสูงโดยลดแรงต้านทานในหลอดเลือดแดง

1.4 ยาด้าน ACE (ACE inhibitors) เป็นยากลุ่มใหม่ที่มีการข้างเคียงน้อย ที่พบคืออาการไอ ระดับโพแทสเซียมสูง

1.5 ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) เป็นยาที่ช่วยป้องกันการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคไต หลอดเลือดหัวใจตีบเป็นต้น

การใช้ยาต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์ การเลือกให้ยา ต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงของยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา ขนาด จำนวน อายุ การดำรงชีวิต และภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นๆ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยควรมารับการตรวจรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาผู้ป่วยร้อยละ 40-70 หยุดรับประทานยา เนื่องจากการได้ความรู้ไม่ถูกต้อง เข้าใจผิด การขาดความรู้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ยา ฤทธิ์ข้างเคียง เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การใช้ยาควรใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น การลดน้ำหนัก อาหารจำกัดเกลือ การออกกำลังกายที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงภาวะเครียด เหล้า บุหรี่ เพื่อให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

2. การรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment) โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง และความรุนแรงควบคู่ไปกับการใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นการปฏิบัติตนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตสูง แล้วยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล,

2542) มาตรการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมในการลดความดันโลหิตมีเป้าหมาย ดังนี้

2.1 การควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนที่มีน้ำหนักเกิน โดยมี BMI > 25 Kg/m² การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิต ได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ DASH dietary (Dietary approach to stop hypertension) ให้รับประทานผลไม้ ผัก นมพร่องมันเนยซึ่งเป็นอาหารที่โปแตสเซียม แคลเซียมสามารถลดความดันโลหิตได้ 8 - 14 มิลลิเมตรปรอท กรณีผู้ที่เป็นเบาหวานร่วมด้วยควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลำไย ทุเรียน เงาะ เป็นต้น

2.3 การรับประทานอาหารจืด ควรรับประทานเกลือแกงอย่างน้อยวันละ 6 กรัมเท่ากับ 1 ช้อนชา ช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

2.4 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.5 ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ช่วย ลดความดันซิสโตลิกได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท

2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้ว ต่อวัน ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 แก้วต่อวัน (1 แก้ว = 30 ซีซี.)

2.7 การผ่อนคลายความเครียด และพักผ่อนตามความเหมาะสม

2.8 การไม่สูบบุหรี่ เพื่อลดการเกิดโรคหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก อัมพาต โรคหัวใจวาย โรคไต โรคตา ทำให้พิการและเสียชีวิตได้

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดหมายถึงรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) ความดันสูง (Hypertension) และภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็ง (Arteriosclerosis) หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ อาการความดันโลหิตสูง การมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งจะรบกวนการไหลเวียนของเลือด และส่งผลให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ หัวใจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยแสดงอาการเจ็บหน้าอกที่เรียกว่า angina pectoris หรือมีอาการแน่นหน้าอก และถ้ายังคงมีการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดก็จะเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หรือ heart attack ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาอาการหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานอย่างหนักในการสูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กลง ซึ่งจะทำให้เกิดการทำให้หัวใจในเวลาต่อมา ดังนั้นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจมีการถูกทำลายอย่างต่อเนื่องนี้จึงเรียกว่า ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (Chronic heart failure)

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง อายุมากขึ้นโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดแดงแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันเลือดภายในหลอดเลือดสูงขึ้น และส่งผลให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ง่าย

1.2 เพศ เพศชาย อายุ 35 - 60 ปี มีอัตราเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดของเพศหญิงจะช้ากว่าเพศชาย เฉลี่ย 7 - 10 ปี เพราะผู้หญิงจะมีฮอร์โมนเพศหญิงที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ได้ ส่วนเพศหญิงปัจจัยที่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การตั้งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด การได้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นต้น

1.3 เชื้อชาติ

1.4 ปัจจัยทางพันธุกรรม

2. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงที่สำคัญเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการเผชิญกับความเครียด โรคอ้วนถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การวัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการวัดรอบเอวนั้น สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ค่าของภาวะเสี่ยงสำหรับเพศชาย คือรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และในเพศหญิง คือมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) ส่วนผู้อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงเพศชายจะต้องมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 102 เซนติเมตร (40 นิ้ว) และในเพศหญิง ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 88 เซนติเมตร (35 นิ้ว) เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทำได้โดยการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและการเลือกอาหารการกิน เราสามารถเลี่ยงการเกิดโคเลสเตอรอลสูงได้ โดยระวังการรับประทานอาหารประเภทไขมัน โดยลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันหมู ไขมันไก่ หนังเป็ด หนังไก่ รวมถึงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงๆ อย่างเช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หากจำเป็นต้องปรุงด้วยน้ำมันก็ควรหันมาเลือกใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวต่ำ และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวสูง อย่างเช่น น้ำมัน

มะกอก น้ำมันคาโนลา น้ำมันรำข้าว หรือน้ำมันถั่วเหลือง เนื่องจากกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวจะมีผลในการลดโคเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL cholesterol) แต่ไม่ลดโคเลสเตอรอลที่ดี (HDL cholesterol) ให้กับร่างกาย

ส่วนที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัย (research synthesis or research integration) หมายถึง การวิจัยที่เป็นการศึกษารายงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน เพื่อสรุปผลการวิจัย และสรุปความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างงานวิจัยแต่ละเรื่อง รวมทั้งการอธิบายถึงสาเหตุที่มาของความแตกต่างเหล่านั้น ให้ได้องค์ความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์อย่างกว้างขวาง (Hunter, Schmidt และ Jackson, 1982; Glass, McGaw และ Smith, 1981; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2552) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการสังเคราะห์งานวิจัยไว้ดังนี้

Glass (1976) ได้แยกความแตกต่างระหว่างการวิเคราะห์ปฐมภูมิ (primary analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแหล่งปฐมภูมิ และการวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแหล่งทุติยภูมิ และได้บัญญัติศัพท์คำว่า meta-analysis of research หรือ การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อสรุปสาระจากงานวิจัยโดยใช้งานวิจัยเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ จึงเป็นการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งกว่าการวิเคราะห์ในงานวิจัยทั่วไป

Hunter, Schmidt และ Jackson (1982) Glass, McGaw และ Smith (1981) ได้ให้ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมานว่าเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยใช้วิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำคัญสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน คือ คำนีมาตรฐาน ได้แก่ คำนีขนาดอิทธิพล (effect size) และคำนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

หน่วยการวิเคราะห์คืองานวิจัยและ/หรือชุดการทดสอบสมมุติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์แยกได้เป็น 2 ประการ ประการแรก คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคำนีมาตรฐาน ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคำนีมาตรฐานกับตัวแปรปรับ (moderator variables) ซึ่งได้แก่ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย

ประเด็นที่ต้องพิจารณาจากความหมายของการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน มี 4 ประเด็น ประเด็นแรกงานวิจัยที่จะสังเคราะห์ต้องศึกษาปัญหาเดียวกัน ประเด็นที่สอง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิมานคืองานวิจัย ประเด็นที่สามหน่วยการวิเคราะห์คืองานวิจัย และประเด็นที่สี่ คือลักษณะเฉพาะของผลการวิเคราะห์อภิมาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552)

ประเด็นที่ 1 งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน

ประเด็นเรื่อง "งานวิจัยต้องศึกษาปัญหาเดียวกัน" เป็นประเด็นที่สำคัญเพราะถ้าไม่สามารถทำความเข้าใจประเด็นนี้ได้ถูกต้องจะมีปัญหาในการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องมีปัญหาวิจัยตรงกัน แต่งานวิจัยอาจจะใช้แบบแผนการวิจัยต่างกัน เครื่องมือวัดต่างกัน กลุ่มตัวอย่างต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ต่างกันได้ คำว่า "ปัญหาวิจัยตรงกัน" ในที่นี้เน้นลักษณะวิรัชชัย (2552) ให้ความสำคัญกับการนิยามและการกำหนดขอบเขตของการวิจัย หากนักวิจัยกำหนดนิยามตัวแปรให้มีขอบเขตและลักษณะเฉพาะเจาะจงจะมีงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์เป็นจำนวนไม่มากนัก เพราะการให้คำนิยามตัวแปรที่มีขอบเขตแคบมาก จะได้งานวิจัยมาศึกษาจำนวนน้อย และการสรุปผลจะไม่ค่อยกว้างขวาง แต่ถ้าให้คำนิยามหลวม ๆ มีขอบเขตกว้างขวางมากเกินไป จะได้งานวิจัยมาสังเคราะห์เป็นจำนวนมากและผลการวิจัยมีความหลากหลาย

ประเด็นที่ 2 ข้อมูลสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัย

ข้อมูลในที่นี้ประกอบด้วยผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง และคุณลักษณะงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกัน หรือแม้จะศึกษาตัวแปรเหมือนกันแต่ก็อาจใช้เครื่องมือวัดต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน จำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (standard indices)

เนื่องจากการวิจัยไม่ว่าจะเป็นการวิจัยเชิงทดลอง หรือเชิงสหสัมพันธ์ ถ้ามีจุดมุ่งหมายของการวิจัยที่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องกันระหว่างตัวแปร ผลการวิจัยที่สำคัญคือขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนั้นดัชนีมาตรฐานที่สร้างขึ้นจึงมุ่งบอกค่าขนาดความสัมพันธ์ดังกล่าว ดัชนีมาตรฐานที่ใช้กันอยู่ในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณมีหลายแบบ แต่ดัชนีที่นิยมใช้กันในการวิเคราะห์อภิมานตั้งแต่ต้นมาจนถึงปัจจุบันนี้ มีเพียงสองชนิด คือ ขนาดอิทธิพล (effect size) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

สำหรับข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานอีกส่วนหนึ่งคือ คุณลักษณะงานวิจัย นอกจากนักวิจัยที่ทำการวิเคราะห์อภิมานจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิจัยในรูปดัชนีมาตรฐานแล้ว ยังต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยด้วย ตัวอย่างของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์อภิมานแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่หนึ่ง ตัวแปรเกี่ยวกับลักษณะการพิมพ์ ได้แก่ ปีที่พิมพ์ จำนวนหน้า คุณภาพการพิมพ์ หน่วยงานต้นสังกัดและประวัติของผู้วิจัย

กลุ่มที่สอง ตัวแปรเกี่ยวกับเนื้อหาสาระ (Substance) ได้แก่ ประเภททฤษฎีที่ใช้ การตั้งสมมุติฐานวิจัย ลักษณะกรอบความคิดในการวิจัย ความลึกซึ้งของปัญหาวิจัย จำนวนเอกสารอ้างอิง จำนวนเอกสารอ้างอิงเฉพาะส่วนที่เป็นงานวิจัยที่ทันสมัย ประเภทของตัวแปรต้น ประเภทของตัวแปรตาม ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตัวแปรต้น จำนวนตัวแปรตาม

กลุ่มที่สาม ตัวแปรเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย (*Research Methodology*) ได้แก่ ประเภทและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประเภทและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ลักษณะแบบแผนการวิจัย วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ระยะเวลาการทดลอง ลักษณะผู้ทำการทดลอง ประเภทสถิติวิเคราะห์ที่ใช้ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ประเด็นที่ 3 หน่วยการวิเคราะห์

หน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาน มีลักษณะแตกต่างจากหน่วยการวิเคราะห์ในงานวิจัย ในการวิจัยโดยทั่วไปทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ หน่วยการวิเคราะห์ คือ หน่วยตัวอย่างแต่ละคนที่ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย งานวิจัยบางเรื่องอาจมีหน่วยการวิเคราะห์เป็นระดับองค์กร งานวิจัยบางเรื่องอาจมีหน่วยการวิเคราะห์มีทั้งระดับนักเรียน ระดับชั้นเรียน และระดับ โรงเรียน แต่หน่วยการวิเคราะห์สำหรับการสังเคราะห์งานวิจัยคือรายงานวิจัยแต่ละเรื่อง

ประเด็นที่ 4 ลักษณะเฉพาะของผลการสังเคราะห์งานวิจัย

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยมีขอบข่ายของความรู้กว้างขวางลึกซึ้งซึ่งมากกว่าองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาสังเคราะห์ เพราะผลการสังเคราะห์ให้องค์ความรู้ที่มีขอบเขตกว้างขวางกว่างานวิจัยแต่ละเรื่อง และยังให้ผลการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างงานวิจัยแต่ละเรื่อง ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยหรือเงื่อนไขใดที่ทำให้ได้ผลการวิจัยแตกต่างกัน

2.2 ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการ

การสังเคราะห์เป็นกระบวนการวิจัยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานเช่นเดียวกับการวิจัยทั่วไป ประกอบด้วย 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือกำหนดปัญหาวิจัย 2) การกำหนดลักษณะประเภท และแหล่งงานวิจัยที่ต้องการสังเคราะห์ 3) การศึกษาเอกสารรายงานวิจัย และการรวบรวมข้อมูล 4) การวิเคราะห์ข้อมูล 5) การสังเคราะห์ผลการศึกษา และการเสนอรายงาน

การสังเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนอาจดำเนินการตามขั้นตอน P-A-O-R หรือขั้นตอน P-D-C-A ในการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนก็ได้ นางลักษณะ วิรัชชัย (2552) ได้เสนอแนวทางที่สำคัญคือ ในขั้นวางแผน (P) เป็นขั้นตอนที่มีการกำหนดว่าจะสังเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการในเรื่องใด หรือประเด็นใด และวางแผนการดำเนินการสังเคราะห์ ในขั้นปฏิบัติการ (D หรือ A) เป็นการลงมือดำเนินการสังเคราะห์ตามแผนที่กำหนดไว้ ในขั้นตรวจสอบ (C) เป็นการตรวจสอบว่าผลการสังเคราะห์ได้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร และในขั้นปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนา (A หรือ R) เป็นการนำผลการวิเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการ ไปเผยแพร่หรือใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติ หรือใช้เป็นฐานในการสังเคราะห์ครั้งต่อไปได้

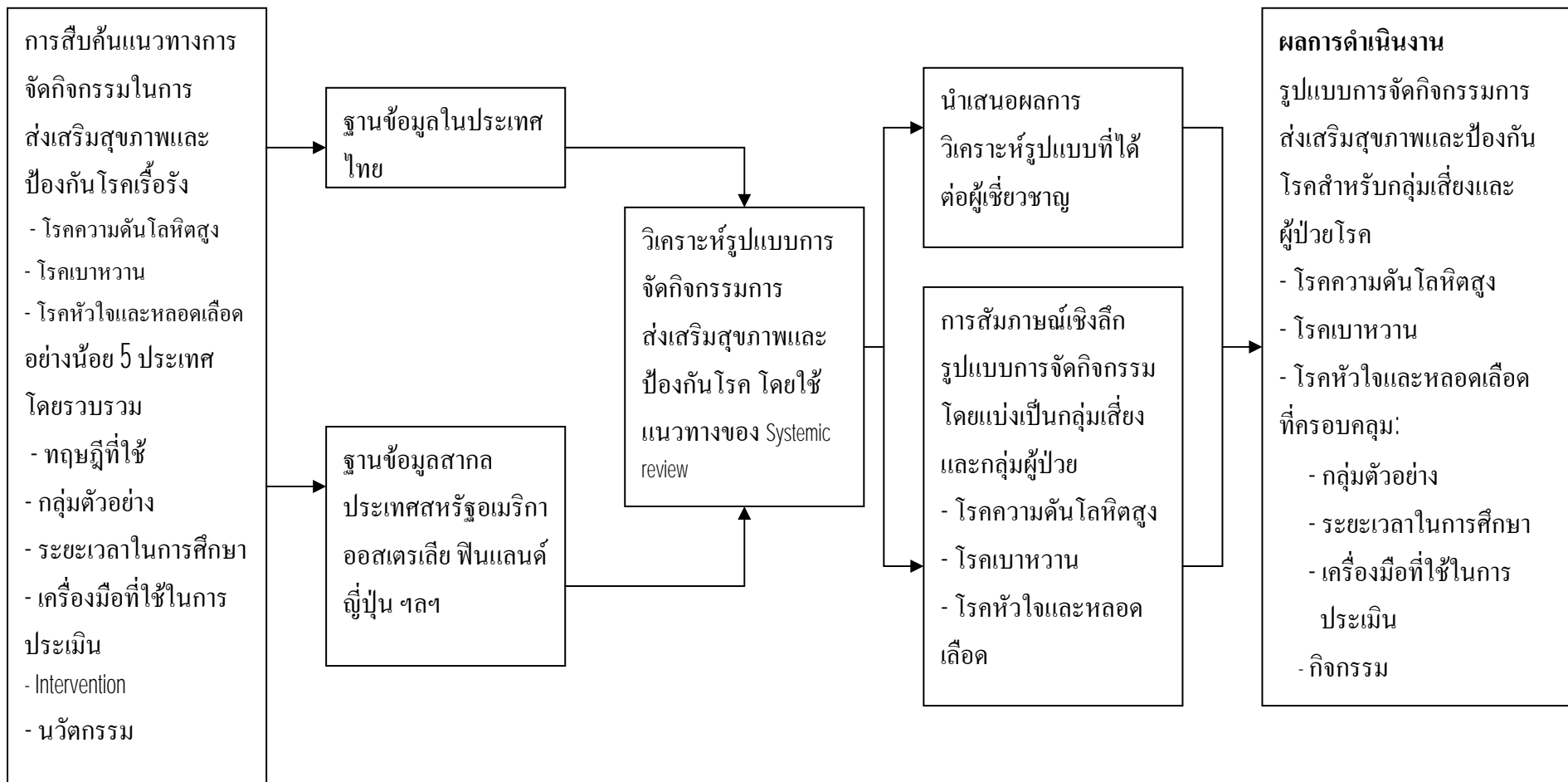
ขั้นตอนที่สำคัญในการสังเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการ คือขั้นการดำเนินการสังเคราะห์ ได้แก่ การศึกษารายงานวิจัย การบันทึกข้อมูล และการสรุปสังเคราะห์ ในการศึกษารายงานวิจัยอาจ

ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยของ Freeman (1998 อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) ในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการอิงกรอบความคิดในการอ่านรายงานการวิจัย การศึกษาและการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยของนักวิจัยอื่น ๆ ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอน what-why-where-who-how-when และ so what ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 อะไร (what)? การระบุเป้าหมายของงานวิจัย ปัญหาวิจัย
- ขั้นตอนที่ 2 ทำไม (why)? การระบุเหตุผล ความจำเป็น และความสำคัญของงานวิจัย
- ขั้นตอนที่ 3 ที่ไหน (where)? การระบุสถานที่ หรือ พื้นที่ที่ใช้ในงานวิจัย
- ขั้นตอนที่ 4 ใคร (who)? การระบุตัวผู้มีส่วนร่วม และ บทบาทในงานวิจัย
- ขั้นตอนที่ 5 อย่างไร (how)? การระบุวิธีการรวบรวม วิเคราะห์ และผลงานวิจัย
- ขั้นตอนที่ 6 เมื่อไร (when)? การระบุช่วงเวลา หรือกำหนดการในการดำเนินงานวิจัย
- ขั้นตอนที่ 7 แล้วทำอะไร (so what)? การระบุงาน (action) ที่ทำต่อเนื่องเพื่อพัฒนา
งาน

สำหรับการบันทึกข้อมูลหรือสาระที่ได้จากงานวิจัยปฏิบัติการแต่ละเรื่องทำได้เป็นสองแบบ *แบบแรก* สำหรับกรณีที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนไม่มากนัก อาจทำเป็นตารางสรุปง่าย ๆ เพื่อสังเคราะห์โดยนักวิจัย *แบบที่สอง* สำหรับกรณีที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 20-30 เรื่อง ซึ่งการทำตารางสรุปไม่สะดวก นักวิจัยอาจบันทึกข้อมูลลงการ์ด เรื่องละ 5-10 การ์ด ตามประเด็นที่จะสังเคราะห์ เมื่อนำการ์ดแต่ละใบที่บันทึกสาระจากงานวิจัยทุกเรื่องมาสังเคราะห์จะทำได้สะดวกกว่าการใช้ตาราง *แบบที่สาม* สำหรับกรณีที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากเป็นร้อยเรื่อง และนักวิจัยมีความรู้ในการใช้สถิติวิเคราะห์ อาจทำแบบลงรหัสข้อมูลเพื่อบันทึกข้อมูลสร้างไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ แล้วใช้สถิติวิเคราะห์ในการสังเคราะห์งานวิจัยต่อไป

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเอกสาร (Document research) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental design) หรือ การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

กลุ่มเป้าหมาย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศออสเตรเลีย ฟินแลนด์ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และ ไทยระหว่างปี พ.ศ.2547 – 2551 ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลประเทศไทย (สภาวิจัยแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และฐานข้อมูลสากล (Pubmed และ SCOPUS)

ขั้นตอนในการศึกษา

การศึกษาแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สืบค้นรวบรวม และวิเคราะห์งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ เกี่ยวกับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ และญี่ปุ่น ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2551 ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลประเทศไทย (สภาวิจัยแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และฐานข้อมูลสากล (Pubmed และ SCOPUS) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดวิธีการศึกษา

คำสำคัญ (Keywords) ที่ใช้ในการค้นคว้าเอกสารในฐานข้อมูลสากล

Set A (กลุ่มที่เป็นโรค)

Hypertension and intervention/program and (ชื่อประเทศ)

Diabetes and intervention/program and (ชื่อประเทศ)

Stroke and intervention/program and (ชื่อประเทศ)

Set B (กลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง)

Hypertension and intervention/program and risk group and (ชื่อประเทศ)

Diabetes and intervention/program and risk group and (ชื่อประเทศ)

Stroke and intervention/program and risk group and (ชื่อประเทศ)

คำสำคัญ (Keywords) ที่ใช้ในการค้นคว้าเอกสารในฐานข้อมูลสากล

โรคความดันโลหิตสูง และ โปรแกรม และ ชื่อประเทศ

โรคเบาหวาน และ โปรแกรม และ ชื่อประเทศ

โรคหัวใจและหลอดเลือด และ โปรแกรม และ ชื่อประเทศ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

โรคความดันโลหิตสูง และ โปรแกรม และ กลุ่มเสี่ยง และ ชื่อประเทศ

โรคเบาหวาน และ โปรแกรม และ และ กลุ่มเสี่ยง ชื่อประเทศ

โรคหัวใจและหลอดเลือด และ โปรแกรม และ กลุ่มเสี่ยง และ ชื่อประเทศ

แหล่งสืบค้น

ฐานข้อมูลสากล (Pubmed และ SCOPUS)

ระยะเวลาของการสืบค้น ย้อนหลัง 5 ปี (ค.ศ.2004 – 2008 หรือ พ.ศ.2547 – 2551)

ขั้นตอนที่ 2 สรุปการสืบค้นลงในตารางแยกเฉพาะโรค (3 โรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด) ของแต่ละประเทศ (รายละเอียดในภาคผนวก)

ชื่อผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/ กิจกรรมที่จัด	ผลการศึกษา
1.					
2.					

ระยะที่ 2 วิเคราะห์สิ่งที่ได้รับจากการศึกษา

ระยะที่ 2.1 ผู้วิจัยแต่ละคนได้รับโจทย์ในการศึกษาเป็นรายประเทศ โดยแต่ละประเทศทำการสืบค้นในฐานข้อมูลสากลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นวิเคราะห์งานวิจัยที่ได้โดยใช้หลักการ Integrative literature review โดยศึกษาคุณภาพของงานวิจัยในประเด็นของความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัย และสรุปเป็นประเด็นทฤษฎีที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกิจกรรม วิธีการจัดกิจกรรม หรือนวัตกรรมที่

เกิดขึ้น สิ่งที่ได้คือ รูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละประเทศ

ระยะที่ 2.2 ผู้วิจัย 2 คนอ่านบทสรุปที่ได้จากระยะที่ 2.1 ของแต่ละโรค (แต่ละคู่ได้รับโจทย์ในการศึกษาเป็นรายโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ทั้ง 5 ประเทศเพื่อหาความสอดคล้อง เพื่อสรุปและวิเคราะห์รูปแบบการจัดกิจกรรมรายโรค สิ่งที่ได้คือ รูปแบบการจัดกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคนั้นๆ

ระยะที่ 3 สังเคราะห์องค์ความรู้

จากรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 2.2 ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถือว่าเป็น best practice ในประเทศไทย ซึ่งคัดสรรจากโครงการที่ได้รับการคัดเลือกจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง และจากการวิเคราะห์เอกสารการจัดกิจกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน อีก 1 แห่ง รวมเป็น 4 แห่ง หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดำเนินกิจกรรม และเยี่ยมชมการทำกิจกรรมในพื้นที่ พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดทั้ง 4 แห่ง คณะผู้วิจัยได้ถอดความสอดคล้อง ความแตกต่างของข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่ง ร่วมกับการศึกษาบริบทของประเทศไทย แล้วจึงทำการสังเคราะห์เป็นรูปแบบกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค

หลังจากนั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบที่ได้ต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ภายหลังการดำเนินการวิเคราะห์ห้วงค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง ประเทศออสเตรเลีย ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทย ตามขั้นตอนการสังเคราะห์การวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมานำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลรายประเทศ : ประเทศออสเตรเลีย ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทย

ส่วนที่ 2 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง รายโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโครงการที่ได้รับการพิจารณาเป็น Best practice ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังของประเทศไทย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญรูปแบบการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 สรุปการสังเคราะห์รูปแบบการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 5.1 รูปแบบการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 5.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลรายประเทศ : ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทย

ส่วนที่ 1.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลประเทศออสเตรเลีย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศออสเตรเลีย คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศที่พัฒนาแล้วงบประมาณด้านสุขภาพร้อยละ

10 ของ ถูกใช้ไปในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จาก การสำรวจชนเผ่าพื้นเมืองอะบอริจินที่อาศัยในเขตภาคเหนือของประเทศออสเตรเลีย พบอัตราป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต สูงร้อยละ 50 โรคเบาหวานร้อยละ 40 โรคหัวใจร้อยละ 20 (Zhao, Connors, Wright, Guthridge, & Baillie, 2008) ประเมินการว่าร้อยละ 7.4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (DM type II) ในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 50 ไม่ตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานมาจากพันธุกรรมและปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ที่มีลักษณะ การนั่งโต๊ะทำงาน การได้รับประทานอาหารที่มีพลังงานมากเกินไปความต้องการของร่างกาย ข้อมูล จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type II) ล้วนมีพัฒนาการจากการตรวจ พบ ภาวะ IGT (Impaired Glucose Tolerance) หรือ IFG (Impaired Fasting Glucose) ในการสำรวจ ประชาชนชาวออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 10.6 มีภาวะ IGT และร้อยละ 5.7 มีภาวะ IFG ทำให้อัตรา ความผิดปกติของระดับกลูโคสมีถึงร้อยละ 24 (Simpson, Shaw, & Zimmet, 2003) จึงให้ ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ การเปลี่ยนแปลงจาก IGT ไปสู่ DM type II ได้ถึง 50 - 60 % การ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการสำรวจใน ระดับประเทศ พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มวัยกลางคนของชนเผ่า พื้นเมืองอะบอริจินสูงกว่าชาวผิวขาวถึง 2 เท่า และมีการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 4.1 ในแต่ละปี และ คาดการณ์ว่าเมื่ออายุ 40 ปี โอกาสที่ชนเผ่าพื้นเมืองออสเตรเลียจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดถึง 10 เท่า (Haysom et al., 2008) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน โดยที่ชนเผ่าพื้นเมืองออสเตรเลียจะบอ ริจินเมื่ออายุ 15 ปี มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และความดันโลหิตสูงถึง 1.5 เท่าของคนปกติและมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานถึง 4 เท่าของคนปกติ

การประเมินโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ และหลอดเลือดนั้น ส่วนใหญ่ใช้การประเมินน้ำตาลในเลือด (Blood sugar) ความดันโลหิต ทั้งความ ดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) และ ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) ภาวะอ้วน ใช้สัดส่วนน้ำหนักต่อส่วนสูง (Body Mass Index: BMI) เส้นรอบเอว (Waist circumference) ระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Albuminuria)

ในประเทศออสเตรเลียปัจจัยทางรูปแบบการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน จาก การศึกษาข้อมูลการวิจัยพบว่าปัจจัยในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงภาวะอ้วน มี ความสัมพันธ์ต่ออุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานโดยตรง โดยพบอีกว่าช่วงเวลาของผู้ที่อยู่ในภาวะโรค

อ้วนนั้นได้รับผลโดยตรงจาก อาหารที่รับประทาน อาหารตะวันตกจะมีสัดส่วนการให้พลังงาน และปริมาณไขมันที่สูง ถ้าบริโภคมากกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการ ร่วมกับขาดการออกกำลังกาย จะช่วยในการเผาผลาญพลังงาน ทำให้เกิดภาวะอ้วน และ DM type II ตามมา การออกกำลังกาย สามารถลดการเกิด DM type II ได้ถึง 30 - 50 % โดยการออกกำลังกายอาจช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด DM type II ได้โดยลดปริมาณไขมันในร่างกายและลดการสะสมไขมันบริเวณหน้าท้อง และ/หรือ เพิ่มความไวของในการทำงานของอินซูลิน จากการสำรวจของ AusDiab (Cameron et al, 2003) ของประชากรในประเทศออสเตรเลีย พบอัตราการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนถึงร้อยละ 39 และร้อยละ 20.8 ตามลำดับ โดยประเมินจาก BMI และ เส้นรอบเอว ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของประชาชนชาวออสเตรเลียมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ประกอบด้วย การใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูโทรทัศน์ทั้งในเพศชายและหญิง การไม่ออกกำลังกายในเพศหญิง ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ คือ ระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มเพศชายที่ทำงานใน office มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าผู้ที่ใช้แรงงาน

เมื่อเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และ/หรือ โรคอ้วนแล้วส่งผลให้สัดส่วนของน้ำหนักต่อส่วนสูง ลดลง ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง เด็กที่มีน้ำหนักเกิน หรือ โรคอ้วน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติถึง 12.37 เท่า (Haysom et al., 2008)

จากภาพรวมทั้งหมดสรุปได้ว่าแนวโน้มของชาวออสเตรเลียเป็นโรคที่ป้องกันได้มากขึ้น ตามลำดับ ทั้งนี้จากการมีพฤติกรรมที่ไม่เห็นคุณค่าของสุขภาพ จึงทำให้มีแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพในคนทั่วไป นอกจากนั้นแล้วในกลุ่มคนที่เป็โรค ประเทศออสเตรเลียพยายามหาแนวทางในการดูแลให้ผู้ที่เป็โรคสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 1.1.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ประเทศออสเตรเลีย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 1 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed เป็นการศึกษาถึงทดลองมีเฉพาะกลุ่มทดลอง เพื่อจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โปรแกรมประกอบด้วย นักวิชาการพร้อมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย ไปพบผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การอบรมทักษะที่จำเป็นในการประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงเบาหวานร่วมกับ HbA1c, urine albumin : creatinine ratio (ACR), blood lipids and glucose พบว่า 320 คนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง เพศชายได้รับการคัดกรองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในการได้รับบริการ มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์

ส่วนที่ 1.1.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประเทศออสเตรเลีย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 6 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 3 เรื่อง และ Scopus 3 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาถึงทดลองทั้ง 6 เรื่อง และเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้ง 6 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 6 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 3 ปี และมีระยะติดตามผลในเวลา 1 ปีหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม โดยแยกเป็นการจัดกิจกรรม 7 สัปดาห์ 1 เรื่อง 4 เดือน 1 เรื่อง 3 เดือน 1 เรื่อง 6 เดือน 1 เรื่อง 1 ปี 2 เรื่อง ระยะเวลาในการประเมินความคงทนไม่ชัดเจน แต่เป็นการประเมินหลังการจัดกระทำกิจกรรมแล้ว 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง 1 ปี 1 เรื่อง และ 3 ปี (ประเมินทุก 1 ปี คือ ปีที่ 1 2 และ 3) 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎีทั้ง 6 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ให้บริการ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ 1 เรื่อง และ อาสาสมัคร 1 เรื่อง ที่เหลือ 4 เรื่องเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ อายุ 30 - 75 ปี 3 เรื่อง และ อายุ 15 ปีขึ้นไป 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน type 2 หรือ มี Plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C 2 เรื่อง OGTT 1 เรื่อง น้ำหนัก 2 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคเลสเตอรอล 1 เรื่อง LDL 1 เรื่อง Triglyceride 1 เรื่อง ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง) 3 เรื่อง โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาลระดับไขมัน ชนิดที่ 2 การประเมินผลจากความเจ็บป่วย เช่น สุขภาพจิต โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต HADS การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 2 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการต่ำสุด 6 ครั้ง สูงสุด 18 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นเว้น 2 สัปดาห์ 1 เรื่อง กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้ความรู้ 6 เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย 3 เรื่อง อาหาร เน้นที่ผัก > 5 serving/วัน, ผลไม้ 2 serving/วัน, <30%ของพลังงานที่ได้จากไขมัน, <10%ของพลังงานที่ได้จากไขมันอิ่มตัว, อาหารที่มีกากใย 30 กรัม การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน เป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่มทั้ง 6 เรื่อง แต่มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหารในระดับบุคคล 1 เรื่อง ส่วนการให้ความรู้ระดับบุคคลเป็นการประเมินขึ้นต้นความเชื่อในความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรม และความรู้ วางแผนกิจกรรมของตนเอง ตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย ระบุอุปสรรค และแนวทางในการกำจัดอุปสรรคนั้นๆ เขียนแผนในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด มีกลวิธีและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และวางแผน

ร่วมกับผู้ป่วยเป็นลำดับ ขั้นตอนในการกระทำ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นที่ความเฉพาะของพฤติกรรม สร้างความเชื่อมั่นและแก้ไขปัญหาไปตลอดการทำกิจกรรม มีการโทรศัพท์ติดตาม สาระของการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรมตามแผน กระตุ้นให้กำลังใจ ส่งข้อมูลทางจดหมายเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ ในระยะสร้างให้กิจกรรมยั่งยืน โดยใช้การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อนบ้าน และ ชุมชน

ส่วนกิจกรรมที่จัดกระทำกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการนั้น กลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยงานปทุมธานี กิจกรรมเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโทรศัพท์จากหัวหน้าโครงการ และได้รับจดหมายข่าวทุก 2 เดือน และการเข้าร่วม workshop ระหว่างกระบวนการจัดกิจกรรม เพื่อ refresh ความรู้ ส่วนกิจกรรมที่จัดกับกลุ่มอาสาสมัครเป็นการให้ความรู้พื้นฐานในการคัดกรองโรคเบาหวาน เช่น การชั่งน้ำหนัก การดูแลเท้า การดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น และมีการควบคุม กำกับ ติดตามการทำงานของอาสาสมัคร รูปแบบบริการที่เหมาะสม ควรประกอบด้วยสาระเกี่ยวกับการดูแลเน้นในเรื่องการควบคุมความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อน เน้นด้านการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การควบคุม น้ำหนักและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในเรื่องการใช้ Insulin และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในส่วนของการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C 2 เรื่อง OGTT 1 เรื่อง น้ำหนัก 2 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคเลสเตอรอล 1 เรื่อง LDL 1 เรื่อง Triglyceride 1 เรื่อง ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง) 1 เรื่อง แต่เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการติดตามในระยะประเมินผล จึงเป็นการประเมินในระยะหลังการทำกิจกรรม มีการศึกษา 1 เรื่องที่มีกิจกรรมในระยะติดตามผลที่มีการส่งเสริมทั้งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะๆ ตลอดระยะติดตามผล จะส่งผลให้ผลลัพธ์ คือ ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดไขมันในเลือด น้ำหนัก รอบเอวลดลง การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การศึกษาที่บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การประเมินขั้นต้นความเชื่อในความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรม และความรู้ วางแผนกิจกรรมของตนเอง ตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย ระบุอุปสรรค และแนวทางในการกำจัดอุปสรรคนั้นๆ วางแผนในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด มีกลวิธีและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่เหมาะสมสถานการณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นที่ความเฉพาะของพฤติกรรม สร้างความเชื่อมั่นและแก้ไขปัญหาไปตลอดการทำกิจกรรม หลังจากนั้น โทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะติดตามผลให้ญาติ หรือ เพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้แรงสนับสนุน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ส่วนที่ 1.1.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเทศออสเตรเลีย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 5 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 4 เรื่อง และ Scopus 1 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาทั้งทดลองทั้ง 5 เรื่อง และเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้ง 5 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 5 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปี และมีระยะติดตามผลในเวลา 2 ปี หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม โดยแยกเป็น 4 สัปดาห์ 1 เรื่อง 6 สัปดาห์ 3 เรื่อง 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง 12 สัปดาห์ 1 เรื่อง 14 สัปดาห์ 1 เรื่อง 2 ปี 1 เรื่อง ระยะเวลาในการประเมินความคงทน 4 เดือน 2 เรื่อง 6 เดือน 1 เรื่อง 1 ปี 3 เรื่อง และ 2 ปี 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎีทั้ง 6 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 40-75ปี จำนวน 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4 เรื่อง เฉพาะเพศหญิง จำนวน 1 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ BMI มากกว่าเกณฑ์ปกติ 4 เรื่อง ความดันโลหิตสูง SBP>160 mmHg และ DBP > 90 mmHg จำนวน 5 เรื่อง รับประทานยาลดความดันโลหิต 4 เรื่อง นอกจากนั้น เป็นเกณฑ์ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น อ่าน-เขียนภาษาอังกฤษได้ ไม่มีข้อห้ามในการทำกิจกรรม ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเรื้อรัง อื่นๆ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การลดปริมาณยาที่รับประทาน 4 เรื่อง การรับประทานอาหาร (แบบบันทึกการรับประทานอาหาร) 2 เรื่อง การออกกำลังกาย (แบบบันทึกการออกกำลังกาย) 2 เรื่อง แบบสอบถามอุปสรรคในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 1 เรื่อง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 1 เรื่อง เป็นการประเมินทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 2 เรื่อง ชนิดที่ 2 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต 4 เรื่อง BMI 1 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคเลสเตอรอล 1 เรื่อง โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด และ 24-hour urinary electrolyte excretion

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 6 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้ความรู้ 4 เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก อาหารเน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย การออกกำลังกาย เน้นที่วิธีการออกกำลังกาย ระยะเวลา และความถี่ที่เหมาะสม เป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่มทั้ง 5 เรื่อง แต่มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหารในระดับบุคคล

1 เรื่อง มีการแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเอง 1 เรื่อง ทั้ง 5 เรื่อง ไม่มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผล

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในระยะสั้น คือ หลังจากการจัดกิจกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมที่ศึกษา เช่น การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 1 เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานยา 1 เรื่อง การออกกำลังกาย 1 เรื่อง ส่วนการประเมินในระยะยาวการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การศึกษาที่บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในระยะติดตามผล เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ทั้ง SBP และ DBP การจัดอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต คือ การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน ขนมอบัง ≤ 4 serving/วัน คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน

ส่วนที่ 1.1.4 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศออสเตรเลีย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 1 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed เป็นการศึกษาถึงทดลองมีเฉพาะกลุ่มทดลอง เพื่อหาแนวทางในการเพิ่มอัตราการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยกลางคนที่อาศัยใน North coast โปรแกรมประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การเจาะไขมันในเลือด ขั้นตอนที่ 2 การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร ขั้นตอนที่ 3 การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา ในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูง กระบวนการนี้เพิ่มอัตราการคัดกรองในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปถึง 4 เท่าจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 1.1.5 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศออสเตรเลีย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 6 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 4 เรื่อง และ Scopus 2 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาถึงทดลองทั้ง 6 เรื่อง และเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้ง 6 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 6 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 7 สัปดาห์ ถึง 2 ปี และมีระยะติดตามผลในเวลา 2 ปี หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม โดยแยกเป็นการจัดกิจกรรม 7 สัปดาห์ 1 เรื่อง 4 เดือน 1 เรื่อง 6 เดือน 1

เรื่อง นอกนั้นไม่ระบุเวลาการจัดกิจกรรม ระยะเวลาในการประเมินความคงทน 6 เดือน 1 เรื่อง 1 ปี 1 เรื่อง และ 2 ปี 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎีทั้ง 6 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ อายุ 55 ปีขึ้นไป 1 เรื่อง ระหว่าง 40-75ปี จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 6 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยา โรคเบาหวาน มี Albumin/creatinine ratio \geq 3.4 g/mol จำนวน 6 เรื่อง นอกจากนั้นเป็นเกณฑ์ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น อ่าน-เขียนภาษาอังกฤษได้ ไม่มีข้อห้ามในการทำกิจกรรม ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 เรื่อง ชนิดที่ 2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การลดปริมาณยาที่รับประทาน 2 เรื่อง การรับประทานอาหาร (แบบบันทึกการรับประทานอาหาร) 4 เรื่อง การออกกำลังกาย (แบบบันทึกการออกกำลังกาย) 3 เรื่อง การลดน้ำหนัก 3 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการประเมินทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักทั้ง 5 เรื่อง ชนิดที่ 3 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต 2 เรื่อง BMI 3 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคลเลสเตอรอล 1 เรื่อง โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือดเพื่อหาระดับไขมัน และคุณภาพชีวิต 2 เรื่อง ชนิดที่ 4 การประเมินความเจ็บป่วย เช่น ด้านจิตใจ โดยใช้แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination) ด้านการทำงานของร่างกาย ใช้แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index) และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index) 1 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 6 ครั้ง ต่ำสุด 3 ครั้ง สูงสุด 7 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้ความรู้ 4 เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก 1 เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และการเลิกสูบบุหรี่ 1 เรื่อง อาหารเน้นที่การลดการบริโภคไขมันให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย การออกกำลังกายเน้นที่การออกกำลังกายระดับปานกลาง และเป็นการออกกำลังกายสะสมใน 1 สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ระยะเวลา และความถี่ที่เหมาะสม เป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่ม 3 เรื่อง แต่มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหารในระดับบุคคล 2 เรื่อง มีการแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเอง 1 เรื่อง มีการนำญาติหรือเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหาร และออกกำลังกาย 1 เรื่อง ส่วนการให้ความรู้ระดับบุคคลเป็นการให้คำแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความก้าวหน้าของ

โรค และประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ 1 เรื่อง ส่วนกิจกรรมในระยะติดตามผล เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรกได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในระยะสั้น คือ หลังจากการจัดกิจกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้และพฤติกรรมที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ในการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก 1 เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานยา 1 เรื่อง การออกกำลังกาย 1 เรื่อง ส่วนการประเมินในระยะยาวการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะไม่ได้แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การศึกษาที่บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในระยะติดตามผล เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ทั้ง SBP และ DBP การจัดอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต คือ การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน

ส่วนที่ 1.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลประเทศฟินแลนด์

ฟินแลนด์มีประชากรประมาณ 5 ล้านคน และมีความหนาแน่นของประชากรอยู่ที่ราว 17 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรของฟินแลนด์กระจุกตัวอยู่ทางตอนใต้ของประเทศ ในจังหวัดอูซีมาซึ่งเป็นที่ตั้งของเมืองหลวงมีความหนาแน่น 30 คนต่อตารางกิโลเมตร (ในส่วนของตัวเมืองเฮลซิงกิมีความหนาแน่นถึงสามพันคนต่อตารางกิโลเมตร) อาหารฟินแลนด์มักมีลักษณะเรียบง่ายและมักได้รับการกล่าวถึงในด้านความเป็นมิตรต่อสุขภาพ ส่วนประกอบที่สำคัญคือปลา เนื้อสัตว์ เบอรัรี และผักต่างๆ ในขณะที่การใช้เครื่องเทศต่างๆมีไม่มากนัก ตัวอย่างอาหารที่สำคัญของฟินแลนด์ที่ค่อนข้างเป็นเอกลักษณ์ได้แก่ ruisleipä (ขนมปังข้าวไรย์ เป็นขนมปังที่มีลิ้นแฉะและมีรสเปรี้ยว) และ karjalanpiirakka (พายคาร์เลีย แป้งกรอบสอดไส้ข้าว) เป็นต้น World Economic Forum ได้จัดให้ฟินแลนด์ เป็นประเทศที่มีความสามารถในการแข่งขันสูงที่สุดในโลก ไม่เป็นเพียงประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูงซึ่งแฝงไปด้วยการออกแบบ หรือ ดีไซน์ ชั้นเลิศพร้อมไปด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยแต่ยังไม่เต็มไปด้วยพลังในการดูแลสุขภาพ

ประชาชนภาคตะวันออกของฟินแลนด์ ทางเหนือของนอร์เวย์ กรีนแลนด์ ทางเหนือของไอร์แลนด์ เป็นพวกที่บริโภคไขมันจากสัตว์ในปริมาณที่สูงมาก ไขมันจากสัตว์อุดมไปด้วยโคเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวประชากรในประเทศเหล่านี้จึงมีอัตราการเป็นโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือดและโรคหัวใจสูงที่สุดในโลก ความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างโคเลสเตอรอลกับโรคหลอดเลือดอุดตัน เมื่อโคเลสเตอรอลสูงขึ้น อัตราเสี่ยงของโรคหัวใจวาย จะสูงขึ้นด้วย แต่ถ้าโคเลสเตอรอลลดลงแค่ 1% ก็จะทำให้อัตราเสี่ยงต่อโรค ที่เกี่ยวกับ หลอดเลือดอุดตัน ลดลงถึง 2% การควบคุมการกินอาหารให้ถูกต้องเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพราะโคเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัว เป็นสาเหตุ ของโรคหัวใจล้มเหลว เนื่องจากไขมันอิ่มตัวซึ่งส่วนมากจะพบในไขมันที่มาจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ และนม จะถูกเปลี่ยนเป็น atherogenic โคเลสเตอรอล (LDL) หรือที่เรียกว่าโคเลสเตอรอลตัวร้ายที่อยู่ในตับ ในสมอง และไตของสัตว์ มีปริมาณโคเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวจำนวนมาก

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจเกี่ยวกับอาหาร อาหารที่อุดมด้วยเส้นใยที่ละลายน้ำได้ เช่น ข้าวโอ๊ต ถั่วต่างๆ ผลไม้บางชนิด และซีเลียม จะให้ประโยชน์ในการลดปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือด แต่สมาคมหัวใจแห่งอเมริกาได้แยกแยะประโยชน์ของอาหารเส้นใยที่ละลายน้ำไม่ได้ นอกเหนือจากอาหารเส้นใยแล้ว พวกธัญพืชทั้งเมล็ดก็เป็นแหล่งของสารอาหารต่างๆ มากมาย เช่น วิตามิน (กรดโฟลิก และโซอามีน) แกลีอแร่ (แมกนีเซียม และธาตุเหล็ก) กรดไลโนเลอิก และสารประกอบพืชตามธรรมชาติ หรือที่เรียกว่า ไฟโตเคมี (phytochemicals) อาหารเข้าเป็นธัญพืช (wholegrain breakfast cereal) ก็เป็นวิธีที่ดีสำหรับการเริ่มวันใหม่ การศึกษาในประเทศฟินแลนด์ ได้พบว่า การรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำมีผลในการช่วยควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และช่วยลดการดูดซึม ไขมันอิ่มตัวและไขมันโดยรวมเข้าสู่ร่างกาย (Kleemola, et al., 1999) โดยเฉพาะสารไฟโตเคมี เป็นองค์ประกอบทางเคมีในพืช ที่ทำให้ผักและผลไม้มีสี สีสัน รสชาติ และกลิ่นหอม ได้แก่ สารแคโรทีนอย (มีในผักและผลไม้สีแดง เหลือง และส้ม) สารฟลาโวนอย (พบในแอปเปิล, หัวหอม, ชาเขียว และชาดำ, ซอคโกแลต), สารอลิซิน และโซออล (ที่พบในกระเทียม และหัวหอม) อาการความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมากของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคลมปัจจุบันและโดยที่โซเดียมจะมีผลโดยตรงกับความดันโลหิต ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จึงแนะนำให้จำกัดการบริโภคเกลือให้เหลือเพียง 5 กรัมต่อวัน ง่ายๆ คือ จำกัดปริมาณการใช้เกลือหรือน้ำปลาให้น้อยลง ตัดการกินอาหารกินเล่นที่มีเกลือ/โซเดียมสูง เช่นอาหารกรอบกรอบที่มีรสเค็มและน้ำปลา

โฮโมซิสตีน (Homocysteine) เป็นสารธรรมชาติตัวหนึ่งซึ่งเป็นผลจากการย่อยโปรตีนของร่างกาย และระดับของโฮโมซิสตีนในเลือดสูงจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การทำงานร่วมกันของกรดโฟลิก, วิตามินบี 6, บี 12 พบว่าจะช่วยลดระดับของ

โฮโมซิสตินในเลือดได้ ดังนั้นการเพิ่มการบริโภควิตามินเหล่านี้ในชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มปริมาณการบริโภควิตามินบีให้ได้มากที่สุด โดยการรับประทานพวกถั่ว ผัก และผลไม้ให้หลากหลายและในปริมาณที่มากพอ และจำกัดประมาณของเนื้อวัว, ไข่ และปลา ให้อยู่ในปริมาณที่พอดี รายงานผลการวิจัยจากฟินแลนด์และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดระบุว่า คนที่ดื่มกาแฟมีความเสี่ยงการเกิดเบาหวานประเภท 2 น้อยกว่าคนที่ไม่ดื่ม ความเสี่ยงที่ลดลงเป็นสัดส่วนกับปริมาณกาแฟที่ดื่ม และกาแฟไร้คาเฟอีนให้ผลน้อยกว่า ส่วนชาไร้คาเฟอีนและเครื่องดื่มอื่นๆที่มีคาเฟอีนไม่ให้ผลเหมือนกาแฟ

การมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงขนาดปานกลาง ทำอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ หลายๆ วัน เพื่อประโยชน์ต่อหัวใจ

บุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญมากปัจจัยหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก เสนอแนะว่า หลังจากที่คุณหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ลดลงถึงร้อยละ 50

จะเห็นได้ว่าจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศฟินแลนด์ได้มีความพยายามในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 1.2.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประเทศฟินแลนด์

จำนวนเรื่องทั้งหมด 12 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 8 เรื่อง และ Scopus 4 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาถึงทดลองทั้ง 12 เรื่อง และเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้ง 12 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผลจำนวน 6 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 3 ปี และมีระยะติดตามผลในเวลา 1 ปี หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม โดยแยกเป็นการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ 2 เรื่อง 4 เดือน 2 เรื่อง 3 เดือน 2 เรื่อง 6 เดือน 1 เรื่อง 1 ปี 2 เรื่อง 3 ปี 3 เรื่อง ระยะเวลาในการประเมินความคงทนไม่ชัดเจน แต่เป็นการประเมินหลังการจัดกระทำกิจกรรมแล้ว 8 สัปดาห์ 1 เรื่อง 1 ปี 1 เรื่อง และ 3 ปี (ประเมินทุก 1 ปี คือ ปีที่ 1 2 และ 3) 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎีทั้ง 12 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ อายุ 30 - 75 ปี 3 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิงทั้งหมด มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน type 2 หรือเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ประเมินจาก BMI อยู่ระหว่าง 26-40 kg/m² รอบเอวผู้ชาย > 102 ซม. ผู้หญิง > 88 ซม. และมี metabolic syndrome มีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C 2 เรื่อง OGTT 1 เรื่อง น้ำหนัก 2 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคเลสเตอรอล 1 เรื่อง LDL 1 เรื่อง Triglyceride 1 เรื่อง ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง) 3 เรื่อง โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ชนิดที่ 2 การประเมินผลจากการรับรู้จากความเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แต่การประเมินชนิดนี้มีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการประเมินชนิดที่ 1 คือ การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ฟินแลนด์ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า hard data

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการต่ำสุด 6 ครั้ง สูงสุด 18 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นเว้น 2 สัปดาห์ 1 เรื่อง กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบมีการวางเป้าหมาย คือปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารโดยการลดไขมันอิ่มตัว cholesterol การได้รับแคลอรีที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย การหยุดสูบบุหรี่ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดน้ำหนักลง ร้อยละ 5 หรือมากกว่านั้น โดยให้การได้รับพลังงานจากไขมันในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 30 การได้รับพลังงานจากไขมันอิ่มตัวในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 10 การได้รับเส้นใย 15 กรัม ต่อ 1000 กิโลแคลอรี หรือมากกว่านั้น และมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง 30 นาทีต่อวัน หรือมากกว่า มีการวางเป้าหมายของแต่ละบุคคล มีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินชีวิต

6 เดือนแรกนั้น การทำ Intervention มุ่งประเด็นไปที่การให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการมีการบันทึกอาหารจำนวน 3 วัน ร่วมกับหนังสือเล่มเล็กที่มีรูปภาพประกอบ (picture booklet) แบ่งตามขนาดของอาหารที่เป็นตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของการได้รับไขมันทั้งหมด (สัดส่วนของการได้รับพลังงานทั้งหมดต่อวัน) ไขมันอิ่มตัว (สัดส่วนของการได้รับพลังงานทั้งหมดต่อวัน) และอาหารที่มีเส้นใย (กรัมต่อ 1000 กิโลแคลอรี) โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) สร้างแรงจูงใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) วางแผนการเปลี่ยนแปลงอาหาร ครั้งที่ 3 (กลุ่ม) การทำอาหารสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 4 (กลุ่ม) การรู้จักอารมณ์และความเครียดกับการกิน ครั้งที่ 5 (กลุ่ม) การรู้จักสถานการณ์เสี่ยงต่อการรับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการ การเตรียมตัว และการแก้ไข ครั้งที่ 6 (รายบุคคล) ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาหารและการวัด ครั้งที่ 7 (รายบุคคล) ปัจจัยเสี่ยงต่อการรับประทานมาก หลังจากเกิดความเครียด ครั้งที่ 8 (กลุ่ม) อุปสรรคต่อการบริโภคอาหาร ครั้งที่ 9 (กลุ่ม) ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก ครั้งที่ 10 (รายบุคคล) ผลลัพธ์ การวัดและการคงไว้ในพฤติกรรม

หลังจาก 6 เดือน ผู้เชี่ยวชาญจะมีการอบรมการออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การมีกิจกรรมทางกายนาน 30 นาที ฝึกความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4 ครั้ง/สัปดาห์ การออกกำลังกายถูกบันทึกโดยผู้เข้าร่วมเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเพื่อการออกกำลังกายใน

ระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง และ 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบ่อยครั้งกว่านั้น ในแต่ละครั้งให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม 65%-70%

มีการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินค่าเฉลี่ยของการมีกิจกรรมทางกายและการได้รับสารอาหาร ในช่วงมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงในเดือน 0, 3, 6, 12 ทุกครั้งที่เยี่ยมจะมีการเยี่ยมบ้านในช่วงก่อน 24 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องถูกถามถึงการจดบันทึกอาหาร จำนวน 3 วัน เฉพาะในการเยี่ยมเดือนที่ 6 และ 12

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C 2 เรื่อง OGTT 1 เรื่อง น้ำหนัก 2 เรื่อง รอบเอว 1 เรื่อง โคเลสเตอรอล 1 เรื่อง LDL 1 เรื่อง Triglyceride 1 เรื่อง ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง) 1 เรื่อง โดยใช้คำจำกัดความของโรคเบาหวานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ปี 1985 คือ fasting plasma glucose 7.8 mmol/L หรือมากกว่านั้น หรือ 2 ชั่วโมง post - challenge plasma glucose 11.1 mmol/L หรือมากกว่านั้น Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)

แต่เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการติดตามในระยะประเมินผล แต่เป็นการศึกษาในระยะยาว กิจกรรมในระยะนี้จึงเป็นการส่งเสริมทั้งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะๆ เช่น มีการเยี่ยมบ้านในช่วงก่อน 24 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องถูกถามถึงการจดบันทึกอาหาร จำนวน 3 วัน มีการบันทึก ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด น้ำหนัก รอบเอวลดลง การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

การศึกษาที่บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การประเมินขึ้นต้นความเชื่อในความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรม และความรู้ วางแผนกิจกรรมของตนเอง ตั้งพฤติกรรมเป้าหมาย ระบุอุปสรรค และแนวทางในการกำจัดอุปสรรคนั้นๆ วางแผนในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด มีกลวิธีและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นที่ความเฉพาะของพฤติกรรม สร้างความเชื่อมั่นและแก้ไขปัญหาไปตลอดการทำกิจกรรม หลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะติดตามผลให้ญาติ หรือ เพื่อน เข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการให้แรงสนับสนุน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ส่วนที่ 1.2.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเทศฟินแลนด์

จำนวนเรื่องทั้งหมด 4 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 4 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาทั้งทดลองทั้ง 4 เรื่อง และเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) ทั้ง 4 เรื่อง ไม่มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล แต่เป็นการศึกษาใน

ระยะเวลายาว 3 เดือน ถึง 15 ปี (เป็นการศึกษาในเด็กเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงผลการรับประทาน อาหาร) โดยแยกเป็น 3 เดือน 1 ปี และ 15 ปี อย่างละ 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎีที่ใช้ทั้ง 5 เรื่อง แต่ทุก การศึกษาเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ อายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง อายุ 25 - 59 ปีขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง และเป็นการศึกษาในเด็กที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 1 เรื่อง กลุ่ม ตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ BMI มากกว่าเกณฑ์ปกติ 4 เรื่อง ความดันโลหิตสูง SBP>160 mmHg และ DBP > 90 mmHg จำนวน 4 เรื่อง รับประทานยาลดความดันโลหิต 4 เรื่อง นอกจากนั้นเป็นเกณฑ์ในการเข้าร่วม กิจกรรม เช่น อ่าน-เขียนภาษาอังกฤษได้ ไม่มีข้อห้ามในการทำกิจกรรม ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็น อุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเรื้อรัง อื่นๆ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดที่ 1 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การลดปริมาณที่รับประทาน 4 เรื่อง การรับประทานอาหาร (แบบบันทึกการรับประทาน อาหาร) 4 เรื่อง การออกกำลังกาย (แบบบันทึกการออกกำลังกาย) 4 เรื่อง เป็นการประเมินทั้งการ รับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 4 เรื่อง ชนิดที่ 2 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต 4 เรื่อง BMI 4 เรื่อง รอบเอว 4 เรื่อง โคเลสเตอรอล 3 เรื่อง โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเจาะเลือด

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการมีความหลากหลาย โดยเฉลี่ย 5 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและ ผลที่ตามมาจากรโรคความดันโลหิตสูง ,ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 2 นัก กายภาพให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อหัวใจและหลอดเลือด แนะนำการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับหัวใจและหลอดเลือด การว่ายน้ำ ,การฝึกแอโรบิก,ทดสอบการเดิน ,เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และนักจิตวิทยา สอนเทคนิคการคลายเครียด ครั้งที่ 3 จัด group counseling เกี่ยว การควบคุมความดันโลหิต เกลือ ไขมัน ไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก เน้นอาหารที่เป็น monosaturated fatty acid ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือต่ำ วิธีการ ทำอาหารสุขภาพและทางเลือกอื่น ๆ ในการเตรียมอาหาร ครั้งที่ 5 สรุปการจัดกิจกรรมโดยแพทย์, นักกายภาพ, นักโภชนาการและกลุ่มประจุมาร่วมกัน ในระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 เป้าหมายส่งเสริม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บรรลุเป้าประสงค์วิถีชีวิตสุขภาพที่ดีมีการเปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนในกลุ่ม นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เทคนิคการ ผ่อนคลาย ความเครียด การลดน้ำหนัก วิถีชีวิตทั่วไป ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2 จัด 2 วันระหว่าง สัปดาห์ กิจกรรมคล้ายระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 แบ่งกลุ่มละ 2-4 คน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความ ดันโลหิตสูง ประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิต นำมาวางแผนทางการดำเนินชีวิตและอภิปรายร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญเป็นการสะท้อนการปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ตนเอง ในระหว่างทำกิจกรรมผู้เข้าร่วมควรได้รับจดหมาย เกี่ยวกับประเด็น หัวข้อที่อภิปราย และเป้าหมายของแต่ละบุคคลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม

ส่วนการศึกษาในเด็กเป็นการให้สารอาหารที่เหมาะสมเฉพาะคนและให้คำปรึกษาการดำเนินชีวิตในการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยลดพลังงานจากอาหารกรดไขมันอิ่มตัวเชิงเดี่ยวบวกไขมันเชิงซ้อนในอัตรา 1:2 และไขมัน < 200 มิลลิกรัมต่อวันอายุ 1 ปีแรกแนะนำให้นมแม่หรือนมผสม หลัง 1ปี แนะนำพ่อแม่ให้จำกัดไขมันให้ลูกดื่มนมพร่องมันเนย 0.5- 0.6 ลิตร/วันเด็กอายุ 12-24 เดือนแนะนำพ่อแม่ให้น้ำมันผัก ไขมันจากพืช วันละ 2 ถึง 3 ช้อนชಾಯุ 1 ปีแรกไม่จำกัดเกลือและโซเดียม เริ่มจำกัดเกลือหลังอายุ 8 ปี มีการส่งเสริมให้กินผัก ผลไม้ เมล็ดถั่วแห้งต่างๆให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกายมีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การศึกษาที่บรรลุวัตถุประสงค์ในระยะยาว คือ การศึกษาที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ทั้ง SBP และ DBP การจัดอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต คือ Monounsaturated Fatty Acids (MUFA diet)

ส่วนที่ 1.2.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศฟินแลนด์

การศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศฟินแลนด์ส่วนใหญ่รวมอยู่ในโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษาที่เน้นเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดเพียง 1 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาถึงทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) 3 ปี และไม่ระบุทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 40 - 70 ปี ร่วมกับค่าดัชนีมวลกาย โดยคำนวณน้ำหนักเป็นกิโลกรัม เทียบกับส่วนสูงเป็นเมตร อยู่ในช่วงระหว่าง 25 ถึง 40 และต้องเป็นผู้ที่มีภาวะ IGT ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) รวมทั้ง fasting plasma glucose อยู่ในช่วงระหว่าง 100 ถึง 140 mg/dl (5.5 และ 7.8 mmol/L) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต BMI รอบเอว โคเลสเตอรอล โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว

ผู้เข้าร่วมทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำให้ไปลดน้ำหนัก หรือรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก และมีการให้กำลังใจเพื่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (มีการให้กำลังใจในแต่ละ

ละครั้งของการเยี่ยม) ซึ่งผู้เข้าร่วมจะได้รับการตรวจสอบ ทุกๆ 6 เดือนโดยผู้วิจัย และมีการตามเยี่ยม ทุกๆ 3 เดือน โดยพยาบาลผู้ประสานงาน เพื่อพิจารณา, วัดความดันโลหิต และfasting plasma glucose concentration

ส่วนที่ 1.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีพื้นที่ 9.83 ล้านตารางกิโลเมตร และประกอบด้วย 50 รัฐและ 1 อำเภอที่ว่าการรัฐ (District of Columbia) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2552 ประเทศสหรัฐอเมริกามีพลเมืองประมาณ 306 ล้านคน (Wikipedia, 2009) ประชากรซึ่งนอกจากจะเป็นชาวอเมริกันแล้วยังประกอบด้วยชนชาติต่างๆ ที่เข้ามาอาศัย เช่น ชาวอาฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสแปนิก-อเมริกัน ชาวเม็กซิกัน-อเมริกัน ชาวจีน ชาวเกาหลี เป็นต้น

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมี Stroke เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานสถิติการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุด้วยโรคนี้ประมาณ 297.4 รายต่อแสนประชากร (CDC, 2009) ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีการเกิดโรคใหม่หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคประมาณ 700,000 รายต่อปีรวมทั้งในปี พ.ศ. 2549 มีการประมาณค่าใช้จ่ายจากการดูแลและรักษาผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 62.7 พันล้านยูเอสดอลลาร์สหรัฐหรือประมาณ 2,500 พันล้านบาทไทย

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่พบมากขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานสถิติการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุด้วยโรคเบาหวานประมาณ 25.3 ต่อแสนประชากร พบว่า กล่าวคือจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าของจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2523 (จาก 5.6 ล้านคนเพิ่มเป็น 16.8 ล้านคน) (CDC, 2009) และมีแนวโน้มของการเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป (Ostchega, Yoon, Hughes, & Louis, 2008)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง โดยในปี 2548 มีรายงานสถิติการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุด้วยโรคนี้ประมาณ 7.9 ต่อแสนประชากร² ในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคในชาวอเมริกันประมาณร้อยละ 28 มีภาวะก่อนเกิดโรคความดันโลหิตสูง (prehypertension) กล่าวคือมีค่าความดันซิสโตลิกระหว่าง 120-139 mmHg และค่าความดันไดแอสโตลิกระหว่าง 80-89 mmHg (Ostchega, Yoon, Hughes, & Louis, 2008) และชาวอเมริกันที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปร้อยละ 29 เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพบร้อยละ 7 ในกลุ่มอายุ 18-39 ปี และร้อยละ 67 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีเพียง

ร้อยละ 68 ที่ได้รับยารักษาโรค แต่มีเพียงร้อยละ 64 ของกลุ่มที่ได้รับยาที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 mmHg

ส่วนที่ 1.3.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรก

ซ้อนของโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกา

จำนวนเรื่องทั้งหมด 16 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 15 เรื่อง และ Scopus 1 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 16 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผลทั้งหมดระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ ถึง 4 ปี โดยระยะเวลาในการประเมินความคงทนอย่างน้อยที่สุด 3 สัปดาห์ ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย The chronic care model จำนวน 1 เรื่อง นอกนั้นไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 15 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 25-65 ปี กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 16 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 16 เรื่อง ระดับ HbA1c ที่สูง ($\geq 8.0\%$) จำนวน 1 เรื่อง และเป็นโรคอ้วน ($BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$) จำนวน 2 เรื่อง เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย (1) ค่าผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวสะโพก และ (2) ความพึงพอใจในการรับบริการ (3) ความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการหรือควบคุมกำกับด้วยตนเอง (4) แรงสนับสนุนทางสังคม และ (5) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการ ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 26 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ทำกิจกรรม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ 16 เรื่อง เช่น ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการและการออกกำลังกายเกือบทั้งหมด เป็นการให้ความรู้ทั้งในระดับบุคคลและเป็นกลุ่มทุกเรื่อง และ (2) การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการและการให้บริการเพื่อเพิ่มการคงอยู่ในการรับบริการและการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมของพยาบาลบริหารจัดการ (case manager) ของนักโภชนาการหรือเภสัชกร การเยี่ยมผู้ป่วยที่บอຍขึ้น หรือกาใช้แผนการรักษาถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ จำนวน 15 เรื่อง มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผลทุกเรื่อง กิจกรรมที่ทำระหว่างติดตามผลเกือบทั้งหมดประกอบด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทั้ง 16 เรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ ระดับ HbA1c ระดับไขมันในเลือด รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวสะโพก ความพึงพอใจในการรับบริการ ความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการหรือควบคุมกำกับด้วยตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1.3.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา

จำนวนเรื่องทั้งหมด 16 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล PubMed ทั้งหมด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา จำนวน 1 เรื่อง (ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อการจัดการของพยาบาล และค่าความดันโลหิต) และเป็นการศึกษาทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 15 เรื่อง โดยกิจกรรมที่จัดในการศึกษานั้นแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง (เช่น ควบคุมอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำและออกกำลังกายระดับปานกลางขึ้นไป) จำนวน 10 เรื่อง และกิจกรรมที่ให้ผู้ให้บริการกระทำเป็นหลักเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (เช่น การให้ความรู้หรือคำปรึกษาทั้งเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิก การกระตุ้นการปฏิบัติตนทางโทรศัพท์ การส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนการให้บริการ โดยเนื้อความในจดหมายจะกระตุ้นให้ตระหนักถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่ตนเองได้ให้การดูแล เป็นต้น) จำนวน 6 เรื่อง สำหรับการศึกษาทดลองนั้นมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผลทั้งหมด ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 2 สัปดาห์ ถึง 2 ปี ซึ่งระยะเวลาในการประเมินความคงทนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถึง 1 ปี สำหรับการให้ความรู้หรือคำปรึกษา และอย่างน้อย 6 สัปดาห์ สำหรับกิจกรรมด้านอาหารหรือการออกกำลังกาย

ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย Social Cognitive Theory, and the transtheoretical stages of change model จำนวน 1 เรื่อง และ the Health Decision Model (HDM) จำนวน 2 เรื่อง นอกนั้นไม่ระบุทฤษฎีชัดเจน แต่ส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามสร้างขึ้นเพื่อทดสอบ self-efficacy ของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 - 60 ปี โดยส่วนใหญ่จะมีอายุ 40 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง สำหรับเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและผู้ป่วย โดยที่ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีความดันโลหิต 120 to 139 mm Hg และ 80 to 89 mm Hg และ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตระดับที่ 1 (prehypertension ระหว่าง stage 1) โดยไม่ใช้ยารักษา (140 to 159 mm Hg และ/หรือ 90 to 95 mm Hg และมีดัชนีมวลกาย 18.5 to 45.0 kg/m²).

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 แบบใหญ่ๆ คือ (1) ผลทางห้องปฏิบัติการ (ค่าระดับไขมันและโซเดียม) และ ค่าความดันโลหิต และ (2) แบบสอบถามซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแบบวัดความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม (self-efficacy) ความรู้ในเรื่องอาหาร ความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติ

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเองโดยเฉลี่ย 3 ครั้ง/วัน จำนวน 5 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลาดำสุด 150 นาทีสะสม และสูงสุด 180 นาทีสะสม เป็นระยะเวลา 2 เดือนหรือเข้าโปรแกรมที่จัดให้ 14 ครั้งเป็นอย่างน้อย สำหรับกิจกรรมให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที/ครั้ง ประมาณ 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการ

ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย คิ่มแอลกอฮอล์ ≤ 1 OZ ต่อวันในผู้ชาย หรือ 0.5 OZ ในผู้หญิง การรับประทาน (เช่น การได้รับผักและผลไม้ 9-12 ส่วน อาหารไขมันต่ำ 2-3 serving และจำกัดการได้รับไขมันร้อยละ ≤ 25 และ อาหารไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด) โดยผู้วิจัยจะจัดให้นักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องการลดปริมาณอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ซึ่งจะทำได้สามารถควบคุมปริมาณแคลอรีตลอดการศึกษาได้ รวมถึงผู้วิจัยจะสอนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและควบคุมปริมาณการคิ่มแอลกอฮอล์และการได้รับสารโซเดียม ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้นี้จะเป็นแบบผสมผสาน กล่าวคือให้ทั้งในระดับกลุ่มและบุคคล และมีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผล 1 เรื่อง

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทั้งหมด 16 เรื่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในหลายด้าน ได้แก่ ค่าความดันโลหิตลดลง ดัชนีมวลกายลดลง และมี self-efficacy ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการติดตามใน 1 ปีต่อมา ยังพบความคงทนของพฤติกรรมอยู่ แต่ไม่พบความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแต่ความรู้เพียงอย่างเดียว

ส่วนที่ 1.3.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรก

ซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดประเทศสหรัฐอเมริกา

จำนวนเรื่องทั้งหมด 9 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 8 เรื่อง และ Scopus 1 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล ทั้งหมด ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 12 สัปดาห์ - 3 ปี โดยแยกเป็นระยะการศึกษา 12 สัปดาห์จำนวน 1 เรื่อง ระยะการศึกษา 16 สัปดาห์จำนวน 1 เรื่อง ระยะการศึกษา 9 เดือน จำนวน 1 เรื่อง ระยะการศึกษา 12 เดือน จำนวน 3 เรื่อง ระยะการศึกษา 3 ปี จำนวน 3 เรื่อง ระยะเวลาในการประเมินความคงทนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย Pender's Health Promotion Model จำนวน 1 เรื่อง Bandura's Social Cognitive Theory จำนวน 3 เรื่อง และ the Chronic Care Model จำนวน 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มอายุใหญ่ๆ คือ กลุ่มเด็กนักเรียนชั้นปีที่ 5 - 8 ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4 เรื่อง และกลุ่มผู้ใหญ่ซึ่งส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 40-64 ปี จำนวน 4 เรื่อง หรือกลุ่มผู้ปกครองเด็ก จำนวน 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 6 เรื่อง และเฉพาะเพศหญิง จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งไม่มีการศึกษาใดที่มีกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศชาย สำหรับเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ นอกจากอายุแล้ว ประชากรด้อยโอกาสและรายได้ก็น้อยเป็นอีกเกณฑ์ที่คำนึงถึง ซึ่งมีจำนวน 5 ใน 9 เรื่อง ซึ่งประชากรด้อยโอกาส ได้แก่ ชาวจีน ฮิสแปนิก-อเมริกัน เม็กซิกัน-อเมริกัน และแอฟริกัน-อเมริกัน เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย ประกอบด้วย (1) ค่าผล

เลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและโปก จำนวน 6 เรื่อง (2) ความรู้เรื่องหัวใจและหลอดเลือด อาการแสดง การป้องกันและ/หรือการช่วยเหลือ จำนวน 6 เรื่อง (3) ทักษะคิดและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 1 เรื่อง (4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการไปถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารจำนวน 1 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสูงสุด 2 ครั้ง/สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย เกือบทั้งหมดเป็นการให้ความรู้โดยการอบรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล แต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาทีสำหรับเด็กนักเรียน และประมาณ 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ใหญ่ (เนื้อหาจะประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพหัวใจ ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจและความดันโลหิต โรคเบาหวาน) การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที (ในการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจะมีการกำหนดให้นักเรียนมีชั่วโมงออกกำลังกายอย่างน้อย 50% ของชั่วโมงเรียน) การให้คำปรึกษาโดยการเยี่ยมชมพบปะพูดคุยหรือการโทรศัพท์ (ประมาณ 10-20 นาที) มีเพียงบางเรื่องมีการส่งจดหมายเตือนและการจัดสิ่งเอื้อสำหรับการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน เช่น เอกสารสำหรับแนวทางการปฏิบัติตน การจัดสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น และในการศึกษาที่จัดขึ้นในโรงเรียนจะมีการประกวดโปสเตอร์ของนักเรียน ในหัวเรื่อง "หนทางสู่หัวใจแข็งแรงดีขึ้นในโรงเรียนของเรา" โดยทุกการศึกษาก็จะมีกิจกรรมที่ส่วนใหญ่ทำในระยะติดตามผลคือการส่งจดหมายเตือนและการให้คำปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์และการเยี่ยมประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทุกเรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ (1) ค่าผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและโปก (2) ความรู้เรื่องหัวใจและหลอดเลือด อาการแสดง การป้องกันและ/หรือการช่วยเหลือ (3) ทักษะคิดและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการไปถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และ (5) พฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 1.4 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลประเทศญี่ปุ่น

เบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน โรคนี้มีความรุนแรงสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้

การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ในปี 2550 พบผู้ป่วยเบาหวานแล้วถึง 246 ล้านคน โดยผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย และเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในประเทศอินเดีย จีน เนปาล และอื่นๆในเอเชีย (Asian Diabetes Association, 2552) และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน และโรคที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน 3.8 ล้านคน โรคดังกล่าว ได้แก่ โรค cardiovascular disease (heart disease) โรค Stroke (atherosclerosis) โรคไต และโรคตาที่เกิดจากเบาหวาน

ในประเทศญี่ปุ่นอัตราการเกิดโรคเบาหวานจากการสำรวจในปี ค.ศ. 2003 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 6.7 ล้านคน โดยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พบว่า จะมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับที่ 5 ของโลก รองจากอินเดียที่มี 35.5 ล้านคน จีน เท่ากับ 23.8 ล้านคน สหรัฐอเมริกา 16 ล้านคน รัสเซีย 9.7 ล้านคน ตามลำดับ และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 มีผู้ป่วยเบาหวาน ในเอเชียประมาณ 160 ล้านคน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถิติการเกิดโรคเบาหวานในประเทศญี่ปุ่นพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนในประเทศ เช่นเดียวกับประเทศอื่น โดยผู้ชายเป็นโรคมากกว่าผู้หญิง พบในอายุ 40 ปีขึ้นไป จากการสำรวจ พบว่า ในปี 1985 อัตราความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับ 1.3 - 4.7 % และสูงขึ้นเป็น 4-11 % และผลจากการสำรวจประชาชนโดยใช้การคัดกรอง จำนวน 14,674 ราย อายุระหว่าง 20-83 ปี พบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรองเลยในภาพรวมเท่ากับ 5.6 % เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าในเพศชายพบ ประมาณ 6.4 % และเพศหญิง 3.2 % ตามลำดับ และเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง (Bando, et al., 2009)

สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศญี่ปุ่น

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศญี่ปุ่น ผลจากการสำรวจของ Ministry of Health and Welfare ในประเทศญี่ปุ่น ในปี 1990 พบว่า มีประชาชนมากกว่า 33 ล้านคนที่มีความดันโลหิตสูง หรือเกือบร้อยละ 45 ในวัยผู้ใหญ่ อัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้นในเพศชายและเพศหญิง มากกว่าครึ่งของประชากรวัยกลางคนในเพศชาย และเกือบ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุในเพศชายมีภาวะความดันโลหิตสูง (Sekikawa & Hayakawa, 2004) มากกว่าครึ่งของผู้ชายที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่ตระหนักถึงเงื่อนไขที่อาจเกิดขึ้น น้อยกว่า ร้อยละ 5 ของเพศชายที่ได้รับการรักษาและควบคุม ในเพศหญิงวัยกลางคน พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นโรคความดันสูง มากกว่าครึ่งไม่ระวังเรื่องข้อห้าม ในเกือบทั้งหมดของหญิงสูงอายุและวัยกลางคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาและควบคุม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศและอายุในประเทศญี่ปุ่น

เพศ	อายุ(ปี)	อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง (/100)	ร้อยละของการกระจายในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง			
			Unaware(%)	Aware and not treated (%)	Treated and not controlled (%)	Treated and controlled (%)
ชาย	30-44	26.7	72.5	20.0	6.4	1.1
	45-64	55.8	58.9	18.2	19.3	3.6
	65 +	72.4	50.3	14.2	30.4	5.1
หญิง	30-44	15.1	74.1	16.3	8.2	1.4
	45-64	49.7	55.1	13.6	25.9	5.3
	65 +	75.7	41.5	13.6	37.1	7.8

ที่มา Sekikawa, A. & Hayakawa, T. (2004). Prevalence of hypertension, its awareness and control in adult population in Japan. *Journal of Hypertension*, 18, 911-912.

สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศญี่ปุ่น จากการสำรวจ พบว่า มีผู้ป่วยโรค cardiovascular เท่ากับ 15.40 ต่อพันในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และเท่ากับ 25.76 ต่อพันในกลุ่มที่ป่วยโรคเบาหวาน คนที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจ 1.68 เท่าของผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1.4.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานประเทศญี่ปุ่น

สรุปการสืบค้นโรคเบาหวานในประเทศญี่ปุ่นจากฐานข้อมูล Pubmed จำนวน 20 เรื่อง วิเคราะห์ได้ 7 เรื่อง จากฐานข้อมูล SCOPUS จำนวน 11 เรื่อง วิเคราะห์ได้ 3 เรื่อง รวมทั้งหมด 11 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาทั้งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 11 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 2 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 3 เดือน ถึง 6 ปี โดยจำแนกระยะเวลาในการศึกษา ดังนี้ 3 เดือน และ 4 เดือน อย่างละ 1 เรื่อง 6 เดือน และ 1 ปี อย่างละ 2 เรื่อง 4 - 5 ปี 1 เรื่อง 6 ปี 1 เรื่อง ไม่ระบุเวลา 3 เรื่อง ส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุระยะเวลาในการประเมินความคงทน และ ทฤษฎีที่ใช้

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 30 - 69 ปี โดยจำแนกตามอายุ ดังนี้ 30 - 69 ปี 44 - 69 ปี 35-60 ปี ไม่ระบุอายุ 7 เรื่อง แต่ระบุว่าเป็นวัยกลางคน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4 เรื่อง และเฉพาะเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง และไม่ระบุเพศ 6 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 9 เรื่อง โดยเกณฑ์ที่ใช้คือ ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 1 เรื่อง ค่า BMI จำนวน 3 เรื่อง ระดับน้ำตาล จำนวน 2 เรื่อง การเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจร่างกาย จำนวน 1 เรื่อง ระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 1 เรื่อง ไม่มีอาการ atherosclerosis ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 เรื่อง ระดับ GOTT จำนวน 1 เรื่อง การเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 1 เรื่อง ไม่ระบุเกณฑ์ จำนวน 2 เรื่อง เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป จำนวน 1 เรื่อง แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 1 เรื่อง น้ำหนัก BMI Blood pressure และระดับค่าผลเลือดโดยประเมินจากไขมันในเลือดจำนวน 7 เรื่อง การตรวจร่างกายทั่วไป จำนวน 1 เรื่อง และการประเมิน Leisure time exercise energy expenditure (L.E.E.E) และ Maximum oxygen uptake (VO₂ max) จำนวน 1 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 3.5 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 1 ปี โดยมีการทำกิจกรรมดังนี้ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 มีการตั้งเป้าหมายในการทำกิจกรรม หรือ ที่เรียกว่ากำหนดพฤติกรรมเป้าหมายใน การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย การให้ความรู้ 3 เรื่อง ประกอบด้วย อาหารสุขภาพ วิธีการออกกำลังกายตามแบบแผนการดำเนินชีวิต การลด/เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยเน้นที่ การให้ความรู้ในระดับบุคคล 2 เรื่อง เป็นกลุ่ม 1 เรื่อง สื่อที่ใช้เป็นคู่มือแนะนำ ให้สุขศึกษา โดยเฉลี่ยได้รับความรู้ 1 ครั้ง/เดือน ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ตามแผนที่วางไว้มีการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล นอกเหนือจากการปรับเปลี่ยนในระดับบุคคลแล้ว มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม คือ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ปรุงอาหาร มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผลคือ การติดตามเยี่ยม บ้านโดยพยาบาล เพื่อทบทวนการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย การให้ข้อมูล สะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหาร

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 8 เรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ มีพฤติกรรมการบริโภคดีขึ้น แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคได้มากขึ้น ระดับไขมันในเลือดลดลง มีการออกกำลังกายมากขึ้น น้ำหนักลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง

ส่วนที่ 1.4.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรก

ซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเทศญี่ปุ่น

จำนวนเรื่องทั้งหมด 7 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed 3 เรื่อง และ Scopus 4 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 7 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 1 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 3 เดือน ถึง 1 ปี โดยแยกเป็น 3 เดือน จำนวน 2 เรื่อง 6 เดือน

จำนวน 4 เรื่อง 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง ระยะเวลาในการประเมินความคงทน 6 เดือน ทฤษฎีที่ใช้ประกอบด้วย Stage of change จำนวน 2 เรื่อง Social และ behavior จำนวน 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง (แยกเป็นกลุ่มอายุตามวัย) 20-69 ปี จำนวน 2 เรื่อง 21-69 ปี จำนวน 1 เรื่อง 62 ปี จำนวน 1 เรื่อง 40-85 ปี จำนวน 1 เรื่อง 48 ปี จำนวน 1 เรื่อง 19-69 ปี จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 4 เรื่อง และเฉพาะเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง เฉพาะเพศหญิง จำนวน 1 เรื่อง และไม่ระบุเพศ จำนวน 1 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 เรื่อง ระดับความดันโลหิต จำนวน 4 เรื่อง ประวัติการได้รับคู่มืออาหาร จำนวน 1 เรื่อง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ปัญหาทางกระดูก และการขาดการออกกำลังกาย จำนวน 1 เรื่อง ประวัติการรับยา จำนวน 2 เรื่อง เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย แบบวัดความถี่การรับประทานอาหาร Semi-quantitative food frequency questionnaire จำนวน 1 เรื่อง SF-36 จำนวน 1 เรื่อง จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 1.5 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 2 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ทุกครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 20 นาที ถึง 12 ชั่วโมง กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง อาหาร จำนวน 3 เรื่อง การออกกำลังกาย จำนวน 2 เรื่อง แบบแผนการดำเนินชีวิต จำนวน 3 เรื่อง การวัดระดับความดันโลหิต จำนวน 1 เรื่อง การสูบบุหรี่ จำนวน 1 เรื่อง เป็นการให้ความรู้ในระดับบุคคล 7 เรื่อง เป็นกลุ่ม 3 เรื่อง มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผล 1 เรื่อง

แนวทางการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การบรรยายเรื่องบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 หลังจากครั้งแรก 5-6 เดือน โดยเน้นวิธีการปรับพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่โดยการดูวิดีโอเทป ตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จ โดยการเล่นบทบาทสมมติ เพื่อทดลองให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้เวลา 20-30 นาที จะเน้นการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการทดสอบระดับคาร์บอนมอนอกไซด์และการช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาซึ่งอธิบายระยะของการเปลี่ยนแปลงแต่ละขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ แต่ละคนจะได้รับคำปรึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ หลังจากนั้นเป็นการกระตุ้นเดือนโดยใช้โทรศัพท์หรือจดหมายหลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการติดตามในช่วง 1, 2, 4 และ 6 เดือน โดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 7 เรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ ระดับความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลง ปริมาณไขมัน ระดับน้ำตาลลดลง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตดีขึ้น รับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 1.4.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรก

ซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศญี่ปุ่น

จำนวนเรื่องทั้งหมด 7 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ PubMed จำนวน 5 เรื่อง และ Scopus จำนวน 2 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษากึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 7 เรื่อง ไม่มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผลระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 6 สัปดาห์ ถึง 5 ปี โดยแยกเป็นรายสัปดาห์ ดังนี้ 6 สัปดาห์ 9 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ 6 เดือน 1 ปี 3 ปี 5 ปี ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย Stage of change จำนวน 1 เรื่อง ไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 6 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 30-70 ปี โดยจำแนกตามอายุ ดังนี้ 30-64 ปี 40 ปีขึ้นไป 47-70 ปี 65 ปีขึ้นไป ไม่ระบุอายุ 3 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 5 เรื่อง และเฉพาะเพศชาย จำนวน 1 เรื่อง เฉพาะเพศหญิง จำนวน 1 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 6 เรื่อง โดยเกณฑ์ที่ใช้คือ ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 1 เรื่อง เกณฑ์วัยหมดประจำเดือน จำนวน 1 เรื่อง มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 เรื่อง ค่า BMI จำนวน 1 เรื่อง ประวัติการเจ็บป่วย โดยไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ไม่รับยา จำนวน 1 เรื่อง ประวัติการเจ็บป่วยโรค CHF , Liver , Renal function และการรักษาด้วยยา จำนวน 1 เรื่อง ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาล จำนวน 1 เรื่อง ไม่ระบุเกณฑ์ จำนวน 1 เรื่อง

เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย จำนวน 4 เรื่อง โดยเป็นแบบสอบถามการออกกำลังกาย จำนวน 2 เรื่อง ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 เรื่อง แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 1 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 2.5 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 4 ครั้ง ระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน โดยมีการทำกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทานร่วมกับการออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่ กำหนดค่าเฉลี่ยการใช้แคลอรีที่ร่างกายควรได้รับจำนวน 1,200 กิโล แคลอรีต่อวัน เพศหญิง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1,000- 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน เพศชายมีค่าเฉลี่ยประมาณ 1,680 กิโลแคลอรี (ช่วงระหว่าง 1500-1700 กิโลแคลอรีต่อวัน) ซึ่งกิจกรรมที่จัด คือ จำกัดอาหารที่ได้รับโดยมีการให้คำแนะนำและจัดบันทึกอาหารที่ได้รับตลอด สัปดาห์ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานทุก 2 เดือน การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม 1 ครั้งต่อโครงการ Point of purchase advertising menus ติดที่โต๊ะอาหารในห้องอาหาร ปรับการเสิร์ฟซอส ใช้สติกค์ที่มีแคลอรีต่ำ จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ เผยแพร่พลังงานอาหารที่ได้รับ

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การ warm up ก่อนเริ่ม 15 นาที โดยการเหยียดกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นเป็นการออกกำลังกายประมาณ 20-45 นาที โดยการเดิน ขี่จักรยาน วิ่งจ็อกกิ้ง และอื่นๆ แล้วจึงสิ้นสุดที่การ COOL down 15 นาที โดยการออกกำลังกายแบบ isotonic เช่น sit upหรือเล่น squatt โดยการยกน้ำหนัก

ดังนั้นจึงเป็นการออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 20-60 นาทีต่อครั้ง มีสมมุติฐานที่ตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายรายวัน สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายโดยการแจกเครื่องนับก้าวเดิน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย คือ การจัดการแข่งขันกีฬา จัดทำแผนที่การเดินทางหรือทำทางเดินเพื่อกระตุ้นให้คนออกกำลังกาย

การลด/เลิกการสูบบุหรี่ โดยการให้คำแนะนำรายบุคคล การใช้สารทดแทนนิโคติน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ เช่น การจัดสถานที่ปลอดบุหรี่

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 7 เรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ สามารถลดน้ำหนักได้ ลดระดับความดันโลหิตได้ ลดระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 1.5 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในฐานข้อมูลในประเทศและฐานข้อมูลสากลประเทศไทย

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2540-2550 ดังตาราง

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
CVD	98.6	85.6	68.7	52.3	56.2	52.6	63.7	63.3	59.12	54.5	55.2
HT	3.4	3.3	4.9	5.5	6.3	5.1	5.4	4.0	3.94	3.8	3.6
IHD	3.2	3.6	7.9	10.1	12.4	14.4	19.1	17.7	18.69	19.4	20.8
STROKE	10.1	7	10.8	13.4	18.2	21.5	29.1	30.8	25.27	20.6	20.6
DM	7.5	7.9	11.4	12.2	13.2	11.8	10.6	12.3	11.85	12.0	12.2

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : CVD-โรคหัวใจและหลอดเลือด HT-โรคความดันโลหิตสูง IHD-โรคหัวใจขาดเลือด Stroke-โรคหลอดเลือดสมอง DM-โรคเบาหวาน

อัตราการตายรายอายุ (age-specific death rate) ต่อประชากรแสนคนของโรคหัวใจหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำแนกตามเพศของประชากรไทย พ.ศ. 2548 พบว่าอัตราการตายรายอายุของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ช่วงอายุที่

45-49 ปี และสูงขึ้นเรื่อยๆจนถึงอายุ 75-79 ปี ยกเว้นโรคเบาหวานอัตราการตายสูงสุดอยู่ที่อายุ 65-69 ปี หลังจากนั้นแล้วจะลดลงเรื่อยๆ โดยเพศชายอัตราการตายลดลงเร็วกว่าเพศหญิง

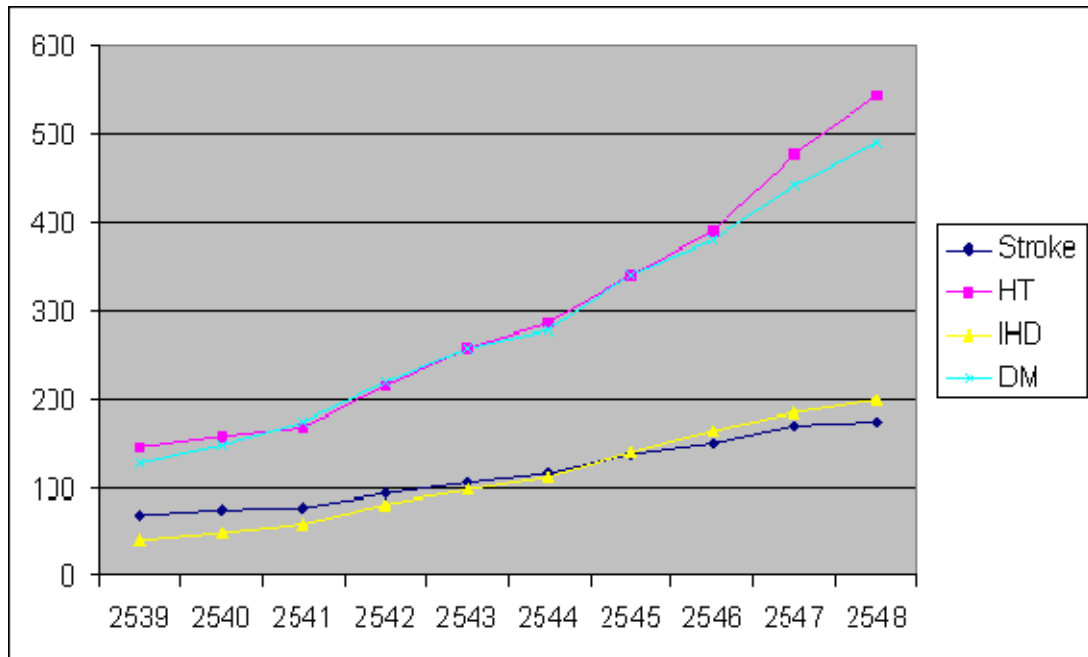
จำนวน และอัตราผู้ป่วย

จำนวน และอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2539-2548 จากตารางพบว่าอัตราการเกิดโรคของแต่ละปีสูงเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

พ.ศ.	หลอดเลือดสมอง		ความดันโลหิตสูง		หัวใจขาดเลือด		เบาหวาน	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2539	37692	69.53	79873	147.34	22080	40.73	69114	127.49
2540	41141	75.0	86700	158.0	26886	49.0	81601	148.7
2541	43446	78.2	94160	169.6	33269	59.9	97564	175.7
2542	51485	92.7	120280	216.6	45488	81.9	121547	218.9
2543	58366	105.81	142873	259.02	54071	98.03	142088	257.59
2544	62757	115.33	156442	287.50	60470	111.13	151115	277.71
2545	75931	138.34	187162	340.99	77323	140.88	187141	340.95
2546	84807	151.5	218218	389.83	92733	165.65	213136	380.75
2547	94567	169.94	265636	477.35	103352	185.72	247165	444.16
2548	98895	174.88	307671	544.08	112352	198.68	277391	490.53

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แสดงอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2539-2548



ทั้งนี้ เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และเบาหวานดังกล่าวเปรียบเทียบกับ ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-3 จะพบว่า ข้อมูล มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการป่วยและตายด้วยโรคกลุ่มนี้ อันได้แก่ ภาวะความดันโลหิต ไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะอ้วน มีความชุกเพิ่มสูงขึ้น

ค่าเฉลี่ยของปัจจัยเสี่ยง

ค่าเฉลี่ยและความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย (1,2,3,4,5)

ปัจจัยเสี่ยง	NHES ครั้งที่ 1	NHES ครั้งที่ 2	NHES ครั้งที่ 3 *
ความดันโลหิต¹			
- ค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure (mmHg)	119	125	-
- ค่าเฉลี่ย Diastolic blood pressure (mmHg)	77	75	-
- ความชุกภาวะความดันโลหิตสูง (%)	27	28	16.3
ไขมันในเลือด²			
- ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด (mg/dl)	189	198	198.5
- ความชุกภาวะไขมันในเลือดสูง (%)	14	19	20.5
ระดับน้ำตาลในเลือด³			
- ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	87	92	-
- ความชุกภาวะเบาหวาน (%)	3.1	8.1	4.3
ดัชนีมวลกาย⁴			
- ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	22.8	23.8	-
- ความชุกภาวะน้ำหนักเกิน (%)	20	25	26.1
- ความชุกภาวะอ้วน (%)	5	8	7.6
การสูบบุหรี่⁵			
- ความชุกการสูบบุหรี่ (%)	37	29	22.9

1 = ประชากรอายุ > 35 ปี และมีความดันโลหิตสูง > 140/90 mmHg หรือมีประวัติความดันโลหิตสูง

2 = ประชากรอายุ 35-59 ปี และมีภาวะไขมันในเลือดสูง > 240 mg/dl หรือมีประวัติรับประทานยาลดไขมัน

3 = ประชากรอายุ 35-59 ปี และมีระดับน้ำตาลในเลือด > 126 mg/dl หรือมีประวัติเป็นเบาหวาน

4 = ประชากรอายุ 35-59 ปี และมีน้ำหนักเกิน คือ BMI > 25-29.99 kg/m² หรืออ้วน คือ BMI > 30 kg/m²

5 = ประชากรอายุ 35-59 ปี ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ * = ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

อันดับโรคและภาวะโรค

อันดับโรคและภาวะโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2542 แบ่งตามเพศชาย และเพศหญิง พบว่า ในบรรดาโรคไม่ติดต่อ ในเพศหญิงมีแนวโน้มในการเป็นโรคไม่ติดต่อกว่าเพศชาย

ชาย			หญิง		
อันดับ	โรค	DALYs (x 100,000)	อันดับ	โรค	DALYs (x 100,000)
1	HIV/AIDS	9.6	1	HIV/AIDS	3.7
2	Traffic injury	5.1	2	Stroke	2.8
3	Stroke	2.7	3	Diabetes	2.7
4	Liver cancer	2.5	4	Depression	1.5
5	Diabetes	1.7	5	Liver cancer	1.2
6	IHD	1.6	6	Osteoarthritis	1.1
7	COPD (emphysema)	1.6	7	Traffic injury	1.1
8	Homicide/Violence	1.6	8	Anemia	1.1
9	Suicides	1.5	9	IHD	1.1
10	Drug dependency	1.4	10	Cataracts	1.0

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย (2546) ศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยง ต่อปัญหาภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่า คนไทยมีความสูญเสีย ปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสิ้น 4.3 ล้านปีต่อประชากร 100,000 คน ดังรายละเอียดในตาราง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาระการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอในเลือดสูง และการไม่ออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิงมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) หมายถึง สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ชีววิทยา ตลอดจนพฤติกรรม หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสาเหตุ หรือเป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากโรคบางชนิด การเสื่อม สุขภาพหรือการได้รับบาดเจ็บมากขึ้น และเมื่อค้นพบปัจจัยเสี่ยงได้แล้ว ย่อมจะนำไปเป็นหลักฐานในการกำหนด กลวิธีและกิจกรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไปได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มี ดังต่อไปนี้ (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545) ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน

และอ้วน ขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมาก สม่่าเสมอ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และภาวะเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเครียด เรื้อรัง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ใหญ่วัยทำงาน และสูงอายุ (ที่ระดับ ความดันเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิกและมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตร ปรอทไดแอสโตลิก) เท่ากับ 6,447,601 คน โดยสองในสามอยู่ในวัยทำงาน (4,587,442 คน) หนึ่งในสามอยู่ใน วัยสูงอายุ (1,719,639 คน) ส่วนน้อยอยู่ในเด็ก (140,220 คน) ส่วนในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.3 หรือ คิดเป็นจำนวน 7.95 ล้านคน

นอกจากนี้ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2538-2547 พบว่า อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงที่สุด ในปี 2544 เท่ากับ 6.3 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2545 เท่ากับ 5.1 แต่กลับสูงขึ้นอีกในปี 2546 เท่ากับ 5.4 และลดลงเหลือ 3.9 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547 จากสถิติสาธารณสุขดังกล่าว แม้จะพบว่าสถานการณ์การตายจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยตรงจะไม่สูงมากนัก แต่ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหลักของการตาย และการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไต

จากรายงาน การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ ด้านสถานะสุขภาพและโรคเรื้อรังสำคัญ พบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบอกจาก แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ว่ามี ความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 7.92 เป็น 8.31 มีการประมาณการว่า ประชากรที่ได้รับการบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นราว 108,622 คน จากปีพ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2548 สอดคล้องกับการประมาณการประชากร ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ในรอบปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้น 970,972 คน พบความชุกของการได้รับการบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุสูงขึ้นมีความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ด้านการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่าการได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรอบปีที่ผ่านมาในประชากรเป้าหมาย อายุ 40 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยจากความชุก 77.33 ในปีพ.ศ. 2547 เป็น 77.29 ในปี พ.ศ.2548 ช่วงอายุที่สูงขึ้น ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตมากกว่าช่วงอายุน้อย และเพศหญิง ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตมากกว่าเพศชายคล้ายคลึงกันทั้งสองปี

สถานการณ์โรคเบาหวาน

ภาวะเบาหวาน เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ในระยะยาว หรือ

ผลิตได้ไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มี 2 ชนิด คือ ชนิดที่พึ่งอินซูลิน (Insulin - dependent diabetes: IDDM) และชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Non insulin - dependent diabetes : NIDDM)

โรคเบาหวานมีเหตุผลความจำเป็นต้องจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข สำคัญด้วย เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางพยาธิสภาพ ของการเกิดโรคเกี่ยวข้องโดยตรง ต่อหลอดเลือดต่างๆ ทั้ง หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง จากสถิติสาธารณสุข พบว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่อง มาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 7.5 เท่า จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 250.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 (แผนภาพ 8) แสดงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของครอบครัว ชุมชน และยังคงแสดงถึงคุณภาพการ บริการผู้ป่วยที่ภาครัฐ จะต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนาคุณภาพอย่างเร่งด่วน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควร

นอกจากนี้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนถึง 2 ล้านคน หรือมีอัตราความชุกของภาวะเบาหวานในประชากร โดยเฉพาะกลุ่มวัยแรงงานถึง ร้อยละ 4.4 และเพิ่มขึ้นตามจำนวนอายุที่มากขึ้น ความชุกสูงสุดที่กรุงเทพมหานครเป็นร้อยละ 6.1 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 5.3 และต่ำสุดที่ภาคใต้ ร้อยละ 2.1 (เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือด 126 มิลลิโมลต่อลิตรขึ้นไป) และในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเบาหวานนี้ มีเพียงครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน และน้อยกว่าครึ่ง ที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ส่วนในการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะเบาหวานร้อยละ 4.3 หรือคิดเป็นจำนวน 2.1 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นเกินกว่า 1.5 เท่า นับจากปี 2540

จากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ในโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547 พบว่า ประชากรอายุ 40-59 ปี มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยไปปรับการตรวจวัดน้ำตาลในเลือดเพื่อหาเบาหวาน ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 42.03

ด้านสถานะสุขภาพและโรคเรื้อรังสำคัญ พบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบอกจากแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ว่าเป็นโรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มขึ้น จาก 3.19 เป็น 3.69 มีการประมาณการประชากรได้รับการบอกว่าเป็น โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นราว 153,243 คน จากปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2548 สอดคล้องกับการประมาณการประชากร ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อหาโรคเบาหวานในรอบปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้น 1,071,472 คน พบความชุกการได้รับการบอกว่าเป็นโรคเบาหวานในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุสูงขึ้นมีความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับ เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูง

การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค พบว่า การได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลเพื่อหาโรคเบาหวาน ในรอบปีที่ผ่านมา ในประชากรเป้าหมายอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 47.29 เพิ่มขึ้นเป็น 49.63 ช่วงอายุที่สูงขึ้น ได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาล เพื่อหาโรคเบาหวานมากกว่าช่วงอายุน้อย และเพศหญิง ได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาล เพื่อหาโรคเบาหวานมากกว่าเพศชายคล้ายคลึงกันทั้งสองปี

สถานการณ์การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สมดุล ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับการหลั่งไหลของกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ โดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคืออาหารที่ประกอบด้วย ไขมันและน้ำตาลสูง มีใยอาหารน้อย ประกอบกับการไม่ออกกำลังกาย และสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง

โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคเหล่านี้ทำให้เกิดการเสียชีวิต ก่อนวัยที่สมควร และเป็นภาระให้กับสังคมในการดูแลรักษา (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539, น.78-79) จากการสำรวจของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ ปี พ.ศ. 2539 พบว่าเยาวชนแม่บ้าน และคนงานในโรงงาน มีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยขาดการคำนึงถึงประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะ การบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก

จากภาพรวมทั้งหมดสรุปได้ว่าแนวโน้มคนไทยเป็นโรคที่ป้องกันได้มากขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้จากการมีพฤติกรรมที่ไม่เห็นคุณค่าของสุขภาพ จึงทำให้มีแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพในคนไทย นอกจากนั้นแล้วในกลุ่มคนที่เป็โรค ประเทศไทยพยายามหาแนวทางในการดูแลให้ผู้ที่เป็โรคสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถเห็นผลได้ในเวลาที่รวดเร็วก็ตาม

ส่วนที่1.5.1 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประเทศไทย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 11 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ สภาวิจัยแห่งชาติ 8 เรื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล 1 เรื่อง และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลอง จำนวน - เรื่อง กึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 5 เรื่อง วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) จำนวน 1 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 5 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 8 สัปดาห์ ถึง 12 สัปดาห์ โดยแยกเป็น 8 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง 12 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง ไม่ระบุ จำนวน 8 เรื่อง ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย

1. self-efficacy theory จำนวน 1 เรื่อง
2. แนวคิดของเพนเตอร์ จำนวน 1 เรื่อง จำนวน 1 เรื่อง
3. แบบแผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker (1995) การวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของ Brook et al (1979) จำนวน 1 เรื่อง
4. ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำนวน 1 เรื่อง
5. บริบทชุมชน วิธีการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวาน และกระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้และสะท้อนคิด จำนวน 1 เรื่อง
6. แนวคิดโดยญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จำนวน 1 เรื่อง
7. ไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 4 เรื่อง

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องฉีดอินซูลิน ที่มารับการรักษา ณ ผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 1 เรื่อง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานจำนวน 3 เรื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 1 เรื่อง

เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง การสังเกตขณะสัมภาษณ์ ถ้ารูป จดบันทึกภาคสนาม สรุปผลการสัมมนากลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง ผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าทั้งก่อน-หลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย 14 ครั้ง ต่ำสุด 4 ครั้ง สูงสุด 30 ครั้ง ทำกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้ความรู้ 4 เรื่อง ความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอ้างอิง กิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมออกกำลังกาย การดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการให้ความรู้ในระดับบุคคล 1 เรื่อง เป็นกลุ่ม 3 เรื่อง

การจัดกิจกรรม แบ่งวิธีการดำเนินการเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้กิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็น 2 สัปดาห์ เวลาที่ดำเนินการทดลองรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อน-หลังการทดลองใช้โปรแกรม

ชนิดที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การให้บริการระบบเดิม วางแผน โดยมีความเชื่อว่ากระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะช่วยสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรค จึงวางแผนใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โดยร่วมมือกับผู้ป่วยในการที่จะหาวิธีจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของเขา เป็นการแก้ปัญหาที่พบจากการให้บริการระบบเดิม

ขั้นเตรียมการ พัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติ 4 ครั้ง โดยเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ จำนวน 10 ราย ทำกลุ่มในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในชุมชน 4 ครั้ง แลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์แก้ไขปัญหา ประเมินผลว่าระบบการให้บริการแบบใหม่นี้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยมีความเห็นต่อระบบใหม่อย่างไร โดยประเมินจากผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปฏิบัติตนเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการระบบใหม่

ขั้นปฏิบัติการ สุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม 3 กิจกรรม - กิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมออกกำลังกาย การดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อการติดตาม สังเกตการณ์ดูแลผู้ป่วยของญาติ มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผล ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน

การประเมินผล สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต

ส่วนที่ 1.5.2 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประเทศไทย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 7 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ สภาวิจัยแห่งชาติ 2 เรื่อง และมหาวิทยาลัยมหิดล 5 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาทั้งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 4 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 4 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 8 ถึง 16 สัปดาห์ โดยแยกเป็น (จำนวน

สัปดาห์) 8 สัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง 12 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง 16 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง ทฤษฎีที่ใช้ ประกอบด้วย

1. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. Dodd 's symptom management model
3. The concept of mind-body medicine and An evidence-based practice model (Soukup, 2000)
4. Orem's educative supportive nursing system

ไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 3 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ ความดันโลหิตความดัน systolic blood pressure สูงกว่า 140 mmHg หรือความดัน diastolic blood pressure สูงกว่า 90 mmHg ระดับความเครียดปานกลางหรือสูง

เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วยฟอร์มบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการได้รับการดูแลจากครอบครัว การประเมินค่าความเครียด แบบวัดสถานะสุขภาพ (Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, ไขมันเอชเอ, and Total Cholesterol Level).

จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยเฉลี่ย ต่ำสุด 12 ครั้ง ทำกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์ กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด โปรแกรมฝึกอบรมร่างกาย-จิตใจ การดูแลเท้า การนวดเท้า ขั้นตอนที่ 3 การฝึกปฏิบัติจริง ส่วนการคัดกรองมีขั้นตอนที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วย โดยเน้นที่การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ลดอาหารประเภทแกงกระหะก ของทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด รณรงค์อาหารประเภทยา แกงจืด หรือต้มน้ำใส (ไม่ใส่กะทิ) เช่น ยำมะม่วง ปลาต้มสมุนไพร แกงจืดวุ้นเส้น ฯลฯ จัดกิจกรรมคลายความเครียดด้วยการปลูกผัก เลี้ยงเป็ด ทำขนม กิจกรรมเสริมสร้างคุณธรรม และจริยธรรมโดยใช้สื่อเพื่อช่วยบรรยายธรรมผ่านเครื่องขยายเสียง จัดการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

การประเมินผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 7 เรื่อง สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม คือ การรับรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1.5.3 สรุปสิ่งที่ได้จากการสืบค้นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศไทย

จำนวนเรื่องทั้งหมด 10 เรื่อง จากแหล่งข้อมูล คือ สภาวิจัยแห่งชาติ 2 เรื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล 6 เรื่อง และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2 เรื่อง วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลองจำนวน - เรื่อง กึ่งทดลอง (เปรียบเทียบก่อนและหลัง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 3 เรื่อง มีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล จำนวน 3 เรื่อง ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 12 สัปดาห์ ถึง 30 เดือน จำนวน 2 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย คุณลักษณะประชากร (เพศ การเกิด บุคลิกภาพ ความสำเร็จในการเรียน) คุณลักษณะครอบครัว (ขนาด รายได้ ระดับการศึกษาของมารดา และโครงสร้างครอบครัว) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต - เวลาที่ใช้ในการดูทีวี วิถีชีวิตของครอบครัว ความกดดันจากเพื่อน การสนับสนุนจากสังคม ปัจจัยด้านจิตสังคม (การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากเกิดโรคหัวใจ การรับรู้อุปสรรคการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ความสามารถในการตนเอง ทักษะที่มีต่อวิถีชีวิตที่มีความเสี่ยงสูง และค่านิยมเกี่ยวกับโภชนาการและสุขภาพ)

ทฤษฎีที่ใช้มีการผสมผสานแนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมกำกับตนเอง และการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ดูแล และครอบครัว และไม่ระบุทฤษฎี จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง (แยกเป็นกลุ่มอายุตามวัย) ผู้สูงอายุ จำนวน 2 เรื่อง เด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1 เรื่อง มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วย Stroke หรือ ผู้ป่วย transient ischemic attack and minor stroke

เครื่องมือ (แบบสอบถาม) ที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถาม Barthel Index (BI) วัด heart rate, blood pressure, total cholesterol and HDL cholesterol และfibrinogen สัปดาห์ที่ 6 และ 12 มีการจัดกิจกรรมในระยะติดตามผล 3 เรื่อง กิจกรรมที่ทำระหว่างการติดตามผล ประกอบด้วย สอบถามความพึงพอใจในการออกกำลังกาย กระบวนการทดสอบการนำชุดการสอนไปใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรค Stroke

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ที่มีประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคมระดับสูง ขณะที่รับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ การรับรู้ที่มีประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 58.1 ($p < .001$)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1ปรับตัวไม่ได้/คิดไม่ออก ขั้นตอนที่ 2 ช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ขั้นตอนที่ 3 การค้นหา/เปลี่ยนแปลงเทคนิคการดูแล ขั้นตอนที่ 4 ปรับเข้าสู่วิถีชีวิตปกติ

ตัวแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่บ้านประกอบด้วย 1) เตรียมตัวผู้ดูแล 2) พัฒนาการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง 3) พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยการพึ่งตนเอง และปรับตัวเองให้เข้ากับบทบาท 4) รักษาคุณภาพการดูแล และปรับแต่งวิถีชีวิตของตนเอง

ส่วนที่ 2

สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกัน
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกรายโรค

สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกรายโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมของประเทศออสเตรเลีย ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทย ถึงแม้ยังมีรายละเอียดของกิจกรรมที่แตกต่างกัน เช่น ระยะเวลาและขนาดความเข้มข้นของกิจกรรม แต่โดยภาพรวมแล้วกิจกรรมที่ควรให้สำหรับการป้องกันหรือควบคุมโรคมียังคงต่อไปนี้

ส่วนที่ 2.1 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	เนื้อหา
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานเดือนละ 1 ครั้ง	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
เจ้าหน้าที่หรือกลุ่มอาสาสมัคร	การอบรมทักษะที่จำเป็นในการประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน	-วิธีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงเบาหวาน -การแปลผล HbA1c, blood lipids and glucose

ส่วนที่ 2.2 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

รูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล

ระยะเวลา มีความหลากหลายตั้งแต่ 3 สัปดาห์ จนถึง 1 ปี แต่ควรมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระยะ 3, 6, 12 เดือน และระยะติดตามผลหลังจากนั้น 1 ปี

แนวคิดในการจัดกิจกรรม

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และการลด/เลิกสูบบุหรี่ (ในกรณีในกลุ่มเป้าหมายสูบบุหรี่)

ในกรณีที่พฤติกรรมเป้าหมายเป็นการลด/เลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือ อาสาสมัคร
 ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน type 2 หรือ มี Plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือ น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m²) หรือ รอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ (ชาย > 90 เซนติเมตร หญิง > 80 เซนติเมตร)

การประเมินความสำเร็จกิจกรรม

แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C OGTT น้ำหนัก รอบเอว โคลเลสเตอรอล LDL Triglyceride ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง)

โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด

ชนิดที่ 2 การประเมินผลจากความเจ็บป่วย เช่น สุขภาพจิต โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต HADS

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

อย่างน้อย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ต่อเนื่อง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 40 นาที ถึง 1 ½ ชั่วโมง และมีกิจกรรมในระยะติดตามผลหลังจากจัดกิจกรรมอย่างน้อย 2-3 เดือน/ครั้ง

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร เน้นที่ผัก > 5 serving/วัน ผลไม้ 2 serving/วัน อาหารที่มีกากใย 30 กรัม พลังงานที่ได้จากไขมัน < 30% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และพลังงานที่ได้จากไขมันอิ่มตัว < 10% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา \geq 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) ประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สร้างแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน

อาหารและการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

อุปสรรคต่อการบริโภคอาหาร ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก วางแผนการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเอง

สื่อที่ใช้ควรเป็นคู่มือ มีรูปภาพประกอบให้เห็นชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของอาหาร

ครั้งที่ 3 (กลุ่ม) การเลือกทำ/ซื้ออาหารสุภาพที่เหมาะสม การรู้จักอารมณ์ และความเครียดกับการกิน การรู้จักสถานการณ์เสี่ยงและการจัดการกับการรับประทานอาหารมากเกินไปความต้องการการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย เช่น การพัฒนาทักษะในการปรุงอาหารของผู้ประกอบการ การขายอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ

ครั้งที่ 4 (กลุ่ม) การให้ความรู้วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง และ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบ่อยครั้งกว่านั้น ในแต่ละครั้งให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม 65%-70%

ครั้งที่ 5 (กลุ่ม) ฝึกความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 6 (กลุ่ม) ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด สะท้อนการปฏิบัติ ประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะติดตามผล

โทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้กำลังใจ ให้อุบัติ หรือเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้แรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินค่าเฉลี่ยของการมีกิจกรรมทางกายและการได้รับสารอาหาร ประเมินการเปลี่ยนแปลงในเดือนที่ 0, 3, 6, 12 ทุกครั้งที่เยี่ยมกลุ่มเป้าหมายต้องจดบันทึกอาหารล่วงหน้าเป็นระยะเวลา 3 วัน และมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนาปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เฉพาะในการเยี่ยมเดือนที่ 6 และ 12 มีการประเมินน้ำหนัก รอบเอว และความดันโลหิต

การประเมินผล

การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C OGTT น้ำหนัก รอบเอว โคเลสเตอรอล (LDL Triglyceride) ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง)

ส่วนที่ 2.3 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	เนื้อหา
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	เน้นที่การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ลดอาหารประเภทแกงกระเทียม ของทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด รณรงค์อาหารประเภทยา แกงจืด หรือ ต้มน้ำใส (ไม่ใส่กะทิ) เช่น ยำมะม่วง ปลาต้มสมุนไพร แกงจืดวุ้นเส้น ฯลฯ

ส่วนที่ 2.4 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบ	เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล
ระยะเวลา	มีความหลากหลายตั้งแต่ 6 สัปดาห์ จนถึง 1 ปี มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระยะ 4 เดือน และระยะติดตามผลหลังจากนั้น 2 ปี
แนวคิดในการจัดกิจกรรม	<p>เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลด/เลิกสูบบุหรี่</p> <p>ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Health Protection Motivation Theory)</p> <p>ในกรณีที่พฤติกรรมเป้าหมายเป็นการลด/เลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model)</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>วัยกลางคนและผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)</p> <p>ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม</p>

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ความดันโลหิตสูง (SBP>160 mmHg; DBP > 90 mmHg)

น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m²)

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับเกณฑ์อื่นๆ ได้แก่ ประวัติการรักษาด้วยยา ประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เกณฑ์พิจารณาขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการว่าลดปัจจัยเสี่ยง หรือจะควบคุมระดับความดันโลหิตโดยลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี

การประเมินความสำเร็จกิจกรรม

แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว โคเลสเตอรอล

โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับไขมันในเลือด

ชนิดที่ 2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา

ชนิดที่ 3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 4 สัปดาห์จนถึง 2 ปี ซึ่งในการจัดกิจกรรมมีทั้งศึกษาและมีการติดตามผลเพื่อดูความคงทนของกิจกรรมตั้งแต่ระยะเวลา 4 เดือน 6 เดือน 1 ปี จนถึง 2 ปี

โปรแกรมระยะสั้น โดยเฉลี่ย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์

โปรแกรมระยะยาว โดยเฉลี่ย 15-16 ครั้ง และจัด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน)

ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน)

ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน)

เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์

ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน)

การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์
 คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน
 งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติดหวาน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

ครั้งที่ 2 นักกายภาพให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อหัวใจและหลอดเลือด แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับหัวใจและหลอดเลือด การว่ายน้ำ การฝึกแอโรบิก การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายโดยวิธีแบบแอโรบิกที่มีระดับความหนักปานกลาง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปไม่น้อยกว่า 30 นาที ทั้งนี้มีการปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เช่น ในโรงงานใช้การวิ่ง การเดิน หรือในชุมชนจะจัดโครงการให้มีการออกกำลังกายที่ศูนย์ ฟิตเนส

ครั้งที่ 3 จัด group counseling นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยเน้นการลดเกลือและไขมันเพิ่มไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก เน้นอาหารที่เป็น monosaturated fatty acid

ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือต่ำ วิถีการทำอาหารสุขภาพและทางเลือกอื่นๆในการเตรียมอาหารมีทั้งจัดเป็นเมนู จัดเป็นคู่มือ และจัดรายการอาหาร

ครั้งที่ 5 นักจิตวิทยาสอนเทคนิคการคลายเครียด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดผ่อนคลาย

ครั้งที่ 6 สรุปการจัดกิจกรรมโดยแพทย์ นักกายภาพ นักโภชนาการ และกลุ่มประชุมร่วมกัน

ระยะติดตามผล

ระยะสนับสนุนครั้งที่ 1

เป้าหมายส่งเสริมผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บรรลุเป้าประสงค์วิถีชีวิตสุขภาพที่ดีมีการเปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนในกลุ่ม นิทรรศการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด การลดน้ำหนัก นอกจากนี้มีการสนับสนุนโดยใช้กลุ่มญาติ เพื่อน ในการร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมต่อเนื่อง

ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2

จัด 2 วันระหว่างสัปดาห์ กิจกรรมคล้ายระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 แบ่งกลุ่มละ 2-4 คน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิต นำมาวางแผนทางการดำเนินชีวิตและอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเป็นการสะท้อนการปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในระหว่างทำกิจกรรมผู้เข้าร่วมควรได้รับการกระตุ้นโดยใช้สื่อไปรษณีย์ เช่นจดหมาย เกี่ยวกับประเด็นหัวข้อที่อภิปราย และเป้าหมายของแต่ละบุคคลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม

การจัดกิจกรรมเน้นบทบาทการให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน เรื่อง การให้คำปรึกษาการจัดอาหาร การจัดอบรมการออกกำลังกาย การให้บริการคลายเครียด การติดตามเยี่ยมบ้านและใช้ติดตามทางไปรษณีย์ เพื่อสร้างเสริมทักษะการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีนี้ในระยะติดตามประเมินผลในระยะสิ้นสุดโครงการ และความคงทนต่อเนื่องของกิจกรรม

ข้อสังเกตที่สำคัญ

การจัดกิจกรรมโดยบุคลากรสาธารณสุข จะใช้เป็นแผนปฏิบัติรายบุคคลอย่างละเอียด และใช้การวางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลร่วมด้วย โดยเฉพาะในส่วนของ การให้คำแนะนำสะท้อนกลับในระยะติดตามผล

ในระดับองค์กร หรือสถานประกอบการ ใช้การส่งเสริมสนับสนุนทั้งจัดสถานที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมในโรงอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย จัดสิ่งแวดล้อมในโรงงาน เช่น ทางเดิน การจัดสถานที่ติดโปสเตอร์กระตุ้นความรู้ ความสนใจ และการจัดเมนูอาหารสุขภาพที่โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นต้น

การประเมินผล

มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม โดยมีระดับค่า BMI ลดลง ค่าระดับความดันโลหิตลดลง มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีความรู้และความสามารถในการเรื่องที่ได้รับคำแนะนำและสอนภายหลังสิ้นสุดโครงการเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามในระยะความคงทนของกิจกรรม

ส่วนที่ 2.5 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	เนื้อหา
วัยกลางคน	การเจาะไขมันในเลือด	
	การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร	เน้นลดปริมาณไขมันในอาหาร
	การส่งต่อในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูง	

ส่วนที่ 2.6 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด

รูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล

ระยะเวลา มีความหลากหลายตั้งแต่ 7 สัปดาห์ จนถึง 1-3 ปี ส่วนใหญ่ดำเนินการประมาณ 1 ปี มีการประเมินความคงทนของพฤติกรรม อย่างน้อย 2 สัปดาห์

แนวคิดในการจัดกิจกรรม

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ chronic care model

กลุ่มเป้าหมาย

วัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ (ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา

ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เป็นผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยา

โรคเบาหวาน มี Albumin/creatinine ratio \geq 3.4 g/mol

BMI สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ประวัติการสูบบุหรี่

การประเมินความสำเร็จกิจกรรม

แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชนิดที่ 2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก เช่น การลดปริมาณที่รับประทาน การรับประทานอาหาร (แบบบันทึกการรับประทานอาหาร) การออกกำลังกาย (แบบบันทึกการออกกำลังกาย) และการลดน้ำหนัก

ชนิดที่ 3 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต BMI รอบเอว โคเลสเตอรอล โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับไขมัน และคุณภาพชีวิต

ชนิดที่ 4 การประเมินความเจ็บป่วย เช่น ด้านจิตใจ โดยใช้ แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination) ด้านการทำงานของร่างกายใช้ แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index) และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index)

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 12 สัปดาห์จนถึง 6 เดือน กระตุ้นเตือนประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก
อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน)

ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน)

ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน)

เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์

ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน)

การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์

คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน

งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม (กลุ่มผู้ป่วย)

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดัน

โลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
 ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการ
 รับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติ
 หวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย เป็นการให้ความรู้
 เป็นกลุ่ม มีการแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเอง มีการนำญาติหรือ
 เพื่อนที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหาร
 ครั้งที่ 3 ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย 1-2
 ชั่วโมงเน้นที่การออกกำลังกายระดับปานกลาง และเป็นการออกกำลังกายสะสม
 ใน 1 สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ระยะเวลา และความถี่ที่
 เหมาะสม
 ครั้งที่ 4 ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการเลิกบุหรี่ แต่มีการให้
 ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหารในระดับบุคคล ให้ความรู้เรื่อง
 แหล่งข้อมูลในชุมชน
 ครั้งที่ 5 สรุปการจัดกิจกรรมโดยแพทย์ นักกายภาพ นักโภชนาการ และกลุ่ม
 ประชุมร่วมกัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม (กลุ่มผู้ดูแล)

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดัน
 โลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
 ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและ
 หลอดเลือด โดยต้องลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการ
 รับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติ
 หวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย
 ครั้งที่ 3 ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย
 ครั้งที่ 4 อบรมเทคนิคให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย และการเลิก
 บุหรี่
 ครั้งที่ 5 สร้างกลุ่มสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะติดตามผล

เป็นการให้ความรู้ระดับบุคคล ให้คำแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม
 การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรคและประเมินการปฏิบัติตาม
 คำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทาน
 อาหาร การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ วัดความดันโลหิต ซ้ำ
 นำหนัก ระยะเดือนแรกควรได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1

ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อสังเกตที่สำคัญ

ในระดับองค์กร หรือสถานประกอบการ ใช้การส่งเสริมสนับสนุนทั้งจัดสถานที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม Point of purchase advertising menus ติดที่โต๊ะอาหารในห้องอาหาร ปรับการเสิร์ฟซอสที่มีโซเดียมต่ำ ใช้สลัดผักที่มีแคลอรีต่ำ จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ เผยแพร่พลังงานอาหารที่ได้รับที่โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นต้น

การประเมินผล

ทำการประเมินหลังจากให้กิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเดือนแรก ต่อมาทุก 2 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งทุกเดือน โดยประเมินด้าน

- ผลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory measurement) เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ระดับไขมันในเลือด
- การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive-behavioral measurement) เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกายและในการรับการรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คุณภาพชีวิต
- การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical measurement) เช่น น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย
- (BMI) รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและโปก ค่าความดันโลหิต

กิจกรรมสำหรับป้องกันหรือควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง จัดการเรียนการสอนประมาณ 12 ครั้ง	สำหรับผู้ดูแล/อสม จัดการเรียนการสอนประมาณ 12 ครั้ง	การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล	สิ่งแวดล้อม
<ul style="list-style-type: none"> • อบรมเรื่องโรค 50 นาที • อบรมเรื่องโภชนาการ 1-2 ชั่วโมง • อบรมเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย 1-2 ชั่วโมง • ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการเลิกบุหรี่ • ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (ขึ้นกับความเหมาะสม) • ให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลในชุมชน • Self-management workshops 	<ul style="list-style-type: none"> • อบรมเรื่องโรค 50 นาที • อบรมเรื่องโภชนาการ 2 ชั่วโมง • อบรมเรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย 2 ชั่วโมง • อบรมเทคนิคให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการเลิกบุหรี่ • สร้างกลุ่มสนับสนุนแก่ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงโรค 	<ul style="list-style-type: none"> • กิจกรรมการคัดกรอง • นัดมาตรวจ • โทรศัพท์ • จดหมายหรือโปสการ์ด • เยี่ยมบ้าน • สมุดบันทึก 	<ul style="list-style-type: none"> • การสื่อสารเตือนภัย 1. ให้ความรู้เรื่องโรค 2. กระจายข่าวสารเรื่องโรคทางสิ่งพิมพ์ VDO และวิทยุ โทรทัศน์ • สร้าง website ธรรมรงค์ป้องกันโรค • การประกวดคำขวัญในสถานศึกษา • การควบคุมร้านค้าในโรงเรียน

การประเมินผล (Measurement Evaluation)

ทำการประเมินหลังจากให้กิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเดือนแรก ต่อมาทุก 2 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งทุกเดือน โดยประเมินด้าน

- ผลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory measurement) เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ระดับไขมันในเลือด
- การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive-behavioral measurement) เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะ ทศคติ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกายและในการรับการรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คุณภาพชีวิต
- การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical measurement) เช่น น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและสะโพก ค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 3

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโครงการที่
ได้รับการพิจารณาเป็น

Best Practice ในการส่งเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคเรื้อรัง
ของประเทศไทย

ส่วนที่ 3.1 สถานีอนามัยตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

ผู้ให้ข้อมูล คุณวงเดือน

1. ที่มาหรือจุดเริ่มต้นของการทำโครงการ

สาธารณสุขจังหวัดเชิญประชุมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เนื่องจากจังหวัดนนทบุรีมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาก และทางจังหวัดได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหามานานแล้ว แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ยังมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ผู้ดำเนินการได้เรียนรู้จากการทำงานโรคมามาเรียที่ อสม. เป็นแกนนำในการดำเนินงาน และประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา โดยใช้แนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม.

2. องค์ประกอบของผู้ริเริ่มโครงการ และบทบาทหน้าที่แต่ละคน

พยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ตลาดขวัญ จ.นนทบุรี และผู้นำชุมชนในพื้นที่ โดยอาศัยการประชุมชุมชน โดยชี้แจงความเป็นมา ลักษณะของโครงการ ผลที่จะได้รับ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรม ส่วนผู้นำชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจร่วม และถ่ายทอดข้อมูลไปสู่ประชาชนในพื้นที่

เมื่อผู้นำชุมชนไปถ่ายทอดข้อมูลแก่ประชาชน ได้กลุ่มแกนนำที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 53 คน ซึ่งเป็น อสม.เก่า ประมาณกึ่งหนึ่ง

3. วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมีดังนี้

- 3.1 มีเวลา
- 3.2 ฝากงานคนอื่นได้
- 3.3 มีจิตใจทำเพื่อสังคม
- 3.4 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- 3.5 อายุ 35 ปีขึ้นไป

4. วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม

ใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและอสม. เมื่ออสม.มารับบริการที่สถานีอนามัย พยาบาลให้ความสะดวก ใต้ถามสารทุกข์สุขดิบ ให้การดูแล อสม.จึงมีความผูกพันกับสถานีอนามัย ประกอบกับผู้นำชุมชนเป็น อสม. จึงทำให้การประสานงานระหว่างงานของสถานีอนามัย และชุมชนไปด้วยกันได้ดี

ประชุมชี้แจงถ่ายทอดโครงการสู่ชุมชน ดัดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามจุดต่างๆ เช่น สถานีอนามัย วัด เป็นต้น ใช้รถประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนรับรู้อย่างทั่วถึง ใช้การ

ประชาสัมพันธืแบบเคาะประตูบ้าน และใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน คือ วิทยุชุมชน/เสียงตามสายในหมู่บ้าน

5. แนวทางในการพัฒนากิจกรรม

กิจกรรมของโครงการเกิดจากการร่วมคิดของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หัวหน้าฝ่ายโรคเรื้อรัง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี แพทย์ที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า สาธารณสุขอำเภอ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย กิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นประสบการณ์ที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงาน และความเชี่ยวชาญเฉพาะของผู้ปฏิบัติ

6. วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา

แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 20 คน

1. การอบรมแบบเข้มข้นที่เน้นให้ปฏิบัติได้จริง เป็นเวลา 2 วัน

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล(ปลายนิ้ว) วัดรอบเอว และ

ส่วนสูง

กิจกรรมวันแรก

เช้า

กิจกรรมละลายพฤติกรรม นำโดย อสม. มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ/ให้คำปรึกษา พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องต่างๆ

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน เมนูอาหาร และการคิดพลังงานอาหาร

กิจกรรมที่ 2 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง self-help group

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างพลังใจ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความตระหนัก เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผลดีและยั่งยืน

กิจกรรมที่ 4 ทักษะในการสื่อสาร ถ่ายทอดข้อมูลสู่ประชาชน มีการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 4 กลุ่ม และให้ประเด็นในการนำเสนอ เป็นหัวข้อที่ต้องไปถ่ายทอดสู่ประชาชน มีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสฝึกในการนำเสนอ

บ่าย

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นำโดย อสม.

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะในการออกกำลังกาย

กิจกรรมวันที่สอง

เช้า

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นำโดย อสม.

กิจกรรมที่ 1 ฐานการฝึกปฏิบัติการประเมินสุขภาพตนเอง เป็นการฝึกการเจาะเลือด การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักตอนเช้า การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดรอบเอว การลงบันทึกผลในสมุดคู่มือประจำตัว

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมด้านจิตใจ /อารมณ์/สังคม มีการประชุมของผู้เข้าร่วมอบรมแบ่งหน้าที่ในการดูแลตามพื้นที่เป็นสัดส่วน 1: 20 หมายถึงแกนนำ 1 คน ดูแลประชาชน 20 คน

2. หลังจากการอบรม 6 เดือน พยายามลดพื้นที่ในช่วงเดือนแรกทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงของแกนนำ โดยแยกตามพื้นที่ หลังจากคัดกรองแล้ว เมื่อพบว่า

โรคเบาหวาน

กลุ่มที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 110 แต่ต่ำกว่า 126 mg/dl เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

กลุ่มที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 mg/dl สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

โรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มปกติ คือ มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 mmHg

กลุ่มที่ 2 กลุ่ม Prehypertension มีความดันโลหิตตัวบน 120-139 mmHg ความดันโลหิตตัวล่าง 80-89 mmHg เสี่ยงต่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

ส่วนกลุ่มอื่นๆ คือ กลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว คือ มีความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 mmHg และความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 89 mmHg ส่งต่อเพื่อรับการรักษา

3. หลังจากอบรม 1 เดือน มีการประเมินความรู้เพื่อเข้ารับการอบรมเป็นระยะ booster การให้ความรู้ไม่ซ้ำกับการอบรมแบบเข้มข้น แต่เป็นการให้ความรู้เสริมหลังจากที่ไปปฏิบัติแล้วมีคำถาม หรือ การปฏิบัติในส่วนตัวที่ไม่แน่ใจ ก็เป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติม และฝึกทักษะเพิ่มในการให้ความรู้

4. กลุ่มแกนนำเป็นผู้กระตุ้นให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือประจำตัว เดือนละ 1 ครั้ง ในรายที่ไม่ได้ทำการบันทึกหรือบันทึกสม่ำเสมอ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผลดี ทำการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแกนนำทุก 1 เดือน ถ้ายังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ทำการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแกนนำและ

พยาบาลทุก 1 เดือน ในรายที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทำการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำทุก 3 เดือน

5. ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยพยาบาลทุก 3 เดือน (ประเมินจากน้ำหนักตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด)

6. จัดเวทีสาธารณะเสนอผลการดำเนินงานให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์ ผลการดำเนินงาน

7. การสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง

มีกิจกรรมที่ช่วยสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง โดยการสร้างการทำงานเป็นทีม ให้รางวัลทีมกลุ่มเสี่ยง (ตามพื้นที่ที่แกนนำดูแล) ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีเด่น และ ให้รางวัลอาสาสมัครผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงดีเด่น

8. การจัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือหรือวิธีการที่ผู้ป่วย/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใช้ในการดูแลตนเอง

สถานีอนามัยให้การสนับสนุนเครื่องวัดความดัน โลหิต ที่เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว แผ่นเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สายวัดรอบเอว ที่ชั่งน้ำหนัก ส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งทางชุมชนจัดหาเป็นทรัพยากรร่วม

9. การเชื่อมโยงสถานีอนามัยกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเองหรือไม่ อย่างไร

การจัดกิจกรรมใช้พื้นที่ของชุมชนทั้งหมด ทรัพยากรบางส่วน เช่น เครื่องวัดความดัน โลหิต ที่ชั่งน้ำหนัก ชุมชนจัดหา การดำเนินงานเป็นหน้าที่ของแกนนำที่พัฒนาขึ้น ส่วนพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานและอำนวยความสะดวก

10. การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ

มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ ไม่ได้ระบุความถี่ แต่มีการประเมินอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การซักถามเมื่อพบกัน หรือ เมื่อแกนนำจะปฏิบัติงานก็จะเชิญทางสถานีอนามัยเข้าร่วม

12. การสร้างทีมงานในการดูแลผู้ป่วย

มีการแบ่งงานชัดเจน แกนนำ 1 คน ดูแลประชาชน 20 คน มีการวางแผนการดำเนินงานและดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ เป็นการสร้างข้อตกลงของแกนนำกันเองว่าจะทำอะไรบ้าง (ตามแนวทางการจัดกิจกรรม)

13. การกำหนดนัดการทำกิจกรรม

กลุ่มแกนนำมีการนัดหมายการทำกิจกรรมกันเอง และมีการขอความร่วมมือระหว่างกลุ่ม เพื่อให้การคัดกรองเป็นไปตามกำหนด

14. วิธีการนัดมาตรวจตามนัด

ติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามจุดต่างๆ เช่น สถานีอนามัย วัด เป็นต้น ใช้รถประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนรับรู้อย่างทั่วถึง ใช้การประชาสัมพันธ์แบบเคาะประตูบ้าน และใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน คือ วิทยุชุมชน/เสียงตามสายในหมู่บ้าน

15. การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายมีสมุดบันทึกประจำตัวที่ต้องบันทึกด้วยตนเองทุกเดือน ส่วนกลุ่มแกนนำมีสมุดบันทึกผู้เข้ารับบริการ

16. วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. การมีกิจกรรมต่อเนื่อง
2. แกนนำชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันที่ต้องการสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนตัวอย่าง
3. กิจกรรมต้องจัดในเวลาที่เหมาะสม ไม่เสียเวลาทำงาน
4. แกนนำต้องเป็นแม่แบบหรือประพุดิตตนเองให้น่าเชื่อถือ

17. วิธีการสื่อสารภายในกลุ่ม

การสื่อสารภายในกลุ่มเป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่ผ่านผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นแกนนำ หลังจากนั้นผู้นำชุมชนถ่ายทอดข้อมูลสู่แกนนำ และแกนนำเผยแพร่ข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองดูแล หรือใช้ป้ายประชาสัมพันธ์เผยแพร่ตามสถานที่ต่างๆ

18. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากแผนที่วางไว้

ไม่มี

19. วิธีประเมินผลโครงการ

ประเมินการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล(ปลายนิ้ว) วัดรอบเอว และส่วนสูงโดยการทำของแกนนำที่เข้ารับการอบรม

ประเมินด้านการสร้างความตระหนักของชุมชน ชุมชนสนับสนุนเครื่องมือในการคัดกรองโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง คือ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว

ประเมินการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตของชุมชน ชุมชนวัดลานนาบุญเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ สัมพันธภาพของคนในชุมชนดีขึ้น มีความห่วงใยเรื่องสุขภาพ ถามไถ่เรื่องสุขภาพ

20. ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา

เคยมีคำถามเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่ได้ของโครงการ แต่เมื่อมีการอธิบายสร้างความเข้าใจร่วมกันแล้ว ไม่มีข้อกังขาอีก

21. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. ชุมชนมีทุนทางสังคมที่ดี คนมีความพร้อม
2. กลุ่มแกนนำมีพลัง เนื่องจากเคยปฏิบัติงานร่วมกันมาก่อน

3. ความตั้งใจ มีเป้าหมายร่วม ต้องการให้ชุมชนเป็นชุมชนตัวอย่าง
4. การประสานของกลุ่มแกนนำ เรียนรู้ร่วมกัน สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เขาทำได้ เราก็ทำได้

ส่วนที่ 3.2 โรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้ให้ข้อมูล คุณนิศยา แก้วลี (พยาบาลวิชาชีพ)

1. ที่มาหรือจุดเริ่มต้นของการทำโครงการ

โครงการนี้เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2551 โดยเป็นโครงการฯต่อเนื่องจากการคัดกรองสุขภาพในปี พ.ศ. 2550 ที่โรงพยาบาลเปล่งยาวได้จัดให้กับบริษัท โตโยต้าด้วยงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ซึ่งการคัดกรองนั้นเกิดจากการที่โรงพยาบาลได้มีการจัดบริการตรวจสุขภาพให้กับพนักงานบริษัทเป็นประจำทุกปี

2. ความสัมพันธ์ของสถานีอนามัย/โรงพยาบาลนี้กับลูกค้า ผู้ประกันสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ

โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบริษัท โตโยต้ามานาน เนื่องจากโรงพยาบาลจะจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้กับบริษัทฯ รวมถึงผู้ดำเนินโครงการมีสัมพันธ์ที่ดีกับและตัวแทนผู้บริหารในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

3. องค์ประกอบของผู้ริเริ่มโครงการ

พยาบาลจากโรงพยาบาลจำนวน 4 คน โดยทุกคนสามารถดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมทดแทนกันได้

4. วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ

- (1) เป็นผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน และ
- (2) มีประวัติไขมันในเลือด หรือความดันโลหิตสูง

5. วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม

- (1) หัวหน้าฝ่ายเป็นตัวอย่างในการทำกิจกรรมให้พนักงานรับรู้
- (2) มีการจัดกิจกรรมประกวดความสำเร็จในการ "ลดพุง ลดโรค" โดยผู้ที่ลดน้ำหนัก รอบเอวได้มากจะได้รับรางวัลจากผู้ที่เป็นตำแหน่งบริหารของบริษัท และถูกนำเสนอต่อที่ประชุม
- (3) ผู้ดำเนินโครงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เข้าร่วมโครงการและหัวหน้างาน

6. แนวทางในการพัฒนากิจกรรม และคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

แนวทางในการพัฒนากิจกรรมนั้นยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งเป็นแนวทางจากกระทรวงสาธารณสุข

7. วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา (ทั้งโครงการ)

ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นประมาณ 10 เดือน โดยเดือนที่ 1 จัดกิจกรรมเปิดโครงการ "ลดโรค ลดพุง" โดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่ง กิจกรรมประกอบด้วย (กิจกรรมกลุ่ม)

- การให้ความรู้ในเรื่องอาหาร โดยวิทยากรจาก โรงพยาบาลรามา ใช้เวลา 2.5 ชั่วโมง
 - เนื้อหาประกอบด้วยการนับแคลอรีของอาหารและปริมาณอาหารที่ควรจะได้รับ ชนิดของอาหารทดแทน ชงโภชนาการ
- การให้ความรู้เรื่องออกกำลังกาย โดยวิทยากรจากสาธารณสุขจังหวัด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
- กิจกรรมการรำไทเก๊กและการหายใจ โดยผู้ดำเนินโครงการ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

เดือนที่ 5 ผู้ดำเนินโครงการฯ เชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในผู้ที่สนใจหรือผู้มีปัญหาในการทำกิจกรรม เป็นรายบุคคล โดยมีวิทยากรจาก โรงพยาบาลศรีรัชัญญา และ โรงพยาบาลรามา

เดือนที่ 10 จัดกิจกรรมปิดโครงการ

* ทุกเดือนจะทำการติดตามผล โดยผู้ดำเนินโครงการเป็นจำนวน 2 ครั้ง ตลอดทั้งโครงการ

8. กิจกรรมที่จัดมีการสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง

ไม่พบ

9. การจัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือหรือวิธีการที่ผู้ป่วย/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใช้ในการดูแลตนเอง

บริษัทโตโยต้าเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการจัดหาอุปกรณ์ทั้งสิ้น ซึ่งได้แก่

- (1) เครื่องมือทดสอบสมรรถภาพ เช่น ตาชั่ง sphygmomanometer สายวัดรอบเอว fit-test (เหยียดขา บีบมือ เป่าปอด จักรยาน)
- (2) Fitness

10. การเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง

เนื่องจากบริษัทฯ มีอุปกรณ์พร้อม ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้แต่จัดสรรพยาบาลเข้าไปให้คำแนะนำหรือปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก

11. การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ

ผู้ดำเนินโครงการฯ จะทำการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการจากตัวชี้วัดซึ่งได้แก่นักและรอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการ 2 ครั้ง/เดือน เป็นเวลา 10 เดือน

12. การสร้างทีมงานในการดูแลผู้ป่วย

โครงการมี 2 ทีมงานในการดูแลผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ทีมงานของโรงพยาบาลและทีมงานฝ่ายบริษัท โตโยต้า โดยที่ทีมงานโรงพยาบาลจะดูแลในการให้บริการทางสุขภาพรวมถึงคำแนะนำด้านวิชาการ ในขณะที่ทีมงานฝ่ายบริษัท โตโยต้าจะทำหน้าที่ตรวจสอบและเก็บข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการกระตุ้นเดือนให้ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรม

13. การกำหนดนัดการทำกิจกรรม

กำหนดการทำกิจกรรมทุกกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเอง เนื่องจากบริษัทมีอุปกรณ์การออกกำลังกายอย่างครบครัน

14. วิธีการนัดมาตรวจตามนัด

การนัดผู้เข้าร่วมโครงการเข้ามารับการตรวจสุขภาพจะไม่ผิดพลาดเนื่องจากการนัดจะเป็นไปตามกะของการทำงานของตนเอง ซึ่งทุกคนจะทราบ

15. การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วย

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของพนักงานบริษัททุกคนจะถูกบันทึกเก็บเป็นแฟ้มและผู้ร่วมเข้าโครงการจะถูกบันทึกในเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยทีมงานฝ่ายบริษัท โตโยต้า รวมทั้งทีมงานนี้จะทำการประมวลผลเป็นระยะๆ และรายงานให้ทีมทางโรงพยาบาลทราบ

16. การสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

นอกจากความต้องการส่งเสริมสุขภาพของตนเองแล้ว ตัวแทนฝ่ายบริหารและหัวหน้าผู้ร่วมงานเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ให้ผู้ร่วมงานเข้าร่วมกิจกรรม โดยการทำานเหล่านั้นเป็นแบบอย่างในการออกกำลังกาย หรือลดน้ำหนัก รวมถึงการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการลดน้ำหนัก

17. วิธีการสื่อสารภายในกลุ่ม

ใช้ internet ของบริษัทเป็นเครื่องมือ มีการใช้เสียงตามสายและโทรศัพท์ในการกระตุ้นให้เข้ากิจกรรม

18. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากแผนที่วางไว้

ไม่มี

19. วิธีประเมินผลโครงการ

ประเมินผลจากการลดน้ำหนักและรอบเอว

20. ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา

บางครั้งผู้เข้าร่วมโครงการที่จอนทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง ซึ่งทีมงานแก้ไขโดย

- (1) หัวหน้างานกระตุ้น
- (2) นัดให้มีตรวจสุขภาพเป็นกลุ่ม ดังนั้นในระหว่างที่รอการตรวจสุขภาพ ผู้เข้าร่วมจะมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก (self-help group)

21. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

- (1) นโยบายของบริษัทที่เข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน
- (2) ทีมงานทุกฝ่ายมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือต้องการให้พนักงานมีสุขภาพที่ดีขึ้น
- (3) พนักงาน/ผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และให้ความสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- (4) การมีส่วนร่วมที่ระหว่างผู้บริหาร ผู้ดำเนินโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 3.3 สถานีอนามัยบ้านห้วยทราย อำเภอแม่ทา จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ให้ข้อมูล คุณสุชีลา

1. ที่มาหรือจุดเริ่มต้นของการทำโครงการ

ในปี พ.ศ.2549 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงของประชาชน ประกอบกับพยาบาลมีภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อดูแลตนเองแล้วมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จึงต้องการเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้อื่น ทางจังหวัดได้เข้าร่วมโครงการคนไทยไร้พุง และสถานีอนามัยห้วยแก้วได้เข้าร่วมโครงการนำร่อง จึงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. องค์ประกอบของผู้ริเริ่มโครงการ และบทบาทหน้าที่แต่ละคน

อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำออกกกำลังกาย และพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่เป็นกลุ่มผู้ริเริ่ม มีการชี้แจงข้อมูลโครงการให้แก่กลุ่มเป้าหมายรับทราบ และให้กลุ่มเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ในระยะเริ่มแรกเน้นที่กลุ่มผู้นำ เนื่องจากต้องการแกนนำในการเผยแพร่ข้อมูล และเป็นต้นแบบที่ดี ในระยะแรกกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นผู้ใหญ่บ้าน 8 หมู่ อสม. 63 คน และ อบต. 18 คน

3. วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมีดังนี้

- 3.1 อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำออกกกำลังกาย

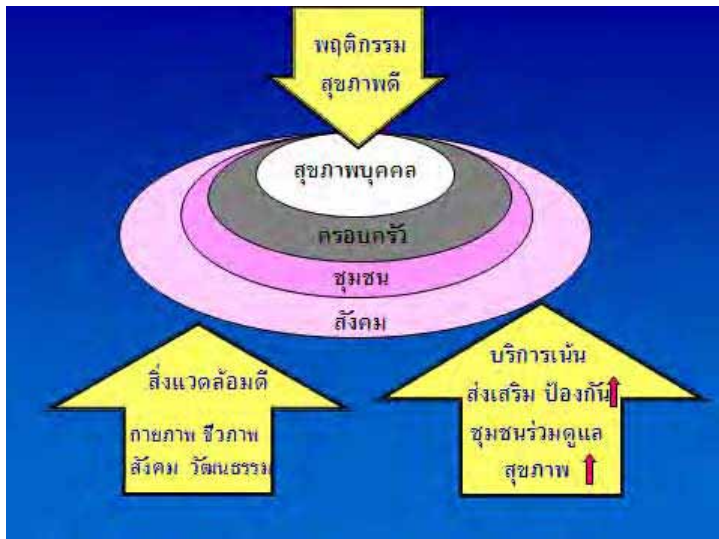
- 3.2 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- 3.3 อ่านภาษาไทยออก เขียนได้
- 3.4 มีการประเมินพฤติกรรม 3 อ. ก่อนเข้าร่วมโครงการ

4. วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม

บุคลากรมีความพร้อม มีสุขภาพดี เก่งน่าเป็นตัวอย่างที่ดี

5. แนวทางในการพัฒนากิจกรรม

จากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง เคยเข้ารับการอบรม ออกกำลังกาย แต่ปฏิบัติไม่ได้ ได้ CD มาฝึกออกกำลังกายด้วยตนเอง และการมีแนวคิดสุขภาพบุคคลที่ต้องอาศัยความร่วมมือในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีองค์ประกอบของการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทั้งทางกายภาพ และ สังคม ร่วมกับการมีบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคโดยมีชุมชนเป็นฐาน



โดยการสร้างความสามารถส่วนบุคคลนั้นเป็นฐานรากของการพัฒนา เสริมสร้างพลังของระดับกลุ่ม และชุมชน



6. วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา

ใช้แนวคิดของ "กิจกรรมเสริมพลัง เดิมส่วนขาด" ที่เริ่มจากการให้ความรู้ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) แล้วจึงฝึกทักษะเกี่ยวกับ 3 อ. ร่วมกับการจัดปัจจัยแวดล้อมในชุมชน โดยให้แกนนำจับคู่กันอ้วน 1:2

แนวทางในการดำเนินกิจกรรม



1. ระดมความคิดวิเคราะห์

กระตุ้นด้วยคำถามสิ่งที่ส่งผลต่อการทำลายสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชน

2. สำรวจพฤติกรรม

เพื่อค้นหาปัญหา

- เลือกกินอาหารไม่ถูกต้อง(กินของมัน ใช้น้ำมัน คั่วทอด กินเค็ม)
- ไม่ออกกำลังกาย (ไม่มีแรงจูงใจ ไม่มีเวลา ทำไม่ถูกวิธี)
- ครอบครัวไม่อบอุ่น

- คริวเรือนไม่สะอาด (หนู แลงวัน แมลงสาบ)
- ซึ่ชียากินเอง
- กินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ
- ขาดการดูแลตนเอง
- ภาวะเครียด

จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1. ขาดการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชน
2. กินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ
3. ไม่ออกกำลังกาย
4. คริวเรือนไม่สะอาด
5. ขาดการดูแลสุขภาพตนเองตามวัย (การตรวจสุขภาพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง)

3. ธรรมนูญสร้างกระแส

กลุ่มร่วมกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ลดพุง (รอบเอวเกิน) ทำอย่างไร

การคงสภาพไม่อ้วน (รอบเอวปกติ) ทำอย่างไร

ได้แนวทางจากกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มคงสภาพไม่อ้วน (รอบเอวปกติ) มีแนวทาง ดังนี้

- ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ เดือนละ 1 ครั้ง
- วัดรอบเอวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- จัดการแข่งขันอาหารเพื่อสุขภาพ (เมนูสุขภาพ)
- มีแผนการติดตาม ต่อเนื่อง

ลดพุง (รอบเอวเกิน) มีแนวทาง ดังนี้

- ชมรมออกกำลังกายมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง (3 วันต่อสัปดาห์)
- จัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (จัดประชุม/อบรม)
- ธรรมนูญออกกำลังกายในองค์กร เช่น กลุ่ม อสม.ออกกำลังกายก่อนประชุม
- มีผู้นำออกกำลังกายที่มีความมุ่งมั่น นำออกกำลังกายอย่างจริงจัง
- จัดกิจกรรมประกวดหุ่นสวย สมวัย ผู้มีสุขภาพดี
- สนับสนุนงบประมาณในการออกกำลังกาย เช่น ชุดออกกำลังกาย ซีดี ฤกษ์ดีตัดน ภาพคนอ้วน

- ทำโครงการต่อเนื่อง จริงใจ จริงจัง
- ใช้มาตรการทางกฎหมายในการดูแลสถานประกอบการ เช่น ร้านคาราโอเกะ

4. สนับสนุนกิจกรรม

- มีการสร้างนโยบายของชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม
- ส่งเสริมการออกกำลังกาย จันทน์ พุทธ ศุภร์
- สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น อาหารสุขภาพ
- ส่งเสริมศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ ประกวดเมนูอาหาร ประกวดแกนนำ (บุคคล) และ ประกวดหมู่บ้านที่ลดน้ำหนัก รอบเอวได้มากที่สุด (ชุมชน) และการประกวดระดับอำเภอ
- สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรม
- คณะทำงานร่วมใจ ดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล

5. ติดตามประเมิน

พยาบาลเข้าไปติดตามเดือนละ 1 ครั้ง ประมาณ 3 เดือน เพื่อประเมินปัญหา และ อุปสรรค และเพิ่มเติมความรู้ ให้กำลังใจในการทำกิจกรรม

การจัดกิจกรรม ประชุม สัมมนา จะใช้อาหารที่ดีกับสุขภาพ

ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยพยาบาลทุก 3 เดือน (ประเมินจากน้ำหนักตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด)

6. แลกเปลี่ยน

ผู้นำออกกำลังกายมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น อสม.ที่เชี่ยวชาญเรื่องการออกกำลังกายของหมู่ 5 ไปสอนการออกกำลังกายหมู่อื่นๆ ประมาณ 2 สัปดาห์/ครั้ง

7. สรุปผล

รายละเอียดของการอบรมแบบเข้มข้น

วันที่หนึ่ง

เวลา	08.30 น. - 09.00 น.	ลงทะเบียน / ทดสอบความรู้ก่อนการอบรม (ดูตัวอย่างที่ภาคผนวก ก.)
	09.00 น. - 09.30 น.	พิธีเปิดการอบรม
	09.30 น. - 10.30 น.	กลุ่มสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรื่องอาหารการกิน
	10.30 น. - 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
	10.45 น. - 12.00 น.	แบ่งกลุ่ม ฐาน อ.อาหาร กินทุกมื้อ แต่พอดีอิ่ม ไม่กินเกิน
	12.00 น. - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน (อาหารเพื่อสุขภาพ ให้ลองตั้ง อาหารตามที่ได้เรียนมาในช่วงเช้า)
	13.00 น. - 14.30 น.	แบ่งกลุ่ม อ.อารมณ์ ใช้หลักการหายใจ แบบโยคะสมาธิ
	14.30 น. - 14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
	14.45 น. - 16.30 น.	แบ่งกลุ่ม อ.ออกกำลังกาย/ฝึกปฏิบัติทักษะการ เคลื่อนไหวพื้นฐานแอโรบิก พิดกระชับด้วยยางยืด

วันที่สอง

เวลา	08.30 น. - 10.30 น.	ฝึกปฏิบัติทักษะออกกำลังกายยางยืด
	10.30 น. - 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
	10.45 น. - 12.00 น.	กิจกรรมพันธะสัญญาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคตามนโยบายของหมู่บ้าน
	12.00 น. - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
	13.00 น. - 14.30 น.	การจัดเก็บข้อมูลและการลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม
	14.30 น. - 14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
	14.45 น. - 16.00 น.	ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อสุขภาพ ยืดเหยียดเพื่อผ่อนคลาย
	16.00 น. - 16.30 น.	ทดสอบหลังอบรม พิธีปิดการอบรม

7. การสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง

มีกิจกรรมที่ช่วยสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง โดยการสร้างแกนนำ ให้รางวัลทีม (ตามพื้นที่ที่แกนนำดูแล) ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีเด่น และ ให้รางวัลแกนนำผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงดีเด่น

8. การจัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือหรือวิธีการที่ผู้ป่วย/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใช้ในการดูแลตนเอง

สถานีอนามัยให้การสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต ที่เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว แผ่นเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สายวัดรอบเอว ที่ชั่งน้ำหนัก ส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งทางชุมชนจัดหาเป็นทรัพยากรร่วม

9. การเชื่อมโยงสถานีอนามัยกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรม ผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง

การจัดกิจกรรมใช้พื้นที่ของชุมชนทั้งหมด ทรัพยากรบางส่วน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ชั่งน้ำหนัก ชุมชนจัดหา การดำเนินงานเป็นหน้าที่ของแกนนำที่พัฒนาขึ้น ส่วนพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานและอำนวยความสะดวก

10. การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ

มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ เช่น ผู้นำขาดการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง แต่เมื่อพยาบาลเข้าไปติดตามการดำเนินงาน ก็มีการประชุม ปรีกษา หรือ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาาร่วมกัน เครื่องเสียงไม่มี ใช้งบของหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2,000 บาท หรือ บางหมู่บ้านที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องย้ายที่ทำกิจกรรมบ่อย แก้ไขโดยให้แต่ละกลุ่มแยกกันออกกำลังกาย แต่มีการกำหนดทำออกกำลังกายให้เหมือนกัน และถ้ามีโอกาสก็ซ้อมร่วมกัน ส่วนใหญ่วิธีการที่ใช้คือการพูดคุยปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ใหญ่บ้านที่เป็นสมาชิกกลุ่มแกนนำเข้าร่วมด้วย

12. การสร้างทีมงานในการดูแลผู้ป่วย

มีการแบ่งงานชัดเจน แกนนำ 1 คน ดูแลประชาชนอ้วน 2 คน มีการวางแผนการดำเนินงาน และดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ เป็นการสร้างข้อตกลงของแกนนำกันเองว่าจะทำอะไรบ้าง (ตามแนวทางการจัดกิจกรรม) แต่ละหมู่บ้านมีการกำหนดโครงสร้างของกลุ่ม เช่น ประธาน เภรัญญิก มีการแบ่งงานกันชัดเจน

13. การกำหนดนัดการทำกิจกรรม

อสม. มีการประชุมทุกเดือนตามแผนที่วางไว้ ส่วนถ้ามีการประชุมเพิ่มเติมจากแผนเดิม ผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่ประกาศเสียงตามสาย

14. วิธีการนัดมาตรวจตามนัด

ติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามจุดต่างๆ เช่น สถานีอนามัย วัด เป็นต้น แกนนำเป็นผู้ประชาสัมพันธ์และติดตามผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้เข้าร่วมกิจกรรม

15. การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วย

กลุ่มแกนนำมีสมุดบันทึกผู้เข้าร่วมกิจกรรม

16. วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การมีกิจกรรมต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้

17. วิธีการสื่อสารภายในกลุ่ม

การสื่อสารภายในกลุ่มเป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่ผ่านแกนนำ หลังจากนั้นแกนนำเผยแพร่ข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองดูแล หรือใช้ป้ายประชาสัมพันธ์เผยแพร่ตามสถานที่ต่างๆ

18. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากแผนที่วางไว้

ไม่มี

19. วิธีประเมินผลโครงการ

ประเมินรอบแอม โดยร้อยละ 80 ของผู้มีรอบแอมเกินสามารถครบรอบแอมได้ ร้อยละ 100 ของผู้มีรอบแอมปกติ สามารถคุมให้รอบแอมปกติได้

เกิดนโยบายในชุมชนที่เน้นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

20. ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา

มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ เช่น ผู้นำขาดการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง แต่เมื่อพยายามเข้าไปติดตามการดำเนินงาน ก็มีการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เครื่องเสียงไม่มี ใช้งบของหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2,000 บาท หรือ บางหมู่บ้านที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องย้ายที่ทำกิจกรรมบ่อย แก้ไขโดยให้แต่ละกลุ่มแยกกันออกกำลังกาย แต่มีการกำหนดทำออกกำลังกายให้เหมือนกัน และถ้ามีโอกาสก็ซ้อมร่วมกัน ส่วนใหญ่วิธีการที่ใช้คือการพูดคุยปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ใหญ่บ้านที่เป็นสมาชิกกลุ่มแกนนำเข้าร่วมด้วย

21. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. ความพร้อมของบุคลากรการเป็นตัวอย่าง
2. ความเข้มแข็งของชมรมผู้นำการออกกำลังกาย
3. ได้รับการสนับสนุนจาก อบต. และชุมชน
4. กิจกรรมต่อเนื่อง มีการติดตามการดำเนินงาน และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3.4 สถานีอนามัยบ้านสหกรณ์ อ. แม่ทา จ. เชียงใหม่

ผู้ให้ข้อมูล คุณจตุรรัตน์

1. ชุมชนนี้มีนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพ

ทรัพยากรและนโยบายชุมชน ส่วนมากมาจากอบต. เป็นผู้ดำเนินการกำหนดนโยบาย ให้งบประมาณสนับสนุน โดยมีการทำประชาคม

2. ที่มาของจุดเริ่มต้นโครงการ สืบเนื่องจากการจัดทำโครงการพระราชดำริ และโครงการสายใยรัก โดยแต่เดิมทำการคัดกรองและตรวจสุขภาพคนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดัน มาตั้งแต่ปี 2545 2

ปี ต่อมากลุ่มเป้าหมายไม่ค่อยมา จึงเริ่มให้ออม. ช่วย โดยใช้งบประมาณของ อบต. ตรวจสอบ วัด ความดัน ส่งผลงานให้สถานีอนามัย และดำเนินการร่วมกับ คปสอ.

3. บทบาทสถานีอนามัย/โรงพยาบาลในการริเริ่มโครงการ (หน่วยบริการสุขภาพ)

3.1 โครงสร้างของสถานีอนามัย/โรงพยาบาล

การดำเนินงานโครงการมีการจัดตั้งคณะกรรมการ ฯ ร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียในหมู่บ้าน ร่วมกับโรงเรียน และ องค์กรมีคณะกรรมการร่วม

3.2 เป้าหมายของสถานีอนามัย คือ

1. ลดโรคในคนปกติ
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีของคนป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต
3. คนมีความตระหนักถึงสาเหตุของโรค

สโลแกน คือ ลด แลก แจก แถม เกณฑ์คือ

1. ให้ชาวบ้านกินผักวันละ ครึ่งกิโลกรัม โดยปลูกผัก และกิน
2. ออกกำลังกาย 3 วัน ครั้งละ 30 นาทีในสัปดาห์
3. ประกวดบ้านต้นแบบลดโรค เอาคนที่ประกวดมาเป็นตัวอย่างให้ดู
4. ลดเหล้า บุหรี่
5. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

4. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทั้งนี้แนวทางใช้พิจารณาจากความพร้อมของคน แรกเริ่มมีคนมาร่วม 45 คน ส่วนมาก เป็นผู้นำชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบอย่างให้คนในชุมชน และต่อมาประกวดเพื่อหาต้นแบบ

5. องค์กรประกอบของผู้ริเริ่มโครงการ และบทบาทหน้าที่

ประกอบด้วย

1. อสม. ทำหน้าที่เป็นคนสำรวจชุมชน เก็บข้อมูล ประชาสัมพันธ์และ ประสานงานโครงการ เป็นแกนหลักในการดำเนินงานโครงการ

2. ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้สอนนักเรียนและชาวบ้าน โดยเน้นเรื่องสุข บัญญัติ การสาธิตการปลูกผักในโรงเรียน และเก็บผลิตภัณฑ์ในโรงเรียน ให้นักเรียนไป สอนเพื่อนเรื่องการกินผัก สอนการล้างมือ โดยใช้เพลงล้างมือ การเต้น การเรียงความ การรณรงค์

3. ผู้นำชุมชน

3.1 ผู้ใหญ่บ้าน ให้ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประสานงานกับชาวบ้าน

3.2 นายก อบต. ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเป็นประธาน มีบทบาทสร้างแรงจูงใจ ให้ชาวบ้าน เป็นต้นแบบในการดำเนินงานกิจกรรม

3.3 แกนนำการออกกำลังกาย

4. วัด

5. มีวิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการอย่างไร

พิจารณาตามความพร้อมของชุมชน แรกเริ่มมี 45 หลังคาเรือน ต่อมา มีการดำเนินกิจกรรมก็เข้าร่วมมากขึ้นตามความสมัครใจ

6. มีแนวทางในการพัฒนากิจกรรมและมีคู่มือแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ (การสนับสนุนการตัดสินใจ)

1. สสำรวจชุมชน
2. เข้าสู่เวทีประชาคม สอบถามความเห็นและสร้างการมีส่วนร่วม
3. แจกคู่มือ

กิจกรรม

1. จัดทำเมนูอาหาร 43 หลังคาเรือน
2. แผนที่ชุมชน มีศูนย์การออกกำลังกาย อบต. สนับสนุนเครื่องออกกำลังกาย
3. จัดทำเพิ่มชุมชน

7. วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา (ทั้งโครงการ)

ประชุมคณะกรรมการและชาวบ้านทุกเดือน อสม. ออกเสียงตามสายและผู้นำ อบต. ทุกสัปดาห์

กิจกรรมโครงการ ประกอบด้วย

1. รณรงค์การออกกำลังกาย ให้ความรู้ ทุกเดือน นาน 6 เดือน และช่วงเทศกาล โดยใช้การประชาสัมพันธ์ การออกเสียงตามสาย การจัดกิจกรรมเฉพาะกิจ
2. ประกวดบ้านต้นแบบลดโรค ช่วงกุมภาพันธ์- มิถุนายน และประเมินช่วงกรกฎาคม โดยมีการตรวจสอบสุขภาพ คัดเลือกบ้านร่วมโครงการ
3. สร้างสุขบัญญัติในโรงเรียน เริ่มกุมภาพันธ์และหยุดตอนปิดเทอม จนถึงกรกฎาคม
4. ขยาย ผัก ผลไม้ ในช่วงเทศกาล จัดงานวันสำคัญของท้องถิ่น
5. ออกกำลังกายและจัดทำแผนที่จุดออกกำลังกาย
6. คัดกรอง การเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยทุกคน โดยพยาบาล และ อสม.
7. การตรวจเลือดใช้เจาะเลือดกลุ่มเสี่ยง

การติดตามผู้ร่วมโครงการ มีระยะเวลาทุกเดือน การติดต่อใช้โทรศัพท์ สถานีอนามัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประสานงานผู้นำ ทำหนังสือเชิญรายบุคคล

8. การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยจัดกิจกรรมที่มีการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเองหรือไม่ อย่างไร

ดำเนินการโดย

1. อบรมครอบครัวกลุ่มป่วย

2. บุคลากรเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. ประจำบ้านอาสาสมัครของผู้สูงอายุ (เยี่ยมคนป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง)
 3. นัดติดตาม สอนผู้ป่วย เช่น เบาหวาน และดูแลคนผิดปกติเฉพาะเรื่อง
- 9. มีการจัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือวิธีการที่ผู้ป่วย/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมใช้ในการดูแลตนเองอย่างไร**
1. ผู้ป่วยเบาหวาน แจกคู่มือของโรงพยาบาลที่จัดทำมาให้
 2. การแจกแผ่นพับให้ความรู้ เป็นของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำการดูแลเท้า
 3. โรคความดันโลหิตสูง เน้นการบริโภค การกินอาหารให้เหมาะสม การใช้ยา
- 10. การเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน**
- ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก
1. อบต. โดยเฉพาะกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้รับงบประมาณจัดหาอุปกรณ์ สถานที่ได้รับความช่วยเหลือจากวัดโดยใช้ลานวัด ลานโรงเรียน เป็นต้น แกนนำออกกำลังกายสนับสนุนคน
 2. ชมรมแพทย์แผนไทย เน้นการใช้สมุนไพร ปลูกผัก สมุนไพร การนวดช่วยคลายเครียด อากาศปวดเมื่อย เน้นการดูแลคนงบประมาณจากเงิน สปสช.
- 11. การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ**
(การสนับสนุนการดูแลตนเอง)
- มีการติดตามทุกเดือน โดยประชุมคณะกรรมการประจำเดือน
- 12. การสร้างทีมงานในการดูแลผู้ป่วย (การออกแบบระบบบริการ)**
- มีการออกเป็นคำสั่ง โดยกำนัน มีทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วยนายก อบต. / ผอ. รพ. และคณะทำงาน ประกอบด้วย
1. พ่อหลวง
 2. อสม.
 3. แกนนำ
 4. ประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน
 5. บุคลากรสาธารณสุข เป็นเลขานุการ
- 13. การกำหนดนัดการทำกิจกรรม**
- โดยการนัดประชุมทุกเดือน นัดวางแผนตามกิจกรรม และพูดคุยทางโทรศัพท์
- 14. วิธีการนัดมาตรวจตามนัด**
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผิดปกติ ใช้การติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์และนัดทุก 2 เดือน (ตามผิดปกติ)
- 15. การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วย**
- ใช้การทำแฟ้มทะเบียนผู้ป่วย
- ใช้คอมพิวเตอร์ช่วย เพราะมีโปรแกรมเมอร์ประจำ

16. วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผ่านทาง อบต. โดยเสนอข้อมูล ภาวะสุขภาพของชุมชน เช่น โรคมะเร็ง เต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก การเชิญเป็นการส่งจดหมายส่วนตัว การติดตามเยี่ยมตามนัด

17. วิธีการสื่อสารภายในกลุ่ม

1. ใช้การโทรศัพท์ประสานงานจาก OPD card ของผู้ป่วยไปยังครอบครัวผู้ป่วย
2. ทำหนังสือเชิญรายบุคคล เน้นที่กลุ่มเป้าหมาย
3. ประสานงานกับพ่อหลวง และประชาสัมพันธ์โดยการประกาศ
4. ผ่านทาง อสม.

18. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากแผนที่วางไว้

มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรม เช่น เยี่ยมบ้าน เราใช้ อสม.แทนไปบางครั้ง วางแผนการเยี่ยม แล้วให้คนอื่นไปแทน

19. วิธีการประเมินผล

1. กำหนดตัวชี้วัดตามกิจกรรม เช่น การตรวจสุขภาพก่อน-หลังดำเนินโครงการ
2. การประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม หลังเสร็จสิ้นโครงการ
3. การประเมินความพึงพอใจต่อโครงการ และข้อแก้ไข

20. ปัญหาอุปสรรค

มีปัญหาเรื่องงานมาก โครงการเยอะมาก ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเดิมๆ จึงใช้การคุยและบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่เพื่อให้ชาวบ้านเบื่อหน่าย และเน้นเรื่องและวิธีการที่สอดคล้องกัน

21. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. เน้นสร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วน
2. ต้องมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดตลอดกับทีมงาน
3. พัฒนารูปแบบวิธีการใหม่ๆ ต่อไป โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. ทีมงานทำงานเป็นทีม
5. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ส่วนที่ 4
ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. พันเอก นายแพทย์กัญญาพล วัฒนกุล
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย
รักษาการนายแพทย์ 10 ด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

1. การให้ตรวจ HbA1C ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย ในระดับการคัดกรองอาจไม่จำเป็น แต่ในการทำงานกับชุมชนแล้ว HbA1C เสียค่าใช้จ่ายสูงเกินไป มีตัวชี้วัดอื่นที่แทนได้หรือไม่
2. ควรแยกกิจกรรมเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสาระที่ต้องการถ่ายทอดที่แตกต่างกัน
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางสังคม ฐานะ เศรษฐกิจ การเข้าถึงการรักษา สารเสพติด
4. การประเมินผลในภาพรวมควรทำเพื่อเป็นการกระตุ้นสังคม ได้ข้อมูลเพื่อนำเสนอ ทำให้เกิดการเรียนรู้ เลียนแบบได้ การเจ็บป่วยลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และยังทำให้เกิดรูปแบบที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเรียนรู้ปัญหา และ เงื่อนไขที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ
5. การเรียนรู้ที่ได้ควรมีการประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย เช่น DASH diet ให้ผลดีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่จริง แต่ควรนำมาปรับให้เข้ากับแบบแผนการรับประทานอาหารของคนไทย
6. พิจารณาเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ถ้ามีประวัติการรักษาด้วยยาแล้ว ถือว่าคนนั้นเป็นโรคแล้ว
7. การประเมินพฤติกรรมควรร่วมกับตัวชี้วัดอื่นที่เป็นการประเมินผลทางการแพทย์
8. การจัดกิจกรรมที่มีความเป็นสหวิชาชีพมีความเป็นไปได้ทางวิชาการ แต่ในทางปฏิบัติแล้วเป็นไปได้ค่อนข้างน้อย
9. กลุ่มเสี่ยงให้คัดเอาผู้มีประวัติทางพันธุกรรมเข้ามาร่วมด้วย ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
10. กลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยจะไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
11. การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมมีการสร้างแรงจูงใจ เช่น ประกวด รางวัล สิทธิพิเศษต่างๆ
12. การสรุปรายโรคต้องเปรียบเทียบให้เห็นกิจกรรมที่ทำในแต่ละโรค
13. บทที่ 3 ควรให้ข้อมูลว่าแหล่งข้อมูลในการสืบค้นมีแหล่งใดบ้าง

14. การเลือก Best practice ทำอย่างไร และ เมื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลที่ review มาแล้วเป็นรูปแบบที่เสนอแนะให้กับคนไทย
15. ถ้าแยกเป็นกลุ่มเป้าหมายได้จะทำให้ข้อมูลชัดเจนมากขึ้น
16. การให้คำจำกัดความของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
17. ควรเพิ่มข้อจำกัดในการศึกษา
18. การสรุปขอให้อยู่บนพื้นฐานของการศึกษาที่ได้มา

ส่วนที่ 5

สรุปการสังเคราะห์รูปแบบการจัดกิจกรรม
ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 5.1
รูปแบบการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 5.1.1 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

องค์ประกอบของผู้ริเริ่มโครงการและบทบาทหน้าที่

พยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนซึ่งแจ้งต่อประชาคม โดยชี้แจงความเป็นมา ลักษณะของโครงการ ผลที่จะได้รับ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรม ส่วนผู้นำชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจร่วม และถ่ายทอดข้อมูลไปสู่ประชาชนในพื้นที่ เมื่อผู้นำชุมชนไปถ่ายทอดข้อมูลแก่ประชาชน ได้กลุ่มแกนนำที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมีดังนี้

1. มีเวลา ว่างงานคนอื่นได้
2. มีจิตใจทำเพื่อสังคม
3. ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน
4. อายุ 35 ปีขึ้นไป

วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม

ใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและอสม. ประชุมชี้แจงถ่ายทอดโครงการสู่ชุมชน คิดป้าย ประชาสัมพันธ์โครงการตามจุดต่างๆ เช่น สถานีอนามัย วัด เป็นต้น ใช้รถประชาสัมพันธ์โครงการ ให้ชุมชนรับรู้อย่างทั่วถึง ใช้การประชาสัมพันธ์แบบเคาะประตูบ้าน และใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน คือ วิทยุชุมชน/เสียงตามสายในหมู่บ้าน

วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา

1. การอบรมแบบเข้มข้นที่เน้นให้ปฏิบัติได้จริง เป็นเวลา 2 วัน
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล(ปลายนิ้ว) วัดรอบเอว และ ส่วนสูง

กิจกรรมวันแรก

เช้า

กิจกรรมละลายพฤติกรรม นำโดย อสม. มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ/ให้คำปรึกษา พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องต่างๆ

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน เมนูอาหาร และ การคิดพลังงานอาหาร

กิจกรรมที่ 2 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง self-help group

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างพลังใจ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความตระหนัก เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผลดีและยั่งยืน

กิจกรรมที่ 4 ทักษะในการสื่อสาร ถ่ายทอดข้อมูลสู่ประชาชน มีการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 4 กลุ่ม และให้ประเด็นในการนำเสนอ เป็นหัวข้อที่ต้องไปถ่ายทอดสู่ประชาชน มีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสฝึกในการนำเสนอ

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นำโดย อสม.

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกทักษะในการออกกำลังกาย

กิจกรรมวันที่สอง

เช้า

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นำโดย อสม.

กิจกรรมที่ 1

ฐานการฝึกปฏิบัติการประเมินสุขภาพตนเอง เป็นการฝึกการเจาะเลือด การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักตอนเช้า การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดรอบเอว การลงบันทึกผลในสมุดคู่มือประจำตัว

กิจกรรมที่ 2

การส่งเสริมด้านจิตใจ / อารมณ์ / สังคม

มีการประชุมของผู้เข้าร่วมอบรมแบ่งหน้าที่ในการดูแลตามพื้นที่เป็นสัดส่วน 1: 20

หมายถึงแกนนำ 1 คน ดูแลประชาชน 20 คน

3. หลังจากการอบรม 6 เดือน พยายามลงพื้นที่ในช่วงเดือนแรกทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงของแกนนำ โดยแยกตามพื้นที่ หลังจากคัดกรองแล้ว เมื่อพบว่า

โรคเบาหวาน

กลุ่มที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 110 แต่ต่ำกว่า 126 mg/dl เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็น

โรคเบาหวาน ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

กลุ่มที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 mg/dl สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

โรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มปกติ คือ มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 mmHg

กลุ่มที่ 2 กลุ่ม Prehypertension มีความดันโลหิตตัวบน 120-139 mmHg ความดัน

โลหิตตัวล่าง 80-89 mmHg เสี่ยงต่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย

ส่วนกลุ่มอื่นๆ คือ กลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว คือ มีความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 mmHg และความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 89 mmHg ส่งต่อเพื่อรับการรักษา

3. หลังจากอบรม 1 เดือน มีการประเมินความรู้เพื่อเข้ารับการอบรมเป็นระยะ booster การให้ความรู้ไม่ซ้ำกับการอบรมแบบเข้มข้น แต่เป็นการให้ความรู้เสริมหลังจากที่ไปปฏิบัติแล้วมีคำถาม หรือ การปฏิบัติในส่วนตัวที่ไม่แน่ใจ ก็เป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติม และฝึกทักษะเพิ่มในการให้ความรู้

4. กลุ่มแกนนำเป็นผู้กระตุ้นให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือประจำตัว เดือนละ 1 ครั้ง ในรายที่ไม่ได้ทำการบันทึกหรือบันทึกสม่ำเสมอ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผลดี ทำการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยแกนนำทุก 1 เดือน ถ้ายังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ทำการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำและพยาบาลทุก 1 เดือน ในรายที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทำการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำทุก 3 เดือน

5. ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยพยาบาลทุก 3 เดือน (ประเมินจากน้ำหนักตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด)

6. จัดเวทีสาธารณะเสนอผลการดำเนินงานให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์ ผลการดำเนินงาน

การสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง

มีกิจกรรมที่ช่วยสร้างความร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีทักษะและความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง โดยการสร้างการทำงานเป็นทีม ให้รางวัลทีมกลุ่มเสี่ยง (ตามพื้นที่ที่แกนนำดูแล) ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีเด่น และ ให้รางวัลอาสาสมัครผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงดีเด่น

การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ

มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ ไม่ได้ระบุความถี่ แต่มีการประเมินอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การซักถามเมื่อพบกัน หรือ เมื่อแกนนำจะปฏิบัติงานก็จะเชิญทางสถานีอนามัยเข้าร่วม

การสร้างทีมงานในการดูแลผู้ป่วย

มีการแบ่งงานชัดเจน แกนนำ 1 คน ดูแลประชาชน 20 คน มีการวางแผนการดำเนินงานและดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ เป็นการสร้างข้อตกลงของแกนนำกันเองว่าจะทำอะไรบ้าง (ตามแนวทางการจัดกิจกรรม)

วิธีการนัดมาตรวจตามนัด

ติดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการตามจุดต่างๆ เช่น สถานีอนามัย วัด เป็นต้น ใช้รถประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนรับรู้อย่างทั่วถึง ใช้การประชาสัมพันธ์แบบเคาะประตูบ้าน และใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน คือ วิทยุชุมชน/เสียงตามสายในหมู่บ้าน

การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายมีสมุดบันทึกประจำตัวที่ต้องบันทึกด้วยตนเองทุกเดือน ส่วนกลุ่มแกนนำมีสมุดบันทึกผู้เข้ารับบริการ

วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. การมีกิจกรรมต่อเนื่อง
2. แกนนำชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันที่ต้องการสร้างชุมชนให้เป็นชุมชนตัวอย่าง
3. กิจกรรมต้องจัดในเวลาที่เหมาะสม ไม่เสียเวลาทำงาน
4. แกนนำต้องเป็นแม่แบบหรือประพฤติตนเองให้น่าเชื่อถือ

วิธีการสื่อสารภายในกลุ่ม

การสื่อสารภายในกลุ่มเป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่ผ่านผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นแกนนำ หลังจากนั้นผู้นำชุมชนถ่ายทอดข้อมูลสู่แกนนำ และแกนนำเผยแพร่ข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองดูแล หรือใช้ป้ายประชาสัมพันธ์เผยแพร่ตามสถานที่ต่างๆ

วิธีประเมินผลโครงการ

ประเมินการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล(ปลายนิ้ว) วัดรอบเอว และส่วนสูงโดยการทำของแกนนำที่เข้ารับการอบรม

ประเมินด้านการสร้างความตระหนักของชุมชน ชุมชนสนับสนุนเครื่องมือในการคัดกรองโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง คือ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. ชุมชนมีทุนทางสังคมที่ดี คนมีความพร้อม
2. กลุ่มแกนนำมีพลัง เนื่องจากเคยปฏิบัติงานร่วมกันมาก่อน
3. ความตั้งใจ มีเป้าหมายร่วม ต้องการให้ชุมชนเป็นชุมชนตัวอย่าง
4. การประสานของกลุ่มแกนนำ เรียนรู้ร่วมกัน สร้างแรงจูงใจในการทำงาน เขาทำได้ เราก็ทำได้

ส่วนที่ 5.1.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในประเทศไทย

วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ

1. เป็นผู้ที่มิดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน และ
2. มีประวัติไขมันในเลือด หรือความดันโลหิตสูง

วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม

1. การปฏิบัติเป็นตัวอย่างในการทำกิจกรรม
2. มีการจัดกิจกรรมประกวดความสำเร็จในการ "ลดพุง ลดโรค" โดยผู้ที่ลดน้ำหนัก รอบเอวได้มากจะได้รับรางวัล
3. ผู้ดำเนินโครงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เข้าร่วมโครงการ

แนวทางในการพัฒนากิจกรรม

แนวทางในการพัฒนากิจกรรมนั้นยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งเป็นแนวทางจากกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา (ทั้งโครงการ)

ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นประมาณ 10 เดือน โดยเดือนที่ 1 จัดกิจกรรมเปิดโครงการ "ลดโรค ลดพุง" โดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย (กิจกรรมกลุ่ม)

1. การให้ความรู้ในเรื่องอาหาร ใช้เวลา 2.5 ชั่วโมง
เนื้อหาประกอบด้วย การนับแคลอรีของอาหารและปริมาณอาหารที่ควรจะได้รับ ชนิดของอาหารทดแทน ธงโภชนาการ
2. การให้ความรู้เรื่องออกกำลังกาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
3. กิจกรรมการรำไทเก๊กและการหายใจ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง
4. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
5. วัดรอบเอวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
6. จัดการแข่งขันอาหารเพื่อสุขภาพ (เมนูสุขภาพ)
7. มีแผนการติดตาม ต่อเนื่อง

เดือนที่ 5 ผู้ดำเนินโครงการฯ เชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในผู้ที่สนใจหรือผู้มีปัญหาในการทำกิจกรรม เป็นรายบุคคล

เดือนที่ 10 จัดกิจกรรมปิดโครงการ

* ทุกเดือนจะทำการติดตามผล โดยผู้ดำเนินโครงการเป็นจำนวน 2 ครั้ง ตลอดทั้งโครงการ

การประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการ

ผู้ดำเนินโครงการฯ ทำการประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของโครงการจากตัวชี้วัดซึ่งได้แก่นักและรอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการ 2 ครั้ง/เดือน เป็นเวลา 10 เดือน

การสร้างทีมงาน

มีการแบ่งเป็น 2 ทีมงาน คือ ทีมงานผู้ดำเนินการ และ ทีมงานที่อำนวยความสะดวก โดยที่ทีมงานผู้ดำเนินการจะดูแลในการให้บริการทางสุขภาพรวมถึงคำแนะนำด้านวิชาการ ในขณะที่ทีมงานอำนวยความสะดวกจะทำหน้าที่ประสานงาน รวมถึงการกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรม

การจัดระบบทะเบียนการนัดหมาย

ข้อมูลประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมควรถูกบันทึกเก็บเป็นแฟ้ม ทำการประมวลผลเป็นระยะๆ และรายงานให้ทีมทางโรงพยาบาลทราบ

วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ใช้กลุ่มผู้ที่มีพลังในชุมชน เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อสม. เป็นแกนนำ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ประชาชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยการที่ท่านเหล่านั้นเป็นแบบอย่างในการออกกำลังกาย หรือลดน้ำหนัก รวมถึงการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการลดน้ำหนัก

วิธีประเมินผลโครงการ

ประเมินผลจากการลดน้ำหนักและรอบเอว

ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และมีวิธีการแก้ไข

เนื่องจากกิจกรรมเป็นกิจกรรมระยะยาว อาจทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่จนทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง ซึ่งแก้ไขได้โดย

1. ผู้ที่มีพลังในชุมชน เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อสม. เป็นผู้กระตุ้น
2. นัดให้มีตรวจสุขภาพเป็นกลุ่ม ดังนั้นในระหว่างที่รอการตรวจสุขภาพ ผู้เข้าร่วมจะมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก (self-help group)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. นโยบายของชุมชนที่เข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ
2. ทีมงานทุกฝ่ายมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น
3. ประชาชนมีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และให้ความสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
4. การมีสัมพันธ์ภาพที่ระหว่างผู้บริหาร ผู้ดำเนินโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 5 .2
รูปแบบการจัดกิจกรรม
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 5.2.1 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ในประเทศไทย

รูปแบบ	เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล
ระยะเวลา	มีความหลากหลายตั้งแต่ 3 สัปดาห์ จนถึง 1 ปี แต่ควรมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระยะ 3, 6, 12 เดือน และระยะติดตามผลหลังจากนั้น 1 ปี
แนวคิดในการจัดกิจกรรม	<p>เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และการลด/เลิกสูบบุหรี่ (ในกรณีในกลุ่มเป้าหมายสูบบุหรี่)</p> <p>ในกรณีที่พฤติกรรมเป้าหมายเป็นการลด/เลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model)</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือ อาสาสมัคร</p> <p>ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม</p>
เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน type 2 หรือ มี Plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือ น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m²) หรือ รอบเอวมมากกว่าเกณฑ์ปกติ (ชาย > 90 เซนติเมตร หญิง > 80 เซนติเมตร)</p>
การประเมินความสำเร็จกิจกรรม	<p>แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ</p> <p><u>ชนิดที่ 1</u> การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C OGTT น้ำหนัก รอบเอว โคลเลสเตอรอล LDL Triglyceride ความดันโลหิต (ความดันโลหิตตัวล่าง)</p> <p>โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด</p> <p><u>ชนิดที่ 2</u> การประเมินผลจากความเจ็บป่วย เช่น สุขภาพจิต โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต HADS</p>
จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม	<p>อย่างน้อย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ต่อเนื่อง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 40 นาที ถึง 1 ½ ชั่วโมง และมีกิจกรรมในระยะติดตามผลหลังจาก</p>

จัดกิจกรรมอย่างน้อย 2-3 เดือน/ครั้ง

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร เน้นที่ผัก > 5 serving/วัน ผลไม้ 2 serving/วัน อาหารที่มีกากใย 30 กรัม
พลังงานที่ได้จากไขมัน < 30% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และพลังงานที่ได้จาก
ไขมันอิ่มตัว < 10% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) ประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สร้างแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน

อาหารและการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

อุปสรรคต่อการบริโภคอาหาร ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก วางแผนการ
เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเอง

สื่อที่ใช้ควรเป็นคู่มือ มีรูปภาพประกอบให้เห็นชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของ
อาหาร

ครั้งที่ 3 (กลุ่ม) การเลือกทำ/ซื้ออาหารสุขภาพที่เหมาะสม การรู้จักอารมณ์ และ
ความเครียดกับการกิน การรู้จักสถานการณ์เสี่ยงและการจัดการกับการรับประทาน
อาหารมากเกินความต้องการ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย เช่น การพัฒนา
ทักษะในการปรุงอาหารของผู้ประกอบการ การขายอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ

ครั้งที่ 4 (กลุ่ม) การให้ความรู้วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 30
นาทีต่อครั้ง และ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบ่อยครั้งกว่านั้น ในแต่ละครั้งให้อัตรา
การเต้นของหัวใจเพิ่ม 65%-70%

ครั้งที่ 5 (กลุ่ม) ฝึกความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 6 (กลุ่ม) ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด สะท้อนการปฏิบัติ ประเมินหลังเข้าร่วม
กิจกรรม

ระยะติดตามผล

โทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ญาติ หรือ
เพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้แรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
มีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินค่าเฉลี่ยของการมีกิจกรรมทางกายและการได้รับ
สารอาหาร ประเมินการเปลี่ยนแปลงในเดือนที่ 0, 3, 6, 12 ทุกครั้งที่เยี่ยม
กลุ่มเป้าหมายต้องจดบันทึกอาหารล่วงหน้าเป็นระยะเวลา 3 วัน และมีการให้

ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนาปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เฉพาะในการ
เยี่ยมเดือนที่ 6 และ 12 มีการประเมินน้ำหนัก รอบเอว และความดันโลหิต

การประเมินผล

การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น HbA1C OGTT
น้ำหนัก รอบเอว โคเลสเตอรอล (LDL Triglyceride) ความดันโลหิต (ความดัน
โลหิตตัวล่าง)

ส่วนที่ 5.2.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย

รูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล

ระยะเวลา มีความหลากหลายตั้งแต่ 6 สัปดาห์ จนถึง 1 ปี มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงใน
ระยะ 4 เดือน และระยะติดตามผลหลังจากนั้น 2 ปี

แนวคิดในการจัดกิจกรรม

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ
ลด/เลิกสูบบุหรี่

ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่
การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การเสริมสร้าง
แรงจูงใจในการป้องกันโรค (Health Protection Motivation Theory)

ในกรณีที่พฤติกรรมเป้าหมายเป็นการลด/เลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีที่เหมาะสมในการ
นำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical
model)

กลุ่มเป้าหมาย

วัยกลางคนและผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ความดันโลหิตสูง (SBP>160 mmHg; DBP > 90 mmHg)

น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m²)

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับเกณฑ์อื่นๆ ได้แก่ ประวัติการรักษาด้วยยา ประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เกณฑ์พิจารณาขึ้นกับ
วัตถุประสงค์ของโครงการว่าลดปัจจัยเสี่ยง หรือจะควบคุมระดับความดันโลหิตโดยลดพฤติกรรม
เสี่ยง และส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี

การประเมินความสำเร็จกิจกรรม

แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความดันโลหิต
น้ำหนัก รอบเอว โคลเลสเตอรอล

โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหา
ระดับไขมันในเลือด

ชนิดที่ 2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา

ชนิดที่ 3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 4 สัปดาห์จนถึง 2 ปี ซึ่งในการจัดกิจกรรมมีทั้งศึกษาและมีการติดตามผลเพื่อดูความคงทนของกิจกรรมตั้งแต่ระยะเวลา 4 เดือน 6 เดือน 1 ปี จนถึง 2 ปี

โปรแกรมระยะสั้น โดยเฉลี่ย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์

โปรแกรมระยะยาว โดยเฉลี่ย 15-16 ครั้ง และจัด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน)

ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน)

ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน)

เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์

ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน)

การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์

คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน

งดเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดัน

โลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

ครั้งที่ 2 นักกายภาพให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อหัวใจและหลอดเลือด

แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับหัวใจและหลอดเลือด การว่ายน้ำ การฝึก

แอโรบิก การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายโดยวิธีแบบแอโรบิกที่มีระดับ

ความหนักปานกลาง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปไม่น้อยกว่า 30 นาที ทั้งนี้

มีการปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เช่น ในโรงงานใช้การวิ่ง การเดิน

หรือในชุมชนจะจัดโครงการให้มีการออกกำลังกายที่ศูนย์ ฟิตเนส

ครั้งที่ 3 จัด group counseling นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยเน้นการลดเกลือและไขมันเพิ่มไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก เน้นอาหารที่เป็น monosaturated fatty acid

ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือน้อย วิธีการทำอาหารสุขภาพและทางเลือกอื่นๆ ในการเตรียมอาหารมีทั้งจัดเป็นเมนู จัดเป็นคู่มือ และจัดรายการอาหาร

ครั้งที่ 5 นักจิตวิทยาสอนเทคนิคการคลายเครียด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดผ่อนคลาย

ครั้งที่ 6 สรุปรการจัดกิจกรรมโดยแพทย์ นักกายภาพ นักโภชนาการ และกลุ่มประชุมร่วมกัน

ระยะติดตามผล

ระยะสนับสนุนครั้งที่ 1

เป้าหมายส่งเสริมผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บรรลุเป้าประสงค์วิถีชีวิตสุขภาพที่ดีมีการเปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนในกลุ่ม นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด การลดน้ำหนัก นอกจากนี้มีการสนับสนุนโดยใช้กลุ่มญาติ เพื่อน ในการร่วมกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมต่อเนื่อง

ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2

จัด 2 วันระหว่างสัปดาห์ กิจกรรมคล้ายระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 แบ่งกลุ่มละ 2-4 คน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิต นำมาวางแผนทางการดำเนินชีวิตและอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเป็นการสะท้อนการปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในระหว่างทำกิจกรรมผู้เข้าร่วมควรได้รับการกระตุ้นโดยใช้สื่อไปรษณีย์ เช่นจดหมาย เกี่ยวกับประเด็นหัวข้อที่อภิปราย และเป้าหมายของแต่ละบุคคลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม

การจัดกิจกรรมเน้นบทบาทการให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน เรื่อง

การให้คำปรึกษาการจัดอาหาร การจัดอบรมการออกกำลังกาย การให้บริการคลายเครียด การติดตามเยี่ยมบ้านและใช้ติดตามทางไปรษณีย์ เพื่อสร้างเสริมทักษะการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีนี้ในระยะติดตามประเมินผลในระยะสิ้นสุดโครงการ และความคงทนต่อเนื่องของกิจกรรม

ข้อสังเกตที่สำคัญ

การจัดกิจกรรมโดยบุคลากรสาธารณสุข จะใช้เป็นแผนปฏิบัติการรายบุคคลอย่างละเอียด และใช้การวางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตัดสินใจในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลร่วมด้วย โดยเฉพาะในส่วนของทำให้คำแนะนำสะท้อนกลับในระยะติดตามผล

ในระดับองค์กร หรือสถานประกอบการ ใช้การส่งเสริมสนับสนุนทั้งจัดสถานที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมในโรงอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย จัดสิ่งแวดล้อมในโรงงาน เช่น ทางเดิน การจัดสถานที่ติดโปสเตอร์กระตุ้นความรู้ ความสนใจ และการจัดเมนูอาหารสุขภาพที่โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นต้น

การประเมินผล

มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม โดยมีระดับค่า BMI ลดลง ค่าระดับความดันโลหิตลดลง มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีความรู้และความสามารถในการเรื่องที่ได้รับคำแนะนำและสอนภายหลังสิ้นสุดโครงการเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามในระยะความคงทนของกิจกรรม

ส่วนที่ 5.2.3 สรุปแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

องค์ประกอบของผู้ริเริ่มโครงการ และบทบาทหน้าที่

อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำออกกำลังกาย และพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่เป็นกลุ่มผู้ริเริ่ม มีการชี้แจงข้อมูลโครงการให้แก่กลุ่มเป้าหมายรับทราบ และให้กลุ่มเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ในระยะเริ่มแรกเน้นที่กลุ่มผู้นำ เนื่องจากต้องการแกนนำในการเผยแพร่ข้อมูล และเป็นต้นแบบที่ดี

รูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลัง และมีการเปรียบเทียบในระยะติดตามผล

ระยะเวลา มีความหลากหลายตั้งแต่ 7 สัปดาห์ จนถึง 1-3 ปี ส่วนใหญ่ดำเนินการประมาณ 1 ปี มีการประเมินความคงทนของพฤติกรรม อย่างน้อย 2 สัปดาห์

แนวคิดในการจัดกิจกรรม

เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ chronic care model

การมีแนวคิดสุขภาพบุคคลที่ต้องอาศัยความร่วมมือในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีองค์ประกอบของการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทั้งทางกายภาพ และสังคม ร่วมกับการมีบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยการสร้างความสามารถส่วนบุคคลนั้นเป็นฐานรากของการพัฒนา เสริมสร้างพลังของระดับกลุ่ม และชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

วัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ (ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

ไม่แยกเพศชายหญิงในการทำกิจกรรม

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เป็นผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยา

โรคเบาหวาน มี Albumin/creatinine ratio \geq 3.4 g/mol

BMI สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ประวัติการสูบบุหรี่

การประเมินความสำเร็จกิจกรรม

แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ

ชนิดที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชนิดที่ 2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก เช่น การลดปริมาณที่รับประทาน การรับประทานอาหาร (แบบบันทึกการรับประทานอาหาร) การออกกำลังกาย (แบบบันทึกการออกกำลังกาย) และการลดน้ำหนัก

ชนิดที่ 3 การประเมินผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต BMI รอบเอว โคเลสเตอรอล โดยประเมินจากการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือด เพื่อหาระดับไขมัน และคุณภาพชีวิต

ชนิดที่ 4 การประเมินความเจ็บป่วย เช่น ด้านจิตใจ โดยใช้ แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination) ด้านการทำงานของร่างกายใช้แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index) และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index)

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการจัดกิจกรรม

ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 12 สัปดาห์จนถึง 6 เดือน กระตุ้นเตือนประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน

แนวทางการจัดกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก
อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน)

ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน)

ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน)

เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์

ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน)

การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์

คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน

งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม (กลุ่มผู้ป่วย)

- ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย เป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่ม มีการแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาด้วยตนเอง มีการนำญาติหรือเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหาร จัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (จัดประชุม/อบรม)
- ครั้งที่ 3 ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย 1-2 ชั่วโมงเน้นที่การออกกำลังกายระดับปานกลาง และเป็นการออกกำลังกายสะสมใน 1 สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ระยะเวลา และความถี่ที่เหมาะสม ชมรมออกกำลังกายมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง (3 วันต่อสัปดาห์)
- ครั้งที่ 4 ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการเลิกบุหรี่ แต่มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องการรับประทานอาหารในระดับบุคคล ให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลในชุมชน
- ครั้งที่ 5 สรุปการจัดกิจกรรมโดยแพทย์ นักกายภาพ นักโภชนาการ และกลุ่มประชุมร่วมกัน กิจกรรมพันธะสัญญาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคตามนโยบายของหมู่บ้าน

ขั้นตอนการทำกิจกรรม (กลุ่มผู้ดูแล)

- ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรอคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยต้องลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย
- ครั้งที่ 3 ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย
- ครั้งที่ 4 อบรมเทคนิคให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย และการเลิกบุหรี่
- ครั้งที่ 5 สร้างกลุ่มสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระดับชุมชน

มีการสร้างนโยบายของชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

ส่งเสริมการออกกำลังกาย จันทร์ พุธ ศุกร์

สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น อาหารสุขภาพ

ส่งเสริมศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ ประกวดเมนูอาหาร ประกวดแกนนำ (บุคคล)

และ ประกวดหมู่บ้านที่ลดน้ำหนัก รอบเอวได้มากที่สุด (ชุมชน) และการประกวด

ระดับอำเภอ

ระยะติดตามผล

เป็นการให้ความรู้ระดับบุคคล ให้คำแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรคและประเมินการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ วัดความดันโลหิต ชั่ง น้ำหนัก ระยะเดือนแรกควรได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับความหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมิน อาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดกิจกรรมประกวดหุ่นสวย สมวัย ผู้มีสุขภาพดี

ข้อสังเกตที่สำคัญ

ในระดับองค์กร หรือสถานประกอบการ ใช้การส่งเสริมสนับสนุนทั้งจัดสถานที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม Point of purchase advertising menus ดิจิทัลโต๊ะอาหารในห้องอาหาร ปรับการเสิร์ฟซอสที่มีโซเดียมต่ำ ใช้สติกค์ผักที่มีแคลอรีต่ำ จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ เผยแพร่พลังงานอาหารที่ได้รับที่โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นต้น

วิธีการสร้างความร่วมมือของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การมีกิจกรรมต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้

การประเมินผล

ทำการประเมินหลังจากให้กิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเดือนแรก ต่อมาทุก 2 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน และเดือนละ 1 ครั้งทุกเดือน โดยประเมินด้าน

- ผลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory measurement) เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ระดับไขมันในเลือด
- การเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive-behavioral measurement) เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารและออกกำลังกายและในการรับการรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คุณภาพชีวิต
- การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical measurement) เช่น น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย

- (BMI) รอบเอวหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและโปก ค่าความดันโลหิต

ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหา

มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ เช่น ผู้นำขาดการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง แต่เมื่อพยาบาลเข้าไปติดตามการดำเนินงาน ก็มีการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เครื่องเสียงไม่มี หรือ บางหมู่บ้านที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ต้องย้ายที่ทำกิจกรรมบ่อยแก้ไขโดยให้แต่ละกลุ่มแยกกันออกกำลังกาย แต่มีการกำหนดทำออกกำลังกายให้เหมือนกัน และถ้ามีโอกาสก็ซ้อมร่วมกัน ส่วนใหญ่วิธีการที่ใช้คือการพูดคุยปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ใหญ่บ้านที่เป็นสมาชิกกลุ่มแกนนำเข้าร่วมด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ

1. ความพร้อมของบุคลากรการเป็นตัวอย่าง
2. ความเข้มแข็งของชมรมผู้นำการออกกำลังกาย
3. ได้รับการสนับสนุนจาก อบต. และชุมชน
4. กิจกรรมต่อเนื่อง มีการติดตามการดำเนินงาน และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากการรวบรวมและวิเคราะห์การศึกษารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในและต่างประเทศ ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

การดูแลเน้นที่การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ลดอาหารประเภทแกงกระเทียม ของทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด รณรงค์อาหารประเภทยา แกงจืด หรือต้มยำใส (ไม่ใส่กะทิ) เช่น ยำมะม่วง ปลาต้มสมุนไพร แกงจืดวุ้นเส้น เป็นต้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ติดต่อกันครั้งละอย่างน้อย 40-45 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขควรรได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะในการประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การวัดรอบเอว การชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง การวัดความดันโลหิต

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน) ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน) ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน) เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน) การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ คาเฟอีน ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติดหวาน

การจำกัดเกลือโซเดียมถือเป็นขั้นแรกในการลดระดับความดันโลหิตเนื่องจาก โซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกาย และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัม หรือ รับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัม

หรือประมาณ 1 ซ่อนชาต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีความดันโลหิตตัวล่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรเลือกการจำกัดเกลือโซเดียมเป็นขั้นแรกในการลดระดับความดันโลหิต

การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนทางสรีรวิทยามีสมมติฐานเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินที่ส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินจะไปกระตุ้นที่ระบบประสาท Sympathetic มากขึ้นส่งผลให้การควบคุมของน้ำและเกลือเพิ่มสูงขึ้น ระดับความดันโลหิตก็สูงขึ้นด้วย ระดับความดันโลหิตสูงจะลดลงได้ถ้ามีการลดหรือควบคุมน้ำหนัก (Hall, 2003 อ้างใน สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550)

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการเพิ่มของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงในผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง การออกกำลังกายยังมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน คนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กิจกรรมเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคร่วมกับการออกกำลังกาย
อาหาร เน้นที่ผัก > 5 serving/วัน ผลไม้ 2 serving/วัน อาหารที่มีกากใย 30 กรัม พลังงานที่ได้จากไขมัน < 30% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และพลังงานที่ได้จากไขมันอิ่มตัว < 10% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารเป็นการลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วน หรือชนิดของอาหารเพื่อให้น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาล และรักษาสุขภาพให้ปกติ (วิทยา ศรีดามา, 2543: 65) อาหารจำพวกแป้งที่มีใยอาหารอยู่ด้วย โดยเฉพาะข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ธัญพืช หรือขนมปังที่ทำจากแป้งที่ไม่ได้ขัดสี ซึ่งจะมีใยอาหารอยู่มาก ใยอาหารจะช่วยชะลอการย่อยและการดูดซึมอาหารจากลำไส้ ซึ่งช่วยลดน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ (เทพ หิมะทองคำ, 2544: 75) อาหารเหล่านี้มีแคลอรีต่ำ นอกจากนั้นยังมีกากอาหารที่เรียกว่าไฟเบอร์ซึ่งทำให้การดูดซึมอาหารลดลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ น้ำตาลชนิดต่างๆ เป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทที่ไม่มีใยอาหารได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลปี๊บ น้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชนิดต่างๆ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ลูกกวาด เยลลี่ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้ เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเป็นอันตรายได้ โปรตีนควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดีจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา โดยเลือกรับประทาน

เนื้อสัตว์ที่เป็นก้อนๆ ไม่ติดหนังและมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต หรือ ไข่แดง เพื่อป้องกันระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน ควรเลือกให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกาย และความสนใจของผู้ป่วย ซึ่งการออกกำลังกายควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง เวลาใช้ประมาณ 30-40 นาที (วรรณิ นิธิยานันท์, 2539: 35) ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) เป็นสิ่งที่จะสร้างเสริมความอดทน (Aerobic fitness) สามารถวัดโดยอัตราการหายใจออกซิเจน โดยวัดจากอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 ลบด้วยจำนวนอายุเป็นปี

กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

การดูแลเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก อาหาร ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน) ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน) ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน) เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน) การรับประทานเนื้อแดง ไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ กาแฟ ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน **การออกกำลังกาย** การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ อาการความดันโลหิตสูง การมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งจะรบกวนการไหลเวียนของเลือด และส่งผลให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ หัวใจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยแสดงอาการเจ็บหน้าอกที่เรียกว่า angina pectoris หรือมีอาการแน่นหน้าอก และถ้ายังคงมีการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดก็จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หรือ heart attack ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาอาการหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานอย่างหนักในการสูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กลง ซึ่งจะทำให้เกิดการทำลายหัวใจในเวลาต่อมา ดังนั้นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจมีการถูกทำลายอย่างต่อเนื่องนี้จึงเรียกว่า ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (Chronic heart failure) การดูแลส่วนใหญ่จึงคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการลดปริมาณการบริโภคโซเดียม ร่วมกับการลดน้ำหนัก เนื่องจากไขมันและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากไขมันสูง ปริมาณเส้นใยอาหารต่ำ ก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเช่นกัน โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดกิจกรรม

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

อาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง <li style="padding-left: 20px;">การรับประทานอาหาร <li style="padding-left: 20px;">การออกกำลังกาย
	<ul style="list-style-type: none"> - วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค โดยเน้นที่ลดอาหารประเภท <li style="padding-left: 20px;">แกงกระทิ ของทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด <li style="padding-left: 20px;">ธัญพืชอาหารประเภทยา แกงจืด หรือต้มข้าวใส (ไม่ใส่กะทิ) เช่น ยำมะม่วง <li style="padding-left: 20px;">ปลาต้มสมุนไพร แกงจืดวุ้นเส้น เป็นต้น
การออกกำลังกาย	<p>เน้นการออกกำลังกายติดต่อกันครั้งละอย่างน้อย 40-45 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง หรือเป็นการออกกำลังกายแบบสะสม อย่างน้อย 120 – 130 นาที</p>

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เน้นการจำกัดเกลือ โซเดียม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน) - ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน) - ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน) - เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ - ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน) - การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ - กาแฟอื่น ≤ 4 serving/วัน - แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน
การออกกำลังกาย	<p>เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ติดต่อกันครั้งละอย่างน้อย 40-45 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง</p>

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เน้นการลดน้ำหนัก โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นที่ผัก > 5 serving/วัน อาหารที่มีกากใย 30 กรัม - ผลไม้ 2 serving/วัน - พลังงานที่ได้จากไขมัน < 30% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด - พลังงานที่ได้จากไขมันอิ่มตัว < 10% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด
การออกกำลังกาย	เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เน้นจำกัดโซเดียมและการลดน้ำหนัก โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคร่วมกับการออกกำลังกาย

อาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน (ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกรดเกลือ ≤ 42 mEq/วัน) - ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต (ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน) - ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว (ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน) - เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ - ผักที่มีกากใย (ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน) - การรับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ - กาแฟอื่น ≤ 4 serving/วัน - แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน - งดเครื่องดื่มที่มีรสชาติดหวาน
การออกกำลังกาย	เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้างนี้ มีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาและข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านการบริการ

1. การนำรูปแบบที่ได้และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากโปรแกรมใช้เวลาในการเรียนรู้ในช่วงเวลาสั้นๆแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที เป็นจำนวน 4-6 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยเป็นบุคคลทั่วไปสามารถเรียนรู้โดยการนำประสบการณ์ซึ่งเป็นผลเชิงประจักษ์มาเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เข้าใจง่ายและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ควรมีการคำนึงถึงสิ่งต่างๆดังนี้

1.1 การนำประสบการณ์ของผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และถือว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้วยตัวเอง

1.2 ผู้ดำเนินการและผู้เรียนรู้มีความสำคัญเท่ากัน และต้องสร้างสัมพันธภาพโดยการเรียนรู้ร่วมกันให้การยอมรับความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยอยู่บนพื้นฐานความจริงใจและความหวังดีต่อกัน

1.3 สื่อและอุปกรณ์การสอนต้องกระชับ และขนาดอักษรใหญ่พอเหมาะที่จะสื่อการเรียนรู้ เน้นการใช้รูปภาพมากกว่าตัวหนังสือ รูปภาพต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ดำเนินอยู่ รวมถึงสภาพแวดล้อมต้องเอื้อต่อการเรียนรู้ เช่นการกระตุ้นให้กลุ่มพูดคุยกันในกลุ่ม ไม่จับคู่คุยกันเอง มีการปรบมือและให้คำชมเชยสำหรับผู้ที่แสดงความคิดเห็นในทางที่ดี ในทางกลับกันสำหรับผู้แสดงความคิดเห็นในเชิงลบไม่ควรติเตียน ควรจะสอดแทรกข้อเสนอแนะความรู้และชี้ให้เห็นถึงผลลบที่ตามมา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการเสริมสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้และเกิดผลสัมฤทธิ์ดีขึ้น

2. การผ่อนคลายในช่วงพักระหว่างกิจกรรมในช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 5-10 นาที โดยการยืดเหยียดก็เป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและมีสมาธิในการทำกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่การนั่งทำกิจกรรมนานๆทำให้เกิดการปวดเมื่อยซึ่งควรจะมีการปรับเปลี่ยนอริยาบทบ้าง

ด้านการศึกษา

การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน จะเป็นการสร้างรูปแบบในการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นที่การให้ความรู้ระดับบุคคลเป็นการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรค และการให้ความรู้รายกลุ่มเน้นที่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เหมาะสำหรับข้อมูลที่น่าไปใช้เพื่อประยุกต์ในการดำเนินชีวิต การสร้างระบบติดตามที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการคัดกรอง และ การให้คำแนะนำแต่ละกลุ่ม กลุ่มเสี่ยงเน้นที่การเข้าถึงบริการที่เหมาะสม กลุ่มผู้ป่วยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง โดยใช้การเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ร่วมกับพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาถึงการประยุกต์รูปแบบที่ได้กับผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ควรมีการแบ่งบทบาทให้ชัดเจน เช่น ในกิจกรรมครั้งนี้ใครเป็นผู้นำกลุ่มในการสรุปผู้นำในการอภิปรายกลุ่มไม่ควรเป็นคนเดิมจากกิจกรรมที่ผ่านมา ขณะทำกิจกรรมมีการกระตุ้นเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายกันได้อย่างลึกซึ้ง

ด้านวิธีการ

แนวทางการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผล ควรมีการใช้รูปแบบในการติดตามที่ครอบคลุมในการกระตุ้นเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

ด้านกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันของบุคคลในครอบครัว เช่น ผู้ดูแลและผู้ป่วย เพราะจะได้มีการรับรู้และเข้าใจพร้อมที่จะร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางเดียวกัน เกิดความพึงพอใจทั้งในส่วนผู้ดูแลและผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นสิ่งที่ได้จากการสืบค้นงานวิจัยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด) ในฐานข้อมูล Pubmed SCOPUS และ ฐานข้อมูลสกววิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพของประเทศไทย โดยการใช้คำสำคัญ คือ โปรแกรม/Intervention และ ชื่อโรค และ ชื่อประเทศ การสืบค้นที่ได้ส่วนใหญ่จึงเป็น Clinical base

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต ชมสมท.(2535). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนงานสาธารณสุข. (2544). *ส่วนข้อมูลสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2537). *โรคหัวใจหลอดเลือดและเบาหวาน*. เอกสารการสอนวิชาโรคไม่ติดต่อ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. (2542). โรคเบาหวาน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 14(1), 50-61.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2552 สืบค้นจาก <http://www.ksp.or.th/upload/301/files/280-9056.doc>
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis)*. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอคเวอร์ไทท์ซิงกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และ สุวิมล ว่องวานิช. (2541). *การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- นิตย์ เสรยศ และ สุภาวดี ลิมปพานนท์.(2540). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล* :1(1) :92-96
- เทพ หิมะทองคำ รัชตะ รัชตะนาวิณ และธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ). (2543). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
- ประเพียร ทัพพะสุต. (2543). ผลของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. *ลำปางเวชสาร* ; 21(1) :29
- ปิยะนุช รักพานิชย์.(2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด: การปฏิบัติตัว*.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- พงษ์อมร บุญนาค. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- พูนศิริ อรุณเนตร. (2541). ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ยุพาพิน ประสารอริคม. (2535). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตาม แนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนะ คล้ายดี. (2530). ประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลจันทบุรี และสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลยา ตันตโยทัย และ อติสัย สงดี. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 4 . กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- วิภาวรรณ ลิ้มเจริญ. (2542). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้าน สุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชน กลุ่มเสี่ยงในตำบลโสนลอย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาดา. (2545). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีพัฒน์ พัฒโนภาย. (2542). การศึกษาถึงสาเหตุของการไม่สามารถควบคุมอาหารและ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และการกำหนดแนวทาง ที่เหมาะสม. วารสารวิชาการเขต, 10(4), 9-13.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดาพร ดำรงค์วานิช. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรุณี รัตนพิทักษ์. (2535). ผลของการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อการควบคุมเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราพร บุญเย็น. (2536). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิง (ต่างประเทศ)

- Cameron, A.J. et al. (2003). Overweight and obesity in Australia: The 1999-2000 Australian Diabetes, Obesity and lifestyle study (AusDiab). *Medical Journal of Australia*, 178, 427-432.
- Centers for Disease and Control and Prevention (n.d.). Health data interactive: Mortality by underlying cause, ages 18+: US/State, 2000-2005 (Source: NVSS). Retrieved June 10, 2009 from <http://205.207.175.93/HDI/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=566>
- Centers for Disease and Control and Prevention (n.d.). Incidence of Diagnosed Diabetes per 1,000 Population Aged 18–79 Years, by Age, United States, 1980–2007. Retrieved June 10, 2009 from <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/incidence/fig3.htm>
- Clark, M.J. (1996). *Nursing in the community* (2nd Ed.) (p' 11). Stamford; CT: Appleton & Lange.
- Edelman, C.L. & Mandle, E. (Editors). (1994). *Health promotion throughout the lifespan* (p.15). St. Louis, Mo. : Mosby.
- Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M.L. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Beverly Hills: Sage.
- Haysom, L. et al. (2008). Cardiovascular risk factors in Australian indigenous and non-indigenous children: A population-based study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45, 20-27.
- Hunter, J.E., Schmidt, F.L. & Jackson, G.B. (1982). *Meta-Analysis: Cumulating Research Findings across studies*. Beverly Hills: Sage.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the joint nation committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2560-2572.

- Kleemola P. et al. (1999). “ผลกระทบของอาหารเข้าซีเรียล กับระดับโคเลสเตอรอลในอาหารและในเลือด: การทดลองแบบสุ่มตัวอย่างใน N Karelia ประเทศฟินแลนด์. *Eur J Clin Nut*, 53, 716-21.
- Ostchega, Y., Yoon, S., Hughes, J., & Louis, T. (2008). Hypertension Awareness, Treatment, and Control —Continued Disparities in Adults: United States, 2005–2006. Division of Health and Nutrition Examination Surveys. Retrieved June 10, 2009 from <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db03.pdf>
- Sekikawa, A. & Hayakawa, T. (2004). Prevalence of hypertension, its awareness and control in adult population in Japan. *Journal of Hypertension* ,18, 911-912.
- Simpson, R.W., Shaw, J.E., & Zimmet, P.Z. (2003). The prevention of type 2 diabetes-lifestyle change or pharmacotherapy? A challenge for the 21st century. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 59, 165-180.
- Wikipedia. (2009). ประเทศสหรัฐอเมริกา (2009). http://en.wikipedia.org/wiki/United_States
- Zhao, Y., Connors, C., Wright, J., Guthridge, S., & Bailie, R. (2008). Estimating chronic disease prevalence among the remote Aboriginal population of the Northern Territory using multiple data sources. *Australia New Zealand Journal Public Health*, 32(4),307-13.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาวิจัยเอกสาร (Document research) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental design) หรือ การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ในประเทศออสเตรเลีย ฟินแลนด์ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และไทย ระหว่างปี พ.ศ.2547 - 2551 ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลประเทศไทย (สภาวิจัยแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และฐานข้อมูลสากล (Pubmed และ SCOPUS) ขั้นตอนในการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะที่ 1 สรรวจรวบรวม และวิเคราะห์งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ เกี่ยวกับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 2 วิเคราะห์สิ่งที่ได้รับการศึกษา โดยใช้หลักการ Integrative literature review ระยะที่ 3 สังเคราะห์องค์ความรู้ จากรูปแบบที่ได้จากการสืบค้นร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถือว่าเป็น best practice ในประเทศไทย แล้วจึงสังเคราะห์เป็นรูปแบบกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค หลังจากนั้นนำเสนอผลการสังเคราะห์รูปแบบที่ได้ต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
อาสาสมัคร สาธารณสุข	6 เดือน	- การวัดความ ดันโลหิต - เจาะน้ำตาล (ปลายนิ้ว) - วัดรอบเอว และส่วนสูง	1.ให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับอาหาร 2.การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 3.การเสริมสร้างพลังใจกิจกรรมที่ทำให้เกิด ความตระหนัก 4.ทักษะในการสื่อสาร 5.ฐานการฝึกปฏิบัติการประเมินสุขภาพตนเอง 6.การส่งเสริมด้านจิตใจ /อารมณ์/สังคม 7.แบ่งหน้าที่ในการดูแลตามพื้นที่เป็นสัดส่วน 1: 20

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
			<p>8. หลังจากการอบรม 6 เดือน พยาบาลลงพื้นที่ ในช่วงเดือนแรกทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานการคัดกรอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง</p> <p>9. หลังจากอบรม 1 เดือน มีการประเมินความรู้ เพื่อเข้ารับการอบรมเป็นระยะ booster</p> <p>10. กลุ่มแกนนำเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลลงในสมุด คู่มือประจำตัว เดือนละ 1 ครั้ง</p>

รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
<p>1. ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน</p> <p>2. มีประวัติไขมันในเลือดหรือความดันโลหิตสูง</p>	10 เดือน	<p>- น้ำหนัก</p> <p>- รอบเอว</p>	<p>1. การให้ความรู้ในเรื่องอาหาร</p> <p>2. การให้ความรู้เรื่องออกกำลังกาย</p> <p>3. กิจกรรมการรำไทเก๊กและการหายใจ</p> <p>4. วัดรอบเอวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>5. จัดการแข่งขันอาหารเพื่อสุขภาพ(เมนูสุขภาพ)</p> <p>6. มีแผนการติดตาม ต่อเนื่อง</p> <p>7. เดือนที่ 5 ผู้ดำเนินโครงการฯ เชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในผู้ที่สนใจหรือผู้มีปัญหาในการทำกิจกรรม เป็นรายบุคคล</p> <p>8. เดือนที่ 10 ปิดโครงการ</p> <p>* ทุกเดือนควรทำการติดตามผล โดยผู้ดำเนินโครงการเป็นจำนวน 2 ครั้ง ตลอดทั้งโครงการ</p>

มีความเฉพาะของการทำกิจกรรมในกลุ่มเด็กนักเรียน คือ แต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาทีสำหรับเด็กนักเรียน ในการศึกษาที่จัดขึ้นในโรงเรียนจะมีการประกวดโปสเตอร์ของนักเรียน ในหัวเรื่อง "หนทางสู่

หัวใจแข็งแรงดีขึ้นในโรงเรียนของเรา” ในการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจะมีการกำหนดให้นักเรียนมีชั่วโมงออกกำลังกายอย่างน้อย 50% ของชั่วโมงเรียน (การให้คำปรึกษาโดยการเยี่ยมชมพบปะพูดคุยหรือการโทรศัพท์) ประมาณ 10-20 นาที (มีเพียงบางเรื่องมีการส่งจดหมายเตือนและการจัดสิ่งเอื้อสำหรับการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน เช่น เอกสารสำหรับแนวทางการปฏิบัติตน การจัดสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น โดยกิจกรรมที่ส่วนใหญ่ทำในระยะติดตามผลคือการส่งจดหมายเตือนและการให้คำปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน

รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

แนวคิดหลักเป็นการลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และการลด/เลิกสูบบุหรี่ (ในกรณีในกลุ่มเป้าหมายสูบบุหรี่) ในกรณีที่พฤติกรรมเป้าหมายเป็นการลด/เลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model)

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือ	อย่างน้อย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์	-ความดันโลหิต -ซั่งน้ำหนัก	<i>ครั้งที่ 1</i> (รายบุคคล) สร้างแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <i>ครั้งที่ 2</i> (รายบุคคล) การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม
2. มี Plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7	ต่อเนื่องระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง	-วัดรอบเอว -เจาะเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาล	<i>ครั้งที่ 3</i> (กลุ่ม) การเลือกทำ/ซื้ออาหารสุขภาพที่เหมาะสม การรู้จักอารมณ์ และความเครียดกับการกิน
3. น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m ²)	ประมาณ 40 นาที ถึง 1 ½ ชั่วโมง และมีกิจกรรม	ระดับไขมันในเลือด	<i>ครั้งที่ 4</i> (กลุ่ม) การให้ความรู้วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง
4. รอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ	ประมาณ 40 นาที ถึง 1 ½ ชั่วโมง และมีกิจกรรม	ประเมินการเปลี่ยนแปลงในเดือนที่ 0, 3, 6, 12	<i>ครั้งที่ 5</i> (กลุ่ม) ฝึกความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ <i>ครั้งที่ 6</i> (กลุ่ม) ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด
	ในระยะติดตามผลหลังจากจัดกิจกรรมอย่างน้อย 2-3 เดือน/ครั้ง		ระยะติดตามผล โทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ญาติ หรือ เพื่อนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการให้แรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดหลักเน้นที่การลดการบริโภคอาหารเค็ม ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค และ การออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Health Protection Motivation Theory)

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2. วัยกลางคนและผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) มีความดันโลหิตสูง (SBP>160 mmHg; DBP > 90 mmHg) น้ำหนักเกิน (BMI 26-40 kg/m ²)	ระยะสั้น โดยเฉลี่ย 6 ครั้ง และจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะยาว โดยเฉลี่ย 15-16 ครั้ง และจัด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	- ความดันโลหิต - ชั่งน้ำหนัก - วัดรอบเอว - เจาะเลือดเพื่อหาโคเลสเตอรอล	ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากรโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 2 ให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 3 จัด group counseling นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยเน้นการลดเกลือและไขมันเพิ่มไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือต่ำ ครั้งที่ 5 เทคนิคการคลายเครียด ครั้งที่ 6 สรุปการจัดกิจกรรม ระยะติดตามผล ระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 เปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนในกลุ่มสนับสนุน โดยใช้กลุ่มญาติเพื่อน ในการร่วมกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมต่อเนื่อง ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2 จัด 2 วันระหว่างสัปดาห์ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สะท้อนการปฏิบัติ

รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด

แนวคิดหลักเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้คือ ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ chronic care model การมีแนวคิดสุขภาพบุคคลที่ต้องอาศัยความร่วมมือในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีองค์ประกอบของการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทั้งทางกายภาพ และ สังคม ร่วมกับการมีบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยการสร้างความสามารถส่วนบุคคลนั้นเป็นฐานรากของการพัฒนา เสริมสร้างพลังของระดับกลุ่ม และชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
1.ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยา 3.โรคเบาหวาน มี Albumin/creatinine ratio \geq 3.4 g/mol 4. BMI สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 5.ประวัติการสูบบุหรี่	ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 12 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน และ 1 ปีกระตุ้น ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน	-ความดันโลหิต -ซั่งน้ำหนัก -วัดรอบเอว -เจาะเลือดเพื่อหาโคเลสเตอรอล	กลุ่มผู้ป่วย ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจากโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต ลดอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ครั้งที่ 3 การออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ครั้งที่ 4 ให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการ ออกกำลังกายและการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 5 เทคนิคการคลายเครียด ครั้งที่ 6 สรุปการจัดกิจกรรม กิจกรรมพันธะสัญญา ระยะติดตามผล เป็นการให้ความรู้ระดับบุคคล ให้คำแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจร่างกายเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรครยะเดือนแรกควรได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับการจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารใน

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	การประเมิน	แนวทางการจัดกิจกรรม
			<p>เดือนที่ 4 และ 1 ปี</p> <p><u>กลุ่มผู้ดูแล</u></p> <p>ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค</p> <p>ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ครั้งที่ 3 การออกกำลังกายและการสาธิต</p> <p>ครั้งที่ 4 อบรมเทคนิคให้คำปรึกษา</p> <p>ครั้งที่ 5 สร้างกลุ่มสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p><u>ระดับชุมชน</u></p> <p>สนับสนุนการจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น อาหารสุขภาพ ส่งเสริมศักยภาพ สร้างแรงจูงใจ ประกวดเมนูอาหาร ประกวดแกนนำ (บุคคล) และประกวดหมู่บ้านที่ลดน้ำหนัก รอบเอวได้มากที่สุด (ชุมชน) และการประกวดระดับอำเภอ</p>

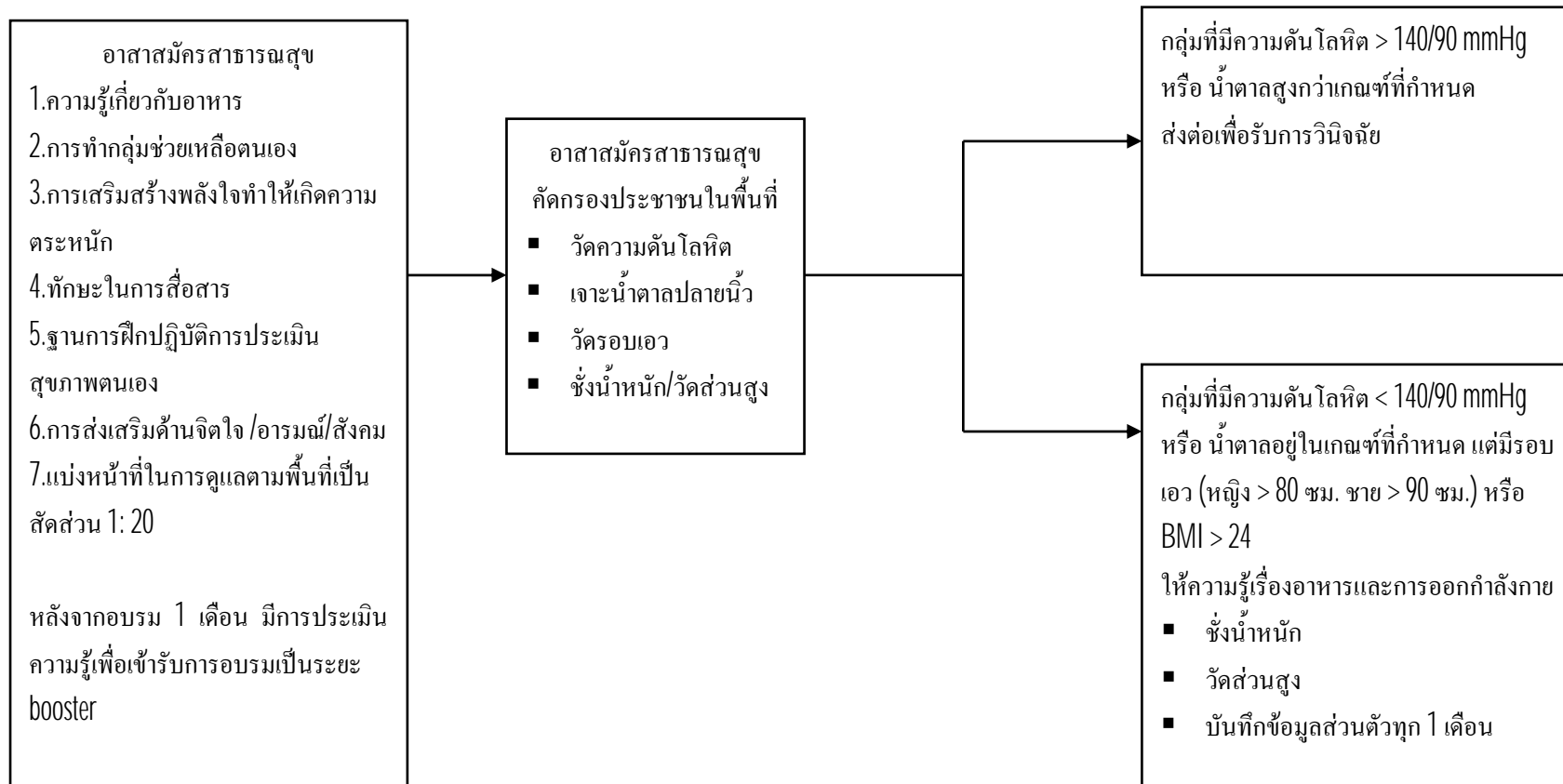
ในกลุ่มวัยทำงาน หรือ กิจกรรมที่ทำในสถานประกอบการ เป็นการทำกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทานร่วมกับการออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่ กำหนดค่าเฉลี่ยการใช้แคลอรีที่ร่างกายควรได้รับจำนวน 1,200 กิโล แคลอรีต่อวัน ในเพศหญิง 1,680 กิโลแคลอรีในเพศชาย ซึ่งกิจกรรมที่จัด คือ จำกัดอาหารที่ได้รับโดยมีการให้คำแนะนำและจัดบันทึกอาหารที่ได้รับตลอดสัปดาห์ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานทุก 2 เดือน การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดลอม Point of purchase advertising menus ติดที่โต๊ะอาหารในห้องอาหาร ปรับการเสิร์ฟซอส ใช้สติกค์ที่มีแคลอรีต่ำ จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ เผยแพร่พลังงานอาหารที่ได้รับ

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การ warm up ก่อนเริ่ม 15 นาที โดยการเหยียดกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นเป็นการออกกำลังกายประมาณ 45-20 นาที โดยการเดิน ขี่จักรยาน วิ่งจ็อกกิ้ง และอื่นๆ แล้วจึงสิ้นสุดที่การ cool down 15 นาที โดยการออกกำลังกายแบบ isotonic เช่น sit up หรือเล่น squatt โดยการยกน้ำหนัก ดังนั้นจึงเป็นการออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 20 - 60 นาทีต่อครั้ง มีสมมุคบันทึกตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายรายวัน สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยการแจกเครื่องนับก้าวเดิน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย คือ การจัดการแข่งขันกีฬา จัดทำแผนที่การเดินหรือทำทางเดินเพื่อกระตุ้นให้คนออกกำลังกาย

สรุปรูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรค	กลุ่มเป้าหมาย	ดัชนีที่ใช้	กิจกรรม
โรคหัวใจและหลอดเลือด	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานที่มี Albumin/creatinine ratio \geq 3.4 g/mol BMI > 24 สูบบุหรี่	BP, BW, รอบเอว, โคลเลสเตอรอล	กลุ่มผู้ป่วย กิจกรรมคล้ายคลึงกับโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ดูแล ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ครั้งที่ 2 อาหารเน้นที่การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 การออกกำลังกายและการสาธิต ครั้งที่ 4 อบรมเทคนิคให้คำปรึกษา ครั้งที่ 5 สร้างกลุ่มสนับสนุน ระดับชุมชน สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น อาหารสุขภาพ แคนน้า (บุคคล) และชุมชน โดยรวม
โรคความดันโลหิตสูง	SBP>160 mmHg; DBP > 90 mmHg BMI > 24	BP, BW, รอบเอว, โคลเลสเตอรอล	ครั้งที่ 1 การให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 2 ให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 3 จัด group counseling การบริโภค โดยเน้นการลดเกลือและไขมันเพิ่มไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือเล็กน้อย ครั้งที่ 5 เทคนิคการคลายเครียด ครั้งที่ 6 สรุปการจัดกิจกรรม ระยะติดตามผล ระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 การแลกเปลี่ยนในกลุ่มสนับสนุนโดยใช้กลุ่มญาติ เพื่อน ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สะท้อนการปฏิบัติ
โรคเบาหวาน	Plasma glucose \geq 7 BMI > 24 รอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ	BP, BW, รอบเอว, BS ประเมินการเปลี่ยนแปลง ในเดือนที่ 0, 3, 6, 12	ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) สร้างแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมาย ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ครั้งที่ 3 (กลุ่ม) การเลือกทำ/ซื้ออาหารสุขภาพที่เหมาะสม การรู้จักอารมณ์ และความเครียดกับการกิน ครั้งที่ 4 (กลุ่ม) การให้ความรู้วิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ครั้งที่ 5 (กลุ่ม) ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 6 (กลุ่ม) ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด ระยะติดตามผล ให้ญาติหรือเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด



ภาคผนวก

สรุปการสืบค้นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประเทศออสเตรเลีย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Shephard, MDS. et al. (2005). The impact of point of care testing on diabetes services along Victoria's Mallee Track: Results of a community -based diabetes risk assessment and management program. <i>Rural and Remote Health</i> , 5, 371. (Online)	1. จำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่ปรากฏ	Community Point-of-Care Service	นักวิชาการผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไปพบผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี และการอบรมทักษะที่จำเป็น การควบคุมคุณภาพการให้บริการ <u>เครื่องมือ</u> แบบประเมินความเสี่ยงเบาหวานร่วมกับ HbA1c, urine albumin : creatinine ratio (ACR), blood lipids and glucose แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	320 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน เพศชายได้รับการคัดกรองมากกว่า เพศหญิง 49 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในการได้รับบริการ มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์

สรุปการสืบค้นโรคเบาหวาน ประเทศออสเตรเลีย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Shephard, MDS. et al. (2005). The impact of point of care testing on diabetes services along Victoria's Mallee Track: Results of a community-based diabetes risk assessment and management program. <i>Rural and Remote Health</i> , 5, 371. (Online)	1. จำแนก ความเสี่ยงต่อ การเกิด โรคเบาหวาน 2. พัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ สำหรับผู้ป่วย เบาหวาน	ไม่ปรากฏ	Community Point- of-Care Service	นักวิชาการผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ โรคเบาหวานไปพบผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพใน ชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมกับนักวิชาการ จากมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านเทคโนโลยี และการอบรมทักษะที่ จำเป็น การควบคุมคุณภาพการให้บริการ <u>เครื่องมือ</u> แบบประเมินความเสี่ยงเบาหวาน ร่วมกับ HbA1c, urine albumin : creatinine ratio (ACR), blood lipids and glucose แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	320 คนได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน เพศชาย ได้รับการคัดกรองมากกว่าเพศหญิง 49 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในการได้รับบริการ มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Laatikainen, T et al. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project	เพื่อศึกษาถึง การประเมิน โปรแกรม เกี่ยวกับการ ปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตกับ การดูแล ผู้ป่วย เบาหวาน type 2	ไม่ปรากฏ	ประชากร 237 คนอายุ 40-75 ปี ที่เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อเบาหวาน type 2 ออสเตรียตะวันออกเฉียง ใต้และ Greater Green Triangle of southwest Victoria <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> -ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เสี่ยงต่อ เบาหวาน type 2 ที่มี score มากกว่าหรือเท่ากับ 12 <u>เกณฑ์คัดออก</u> -ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน type 2 -Fasting plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 7	<u>วิธีการศึกษา</u> เป็นการศึกษา แบบทดลอง โดยใช้ Pre test และ Post test <u>ระยะเวลา</u> การทดลองทั้งหมดใช้ระยะเวลา 1 ปี <u>เครื่องมือ</u> -การวัดทางคลินิก ประกอบด้วย ส่วนสูง,รอบเอว, สะโพก,น้ำหนัก,BP ,FBS,OGTT,ซึ่งจะประเมิน 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง,3 เดือน,และหลังจากสิ้นสุดการทดลอง -แบบวัดสุขภาพจิต HADS <u>กิจกรรม</u> แบ่งออกเป็น 6 session โดย 5 session แรก ใช้ระยะเวลา 3 เดือน เว้นระยะห่างระหว่าง session 2 สัปดาห์ session สุดท้ายใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดย session จะ Train โดย นักเรียนพยาบาล,นักโภชนาการ,นักกายภาพบำบัด วัตถุประสงค์ของกิจกรรมเพื่อจูงใจให้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กิจกรรมจะเกี่ยวข้องกับอาหาร,ออกกำลังกาย	- กลุ่มประชากรมีจำนวน 237 คน (ชาย 65 คน หญิง 172 คน) - หลังจาก 12 เดือนพบว่า ค่า OGTT มีค่าลดลง Total cholesterol ลดลง 5.1%LDL ลดลง 7.3%Triglyceride ลดลง 7.6 % รอบเอว น้ำหนัก ความดัน และ ลดลง 4.0%,2.7%,2.6% ตามลำดับ (ค่าเหล่านี้วัด จากการทดลอง 3 เดือน เทียบกับ 12 เดือน) - ด้านสุขภาพจิตและ สุขภาพทั่วไปพบว่ามี สุขภาพจิตทั่วไปดีขึ้นและ สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R.A., Tulip, F., & Schmidt, B. (2004). Diabetes care in remote northern Australia Indigenous communities. <i>Medical Journal of Australia</i> , 180, 512-516.	เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิในประเทศออสเตรเลีย	-	เกณฑ์คัดเข้า ประชากรกลุ่ม indigenous community กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไปผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนเผ่า Aboriginal และ Torres strait Islander และได้รับการดูแลจาก 27 หน่วยบริการ โดยประกอบด้วย 21 หน่วยบริการปฐมภูมิใน Torres strait, 3 หน่วยใน Cape york และ 3 หน่วยใน Northern Territory ซึ่ง 6 หน่วย ที่ได้คัดเลือกลักษณะที่คัดเลือกรวมการดูแลที่ดีและเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงชัดเจน	วิธีการศึกษา ศึกษาข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานจาก Aboriginal และ Torres strait Islander ซึ่งเป็นกลุ่ม Indigenous เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ 2 กลุ่ม กลุ่ม Indigenous ที่ได้รับการคัดเลือก และ non-Indegenous people ซึ่งได้ข้อมูลของกลุ่ม non-Indegenous จาก NADC ซึ่งรวบรวมจาก 2077 ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน type 2 จาก 24 หน่วยบริการในออสเตรเลีย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้จะมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันกับ กลุ่มที่คัดเข้า แต่แตกต่างกันด้านการ manage การดูแล ที่ไม่ดีเท่าและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ระยะเวลา สิงหาคม ปี 2002-กันยายน ปี 2003 เครื่องมือ -Diabetic check เช่น BP,HbA1c,Albumin uria ,Insulin treatment etc.	ลักษณะของผู้ป่วย ที่ลงทะเบียนเบาหวานมี 1367 คน อายุเฉลี่ย 52 ปี และ 59% เป็นหญิง อายุเฉลี่ยที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานใน Northern Territory 6.8 ปี ใน Cap york 7.9 ปี ใน Torres strait Islander 7.9 ปี การสูบบุหรี่ ใน NT และ Cap york น้อยกว่า Torres strait Islander

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R.A., Tulip, F., & Schmidt, B. (2004). (ต่อ)			<p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนที่ไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการที่คัดเลือก - อาการในกลุ่มเบาหวานที่ไม่มีการลงทะเบียนประวัติ - กลุ่มประชาชนโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน - กลุ่มที่ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนไม่มีการบันทึก 		<p><u>อาการทางคลินิกที่พบ</u></p> <p>การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ยังคงต่ำ ทั้ง 3 ที่ Diastolic BP และ Albumin uria ใน NT และ Cap york ต่ำกว่า Torres strait Islander และค่า BMI ก็เช่นเดียวกัน</p> <p>สรุปว่า ชนเผ่า Aborigin มีความเสี่ยงต่อการเป็น HT มากกว่า เนื่องจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัว</p> <p><u>เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่ม Indigenous และ non-Indegenous people</u></p> <p>พบว่ากลุ่ม Indigenous อายุอ่อนกว่า 10 ปี เพศเหมือนกัน คือเพศหญิง การควบคุม ความดัน เหมือนกัน การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ดีไม่เท่า กลุ่ม non-Indegenous people และมี Albumin uria มากกว่า non-Indegenous people จำนวนการใช้ Insulin ในกลุ่ม Indigenous น้อยกว่ากลุ่ม non-Indegenous people</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R., Tulip, F. Schmidt, B., & Sinha, A. (2003). Sustaining better diabetes case in remote indigenous Australia communities. <i>BMJ</i> , 327,428-430.	เพื่อศึกษาการ กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ที่มี ความก้าวหน้า ในการดูแล และลดอัตรา การป่วยของ โรคเบาหวาน และจำนวน ผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาล ใน Torres Strait Islands ในออสเตรเลีย	-	ประชากรทาง ตะวันออกเฉียงเหนือ ของ ออสเตรเลีย ซึ่ง เป็น indigenous communities จำนวน 9600 คัดเข้าเฉพาะ ผู้ป่วยเบาหวาน 921 คน	<u>วิธีการศึกษา</u> เก็บข้อมูลติดตามผล อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเวลา 3 ปี จาก 21 หน่วยบริการปฐมภูมิ และศึกษาย้อนหลังประวัติการนอนโรงพยาบาล มีการแบ่งการเก็บข้อมูลเป็นสองครั้ง โดยครั้งแรก ในปี 1999 เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อนำเสนอและ feedback กระบวนการดูแลแบบเดิมและผลลัพธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดขึ้นและอีกครั้ง ในปี 2002 ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการปรับปรุงกระบวนการดูแลแนวใหม่ นำผลมาเปรียบเทียบความแตกต่าง ในเรื่องของการนอนในการดูแล , ปฏิบัติการทางคลินิก, ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และ อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <u>ระยะเวลา</u> 2 ปี ใน 1999-2002 <u>เครื่องมือ</u> จำนวนประชากรที่ลงทะเบียน, กระบวนการดูแล (regular measures of weight, blood pressure, haemoglobin A1c, urinary protein concentration, and concentrations of serum lipids and creatinine), appropriate clinical interventions (drug treatment and vaccinations), and intermediate patient outcome measures (weight, blood pressure, and glycaemic control). ประวัติการนอน โรงพยาบาล	ประชากรที่ลงทะเบียน เพิ่มขึ้นจาก 555 in 1999 to 921 in 2002. กระบวนการทดลองในการดูแลรักษามีความก้าวหน้ามากขึ้น . ประชาชนมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี (haemoglobin A1c 7%) เพิ่มขึ้นจาก from 18% to 25% มีการใช้ Insulin เพิ่มขึ้น (from 7% to 16%). มีส่วนสัมพันธ์กับการควบคุมความดัน (, 140/90) เพิ่มขึ้น from 40% to 64%. มีส่วนสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลพบว่า มีลดลง 25% to 20%. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักพบว่าเพิ่มขึ้น 87 kg to 91 kg.

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R., Tulip, F. Schmidt, B., & Sinha, A. (2003). (ต่อ)				<p><u>กิจกรรม</u></p> <p>หลังจากได้ศึกษาข้อมูลและได้มีการ feedback ถึงผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญ นำไปสู่การสร้าง guidelines ใหม่และกระบวนการบริหารจัดการแนวใหม่ นำไปสู่การทำ workshops and training โดย staff ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการขาดการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในชุมชน ซึ่งโครงสร้างการดูแลเน้นในเรื่องการควบคุมความดันและภาวะแทรกซ้อน, เน้นด้านการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เสี่ยง ควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และมากกว่านั้นต้องการถึงระบบการให้บริการสุขภาพที่ดีในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในเรื่องการใช้ Insulin และ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R.A., Tulip, F., & Schmidt, B. (2004). Diabetes care in remote northern Australia Indigenous communities. <i>Medical Journal of Australia</i> , 180, 512-516.	เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิในประเทศออสเตรเลีย	ไม่ปรากฏ	<p><u>เกณฑ์คัดเข้า</u></p> <p>ประชากรกลุ่ม indigenous community กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไปผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนเผ่า Aboriginal และ Torres strait Islander และได้รับการดูแลจาก 27 หน่วยบริการ โดยประกอบด้วย 21 หน่วยบริการปฐมภูมิใน Torres strait, 3 หน่วยใน Cape york และ 3 หน่วยใน Northern Territory ซึ่ง 6 หน่วย ที่ได้คัดเลือกนั้นประกอบด้วยประชากรกลุ่มโรคเบาหวานที่มีกระบวนการดูแลที่ดีและเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงชัดเจน</p> <p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนที่ไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการที่คัดเลือก - อาการในกลุ่มเบาหวานที่ไม่มีอาการ 	<p><u>วิธีการศึกษา</u></p> <p>ศึกษาข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานจาก Aboriginal และ Torres strait Islander ซึ่งเป็นกลุ่ม Indigenous เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ 2 กลุ่ม กลุ่ม Indigenous ที่ได้รับการคัดเลือก และ non-Indegenous people ซึ่งได้ข้อมูลของกลุ่ม non-Indegenous จาก NADC ซึ่งรวบรวมจาก 2077 ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน type 2 จาก 24 หน่วยบริการในออสเตรเลีย ซึ่งประชากรกลุ่มนี้จะมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันกับ กลุ่มที่คัดเข้า แต่แตกต่างกัน การจัดการดูแล ที่ไม่ดีเท่าและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค</p> <p><u>ระยะเวลา</u></p> <p>สิงหาคม ปี 2002-กันยายน ปี 2003</p> <p><u>เครื่องมือ</u></p> <p>-Diabetic check เช่น BP,HbA1c,Albumin uria, Insulin treatment etc.</p>	<p><u>ลักษณะของผู้ป่วย</u></p> <p>ที่ลงทะเบียนเบาหวานมี 1367 คน อายุเฉลี่ย 52 ปี และ 59% เป็นหญิง อายุเฉลี่ยที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ใน Northern Territory 6.8 ปี ใน Cap york 7.9 ปี ใน Torres strait Islander 7.9 ปี การสูบบุหรี่ ใน NT และ Cap york น้อยกว่า Torres strait Islander</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R.A., Tulip, F., & Schmidt, B. (2004). (ต่อ)			<p>ลงทะเบียนประวัติ เกณฑ์คัดออก(ต่อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มประชาชน โรคมะเร็งที่ มีภาวะแทรกซ้อน - กลุ่มที่ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการบันทึก 		<p><u>อาการทางคลินิกที่พบ</u> การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแส เลือด ยังคงต่ำ ทั้ง 3 ที่ Diastolic BP และ Albumin uria ใน NT และ Cap york ต่ำกว่า Torres strait Islander และค่า BMI ก็ เช่นเดียวกัน</p> <p>สรุปว่า ชนเผ่า Aborigin มีความ เสี่ยงต่อการเป็น HT มากกว่า เนื่องจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่และ การปฏิบัติตัว</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R.A., Tulip, F., & Schmidt, B. (2004). (ต่อ)					<p>เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่ม Indigenous และ non-Indegenous people พบว่า กลุ่ม Indigenous อายุอ่อน กว่า 10 ปี เพศเหมือนกันคือเพศ หญิง การควบคุมความดัน เหมือนกัน การควบคุมระดับน้ำตาล ในกระแสเลือด ดีไม่เท่า กลุ่ม non- Indegenous people และมี Albumin uria มากกว่า non-Indegenous people จำนวนการใช้ Insulin ใน กลุ่ม Indigenous น้อยกว่ากลุ่ม non- Indegenous people</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R., Tulip, F. Schmidt, B., & Sinha, A. (2003). Sustaining better diabetes case in remote indigenous Australia communities. <i>BMJ</i> , 327,428-430.	เพื่อศึกษาการ กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ที่มี ความก้าวหน้า ในการดูแล และลดอัตรา การป่วยของ โรคเบาหวาน และจำนวน ผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาล ใน Torres Strait Islands ในออสเตรเลีย	ไม่ปรากฏ	ประชากรทาง ตะวันออกเฉียงเหนือ ของ ออสเตรเลีย ซึ่ง เป็น indigenous communities จำนวน 9600 คัดเข้าเฉพาะ ผู้ป่วยเบาหวาน 921 คน	<u>วิธีการศึกษา</u> เก็บข้อมูลติดตามผล อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเวลา 3 ปี จาก 21 หน่วยบริการปฐมภูมิ และศึกษาย้อนหลังประวัติการนอนโรงพยาบาล มีการแบ่งการเก็บข้อมูลเป็นสองครั้ง โดยครั้งแรก ในปี 1999 เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อนำเสนอและ feedback กระบวนการดูแลแบบเดิมและผลลัพธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดขึ้นและอีกครั้ง ในปี 2002 ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการปรับปรุงกระบวนการดูแลแนวใหม่ นำผลมาเปรียบเทียบความแตกต่าง ในเรื่องของกระบวนการในการดูแล ,ปฏิบัติการทางคลินิก, ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และ อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <u>ระยะเวลา</u> 2 ปี ใน 1999-2002 ตัวชี้วัดประกอบด้วย จำนวนประชากรที่ลงทะเบียน, กระบวนการดูแล (regular measures of weight, blood pressure, haemoglobin A1c, urinary protein concentration, and concentrations of serum lipids and creatinine), appropriate clinical interventions (drug treatment and vaccinations), and intermediate patient outcome measures (weight, blood pressure, and glycaemic control). ประวัติการนอนโรงพยาบาล	ประชากรที่ลงทะเบียนเพิ่มขึ้นจาก 555 in 1999 to 921 in 2002. กระบวนการทดลองในการดูแลรักษาที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น . ประชาชนมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี (haemoglobin A1c 7%) เพิ่มขึ้นจาก 18% to 25% มีการใช้ Insulin เพิ่มขึ้น (from 7% to 16%).มีส่วนสัมพันธ์กับการควบคุมความดัน (140/90) เพิ่มขึ้น from 40% to 64%. มีส่วนสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาล พบว่ามีลดลง 25% to 20%. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักพบว่าเพิ่มขึ้น 87 kg to 91 kg.

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
McDermott, R., Tulip, F. Schmidt, B., & Sinha, A. (2003). (ต่อ)				<p>กิจกรรม</p> <p>หลังจากได้ศึกษาข้อมูลและได้มีการ feedback ถึงผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญ นำไปสู่การสร้าง guidelines ใหม่และกระบวนการบริหารจัดการแนวใหม่ นำไปสู่การทำ workshops and training โดย staff ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการขาดการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในชุมชน ซึ่งโครงสร้างการดูแลเน้นในเรื่องการควบคุมความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน, เน้นด้านการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เสี่ยงควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และมากกว่านั้นต้องการถึงระบบการให้บริการสุขภาพที่ดีในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในเรื่องการใช้ Insulin และ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน</p>	<p>จากการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการที่เหมาะสม และการมี Clinical practice ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถนำไปสู่กระบวนการดูแล และควบคุมความดันโลหิต และสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ แต่การควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดนั้นค่อนข้างจะยุ่งยากกว่า และต้องการความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจากผู้ป่วยด้วย</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D., Baili, R.S., Togn, S. J., Abbs, P. & Robinson, G.W. (2006). Aboriginal health workers and diabetes care in remote community health centres: a mixed method analysis. <i>MJA</i> . 185(1), 40-45.	รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการจ้างงานของ AHWs (Aboriginal health workers) และการเข้าถึงการดูแลและการรักษาโรคเบาหวานในพื้นที่ห่างไกล และอุปสรรคต่อการทำงานของ AHWs เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ	ไม่ปรากฏ	1. กลุ่มตัวอย่าง 1,205 คน จากประชากรใน TiWi Island ประมาณ 2,000 คน และอีก 1,340 คน จากประชากรใน Ketherine West 3,000 คน รวมแล้ว ประมาณ 2,545 คน จากกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 188 คน	วิธีการศึกษา : 1. แบ่งช่วงการศึกษาออกเป็น 4 ช่วง คือ 6 เดือน , 1 ปี, 2 ปี, และ 3 ปี 2. แบ่งตารางการดำเนินงานเป็น 4 แบบ คือ การตรวจเบื้องต้น การฉีดวัคซีน การตรวจสอบด้วยคลินิก การตรวจสอบในห้องแล็บ และการให้คำปรึกษา โดยทั้งเก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกลงในกระดาษและคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลพิเศษในช่วงการ Audit แต่ละครั้งหรือไม่ เช่น มีการชั่งน้ำหนัก ทุกๆ 3 เดือน ซึ่งถ้ามีข้อมูลว่ามีการชั่งน้ำหนัก ทุกๆ 3 เดือน ก็แสดงว่าเข้าถึงการรักษาตามน้ำหนัก โดยการรักษาทั้งหมดแบ่งออกเป็น 29 ประเภท	- ศูนย์ศึกษาสุขภาพทั้ง 7 แห่ง มีจำนวน AHWs น้อยกว่า 10 คน/ประชากร 1,000 คน และมี 4 ศูนย์ที่จ้าง AHWs ทั้ง 2 เพศ - ตลอดการศึกษาของ AHWs มีการเปลี่ยนแปลงการจ้างคนใหม่ การลาออก การหมุนเวียนย้ายของแต่ละศูนย์ - พฤติกรรมการให้บริการโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มจำนวน AHWs / ประชากร 1,000 คน ตามตารางที่ 3 - พฤติกรรมการให้บริการตามตารางดำเนินการมีผลกระทบจากจำนวนและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแต่ละศูนย์ ตามตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการบริการตรวจรักษาที่มีพยาบาล และ AHWs จำนวนมากต่อหน่วย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D., Baili, R.S., Togn, S. J., Abbs, P. & Robinson, G.W. (2006). (ต่อ)			<p>2. สุขภาพทั้งหมด 7 แห่ง จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 140 คน โดยศูนย์เล็กทั้งหมด 95 แห่ง (n = 57) และศูนย์ใหญ่สุดอีก 2 แห่ง (n = 83) แต่มีผู้ป่วย 3 ราย ที่ไม่สะดวกต่อระยะการศึกษา ปรากฏว่าเหลือกลุ่มการศึกษาทั้งหมด 137 คน</p> <p>3. ระยะการศึกษา 3 ปี ปีที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างตายไปแลย้ายออกจากพื้นที่ 4 ราย (n = 133) ปีที่ 2 อีก 10 ราย (n = 123) ปีที่ 3 อีก 16 ราย (n = 107) และในปีที่ 3 เพิ่มกลุ่ม</p>	<p>3.การรักษาภายในแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ HbA1c และการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ภายในระยะ 12 เดือน ก่อนการ Audit แต่ละครั้ง</p> <p>4. การตรวจสอบการทำงานของ AHWS และการเปลี่ยนแปลง โดยการสังเกตการณ์ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโดย AHN 1 คนต่อประชากร 1,000 คน โดยวัดในแต่ละช่วงของการ Audit 5 ครั้ง ยกเว้นขนาดของประชากร เพราะการให้บริการโรคเบาหวานเก็บข้อมูลในรูปแบบการจดบันทึกลงในกระดาษและคอมพิวเตอร์ ระดับความเข้าใจการใช้งานคอมพิวเตอร์ นำมาเป็นการประเมิน</p> <p>5. ข้อมูลคุณสมบัติของ AHWS เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง แหล่งข้อมูลการได้รับการสังเกตการณ์ ณ ศูนย์สุขภาพในขณะที่ Audit</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมประชุมและรวมถึงการประชุมย่อย - การสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์สุขภาพ เจ้าหน้าที่ 	<p>ประชากรจะได้รับการตรวจรักษาการทดสอบด้าน Clinical การตรวจสอบด้านแล็บดีกว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพ กับแพทย์ประจำ จะได้รับการตรวจสอบด้านแล็บน้อยกว่าการเข้ารับรักษาที่แพทย์ชั่วคราว (Visiting doctor) - พฤติกรรมการตรวจวัดเบื้องต้นกับการฉีดวัคซีน มีความสัมพันธ์น้อยมากต่อจำนวนของ AHWS แต่ไม่สัมพันธ์กับประเภทของแพทย์ และจำนวนของพยาบาล - พฤติกรรมการให้คำปรึกษาจะส่งผลดีเมื่อได้รับการปรึกษาจากแพทย์ ชั่วคราว ไม่เกี่ยวข้องกับจำนวนพยาบาล หรือ AHWS

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D., Baili, R.S., Togn, S. J., Abbs, P. & Robinson, G.W. (2006). (ต่อ)			ตัวอย่างจากอีก 6 ศูนย์ อีก 39 ราย (n = 146)	ปฏิบัติงานทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ และ AHWs เอง ระหว่างการสัมภาษณ์ได้กำหนดบทบาทที่ ชัดเจนของแต่ละ (GPs, RNs, และ AHWs) ผลกระทบการรับสมาชิกใหม่ การฝึกและ มุมมองของผู้บริหาร และยุทธวิธีเพื่อรวม กระบวนการรักษาโรคปัจจุบันและโรคเรื้อรัง ภายในศูนย์สุขภาพชุมชน ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์งาน เป็นข้อมูลดิบที่ใช้ในการ วิเคราะห์และกระตุ้นการทำงานของ AHWs 6. THREE- Level Model ใช้เป็นตัววัดผล กระทบต่อการทำงานของ AHWs ดัน พฤติกรรม (HbA1C < 7.0% หรือไม่ ความดัน โลหิต < 130/80 mmHg หรือไม่) การ ให้บริการ โรคเบาหวาน และผลการตรวจ ผู้ป่วยด้าน Intermediate outcomes. โดยการ เก็บข้อมูลใช้ "Family" option ชื่อ Gaussin ใน sfata ซอฟแวร์ Version 8.1 Model การ เปลี่ยนแปลงใช้ " Family Option binonail	- ไม่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่าง การทำงานของ AHWs กับ HbA1Cและการควบคุมความดัน โลหิต (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และแพทย์ประจำมี ความสัมพันธ์กับกลุ่มควบคุม HbA1C ที่ดีขึ้น ผู้หญิงมีการ ควบคุมความดันโลหิตดีกว่า ผู้ชาย) จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ สุขภาพปรากฏว่ามีอุปสรรคหลัก ต่อการทำงานของ AHWs อยู่ 4 ข้อคือ - ขาดการฝึกฝนและฝึกฝนที่ไม่ ต่อเนื่องของ AHWs ในการ Clinical guideline และระบบ ข้อมูลคอมพิวเตอร์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D., Baili, R.S., Togn, S. J., Abbs, P. & Robinson, G.W. (2006). (ต่อ)					<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่ ในศูนย์ในแผนกการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง - ขาดความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับเจ้าหน้าที่ ที่ไม่ใช่ชนเผ่าพื้นเมือง (AHWs) - ความต้องการ การรักษาโรค ปัจจุบันมีสูงทำให้ AHWs ขาดโอกาสที่จะปฏิบัติงานด้านโรคเรื้อรัง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Eakin, E.G. et al. (2008). The Logan healthy living program: A cluster randomized trial of a telephone-delivered physical activity and dietary behavior intervention for primary care patients with type 2 diabetes or hypertension from a socially disadvantaged community-rationale, design and recruitment. <i>Contemporary Clinical Trials</i> , 29,439-454.	ประเมินผล การให้ข้อมูล ทางโทรศัพท์ ในการ ส่งเสริมการ ออกกำลังกาย และให้ คำปรึกษาเรื่อง อาหารสำหรับ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดัน โลหิตสูง	Social Learning Theory	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดัน โลหิตสูงที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป มี โทรศัพท์ ในชุมชน ผู้ด้อยโอกาส (Logan area)	กิจกรรมเป็นเวลา 12 เดือน มีการโทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูล 18 ครั้ง พฤติกรรมเป้าหมาย คือ การออกกำลังกาย และ อาหาร การออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ เวลา ≥ 5 วัน อาหาร ผัก > 5 serving/วัน, ผลไม้ 2 serving/วัน, <30%ของ พลังงานที่ได้จากไขมัน, <10%ของพลังงานที่ได้จากไขมันอิ่มตัว, อาหารที่มีกากใย 30 กรัม <u>ขั้นตอน</u> การประเมินขั้นต้นความเชื่อในความสามารถในการจัดการตนเอง พฤติกรรม และความรู้ วางแผนกิจกรรมของตนเอง ตั้งพฤติกรรม เป้าหมาย ระบุอุปสรรค และแนวทางในการกำจัดอุปสรรคต่างๆ เขียนแผนในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด มีกลวิธีและวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลสะท้อน กลับ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเป็นลำดับ ขั้นตอนในการกระทำ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นที่ความ เฉพาะของพฤติกรรม สร้างความเชื่อมั่นและแก้ไขปัญหาไปตลอด การทำกิจกรรม <u>เดือนที่ 1</u> โทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ช่วง 3 สัปดาห์แรก <u>เดือนที่ 2-4</u> โทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยเบาหวาน และ ความดัน โลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการ เปลี่ยนแปลงระดับ น้ำตาลในเลือด และ ความดัน โลหิตสูงดีกว่า กลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Eakin, E.G. et al. (2008). (ต่อ)				<p>เดือนที่ 4 ประเมินหลังกิจกรรมครั้งที่ 1</p> <p>เดือนที่ 5-12 โทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนที่ 12 ส่งข้อมูลทางจดหมายเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ</p> <p>เดือนที่ 12 ประเมินหลังกิจกรรมครั้งที่ 2</p> <p>เดือนที่ 18 ประเมินหลังกิจกรรมครั้งที่ 3</p> <p>สาระของการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรมตามแผนกระตุ้นให้กำลังใจ</p> <p>เดือนที่ 8-12 เป็นระยะสร้างให้กิจกรรมยั่งยืนโดยใช้การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อนบ้าน และชุมชน</p> <p><u>กลุ่มควบคุม</u></p> <p>การให้คำแนะนำตามปกติ จดหมายข่าว</p> <p><u>เครื่องมือ</u></p> <p>การออกกำลังกาย แบบสอบถาม CHAMPS ในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>อาหาร Anti-Cancer Council of Victoria (ACCV) และ Food Frequency Questionnaire (FFQ)</p>	

สรุปการสืบค้นโรคความดันโลหิตสูง ประเทศออสเตรเลีย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2005). Effects of a lifestyle program on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial. <i>Journal of Hypertension, 23</i> , 1241-1249.	ประเมินผล การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมต่อ ความต้องการ การใช้ยาใน การรักษาโรค ความดัน โลหิตสูง	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีน้ำหนัก เกิน ได้รับการรักษา ด้วยยาอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 118 คน ส่วนกลุ่ม ควบคุมได้รับการ รักษาตามปกติ จำนวน 123 คน	เหมือนกับการศึกษาของเบิร์กและคณะ (Burke, V. et al., 2007)	ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมในเรื่องการลดขนาดและจำนวน ยาในระยะ 4 เดือน และ 1 ปี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). Changes in cognitive measures associated with a lifestyle program for treated hypertensives: a randomized controlled trial (ADAPT). <i>Health Education Research</i> , 23(2), 202-217.	ประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถอุปสรรคความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อความดันโลหิต ความต้องการใช้ยาและการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 118 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 123 คน	เหมือนกับการศึกษาของเบิร์กและคณะ (Burke, V. et al., 2007) โรคหัวใจและหลอดเลือด	กลุ่มทดลองในระยะ 4 เดือนอุปสรรคเกี่ยวกับอาหารลดลง 14 % (p=.025) และ ในระยะ 1 ปี ลดลง 8% (p=.010) อุปสรรคในการออกกำลังกายลดลง 11 % (p=.020) และ 17% (p=.002) ตามลำดับ ในระยะ 4 เดือน การรับรู้ความสามารถเรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 3% (p=.003) และ 8% (p<.001) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมในระยะ 1 ปี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V., Mansour, J., Beilin, L., & Mori, T.A. (2008). Long- term follow-up of participants in a health promotion program for treated hypertensives (ADAPT). <i>Nutrition, metabolism & Cardiovascular Diseases, 18,</i> 198-206.	ประเมินการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ของผู้ป่วย โรคความดัน โลหิตสูงใน ระยะ 2 ปี หลังจากเข้า ร่วม โปรแกรม ADAPT	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่เข้าร่วม โปรแกรม ADAPT หลังจากสิ้นสุด โปรแกรม 2 ปี กลุ่ม ทดลองจำนวน 76 คน กลุ่มควบคุมที่ ได้รับคำแนะนำ ตามปกติจำนวน 64 คน	เป็นการศึกษาในระยะติดตามผลของ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ADAPT ของเบิร์กและ คณะ (Burke, V. et al., 2007) ซึ่งเป็นการ ประเมินในระยะ 4 เดือน และ 1 ปี ใน การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินหลังจากนั้น อีก 2 ปี เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	อาหาร กลุ่มทดลองทานเค็มและบิสกิตอาหารที่มี ไขมันอิ่มตัวเป็นส่วนประกอบน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม ($p=.003$) ทานปลา ≥ 2 มื้อ/สัปดาห์ และ ทานผักผลไม้ ≥ 5 ส่วน/วัน ออกกำลังกาย กลุ่มทดลองใช้เวลาเพิ่มขึ้น 53 นาที/สัปดาห์ รอบเอว น้ำหนัก ขนาดจำนวนของยา ไขมัน ในเลือด และความดันโลหิตไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก็ไม่มีมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2005). Effects of a lifestyle program on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial. <i>Journal of Hypertension</i> , 23, 1241-1249.	ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความต้องการการใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 118 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 123 คน	กิจกรรม เน้นการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการจัดการเวลา ลดอุปสรรคค่าใช้จ่าย และเพิ่มประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระยะเวลา พบกันเป็นกลุ่ม 6 ครั้ง และได้รับข้อมูลโดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ 5 โมดูล เนื้อหา ประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก และการรับคำปรึกษาตามความต้องการของบุคคลจากนักโภชนาการ อาหาร เน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายสะสมที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 30 นาที/วัน และเพิ่มการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน	ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องการลดขนาดและจำนวนยาในระยะ 4 เดือน และ 1 ปี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2005). (ต่อ)				<p>แอลกอฮอล์ ควรดื่มน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน การลด/เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผ่านสื่อ สิ่งพิมพ์ หรือ การให้คำปรึกษานอกคล กิจกรรมยังส่งเสริมการใช้แรงสนับสนุนทาง สังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของญาติ เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยตนเอง ในการ เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร การ ออกกำลังกาย</p> <p>ระยะติดตามผล 1 ปี กลุ่มทดลองได้รับการ เยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรกได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับความหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปฏิบัติ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). Changes in cognitive measures associated with a lifestyle program for treated hypertensives: a randomized controlled trial (ADAPT). <i>Health Education Research</i> , 23(2), 202-217.	ประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถ อุดมพรรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความดันโลหิต ความต้องการใช้ยา และการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ได้รับการรักษาด้วยอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 118 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 123 คน	<p>กิจกรรม</p> <p>เน้นการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการจัดการเวลา ลดอุปสรรค ค่าใช้จ่าย และเพิ่มประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม</p> <p>ระยะเวลา พบกันเป็นกลุ่ม 6 ครั้ง และ ได้รับข้อมูลโดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ 5 โมดูล</p> <p>เนื้อหา ประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก และการรับคำปรึกษาตามความต้องการของบุคคลจากนักโภชนาการ</p> <p>อาหาร เน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้ น้อยกว่า 2 กรัม/วัน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์</p> <p>การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกาย สม่ำเสมอที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 30 นาที/วัน และเพิ่มการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน</p>	กลุ่มทดลองในระยะ 4 เดือน อุดมพรรคเกี่ยวกับอาหารลดลง 14 % (p=.025) และ ในระยะ 1 ปีลดลง 8% (p=.010) อุดมพรรคในการออกกำลังกายลดลง 11 % (p=.020) และ 17% (p=.002) ตามลำดับ ในระยะ 4 เดือน การรับรู้ความสามารถเรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 3% (p=.003) และ 8% (p<.001) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมในระยะ 1 ปี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). (ต่อ)				<p>แอลกอฮอล์ ควรดื่มน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน การลด/เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผ่านสื่อ สิ่งพิมพ์ หรือ การให้คำปรึกษานอกคล กิจกรรมยังส่งเสริมการใช้แรงงานสนับสนุน ทางสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของ ญาติ เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเตรียม อาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>ระยะติดตามผล 1 ปี กลุ่มทดลองได้รับการ เยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรกได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับความหมายข่าว ทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารใน เดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการ ปฏิบัติ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V., Mansour, J., Beilin, L., & Mori, T.A. (2008). Long-term follow-up of participants in a health promotion program for treated hypertensives (ADAPT). <i>Nutrition, metabolism & Cardiovascular Diseases, 18</i> , 198-206.	ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะ 2 ปี หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ADAPT	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม ADAPT หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 ปี กลุ่มทดลองจำนวน 76 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ จำนวน 64 คน	เป็นการศึกษาในระยะติดตามผลของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ADAPT ของ เบิร์กและคณะ (Burke, V. et al., 2007) ซึ่งเป็นการประเมินในระยะ 4 เดือน และ 1 ปี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินหลังจากนั้นอีก 2 ปี เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	<p><u>อาหาร</u></p> <p>กลุ่มทดลองทานเค้กและบิสกิตอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเป็นส่วนประกอบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.003$) ทานปลา ≥ 2 มื้อ/สัปดาห์ และ ทานผักผลไม้ ≥ 5 ส่วน/วัน</p> <p><u>ออกกำลังกาย</u></p> <p>กลุ่มทดลองใช้เวลาเพิ่มขึ้น 53 นาที/สัปดาห์ รอบเอว น้ำหนัก ขนาดจำนวนของยา ไขมันในเลือด และความดันโลหิตไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Marshall, A.L., Booth, M. L., Bauman, A. E. (2005). Promoting physical activity in Australian general practices: A randomized trial of health promotion advice versus hypertension management. <i>Patient education and counseling,</i> 56, 283-290.	เพื่อเปรียบเทียบ คำแนะนำเกี่ยวกับการ ออกกำลังกายที่แพทย์ ให้กับผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพมากกว่า หรือไม่ ถ้าคำแนะนำ ดังกล่าวนั้นมีความ เหมาะสมในการ จัดการเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง เมื่อ เปรียบเทียบกับ คำแนะนำของ พนักงานทั่วไป	ไม่ปรากฏ	ประกอบด้วย 2 ชั้นตอนคือ 1.การหากลุ่มตัวอย่างที่เป็น แพทย์ โดยมีการเชิญแพทย์ ทั้งหมด 712 คน และมีแพทย์ที่ สนใจเข้าร่วมจำนวน 92 คน และมีแพทย์ที่เข้าร่วมในการ ฝึกอบรมแค่ 75 คน หลังจาก นั้นแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม Health promotion intervention group มีแพทย์ จำนวน 20คน กลุ่ม Health promotion control group มี แพทย์จำนวน 15 คน กลุ่ม Risk factor intervention group มี แพทย์จำนวน 25 คน และ	ผู้ป่วยในกลุ่ม <i>Health promotion intervention (HP)</i> จะได้รับ Material และคำแนะนำที่กระตุ้นให้พวกเขากระตือรือร้นที่จะดำเนินการเพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยในกลุ่ม <i>Risk factor intervention group (RF)</i> จะได้รับ Material และคำแนะนำที่กระตุ้นให้พวกเขากระตือรือร้นที่จะดำเนินการเพื่อควบคุมความดันโลหิตของตนเอง โดยแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่พิจารณาถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และจะเป็นผู้พิจารณาถึงความเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย และจัดทำเป็นโปรแกรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะถูกบันทึกไว้ใน <i>Active Prescription</i> ซึ่งคำแนะนำและกิจกรรมการออกกำลังกายเหล่านี้จะถูกนำมาทำเป็นหนังสือคู่มือเล่มเล็กๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมของกลุ่ม Health	จากการประเมินในระยะ 2 เดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการออกกำลังกายอย่าง เพียงพอ แต่ไม่มีความ แตกต่างทางสถิติ จากการประเมินผลใน ระยะ 6 เดือน ทั้งกลุ่ม HPI และ RFI มีการออก กำลังกายอย่างเพียงพอ คือมากกว่า 63% แต่ก็ยังไม่ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่ม HP รู้สึกว่า กระตือรือร้นมากขึ้น เรื่อยๆ กว่าตอนปกติ เปรียบจากการประเมิน 2 เดือนและ 6 เดือนซึ่งก็ คล้ายกันกับกลุ่ม RF

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Marshall, A.L., Booth, M. L., Bauman, A. E. (2005). (ต่อ)			กลุ่ม Risk factor control group มีแพทย์จำนวน 15 คน 2.การหากลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่จะสามารถ เข้าร่วมการศึกษาได้จะต้องมี อายุอยู่ระหว่าง 40-70 ปีและ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 1999 หลังจากนั้น เจ้าหน้าที่จะแจกใบแสดงความ ยินยอมและให้ผู้ป่วยลงชื่อ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นแพทย์จะเป็นผู้ประเมิน ว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมที่จะ เข้าร่วมการศึกษาหรือไม่ ซึ่ง เกณฑ์ที่ใช้ใน	promotion control group และกลุ่ม Risk factor control group จะได้รับการดูแลต่างๆ ไปจากแพทย์เท่านั้น ใน Active Prescription จะประกอบไปด้วยคำแนะนำ ทางคลินิกต่างๆ เช่น ชนิด ระยะเวลา และความถี่ในการ ออกกำลังกาย และมีพื้นที่ว่างๆ ไว้สำหรับบันทึก ข้อเสนอแนะ และข้อวิจารณ์ พร้อมทั้งมีช่องให้แพทย์ ผู้ดูแลลงชื่อรับรอง ซึ่งรูปแบบของเอกสารจะเป็นแบบ กระดาษคาร์บอนที่สามารถ copy ได้ ซึ่งจะทำให้สามารถ ที่จะสืบค้นได้ เมื่อผู้ป่วยมาขอรับคำแนะนำในภายหลัง ในหนังสือคู่มือที่จัดทำขึ้นจะประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือส่วนแรกจะเป็นการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของ การออกกำลังกายโดยทั่วไป และอีกส่วนจะเน้นย้ำให้ เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลต่อการ ควบคุมความดันโลหิต ซึ่งคู่มือทั้งสองส่วนจะเป็น แนวทางที่ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และ เกิด	สำหรับการ ประเมิน 2 เดือน แรกแต่ไม่รวม 6 เดือนหลัง ไม่มี นัยสำคัญที่แสดง ให้เห็นระดับความ แตกต่างของความ กระตือรือร้นของ ทั้ง 2 กลุ่มในการ ประเมิน 2 เดือน แรก

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Marshall, A.L., Booth, M. L., Bauman, A. E. (2005). (ต่อ)			การพิจารณาได้แก่ ผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัด สามารถอ่าน-เขียนภาษาอังกฤษได้ออก กำลังกายไม่เพียงพอ สามารถเดินได้เอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที ไม่มีข้อ ห้ามหรือเป็นโรคที่เป็นข้อห้ามในการออก กำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเรื้อรังใน ระบบทางเดินหายใจ และเกณฑ์สำหรับ กลุ่มเสี่ยงคือผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดัน โลหิตสูงซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่ม Health promotion intervention group มีผู้ป่วยจำนวน 246คน กลุ่ม Health promotion control group มีผู้ป่วยจำนวน 192 คนกลุ่ม Risk factor intervention group มีผู้ป่วยจำนวน209 คน กลุ่ม Risk factor control group มีผู้ป่วย จำนวน120 คน	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากนั้นจะมีการติดตาม 2 เดือนและ 6 เดือน	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nowson, C.A., Wattanapenpaiboon, N., & Pachett, A. (2009). Low-sodium dietary approaches to stop hypertension-type diet including lean red meat lowers blood pressure in postmenopausal women. <i>Nutrition Research, 29,</i> 8-18.	เปรียบเทียบระหว่าง RHD และ VD ใน การควบคุมความดัน โลหิต RHD Low Fat Diet pattern VD Vitality Diet เน้นที่โซเดียมต่ำ	ไม่ปรากฏ	ผู้หญิงอายุระหว่าง 45- 75 ปี ที่มีอาการของวัย ทองหรือหมด ประจำเดือนแล้วมี BMI 18-35 และมี SBP < 160 mmHg DBP < 95 mmHg และ รับประทานยาลดความ ดันโลหิต จำนวน 111 คน (53 VD และ 58 RHD)	RHD เนื้อแดงไม่ติดมัน ≤ 2 serving/สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ผลไม้ ผัก 2-3 serving/วัน ไขมัน ≥ 8 ช้อนชา/วัน ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน กาแฟอื่น ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน รับประทานเฉพาะ ผัก ≥ 2 วัน/สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ กรดเกลือ 54 mEq/วัน VD เนื้อแดงไม่ติดมัน 6 serving/สัปดาห์ ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันน้อย ≥ 3 serving/วัน ผลไม้ ผัก ≥ 4 serving/วัน ไขมัน ≤ 4 ช้อนชา/วัน ขนมปัง ≤ 4 serving/วัน กาแฟอื่น ≤ 4 serving/วัน แอลกอฮอล์ ≤ 2 serving/วัน ผลิตภัณฑ์ที่มี ส่วนผสมของกรดเกลือ 42 mEq/วัน <u>ประเมิน</u> 24-hour urinary electrolyte excretion ในสัปดาห์ ที่ 4 8 12 และ 14 และการบริโภคอาหารทั้ง 6 หมวด	SBP ในกลุ่ม VD ต่ำกว่ากลุ่ม RHD ตลอดระยะเวลา การศึกษา ในระยะสิ้นสุด การศึกษากลุ่ม VD มี SBP [f]' 5.6 mmHg ส่วนกลุ่ม RHD ลดลงเพียง 2.7 mmHg เมื่อ จำกัดเฉพาะผู้ที่รับประทานยา ลดความดันโลหิต SBP และ DBP ในกลุ่ม VD ก็ยังต่ำกว่า กลุ่ม RHD (6.5 และ 4.6 ตามลำดับ)

สรุปการสืบค้นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศออสเตรเลีย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Van Beurden, E.K., James, R., Henrikson, D., Tyler, C., & Christian, J. (1991). The North Coast cholesterol check campaign. Results of the first three years of a large-scale public screening programme. <i>Medical Journal Australia, 154</i> (6), 385-391.	เพิ่มอัตราการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	ประชากรวัยกลางคนที่อาศัยใน North coast 29,000 คน	โปรแกรมการคัดกรอง The North Coast Cholesterol Check Campaign ประกอบด้วย <u>ขั้นตอนที่ 1</u> การเจาะไขมันในเลือด <u>ขั้นตอนที่ 2</u> การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร <u>ขั้นตอนที่ 3</u> การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา ในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูง	อัตราการคัดกรองในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 4 เท่า

สรุปการสืบค้นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศออสเตรเลีย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Aoun, S. & Rosenberg, M. (2004). Are rural people getting Heartsmart? <i>Australia Journal Rural Health</i> , 12(2), 81-88.	ประเมินผลโปรแกรม Heartsmart ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมบริโภค การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม Heartsmart จำนวน 203 กลุ่มควบคุม 159 คน	กิจกรรม ระยะเวลา 7 สัปดาห์ เนื้อหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค วิธีการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย ฝึกทักษะ การออกกำลังกาย เครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับประทานยา อาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การประเมินก่อน-หลัง และหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน	อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 92% ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Stewart, S., Marley, J.E., & Horowitz, J.D. (1999). Effect of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomized controlled study. <i>The Lancet</i> , 354, 1077-1083.	ศึกษาอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคหัวใจ (CHF) ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป เตรียมที่จะกลับบ้านหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 100 คน กลุ่มควบคุม 100 คน	<p>แบบประเมิน</p> <p>แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination)</p> <p>แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index)</p> <p>แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index)</p> <p>กิจกรรม</p> <p>การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ภายใน 7-14 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล ในการเยี่ยมระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน 2 ชั่วโมง</p> <p>พยาบาลประเมินความก้าวหน้าของโรค ตรวจร่างกาย และประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนทางด้านจิตใจการเยี่ยมบ้านซ้ำหลังจากเข้ารับการรักษา > 2 ครั้ง ในระยะ 3 และ 6 เดือน</p>	<p>ร้อยละ 40 มีอาการแสดงของโรคหัวใจ</p> <p>ร้อยละ 25 ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง</p> <p>ร้อยละ 90 ไม่ปรับพฤติกรรมด้านการกิน โซเดียม</p> <p>คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระยะ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะ 6 เดือนทั้งสอง</p> <p>กลุ่มไม่แตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิต 6 เดือน ในระยะติดตาม</p> <p>ผู้ป่วย 9 คนเสียชีวิต</p> <p>ผู้ป่วย 68 คน กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.031)</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). A lifestyle program for treated hypertension improved health-related behaviors and cardiovascular risk factors, a randomized controlled trial. <i>Journal of Clinical epidemiology</i> , 60, 133-141.	ศึกษาผลของโปรแกรมปรับการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักเกินที่ได้รับการรักษาด้วยยา	ไม่ปรากฏ	<p><u>กลุ่มทดลอง</u> ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 40-70ปี ที่มีดัชนีมวลกาย > 25 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 118 คน (ร่วมกิจกรรมครบ 1 ปี 90 คน)</p> <p><u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับคำแนะนำตามปกติ จำนวน 123 (ร่วมกิจกรรมครบ 1 ปี 102 คน)</p>	<p><u>กิจกรรม</u> เน้นการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการจัดการเวลา ลดอุปสรรค ค่าใช้จ่าย และเพิ่มประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระยะเวลา พบกันเป็นกลุ่ม 6 ครั้ง และได้รับข้อมูลโดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ 5 โมดูล เนื้อหาประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก และการรับคำปรึกษาตามความต้องการของบุคคลจากนักโภชนาการ อาหาร เน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผลไม้ ผัก น้ำมันตับปลา และลดอาหารมัน โดยอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน</p> <p>การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายสะสมที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 30</p>	<p>ในเรื่องพฤติกรรมกลุ่มทดลองได้รับพลังงานของอาหาร อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอล โปรตีน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม และ แอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)</p> <p>การออกกำลังกายในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 63 นาที ในระยะ 4 เดือน และ 41 นาทีในระยะ 1 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม</p> <p>การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 4 เดือน และ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดของน้ำหนัก รอบเอว มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). (ต่อ)				<p>นาฬิกา/วัน และเพิ่มการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน แอลกอฮอล์ ควรดื่มน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน การลด/เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ หรือ การให้คำปรึกษามุขาคล กิจกรรมยังส่งเสริมการใช้แรงงานสนับสนุนทางสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของญาติ เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่าง เลือกด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การ เตรียมอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>ระยะติดตามผล 1 ปี กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรก ได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปฏิบัติ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer.	เพื่อประเมินผล กระทบที่ปรากฏ จาก ผลลัพท์ของผู้ป่วยซึ่ง ได้รับการดูแลด้วย ปฏิบัติการเฉพาะโดย ความร่วมมือของสห วิชาชีพเพื่อยกระดับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ใน การจัดการ ภาวะไข้, ภาวะน้ำตาลในเลือด สูง และภาวะกลืน ลำบากในผู้ acute stroke	ไม่ ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย stroke (ประเภท A และ B) จากสถานดูแลผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales ประเทศออสเตรเลีย <u>เกณฑ์คัดเลือก</u> ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาอังกฤษใน การสื่อสาร มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีระยะเวลาเริ่มอาการ ของภาวะ Ischemic stroke หรือ Intracerebral haemorrhage ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งได้รับการยืนยัน ผลด้วย CT Imaging	<u>วิธีการศึกษา</u> เป็นการศึกษา Intervention โดยคณะผู้ทำการวิจัยจำนวน 11 คน จัดตั้งคณะทำงาน และติดต่อประสานงานไปยังสถานดูแล ผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales เพื่อแจ้งความประสงค์ ในการขอเก็บข้อมูลการวิจัยเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย คัดเลือกสถานดูแลที่ยินยอมให้ความร่วมมือ จากนั้นคัดเลือก ผู้ป่วยตามคุณลักษณะ ตามที่กำหนดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ได้มีการขอความร่วมมือและมีการลงลายมือชื่อยินยอม ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและจากญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในบาง กรณี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เริ่มทำการเก็บข้อมูล พื้นฐานตาม TASC และเก็บข้อมูล 90 วัน ของผู้ป่วย เมื่อเสร็จ สิ้นระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลและจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างในแต่ละสถานดูแลมาจัดเรียง และทำการสุ่มเป็น หน่วยการดูแลผู้ป่วย stroke เพื่อให้ได้หน่วยที่จะทำการศึกษา อีกครั้งหนึ่ง ทดสอบสี่สมมติฐานหลัก และ สามสมมติฐานรอง ดังนี้	การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ เป็นไปตามสมมติฐาน หลัก และสมมติฐานรอง โดยส่วนใหญ่ใช้ Modified Rankin Score ในการประเมินผลข้อมูล ทั้งนี้ในการวิจัยยังมีข้อ จุดบอดอยู่หลายประการ เช่น ความหลากหลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (เพศ, ระดับความรุนแรงของ โรค), ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง เป็นต้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. (ต่อ)				<p>สมมติฐานหลัก ผลลัพธ์ของผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12% ของผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล 2. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วย ได้รับความพิการ ภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล 3. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล (ประเมินผลตามดัชนี บาร์เทล) 4. 0.25 SD สูงกว่าค่าเฉลี่ย MCS และ PCS SF-36 health status score ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล <p>สมมติฐานรอง ผลของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0.25 SD lower mean มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. 0.25 SD lower mean ได้รับการตรวจวัดไข้ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบภาวะการกลืนลำบากภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น 13 % 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. (ต่อ)		-		<p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - FeSS intervention - Towards A Safer Culture (TASC) <p>กิจกรรมที่จัดเมื่อได้หน่วยดูแลผู้ป่วย stroke จากการสุ่มเป็นที่เรียบร้อย คณะวิจัยแบ่งสถานดูแลผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งเพื่อดำเนินการให้ FeSS Clinical treatment protocol และอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ได้มีการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการอีกครั้ง ในขั้นตอนนี้ คณะวิจัยได้จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการขึ้นสองครั้ง ในครั้งแรกเน้นกลุ่มผู้นำทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการพยาบาล และกลุ่มผู้นำใน สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหา และอุปสรรคแนวทางจัดการ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ของ FeSS intervention และการสัมมนาครั้งที่สอง เน้นไปที่กลุ่มผู้ดูแลระดับปฏิบัติการ ของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจในแผนปฏิบัติการ FeSS intervention เมื่อสหสาขาวิชาชีพ มีความเข้าใจในขั้นตอนดำเนินการเป็นที่เรียบร้อย จึงสามารถปฏิบัติการกับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในระหว่างนี้ คณะวิจัยก็ดำเนินการติดตาม เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 90 วัน ตาม TASC หลังเสร็จสิ้นตามระยะเวลา จึงทำการทบทวนตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผล</p>	<p>ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ในกรณีที่มีการควบคุม ภาวะไข้ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะกลืนลำบาก จะมีผลในทางบวกต่อผู้ป่วย acute stroke ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สนับสนุนคำแนะนำในการดูแลก่อนให้เกิดแนวทางของการดูแลผู้ป่วย acute stroke ที่ได้ผลเด่นชัดผ่านทางหลักฐานเชิงประจักษ์</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hoy, W.E., Baker, P.R., Kelly, A. M. & Wang, Z. (2000). Reducing premature death and renal failure in Australian Aboriginals A community-based cardiovascular and renal protective program. <i>Medical Journal of Australia</i> , 172,473-478.	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมปรับปรุงใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไต และหลอดเลือดหัวใจในชนเผ่า Aboriginal ในประเทศออสเตรเลีย	ไม่ปรากฏ	ประชากร Tiwi Islands 1800 คน วัยผู้ใหญ่ ที่มี ความดัน $\approx 140/90$, เป็นเบาหวาน และ urinary albumin/creatinine ratio (ACR) ≈ 3.4 g/mol (microalbuminuria threshold), และ progressive overt albuminuria (ACR ≈ 34 g/mol) เป็นกลุ่มทดลอง. กลุ่มควบคุมที่ใช้เปรียบเทียบกับ 229 คน ที่มีเกณฑ์เดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่อยู่ในระยะก่อนการรักษา period 1992-1995.	<p><u>วิธีการศึกษา</u></p> <p>เป็นการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ระหว่างการรักษา และ เปรียบข้อมูลอัตราการตายธรรมชาติกับกลุ่มควบคุม ด้วยโรคไตวาย</p> <p><u>ระยะเวลา</u></p> <p>พ.ย.1995 ถึง ธ.ค.1998</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ อาหาร ออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพ, และการรักษาทางยา, Perindopril ซึ่งเป็น กลุ่ม Acei, combined with calcium-channel blockers and diuretics เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p><u>เครื่องมือ</u> Blood pressure, ACR, serum creatinine level and glomerular filtration rate (GFR) ใน 2 ปีของการรักษา ,อัตราการเกิดไตวาย และ การตายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (analysed on intention-to-treat basis).</p>	<p>ประชากร 258 คน อยู่ใน โปรแกรม และ 118 คน ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หลังจาก 2 ปีของการรักษา พบว่า -ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ ACR และ GFR คงที่. อัตราการเกิด ไตวาย และ การเสียชีวิตเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ต่อ 100 person-years เท่ากับ 2.9 ในกลุ่มทดลอง (95% CI, 1.7-4.6) และ 4.8 ในกลุ่มควบคุม (95% CI, 3.3-7.0). หลังจากปรับอัตรา ACR แล้ว , อัตราความเสี่ยงการเกิดโรคของกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.47 (95% CI, 0.25-0.86; $P=0.013$).</p> <p>- การทดลองนี้มีประโยชน์กับประชาชนที่มี album in uria สูง หรือ hypertension และใน non-diabetic.</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D. et al. (2008). Describing and analyzing primary health care system support for chronic illness care in indigenous communities in Australia's Northern territory- Use of the chronic care model. <i>BMC Health Services Research</i> , 8, 112-125.	สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	Chronic Care Model	การทดลองใช้ Chronic Care Model ใน 12 ชุมชนพื้นเมืองในประเทศออสเตรเลีย	<p>Chronic Care Model</p> <p><i>ปัจจัยแห่งความสำเร็จระดับองค์กร</i></p> <p>การรวมแผนการดูแลโรคเรื้อรังในแผนขององค์กร ระบุผู้รับผิดชอบการดูแลโรคเรื้อรังในองค์กร มีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก</p> <p>จุดอ่อนคือ การขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังสำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p><i>ความเชื่อมโยงกับชุมชน</i></p> <p>ร่วมมือกับชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ร้านค้าอาหารสุขภาพ การจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสร้างเครือข่ายกับองค์กรภายนอก</p> <p>จุดอ่อนคือ การมีจำนวนเจ้าหน้าที่ค่อนข้างน้อย</p> <p><i>การจัดการตนเองของผู้ป่วย</i></p> <p>การให้ความรู้และการตั้งเป้าหมายของตนเอง ให้ความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย (VIDEO, Poster, Model) แต่ยังจำกัดในระดับครอบครัวและชุมชน การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทำเฉพาะในกรณีผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้</p>	Chronic Care Model เป็นระบบที่สร้างการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนในการป้องกันและดูแลโรคเรื้อรัง แต่ระบบนี้จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นถ้าเพิ่มเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Si, D. et al. (2008). (ต่อ)				<p>การสนับสนุนด้านการตัดสินใจ</p> <p>การแจกคู่มือการดำเนินการ แนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต</p> <p>ระบบการดูแลสุขภาพ</p> <p>การให้ความสะดวกเรื่องการเดินทางมารับบริการ การแยกห้องสำหรับเพศชายและหญิง กำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำงานเป็นทีม</p> <p>ระบบสนับสนุนเรื่องพยาธิวิทยาและระบบยา</p> <p>ข้อจำกัดด้านการขาดแคลนบุคลากร และเจ้าหน้าที่สุขภาพ</p> <p>ระบบข้อมูลทางคลินิก</p> <p>ระบบข้อมูลที่ทันสมัย เครื่องมืออำนวยความสะดวก</p> <p>ข้อจำกัดคือ การขาดการดูแลอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>ผู้ป่วยแต่ละคนมีบัตรประจำตัวของตนเอง ระบุวันนัดใน 1 ปี ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะอยู่ในรายชื่อของผู้ที่ต้องพบแพทย์ ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามแพทย์นัด จะได้รับการติดตามจากพยาบาล</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Van Beurden, E.K., James, R., Henrikson, D., Tyler, C., & Christian, J. (1991). The North Coast cholesterol check campaign. Results of the first three years of a large-scale public screening programme. <i>Medical Journal Australia, 154</i>(6), 385-391.</p>	<p>เพิ่มอัตราการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>ไม่ปรากฏ</p>	<p>ประชากรวัยกลางคนที่อาศัยใน North coast 29,000 คน</p>	<p>โปรแกรมการคัดกรอง The North Coast Cholesterol Check Campaign ประกอบด้วย</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> การเจาะไขมันในเลือด</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา ในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูง</p>	<p>อัตราการคัดกรองในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 4 เท่า</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Van Beurden, E.K., James, R., Henrikson, D., Tyler, C., & Christian, J. (1991). The North Coast cholesterol check campaign. Results of the first three years of a large-scale public screening programme. <i>Medical Journal Australia, 154</i>(6), 385-391.</p>	<p>เพิ่มอัตราการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>ไม่ปรากฏ</p>	<p>ประชากรวัยกลางคนที่อาศัยใน North coast 29,000 คน</p>	<p>โปรแกรมการคัดกรอง The North Coast Cholesterol Check Campaign ประกอบด้วย</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> การเจาะไขมันในเลือด</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> การส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษา ในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูง</p>	<p>อัตราการคัดกรองในกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 4 เท่า</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Aoun, S. & Rosenberg, M. (2004). Are rural people getting Heartsmart? <i>Australia Journal Rural Health</i> , 12(2), 81-88.	ประเมินผลโปรแกรม Heartsmart ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมบริโภค การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม Heartsmart จำนวน 203 กลุ่มควบคุม 159 คน	<p><u>กิจกรรม</u></p> <p>ระยะเวลา 7 สัปดาห์</p> <p>เนื้อหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค วิธีการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย ฟีกทักษะ การออกกำลังกาย</p> <p><u>เครื่องมือ</u></p> <p>แบบประเมินคุณภาพชีวิต</p> <p>แบบประเมินการรับประทานยา อาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย</p> <p>การประเมินก่อน-หลัง และหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน</p>	อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 92% ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Stewart, S., Marley, J.E., & Horowitz, J.D. (1999). Effect of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomized controlled study. <i>The Lancet</i> , 354, 1077-1083.	ศึกษาอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคหัวใจ (CHF) ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป เตรียมที่จะกลับบ้านหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 100 คน กลุ่มควบคุม 100 คน	<p><u>แบบประเมิน</u></p> <p>แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination)</p> <p>แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index)</p> <p>แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index)</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>การเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ภายใน 7-14 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล ในการเยี่ยม พยาบาลประเมินความก้าวหน้าของโรค ตรวจร่างกาย และประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนทางด้านจิตใจ</p> <p>การเยี่ยมบ้านซ้ำหลังจากเข้ารับการรักษา > 2 ครั้ง ในระยะ 3 และ 6 เดือน</p>	<p>ระยะเวลาในการเยี่ยม 2 ชั่วโมง</p> <p>ร้อยละ 40 มีอาการแสดงของโรคหัวใจ</p> <p>ร้อยละ 25 ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง</p> <p>ร้อยละ 90 ไม่ปรับพฤติกรรมด้านการกิน โซเดียม</p> <p>คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระยะ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะ 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิต</p> <p><u>6 เดือน ในระยะติดตาม</u></p> <p>ผู้ป่วย 9 คนเสียชีวิต</p> <p>ผู้ป่วย 68 คน กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.031)</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Salkeld, G. et al. (1997). The cost effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice. <i>Health Policy,</i> 41(2), 105- 119.	ประเมิน ประสิทธิผลของ โปรแกรม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และ ระดับความดัน โลหิต ไขมันใน เลือด คีซนิมวलय	ไม่ ปรากฏ	755 คน (387 เพศชาย และ 368 เพศหญิง) อายุ 18-69 ปี มีความเสี่ยง ต่อ CVD อย่าง น้อย 1 ปัจจัย	<u>กิจกรรม</u> ดำเนินกิจกรรมโดยแพทย์ กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง 269 คน (อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 74 %) ดู VDO เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 231 คน (อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 67 %) ดู VDO เหมือนกลุ่มที่ 1 ร่วมกับการได้รับเอกสารเกี่ยวกับการ ดูแลตนเอง กลุ่มควบคุม 255 คน (อัตราการมาตรวจตามนัด 51 %) ได้รับคำแนะนำตามปกติ	มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความ ดันโลหิต โดยเฉพาะความดันโลหิตตัว ล่าง (กลุ่มทดลองลดลง 4 mmHg ส่วน กลุ่มควบคุมลดลง 1.5 mmHg) แต่การ เปลี่ยนแปลงในด้านการลดไขมันใน เลือด และคีซนิมวलय ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผล ต่อระดับความดันโลหิต แต่ส่งผลใน ระดับปานกลาง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). A lifestyle program for treated hypertension improved health-related behaviors and cardiovascular risk factors, a randomized controlled trial. <i>Journal of Clinical epidemiology</i> , 60, 133-141.	ศึกษาผลของโปรแกรมปรับการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักเกินที่ได้รับการรักษาด้วยยา	ไม่ปรากฏ	กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 40-70ปี ที่มีดัชนีมวลกาย > 25 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 118 คน (รวมกิจกรรมครบ 1 ปี 90 คน) กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ จำนวน 123 (รวมกิจกรรมครบ 1 ปี 102 คน)	<u>กิจกรรม</u> เน้นการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการจัดการเวลา ลดอุปสรรค ค่าใช้จ่าย และเพิ่มประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระยะเวลา พบกันเป็นกลุ่ม 6 ครั้ง และได้รับข้อมูลโดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ 5 โมดูล เนื้อหาประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก และการรับคำปรึกษาตามความต้องการของบุคคลจากนักโภชนาการ อาหาร เน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผลไม้ ผัก น้ำมันตับปลา และลดอาหารมัน โดยอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสชาติดหวาน การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายสะสมที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 30	ในเรื่องพฤติกรรมกลุ่มทดลองได้รับพลังงานของอาหาร อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอล โปรตีน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม และแอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) การออกกำลังกายในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 63 นาที ในระยะ 4 เดือน และ 41 นาทีในระยะ 1 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 4 เดือน และ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดของน้ำหนัก รอบเอว มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). (ต่อ)				<p>นาฬิกา/วัน และเพิ่มการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน</p> <p>แอลกอฮอล์ ควรดื่มน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน</p> <p>การลด/เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ หรือ การให้คำปรึกษามุขกมล</p> <p>กิจกรรมยังส่งเสริมการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของญาติ เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>ระยะติดตามผล 1 ปี กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรกได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปฏิบัติ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer.	เพื่อประเมินผล กระทบที่ปรากฏ จากผลลัพธ์ของ ผู้ป่วยซึ่งได้รับการ ดูแลด้วย ปฏิบัติการเฉพาะ โดยความร่วมมือ ของสหวิชาชีพเพื่อ ยกระดับข้อมูลเชิง ประจักษ์ในการ จัดการ ภาวะไข้, ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง และภาวะ กลืน ลำบากในผู้ acute stroke		กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย stroke (ประเภท A และ B) จากสถานดูแลผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales ประเทศ ออสเตรเลีย <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาอังกฤษ ในการสื่อสาร มีอายุ มากกว่า 18 ปี และมี ระยะเวลาเริ่มอาการของ ภาวะ Ischemic stroke หรือ Intracerebral haemorrhage ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งได้รับการ ยืนยันผลด้วย CT Imaging	<u>วิธีการศึกษา</u> เป็นการศึกษา Intervention โดยคณะผู้ทำการวิจัยจำนวน 11 คน จัดตั้งคณะทำงาน และเริ่ม ติดต่อประสานงาน ไปยังสถานดูแล ผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales เพื่อแจ้งความประสงค์ และข้อมูลการวิจัยเพื่อขออนุญาต ในการทำวิจัย คัดเลือกสถาน ดูแลที่ยินยอมให้ความร่วมมือ จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยตาม คุณลักษณะ ตามที่กำหนดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ได้มีการ ขอความร่วมมือและมีการลงลายมือชื่อยินยอมทั้งจากตัวผู้ป่วย เองและจากญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในบางกรณี เมื่อได้กลุ่ม ตัวอย่างที่ต้องการ เริ่มทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานตาม TASC และ เก็บข้อมูล 90 วัน ของผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นระยะเวลาในการ รวบรวมข้อมูล นำข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ สถานดูแลมาจัดเรียง และทำการสุ่มเป็นหน่วยการดูแลผู้ป่วย stroke เพื่อให้ได้หน่วยที่จะทำการศึกษาอีกครั้งหนึ่ง ทดสอบสี่สมมติฐานหลัก และ สามสมมติฐานรอง ดังนี้ สมมติฐานหลัก ผลลัพธ์ของผู้ป่วย 1. 12% ของผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการภายใน 90 วัน หลัง จำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล	การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ เป็นไปตามสมมติฐาน หลัก และสมมติฐานรอง โดยส่วนใหญ่ใช้ Modified Rankin Score ในการประเมินผลข้อมูล ทั้งนี้ในการวิจัยยังมีข้อ จุดบอดอยู่หลายประการ เช่น ความหลากหลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (เพศ, ระดับความรุนแรงของ โรค), ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง เป็นต้น ซึ่งผล จากการศึกษาพบว่า ใน กรณีที่มีการควบคุม ภาวะไข้ ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer. (ต่อ)				<p>2. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วย ได้รับความพิการ ภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล</p> <p>3. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล (ประเมินผลตามดัชนี บาร์เทล)</p> <p>4. 0.25 SD สูงกว่าค่าเฉลี่ย MCS และ PCS SF-36 health status score ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล</p> <p>สมมติฐานรอง ผลของพฤติกรรมแพทย์ ที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>1. 0.25 SD lower mean มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. 0.25 SD lower mean ได้รับการตรวจวัดไข้ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบภาวะการกลืนลำบากภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น 13 %</p> <p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - FeSS intervention - Towards A Safer Culture (TASC) 	และภาวะกลืนลำบาก จะมีผลในทางบวกต่อผู้ป่วย acute stroke ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สนับสนุนคำแนะนำในการดูแลก่อนให้เกิดแนวทางของการดูแลผู้ป่วย acute stroke ที่ได้ผลเด่นชัดผ่านทางหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer. (ต่อ)				<p><u>กิจกรรมที่จัด</u></p> <p>เมื่อได้หน่วยดูแลผู้ป่วย stroke จากการสุ่มเป็นที่เรียบร้อยแล้ว คณะวิจัยเริ่มปฏิบัติการ แบ่งสถานดูแลผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งเพื่อดำเนินการให้ FeSS Clinical treatment protocol และอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ได้มีการคัดเลือกผู้ป่วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการอีกครั้ง ในขั้นตอนนี้ คณะวิจัยได้จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการขึ้นสองครั้ง ในครั้งแรก เน้นกลุ่มผู้นำทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการแพทย์ และกลุ่มผู้นำในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุนโยบาย และอุปสรรค แนวทางจัดการ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ของ FeSS intervention และการสัมมนาครั้งที่สอง เน้นไปที่กลุ่มผู้ดูแลระดับปฏิบัติการ ของสาขาวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจในแผนปฏิบัติการ FeSS intervention เมื่อสาขาวิชาชีพ มีความเข้าใจในขั้นตอนดำเนินการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงสามารถปฏิบัติการกับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในระหว่างนี้คณะวิจัยก็ดำเนินการติดตาม เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 90 วัน ตาม TASC หลังเสร็จสิ้นตามระยะเวลา จึงทำการทบทวนตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผล</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Aoun, S. & Rosenberg, M. (2004). Are rural people getting Heartsmart? <i>Australia Journal Rural Health</i> , 12(2), 81-88.	ประเมินผลโปรแกรม Heartsmart ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมบริโภค การลดน้ำหนัก และ การออกกำลังกาย ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม Heartsmart จำนวน 203 กลุ่ม ความคุม 159 คน	<p><u>กิจกรรม</u></p> <p>ระยะเวลา 7 สัปดาห์</p> <p>เนื้อหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค วิธีการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย</p> <p>ฝึกทักษะ การออกกำลังกาย</p> <p><u>เครื่องมือ</u></p> <p>แบบประเมินคุณภาพชีวิต</p> <p>แบบประเมินการรับประทานยา อาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย</p> <p>การประเมินก่อน-หลัง และหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน</p>	อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 92% ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Stewart, S., Marley, J.E., & Horowitz, J.D. (1999). Effect of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomized controlled study. <i>The Lancet</i> , 354, 1077-1083.	ศึกษาอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคหัวใจ (CHF) ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป เตรียมที่จะกลับบ้านหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 100 คน กลุ่มควบคุม 100 คน	<u>แบบประเมิน</u> แบบประเมินด้านจิตใจ mental acuity (mini-mental state examination) แบบทดสอบการทำงานของร่างกาย (Katz activities of daily living index) แบบประเมินความเจ็บป่วย (Charlson index) <u>กิจกรรม</u> การเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ภายใน 7-14 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล ในการเยี่ยม พยาบาลประเมินความก้าวหน้าของโรค ตรวจร่างกาย และประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้านการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การเยี่ยมบ้านซ้ำหลังจากเข้ารับการรักษา > 2 ครั้ง ในระยะ 3 และ 6 เดือน	ระยะเวลาในการเยี่ยม 2 ชั่วโมง ร้อยละ 40 มีอาการแสดงของโรคหัวใจ ร้อยละ 25 ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 90 ไม่ปรับพฤติกรรมด้านการกินโซเดียม คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระยะ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะ 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิต <u>6 เดือน ในระยะติดตาม</u> ผู้ป่วย 9 คนเสียชีวิต ผู้ป่วย 68 คน กลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.031)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Salkeld, G. et al. (1997). The cost effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice. <i>Health Policy, 41(2)</i> , 105-119.	ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด คีโชนินมวลกาย	ไม่ปรากฏ	755 คน (387 เพศชาย และ 368 เพศหญิง) อายุ 18-69 ปี มีความเสี่ยงต่อ CVD อย่างน้อย 1 ปีจวบ	<p><u>กิจกรรม</u></p> <p>ดำเนินกิจกรรมโดยแพทย์</p> <p>กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง 269 คน (อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 74 %)</p> <p>ดู VDO เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 231 คน (อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม 67 %)</p> <p>ดู VDO เหมือนกลุ่มที่ 1 ร่วมกับการได้รับเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง</p> <p>กลุ่มควบคุม 255 คน (อัตราการมาตรวจตามนัด 51 %)</p> <p>ได้รับคำแนะนำตามปกติ</p>	มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันโลหิตตัวล่าง (กลุ่มทดลองลดลง 4 mmHg ส่วนกลุ่มควบคุมลดลง 1.5 mmHg) แต่การเปลี่ยนแปลงในด้านการลดไขมันในเลือด และคีโชนินมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิต แต่ส่งผลในระดับปานกลาง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). A lifestyle program for treated hypertension improved health-related behaviors and cardiovascular risk factors, a randomized controlled trial. <i>Journal of Clinical epidemiology</i> , 60, 133-141.	ศึกษาผลของโปรแกรมปรับการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักเกินที่ได้รับการรักษาด้วยยา	ไม่ปรากฏ	กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 40-70 ปี ที่มีดัชนีมวลกาย > 25 และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 118 คน (รวมกิจกรรมครบ 1 ปี 90 คน) กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ จำนวน 123 (รวมกิจกรรมครบ 1 ปี 102 คน)	<u>กิจกรรม</u> เน้นการกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการจัดการเวลา ลดอุปสรรค ค่าใช้จ่าย และเพิ่มประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระยะเวลา พบกันเป็นกลุ่ม 6 ครั้ง และได้รับข้อมูลโดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ 5 โมดูล เนื้อหาประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก และการรับคำปรึกษาตามความต้องการของบุคคลจากนักโภชนาการ อาหาร เน้นที่การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2 กรัม/วัน เพิ่มการรับประทานปลา > 4 มื้อ/สัปดาห์ ผลไม้ ผัก น้ำมันดีปลา และลดอาหารมัน โดยอาหารที่ปรุงด้วยไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายสะสมที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 30	ในเรื่องพฤติกรรมกลุ่มทดลองได้รับพลังงานของอาหาร อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอล โปรตีน คาร์โบไฮเดรต โซเดียม และแอลกอฮอล์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) การออกกำลังกายในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 63 นาที ในระยะ 4 เดือน และ 41 นาทีในระยะ 1 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 4 เดือน และ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดของน้ำหนัก รอบเอวมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Burke, V. et al. (2007). (ต่อ)				<p>นาฬิกา/วัน และเพิ่มการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน</p> <p>แอลกอฮอล์ ควรดื่มน้อยกว่า 2 แก้ว/วัน</p> <p>การลด/เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ หรือ การให้คำปรึกษามุขกมล</p> <p>กิจกรรมยังส่งเสริมการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของญาติ เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย</p> <p>ระยะติดตามผล 1 ปี กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ระยะเดือนแรกได้รับการติดตามทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 เดือน และ 3 เดือน/ครั้ง ได้รับจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ได้รับการประเมินอาหารในเดือนที่ 4 และ 1 ปี ได้รับการสะท้อนการปฏิบัติ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer.	เพื่อประเมินผล กระทบที่ปรากฏ จากผลลัพธ์ของ ผู้ป่วยซึ่งได้รับการ ดูแลด้วยปฏิบัติการ เฉพาะโดยความ ร่วมมือของสห วิชาชีพเพื่อยกระดับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการจัดการ ภาวะ ไข้, ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง และภาวะ กลืน ลำบากในผู้ acute stroke	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย stroke (ประเภท A และ B) จากสถานดูแล ผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales ประเทศออสเตรเลีย <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> ผู้ป่วยที่ใช้ ภาษาอังกฤษในการ สื่อสาร มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีระยะเวลา เริ่มอาการของภาวะ Ischemic stroke หรือ Intracerebral haemorrhage ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งได้รับ การยืนยันผลด้วย CT Imaging	<u>วิธีการศึกษา</u> เป็นการศึกษา Intervention โดยคณะผู้ทำการวิจัย จำนวน 11 คน จัดตั้งคณะทำงาน และเริ่ม ติดต่อกับ ประสานงานไปยังสถานดูแลผู้ป่วย stroke ในรัฐ New South Wales เพื่อแจ้งความประสงค์และข้อมูลการวิจัย เพื่อขออนุญาต ในการทำวิจัย คัดเลือกสถานดูแลที่ ยินยอมให้ความร่วมมือ จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยตาม คุณลักษณะ ตามที่กำหนดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ได้มีการขอความร่วมมือและมีการลงลายมือชื่อยินยอม ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและจากญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใน บางกรณี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เริ่มทำการเก็บ ข้อมูลพื้นฐานตาม TASC และเก็บข้อมูล 90 วัน ของ ผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล นำ ข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานดูแลมา จัดเรียง และทำการสุ่มเป็นหน่วยการดูแลผู้ป่วย stroke เพื่อให้ได้หน่วยที่จะทำการศึกษาอีกครั้งหนึ่ง ทดสอบสี่สมมติฐานหลัก และ สามสมมติฐานรอง ดังนี้ สมมติฐานหลัก ผลลัพธ์ของผู้ป่วย	การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ นำมาวิเคราะห์ เป็นไปตาม สมมติฐานหลัก และสมมติ ฐานรอง โดยส่วนใหญ่ใช้ Modified Rankin Score ในการ ประเมินผลข้อมูล ทั้งนี้ในการ วิจัยยังมีข้อจุกบออยู่หลาย ประการ เช่น ความหลากหลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (เพศ, ระดับ ความรุนแรงของโรค), ขนาด ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น ซึ่งผล จากการศึกษาพบว่า ในกรณีที่มี การควบคุม ภาวะไข้ ภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะ กลืนลำบาก จะมีผลในทางบวก ต่อผู้ป่วย acute stroke

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer (ต่อ).				<p>1. 12% ของผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล</p> <p>2. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วย ได้รับความพิการ ภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล</p> <p>3. 0.25 SD ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล (ประเมินผลตามดัชนี Barthel)</p> <p>4. 0.25 SD สูงกว่าค่าเฉลี่ย MCS และ PCS SF-36 health status score ใน 90 วัน หลังจำหน่ายจากการเข้าพักในโรงพยาบาล</p> <p>สมมติฐานรอง ผลของพฤติกรรมแพทย์ ที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>1. 0.25 SD lower mean มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>2. 0.25 SD lower mean ได้รับการตรวจวัดไข้ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบภาวะการกลืนลำบากภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น 13 %</p> <p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - FeSS intervention - Towards A Safer Culture (TASC) 	ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สนับสนุนคำแนะนำในการดูแล ก่อนให้เกิดแนวทางของการดูแลผู้ป่วย acute stroke ที่ได้ผลเด่นชัดผ่านทางหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Middleton, S. et al. Fever, hyperglycemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomized controlled trial of knowledge transfer (ต่อ).				<p><u>กิจกรรมที่จัด</u></p> <p>เมื่อได้หน่วยดูแลผู้ป่วย stroke จากการสุ่มเป็นที่เรียบร้อยแล้ว คณะวิจัยเริ่มปฏิบัติการ แบ่งสถานดูแลผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งเพื่อดำเนินการให้ FeSS Clinical treatment protocol และอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ได้มีการคัดเลือกผู้ป่วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการอีกครั้ง ในขั้นตอนนี้ คณะวิจัยได้จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการขึ้นสองครั้ง ในครั้งแรกเน้นกลุ่มผู้นำทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการแพทย์ และกลุ่มผู้นำในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุปัญหาและอุปสรรค แนวทางจัดการ การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ของ FeSS intervention และการสัมมนาครั้งที่สอง เน้นไปที่กลุ่มผู้ดูแลระดับปฏิบัติการ ของสาขาวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจในแผนปฏิบัติการ FeSS intervention เมื่อสาขาวิชาชีพ มีความเข้าใจในขั้นตอนดำเนินการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงสามารถปฏิบัติการกับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในระหว่างนี้คณะวิจัยก็ดำเนินการติดตาม เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 90 วัน ตาม TASC หลังเสร็จสิ้นตามระยะเวลา จึงทำการทบทวน ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผล</p>	

ตารางสรุปการสืบค้นโรคเบาหวานประเทศฟินแลนด์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ilanne-Parikka, P et al. (2008). Effect of Lifestyle Intervention on the Occurrence of Metabolic Syndrome and its Components in the Finnish Diabetes Prevention Study. <i>Diabetes care</i> , 37(4), 805-807.	เพื่อศึกษา วิเคราะห์การ ป้องกันการเกิด โรคเบาหวาน ของชาว ฟินแลนด์ ผู้ การประเมิน ผลลัพธ์ของ การทำ intervention ที่ เกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิต ที่ แสดงอาการ metabolic syndrome	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยกลางคน จำนวน 522 คน (อายุเฉลี่ย 55 ± 7 ปี) และ มีน้ำหนักเกิน (ค่าเฉลี่ยดัชนี มวลกาย 31.2 ± 4.6 Kg/m ²) เป็นผู้ชาย จำนวน 172 คน และผู้หญิง จำนวน 350 คน ร่วมกับมี ภาวะ IGT	รูปแบบ Diabetes Prevention Study (DPS) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (intensive lifestyle Intervention) และกลุ่มควบคุม (standard care control group) โดยมีกิจกรรม คือ การเก็บตัวอย่าง เลือด (Blood sample) และทำ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เป็นพื้นฐาน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมในแต่ละปี ซึ่งมีเกณฑ์ใหม่ ของ National Cholesterol Education Program 2005 ถูกนำมาใช้ในการ การให้คำจำกัดความของภาวะ Metabolic syndrome จากนั้นนำ ข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (version 11.5; SPSS, Chicago, IL) สำหรับผู้เข้าร่วมเหล่านั้นที่มีการพัฒนาไป เป็นโรคเบาหวานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 1985 โดยมีการวัดประเมินจากการสังเกตครั้งสุดท้ายโดยใช้ Willcoxon's nonparametric test นำมาใช้เปรียบเทียบอัตราความชุก ของภาวะ Metabolic syndrome และส่วนประกอบภายในกลุ่ม ส่วน การวิเคราะห์การถดถอย (Regression analysis) เพื่อปรับแก้สำหรับ เพศ อายุ ความดันโลหิต และยา cholesterol รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานถูก นำมาประยุกต์เพื่อเปรียบเทียบกับอัตราความชุกของภาวะ Metabolic syndrome และส่วนประกอบระหว่างกลุ่ม	หลังจบการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ย ของการติดตามอยู่ที่ 3.9 ปี ผู้วิจัย ค้นพบการลดลงของอัตราความชุก ของภาวะ Metabolic syndrome ใน กลุ่มที่ได้รับ intervention หรือกลุ่ม ทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (odd ratio [OR] 0.62 (95%CI 0.40- 0.95) และอัตราความชุกของ abdominal obesity (0.48 [0.28- 0.81]) อัตราความชุกของภาวะ Metabolic syndrome ลดลงในช่วง 1 ปีแรก จากร้อยละ 74.0 ถึง ร้อยละ 58 และจากร้อยละ 74 ถึง ร้อยละ 67.7 (P = 0.018 สำหรับการเปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่ม) ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมตามลำดับ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. <i>Lancet</i> , 368, 1673-1679.	เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการทำการ lifestyle intervention	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 522 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน (อายุเฉลี่ย 55 ปี) มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 31.1 Kg/m ²) มีภาวะ impaired glucose tolerance ค่าเฉลี่ยของ plasma glucose อยู่ที่ 6.1 (SD 0.8) mmol/L และค่าเฉลี่ยของ plasma glucose value 2 ชั่วโมงหลังกิน 75 g oral glucose อยู่ที่ 8.9 (1.5) mmol/L	การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน (Diabetes Prevention Study) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มผู้เข้าร่วม จำนวน 522 คน เข้ากลุ่มดังกล่าว คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 265 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 257 คน วิธีการ (Methods) การศึกษาได้รับการพัฒนาและปรับแก้โดยคณะกรรมการจริยธรรมจาก The National Public health Institute ใน Helsinki, Finland ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะต้องเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา โดยเริ่มทำการสุ่มในปี 1993 และเสร็จสิ้นในปี 1998 ช่วงแรกของการวิเคราะห์ทำในเดือนมีนาคม ปี 2000 ตามที่ได้รับคำแนะนำจากคณะกรรมการ หลังจากมีการติดตามเป็นเวลา 4 ปี ผู้วิจัยได้ติดตามผู้เข้าร่วมการทดลองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังคงไม่เป็นโรคเบาหวาน การรายงานนี้ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้รับการรายงานกระทั่งวันที่ 31 ธันวาคม 2004 และมีการติดตามหลังการทำ Intervention เป็นเวลา 3 ปี ซึ่งใช้เวลาในการติดตามทั้งหมด 7 ปี	ระหว่างการติดตามทั้งหมด พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เท่ากับ 4.3 และ 7.4 ต่อ 100 คนต่อปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ (log - ranktest P = 0.0001) , ร้อยละ 43 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ลดลง (relative risk) ซึ่งการลดลงของค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการทำ Intervention เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก, การลดลงของการได้รับไขมันทั้งหมดและไขมันอิ่มตัว, การเพิ่มขึ้นของการได้รับอาหารที่มีเส้นใย และการเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์โดยผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง ถูกคงไว้หลังจากการทำ Intervention หยุดลง และอัตราอุบัติการณ์ที่ตรงกันในช่วงระหว่างการติดตาม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผล การศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). (ต่อ)				<p>Intervention</p> <p>วัตถุประสงค์หลักของการทำ Intervention เพื่อลดน้ำหนักลง ร้อยละ 5 หรือมากกว่านั้น โดยให้การได้รับพลังงานจากไขมันในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 30, การได้รับพลังงานจากไขมันอิ่มตัวในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 10, การได้รับเส้นใย 15 กรัม ต่อ 1000 กิโลแคลอรี หรือมากกว่านั้น และมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง 30 นาทีต่อวัน หรือมากกว่านั้น ซึ่งระยะเวลาของการทำ Intervention มีการจัดลำดับจากน้อยกว่า 1 ปี (แสดงการถอนตัวก่อนการเยี่ยม 1 ปี) จนกระทั่ง 6 ปี ถึงกลางของระยะเวลาอยู่ที่ 4 ปี</p> <p>โดยสรุปผู้เข้าร่วมในกลุ่มที่ได้รับ Intervention หรือกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินชีวิต (lifestyle goals) ซึ่งผู้วิจัยมีลำดับของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยนักโภชนาการในช่วงระหว่าง 1 ปีแรก และทุกๆ 3 เดือนทำให้ค่าเฉลี่ยของจำนวนการให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมอาหารต่อจำนวนผู้เข้าร่วม คือ 20 ซึ่งผู้เข้าร่วมมีระดับการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใหญ่ทั้งช่วงบนและช่วงล่างของร่างกาย ส่วนผู้เข้าร่วมในกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำทั่วไป และเขียนข้อมูลข่าวสารพฤติกรรมสุขภาพ ในช่วงท้ายของระยะ Intervention ผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับการเยี่ยม เพื่อให้ข้อสรุปเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องทดลองในระหว่างช่วงที่ทำ Intervention ร่วมกับการประเมิน Glucose พร้อมทั้งได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับข้อสรุปของโปรแกรมนี้</p>	ตามหลังทำ Intervention คือ 4.6 และ 7.2 (P = 0.0401), ร้อยละ 36 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ลดลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). (ต่อ)				<p>การติดตามหลังการทำ Intervention (Post - Intervention follow - up)</p> <p>ผู้เข้าร่วมในการศึกษา Prevention Diabetes Study ทั้งหมดจะได้รับ การติดตามหลังทำ Intervention ซึ่งในระหว่างการติดตามผู้เข้าร่วม ทั้งหมดจะได้รับการเยี่ยมทุกปี ในการเยี่ยมประกอบด้วยขั้นตอนที่ เหมือนกับในระยะ Intervention และทำเหมือนกันในผู้เข้าร่วมทุกคน โดยมีข้อแม้ว่าไม่มีการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย</p> <p>ขั้นตอนและการวัด (Procedures and measurements)</p> <p>ตัวแปรในทางสถิติถูกวัดทุกๆปี ประกอบด้วย การอดอาหาร (fasting) และหลังจาก load (75 g oral glucose tolerance test) plasma glucose หลังจาก 12 ชั่วโมง ระหว่างการทำ Intervention plasma glucose ถูกวัด โดยเฉพาะที่ตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ช่วงระหว่างการติดตามหลังการทำ Intervention มีการวิเคราะห์ glucose โดยใช้ enzymatically กับ hexokinase method (Thermo Electron Oy, Vantaa, Finland)</p> <p>การทดสอบทางคลินิกและการสอบถามความคิดเห็น ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย และมีการติดตามเยี่ยมทุกปี</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). (ต่อ)				<p>ซึ่งแต่ละบุคคลรายงานว่าเขาทั้งหลาย "ส่วนใหญ่อ่านหนังสือ, ดูทีวี และใช้เวลาในรูปแบบอื่นซึ่งไม่เกี่ยวกับร่างกาย" และมีรายงานของพวกเขาว่า "การเดิน, จักรยาน หรือการออกกำลังกายชนิดอื่นๆสำหรับเวลาอย่างน้อยที่สุด 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์" ซึ่งนับเป็นประเภทที่บรรลุตามเป้าหมายเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมดจะมีการบันทึกอาหารจำนวน 3 วัน ร่วมกับหนังสือเล่มเล็กที่มีรูปภาพประกอบ (picture booklet) แบ่งตามขนาดของอาหารที่เป็นตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของการได้รับไขมันทั้งหมด (สัดส่วนของการได้รับพลังงานทั้งหมดต่อวัน) ไขมันอิ่มตัว (สัดส่วนของการได้รับพลังงานทั้งหมดต่อวัน) และอาหารที่มีเส้นใย (กรัมต่อ 1000 กิโลแคลอรี) จากการเยี่ยมพื้นฐาน และ 1 ปี 2 ปี และ 3 ปีของระยะทำ Intervention คำนวณโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์โภชนาการ (Dietary analysis programme) และ Finnish Food Composition Database (Fineli) ได้รับการพัฒนาโดย The National Public Health Institute, Helsinki, Finland ซึ่งการวิเคราะห์เกี่ยวกับโภชนาการถูกทำซ้ำที่มีการติดตามครั้งแรกหลังทำ Intervention ทำให้เกิดความกระตือรือร้นถึงการเปลี่ยนแปลงโภชนาการหลังทำ Intervention</p> <p>ผู้เข้าร่วมการศึกษามีการแบ่งประเภทตามที่พวกเขาทั้งหลายประสบความสำเร็จ โดยมีการให้คำจำกัดความของ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). (ต่อ)				<p>lifestyle goals (0 = ไม่ประสบความสำเร็จ, 1 = ประสบความสำเร็จ) มีการติดตามเยี่ยมเป็นเวลา 3 ปี เพื่อประเมินค่าเฉลี่ยของการมีกิจกรรมทางกายและการได้รับสารอาหารในช่วงระหว่าง 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี สำหรับผู้ที่หยุดก่อนหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานก่อนการเยี่ยมครบ 3 ปี จะใช้วิธีการสังเกต บันทึกน้ำหนักตัว และคำนวณน้ำหนักที่ลดลง คะแนนที่ประสบความสำเร็จจาก 0 ถึง 5 นำมาคำนวณจำนวนเป้าหมายที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการวิเคราะห์ถูกทำซ้ำในการติดตามเยี่ยมครั้งแรกหลังทำ Intervention</p> <p>การพัฒนาของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 คือ primary endpoint ซึ่งมีการให้ค่าจำกัดความของโรคเบาหวานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ปี 1985 นั่นคือ fasting plasma glucose 7.8 mmol/L หรือมากกว่านั้น หรือ 2 ชั่วโมง post-challenge plasma glucose 11.1 mmol/L หรือมากกว่านั้น ซึ่งการวินิจฉัยโรคเบาหวานจะได้รับการยืนยันโดย second oral glucose tolerance test</p> <p>การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical analysis)</p> <p>Kaplan - Meier survival curves นำมาคำนวณเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการเป็นโรคเบาหวานใน 2 กลุ่ม ความแตกต่างระหว่างการทดสอบด้วย survival curves กับ log - rank test, The Cox proportional hazards model ถูกนำมาใช้ในการประเมินอัตราเสี่ยงสำหรับการพัฒนาไป</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindstrom, J. et al. (2006). (ต่อ)				<p>เป็นโรคเบาหวาน The proportionality assumption of the model ประเมินด้วยวิธี graphical methods (นั่นคือ the log – log plot) ซึ่งการเปรียบเทียบทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานของหลักการ intention – to – treat</p> <p>ระดับค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว การได้รับสารอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายในช่วงระหว่างการศึกษานำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยการวิเคราะห์วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (analysis of covariance) ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้วิธีการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรเหล่านี้จากการเยี่ยมในระยะ Intervention จนกระทั่งมีการตรวจสอบครั้งแรกหลังทำ Intervention</p> <p>สำหรับ The Cox model ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ประสบความสำเร็จ (success score) กับอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ซึ่งคะแนนของตัวแปรที่สำเร็จถูกรวมใน model เพื่อจัดประเภทตัวแปรเหล่านั้น การวิเคราะห์ทำโดยใช้สถิติ package Stata version 8.0</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). Exercise training with dietary counseling increases mitochondrial chaperone expression in middle – aged subjects with impaired glucose tolerance. BMC	เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการปรับกระบวนการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน ที่เป็นโรคอ้วน ร่วมกับมีภาวะ impaired glucose tolerance (IGT) ซึ่ง IGT มีการให้คำนิยามไว้ว่า 2-hr plasma glucose concentration จาก 7.8 ถึง 11.0 mmol/L ใน oral glucose tolerance test (OGTT) กลุ่มตัวอย่าง ได้รับ glucose 75 กรัม แล้วพบว่า fasting plasma glucose concentration น้อยกว่า 7.8 mmol/L และมีการทดสอบซ้ำสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผิดปกติ	การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในกลุ่มดังกล่าว วิธีการ (Method) การศึกษานี้เป็นการศึกษาย่อยของการศึกษาการป้องกันโรคเบาหวานในประเทศฟินแลนด์ (The Finnish Diabetes Prevention Study) ซึ่งการศึกษานี้ทำในเมือง Turku โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนที่สมัครใจเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำ Intervention เริ่มจากการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร หลังจากนั้น 6 เดือนจะได้รับการควบคุมดูแล และการติดตามความก้าวหน้า ส่วนตัวอย่างเลือด (Blood sample) สำหรับการตรวจสอบถูกตรวจเป็นพื้นฐานและหลัง 2 ปี และการทดสอบการออกกำลังกาย และการทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ (muscle sampling) (ไม่ออกกำลังกายหนักในช่วงระหว่าง 2 วันแรก) โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน Intervention เป้าประสงค์หลักของการทำ Intervention เพื่อการติดตามดังนี้ 1) การลดลงของน้ำหนักตัว ร้อยละ 5 หรือมากกว่านั้น 2) การได้รับพลังงานจากไขมันในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 30	การฝึกอบรมการออกกำลังกายร่วมกับ การให้คำปรึกษาเรื่อง การควบคุมอาหาร ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ mitochondrial chaperones HSP60 และ glucose – regulated protein 75 (GRP75) ในกล้ามเนื้อ vastus lateralis ในกลุ่ม IGT slow และ HSP 60 ในกลุ่ม IGT fast แต่ใน Cytoplasmic chaperones HSP72 หรือ HSP90 ไม่เปลี่ยนแปลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p>3) การได้รับพลังงานจากไขมันอิ่มตัวในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 10</p> <p>4) การได้รับเส้นใย 15 กรัมต่อ 1000 กิโลแคลอรี หรือมากกว่านั้น</p> <p>และ 5) การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางนาน 30 นาทีต่อวัน หรือมากกว่านั้น</p> <p>โดยสรุปผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง หรือกลุ่ม Intervention จะได้รับรายละเอียดและได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน การดำเนินชีวิต ซึ่งผู้เข้าร่วมจะได้รับการให้คำปรึกษา รายบุคคลทั้งหมด 7 sessions จากนักโภชนาการ ในช่วงระหว่าง 1 ปี แรก และทุกๆ 3 เดือนหลังจากนั้น ระหว่าง 6 เดือนแรกนั้น การทำ Intervention มุ่งประเด็นไปที่การให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการภายใต้ การติดตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อรวบรวมการเปลี่ยนแปลงนิสัยการ รับประทานอาหารของพวกเขา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้กำลังใจ เป็นรายบุคคลจากนักโภชนาการ เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของ พวกเขา และหลังจาก 6 เดือน ผู้เชี่ยวชาญจะมีการอบรมการออก กกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งถูกเพิ่มในโปรแกรม intervention ผู้เชี่ยวชาญมีการอบรมความก้าวหน้า และการออกแบบเป็น รายบุคคล ประกอบด้วย การฝึกกำลัง และการออกกำลังกายแบบกีฬา ยิมนาสติก การมีกิจกรรมทางกายนาน 30 นาที หรือนานกว่านั้น</p>	<p>ในกลุ่ม IGT slow มี ความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง การเพิ่มขึ้นของ muscle content ของ HSP60 และ oxygen radical absorbing capacity values และใน กลุ่ม IGT fast ระหว่างการ ปรับ VO2max values และ การเพิ่มขึ้นของ protein expression ของ GRP75 ส่วน serum uric acid concentration ลดลงทั้งใน 2 กลุ่มย่อย และ serum protein carbonyl concentration ลดลงใน กลุ่ม IGT fast</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p>ถูกบันทึกโดยผู้เข้าร่วมเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเพื่อการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อยนาน 30 นาทีต่อครั้ง และ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผู้เข้าร่วมจำนวน 18 - 22 คน เข้าร่วมในการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง แต่มากที่สุดของพวกเขา คือ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ที่ฟิตเนส ผู้เข้าร่วมจะได้รับการฝึกโดยการเดิน หรือการออกกำลังกายที่ยากลำบากชนิดอื่นๆ ซึ่งจำนวนทั้งหมดของการอบรมจาก 105 ถึง 584 sessions ในช่วงระหว่าง 2 ปีของระยะ Intervention</p> <p>Muscle biopsy</p> <p>การทำ skeletal muscle biopsy ทำโดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการผ่อนคลาย (ไม่ออกกำลังกายหนักในช่วงก่อน 2 วัน) จากกล้ามเนื้อ vastus lateralis มีการฉีดยาชาเฉพาะที่ (lidocaine 10 mg/ml) ใช้เทคนิค conchotomy ซึ่งกล้ามเนื้อจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน (โดยประมาณ 40 - 60 mg) และเก็บไว้ในที่เย็นที่มีไนโตรเจนเหลว (liquid nitrogen) โดยเก็บไว้ในที่อุณหภูมิ -70 องศาเซลเซียส จนกระทั่งนำมาทำการวิเคราะห์ ตัวอย่างจะถูกนำมาวิเคราะห์ทางชีวเคมี คือ ถูกหลอมละลายในน้ำแข็ง, ชั่งน้ำหนัก และทำให้เป็นเนื้อเดียวกัน ใน 1:50 (w/v) จาก 1 M Tris buffer pH 7.5 จัดให้เหมือนกันทุกแก้ว ส่วนการกระตุ้นด้วยเอนไซม์ถูกวัดจาก fresh homogenate และแบ่งแยกโดย endorph tubes ถูกใช้สำหรับ Western blot และวิเคราะห์ด้วย ELISA ซึ่งส่วนอื่นๆของกล้ามเนื้อที่นำมาเป็นตัวอย่างจะถูกใช้สำหรับการสรุปผลของ myosin heavy chain profile</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p><u>Exercise test and maximal oxygen uptake (VO₂max)</u></p> <p>เวลา 2 นาที มีการเพิ่มรอบ ergometer test จนกระทั่งเกิดอาการเหนื่อย หรือ อ่อนเพลียของแขนขาส่วนล่าง ซึ่งจะมีการวัด maximal oxygen uptake (VO₂max) การอุ่นเครื่อง 30 - 40 W ในผู้หญิง และ 40 - 60 W ในผู้ชาย ขึ้นอยู่กับอายุ ขนาด และความมีร่างกายแข็งแรงของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นอัตราการการทำงานเพิ่มขึ้นทุกๆ 2 นาที โดยมีการเพิ่มขึ้นเท่าๆ กัน (10 - 25 W) การเพิ่มขึ้นในระดับรายบุคคลได้รับการตัดสินใจบนพื้นฐานของความแข็งแรงของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นอัตราการการทำงานมากที่สุดควรถึง 12 - 15 นาที อัตราการแลกเปลี่ยนแก๊สสำหรับหายใจ (respiratory gas exchange) ถูกวัดโดยใช้วิธีการ breath - by - breath method และ VO₂max ถูกบันทึกหาค่าเฉลี่ยสูงสุด มากกว่า 30 วินาที ของอัตราการการทำงานสูงสุด</p> <p><u>การประเมินการได้รับโภชนาการ (Assessment of dietary intake)</u></p> <p>สารอาหารที่ได้รับเข้าไปได้รับการประเมินโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์อาหาร (dietary analysis program) ได้รับการพัฒนาจาก The National Public Health Institute มีการเยี่ยมบ้านในช่วงก่อน 24 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องถูกถามถึงการจดบันทึกอาหาร จำนวน 3 วัน</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p><u>Determination of myosin heavy chain profile</u></p> <p>ส่วนประกอบของ MHC isoform (MHC I, MHC IIa, MHC IIx) ในกล้ามเนื้อ homogenate ซึ่งได้รับการประเมินโดย SDS - PAGE gel electrophoresis (การเคลื่อนที่ของอนุภาคคอลลอยด์ที่แขวนอยู่ในของเหลวเนื่องจากอิทธิพลของสนามไฟฟ้าในของเหลวนั้น) โดยใช้ Bio - Rad Protean II Xi vertical slab gel system</p> <p>Acrylamide และ bis concentration ร้อยละ 4 ใน Stacking gel และร้อยละ 7.2 (W/Vol) ใน separating gel และ gel matrix รวมร้อยละ 30 glycerol เมื่อ Electrophoresis ผ่านไป 24 ชั่วโมง ที่ 120 v และ + 10 องศาเซลเซียส นำ gel ซ้อมด้วยสีน้ำเงิน (Bio - Rad silver stain Plus Kit, Hercules, CA, USA) และวิเคราะห์ด้วย computer - based image analysis system และ software (Image Master 1D Elite, Amersham Pharmacia Biotech, Uppsala, Sweden)</p> <p><u>Western blot assays</u></p> <p>One - dimensional sodium dodecyl sulfate polyacrylamide (ร้อยละ 10) gel electrophoresis ทำโดยการแยกโปรตีน ตามที่น้ำหนักโมเลกุลเป็นน้ำหนักเฉลี่ยของ 1 โมเลกุลของสารประกอบนั้น และนำรอยเปื้อนไปเพาะเชื้อในช่วงกลางคืน ที่อุณหภูมิ +4 องศาเซลเซียส มีการติดตาม</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p>antibodies : anti - HSP60 (SPA - 806), anti - HSP72 (SPA - 810), anti - GRP75 (SPA - 825), anti - HSP - 90 (SPA - 835) (Stressgen, Victoria, BC, Canada) และ anti - 4 - HNE (210 - 767 - R100) (Alexis Biochemical, San Diego, CA,USA)</p> <p>Horseshradish peroxidase - conjugated immunoglobulins ถูกใช้เป็น secondary antibodies ซึ่ง Antibody binding ถูกมองโดยใช้วิธีการ chemiluminescence method (NEN life Science Products, Boston, MA, USA) และกำหนดปริมาณโดยใช้ image analysis software (NIH - Image, MD,USA) ซึ่งผลลัพธ์ที่เป็นปกติตั้งที่ประเมิน Beta - actin (Labvision/NeoMarkers, Fremont, CA,USA) ส่วนความเข้มข้นของโปรตีน (Protein concentration) ของ homogenates วัดโดยใช้วิธีการ BCA method (Pierce, Rockford, IL,USA)</p> <p><u>Elisa assay for protein carbonyls of skeletal muscle and serum samples</u></p> <p>Protein carbonyls ถูกวัดโดยวิธีการ slight modified method ตามแนวทางที่เสนอโดย Buss และคณะ และ Oksala และคณะ โดย</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p>สรุปการได้รับโปรตีนถูกดำเนินการให้เสร็จใน 1.5 ml reaction tubes 45 ul ของสารละลาย dinitrophenylhydrazine solution (DNP) ซึ่งสารละลายถูกเพิ่มในตัวอย่าง 15 ul</p> <p>Blood chemistry</p> <p>Plasma glucose ถูกวิเคราะห์โดย enzymatically กับ hexokinase (Olympus Diagnostica, Hamburg, Germany) และ serum insulin โดย radioimmunoassay (Pharmacia, Uppsala, Sweden) ความเข้มข้นของ Hemoglobin A1C (HbA1C) ถูกวิเคราะห์โดยใช้ latex immunoagglutination inhibition method (Bayer Corporation, Elkhart, IN, USA : DCA, 2000 Reagent Kit) การต่อต้านอินซูลิน (Insulin resistance) ตัดสินโดย homeostasis model ส่วน serum uric acid ตัดสินด้วย photometrically โดยวิธี hydroxylamine method และ Oxygen radical absorbing capacity (ORAC) ได้รับการตรวจสอบโดยใช้ multi-well plate</p> <p>โดยสรุป antioxidant capacity ของตัวอย่างถูกวัดโดย inhibition ของการลดลงของคุณสมบัติในการเรืองแสง (fluorescence)</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Venojarvi, M. (2008). (ต่อ)				<p>การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical analysis)</p> <p>ข้อมูลจะถูกรายงานเป็นค่าเฉลี่ย mean \pm standard error (SE) ซึ่งใช้ paired t - test ในการประเมินความแตกต่างภายในกลุ่ม (baseline และการติดตาม 2 ปี) และ Kruskal - Wallis test สำหรับประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และใช้ Pearson's correlation coefficients ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007). Lifestyle and outcome among patients with type 2 diabetes. <i>International Congress Series, 1303</i> , 160-171.	เพื่อทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มการออกกำลังกาย และ ปัจจัยด้าน โภชนาการในการป้องกันและจัดการโรค CVD ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	ไม่ปรากฏ		<p>การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับการเพิ่มการออกกำลังกาย และปัจจัยด้าน โภชนาการ ในการป้องกันและจัดการกับโรค CVD ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>การมีกิจกรรมทางกายและความเสี่ยงของการตายด้วยโรค cardiovascular disease ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2</p> <p>มีข้อมูลสนับสนุนว่าการมีกิจกรรมทางกายช่วยลดความเสี่ยงของโรค CVD ในประชาชนทั่วไป เมื่อไม่นานมานี้มีหลายการศึกษาที่ประเมินความเกี่ยวข้องระหว่างการมีกิจกรรมทางกาย หรือความแข็งแรงของร่างกาย และความเสี่ยงของการตายด้วยโรค CVD ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลลัพธ์จาก Aerobic Center Longitudinal Study, The nurse's Health Study, The Whitehall Study, The National Health Interview Survey และ The Health Professionals Follow - up Study มีการชี้แนะว่าการมีกิจกรรมทางกายในเวลาว่างเป็นประจำช่วยลดโอกาสเกิดของโรค CVD และอัตราการตายทั้งหมดของผู้ป่วย DM หรือ Impaired glucose tolerance รวมทั้งการเดินมีความคล้ายกันโดยเกี่ยวข้องในทางผกผัน (inverse association) กับความเสี่ยงของโรค CVD และอัตราการตายทั้งหมดในการศึกษาของ Aerobic Center Longitudinal Study พบว่า การมีกิจกรรมทางกาย, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีความเกี่ยวข้อง</p>	ผลลัพธ์จากการทดลองทางคลินิกมีการชี้แนะถึงการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การดัดแปลงการรับประทานอาหาร (dietary modification) และการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ในทางผกผันกับอัตราการตายทั้งหมดในผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวาน และความถี่ของโรคนี้พบในค่าดัชนีมวลกาย และในกลุ่มคนที่มีรูปร่างอ้วน</p> <p>การวิเคราะห์จาก FINMONICA study มีการประเมินชนิดของการมีกิจกรรมทางกายชนิดอื่นๆ เช่น งานอาชีพ และการมีกิจกรรมทางกายประจำวันด้วยเท้า หรือโดยการขี่จักรยาน ซึ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการตายด้วยโรค CVD ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 3,316 คน อายุระหว่าง 25 ถึง 74 ปี ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผู้เข้าร่วมในการสำรวจจะถูกเลือกเข้ามาเป็นตัวอย่างโดยการสุ่มจากประชากรชาวฟินแลนด์ (Finnish) มีการดำเนินการในช่วงปี 1972 และ 1977 ข้อมูลจะรวมไปถึงการสำรวจความคิดเห็น (questionnaires) สู่ระดับของการมีกิจกรรมทางกาย, อาชีพ, รูปแบบในการดำเนินชีวิต และจากการทำงาน และระหว่างที่พวกเขาใช้เวลาว่าง</p> <p>ระยะเวลาในการติดตามเฉลี่ยอยู่ที่ 18.4 ปี มีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต จำนวน 1,410 คน, ร้อยละ 64 หรือ 903 คน เป็นโรค CVD หลังจากมีการปรับให้เหมาะสมขึ้นสำหรับอายุ, เพศ, ดัชนีมวลกาย, ความดัน systolic, total cholesterol, การสูบบุหรี่ และ 2 ประเภทของการมีกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยค้นพบว่า การทำงานในระดับปานกลางมีความเกี่ยวข้องกับ การลดลงของอัตราการตายด้วยโรค CVD ร้อยละ 9</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>และการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงร้อยละ 40</p> <p>ระดับของการมีกิจกรรมทางกายในเวลาว่างที่สูง มีความเกี่ยวข้องกับการลดลงร้อยละ 33 และการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับการลดลงร้อยละ 17 ของอัตราตายด้วยโรค CVD เมื่อเปรียบเทียบกับ sedentary group</p> <p>การเดินประจำวัน หรือการขี่จักรยาน และจากการทำงานช่วยลดอัตราตายด้วยโรค CVD ได้ แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่ยาวนาน หลังจากมีการปรับเกี่ยวกับอาชีพ และการมีกิจกรรมทางกายในเวลาว่าง (leisure - time physical activity)</p> <p>ผู้วิจัยรวม 3 ชนิดของการมีกิจกรรมทางกาย ใน 3 ระดับ คือ <i>ต่ำ</i> มีคำจำกัดความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรายงานถึงการ ทำงาน, commuting และการมีกิจกรรมทางกายในเวลาว่างในระดับเบา, <i>ปานกลาง</i> มีคำจำกัดความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรายงานถึงการมีกิจกรรมทางกายเพียง 1 จาก 3 ชนิด ในระดับปานกลางถึงสูง , <i>สูง</i> มีคำจำกัดความว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงสูง อย่างน้อย 2 หรือ 3 ชนิด ซึ่งผู้วิจัยค้นพบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางสามารถลดความเสี่ยงของการตายจากโรค CVD ได้ร้อยละ 39 ขณะที่ผู้ที่มีกิจกรรมในระดับสูงสามารถลดความเสี่ยงได้ร้อยละ 48 ซึ่งประโยชน์ของการป้องกัน</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ด้วยการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่สนใจดัชนีมวลกาย ความดันเลือด หรือระดับ Cholesterol หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือไม่ใช่ผู้สูบบุหรี่ ดังนั้น American Diabetes Federation (European Region) มีการแนะนำถึงการมีกิจกรรมทางกายสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค CVD ในระดับปฐมภูมิ (primary) และระดับทุติยภูมิ (secondary) ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2</p> <p>การบริโภคกาแฟและความเสี่ยงการตายจากโรค CVD ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2</p> <p>ปัจจัยด้านโภชนาการอาจจะทำให้ความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น ขณะที่ปัจจัยบางปัจจัยอาจทำให้ความเสี่ยงลดลง โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรค CVD เพิ่มขึ้น ซึ่งความเสี่ยงนี้คือ การบริโภคอาหารต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต นิสัยการดื่มกาแฟ มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในระดับต่ำของการพัฒนาเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟและความเสี่ยงของโรค CVD มีการทดสอบในหลายๆการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ประเด็นสำคัญยังคงเป็นที่โต้เถียงกันอยู่ ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนว่าการบริโภคกาแฟมีผลกระทบต่อความเสี่ยงของโรค CVD ในผู้ป่วยเบาหวาน</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>หรือไม่ และถ้ามีผลจะมีในทิศทางใด ซึ่งการวิเคราะห์มีการประเมินความเกี่ยวข้องระหว่างการบริโภคกาแฟ และความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งในโรค CVD, coronary heart disease (CHD) และอัตราการตายจากโรค stroke ในผู้ป่วยชาวฟินแลนด์ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2</p> <p>การศึกษาประกอบด้วยกลุ่มชาวฟินแลนด์ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 25 ถึง 74 ปี มีการสำรวจการบริโภคกาแฟ ในระหว่างการติดตามเฉลี่ยอยู่ที่ 20.8 ปี มีการบันทึกการเสียชีวิต จำนวน 1,471 คน, มีการใส่รหัส (code) โรค CVD จำนวน 909 คน, โรค CHD จำนวน 598 คน และโรค stroke จำนวน 210 คน มีการจัดลำดับโดยใช้ multivariate – adjusted hazard ratios ในผู้เข้าร่วม คือ คั้กาแฟ 0 – 2, 3 – 4, 5 – 6 และมากกว่าหรือเท่ากับ 7 แก้วต่อวัน คือ 1.00, 0.77, 0.68 และ 0.70 สำหรับอัตราการตายทั้งหมด ($P < 0.001$ ของแนวโน้ม), 1.00, 0.79, 0.70 และ 0.71 สำหรับอัตราการตายของโรค CVD ($P = 0.006$ ของแนวโน้ม), 1.00, 0.78, 0.70 และ 0.63 สำหรับอัตราการตายของโรค CHD ($P = 0.01$ ของแนวโน้ม) และ 1.00, 0.77, 0.64 และ 0.90 สำหรับอัตราการตายของโรค stroke ($P = 0.12$ ของแนวโน้ม) ซึ่งการศึกษานี้แสดงถึงความเกี่ยวข้องในทางผกผัน (inverse association) ระหว่าง</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>การบริโภคกาแฟและความเสี่ยงทั้งหมด, CVD และอัตราการตายของโรค CHD ระหว่างประชากรที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยความเกี่ยวข้องเหล่านี้เป็นอิสระทั้งอายุ, ดัชนีมวลกาย, ความดันโลหิต systolic, total cholesterol, การมีกิจกรรมทางกาย, การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งงานวิจัยผลกระทบต่อระดับสุขภาพจากกาแฟในประชากรนี้มีความจำเป็นเนื่องจากชาวฟินแลนด์มีการบริโภคกาแฟสูงสุดในโลก (11.4 กิโลกรัมต่อปี)</p> <p>อาจเป็นไปได้ว่ากลไกการทำงานรวมถึงการกระตุ้นการทำงานของสาร antioxidant จากส่วนประกอบของกาแฟ และผลลัพธ์แตกต่างกันตามระยะของกระบวนการเผาผลาญกลูโคส (glucose metabolism) ร่วมด้วยการปรับการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แต่อย่างไรก็ตามการตรวจสอบในประชากรอื่นเพื่อยืนยันสิ่งค้นพบของความเกี่ยวข้องในเชิงผกผันระหว่างการบริโภคกาแฟ และอัตราการตายด้วยโรค CVD ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานยังมีความจำเป็นในการศึกษาต่อไป</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ปัจจัยวิถีการดำเนินชีวิตอื่นๆ (โรคอ้วนและการสูบบุหรี่) และความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรค CVD ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2</p> <p>น้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปัจจุบันนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการสะสมของไขมันบนผนังของหลอดเลือดแดง (atherosclerotic) และการตายก่อนกำหนด, Prospective epidemiological studies มีการแสดงถึงภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรค CHD และ CVD ระหว่างประชากรทั่วไป ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสามารถทำนายการเกิดโรค CHD ได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย Abdominal Obesity เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค CHD มากกว่าโรคอ้วนทั่วไป ในผู้หญิงและผู้ชาย และอาจใช้ในการทำนายโรค CHD ด้วย</p> <p>อย่างไรก็ตามความเกี่ยวข้องระหว่างโรคอ้วนและอัตราการตายของโรค CVD ของผู้ป่วยเบาหวานยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน และมีการศึกษา Prospective เพียงเล็กน้อยที่มีการประเมินความเกี่ยวข้อง ผลลัพธ์จาก United Kingdom Prospective Diabetes Study มีการชี้แนะถึงระดับดัชนีมวลกายที่สูง และ waist to hip ratio ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรค CHD ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงระหว่างดัชนีมวลกายและอัตราการตายระหว่างผู้ชายที่เป็นโรคเบาหวาน ถูกค้นพบใน Aerobics Center Longitudinal Study</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ผู้วิจัยค้นพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคอ้วน ซึ่งให้คำนิยามว่ามีดัชนีมวลกายสูง, มีความเสี่ยงของการตายด้วยโรค CVD สูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ หลังจากมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มีความสัมพันธ์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างของระดับการมีกิจกรรมทางกาย</p> <p>Epidemiological prospective studies แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรค CHD ในประชากรทั่วไป ซึ่งการศึกษาต่างๆมีการชี้แนะว่าการสูบบุหรี่สามารถทำนายความเสี่ยงของโรค CVD ในผู้ป่วยเบาหวานได้ ผู้วิจัยค้นพบว่าในปัจจุบันการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราตายด้วยโรค CVD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันของระดับการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางร่วมกับอาหารไม่ปรากฏว่ามีผลกับน้ำตาลในเลือด หรือระดับอินซูลิน (Insulin)</p> <p>การป้องกันความก้าวหน้าของโรคเบาหวาน : ในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงก่อนทำกิจกรรม (early intervention)</p> <p>ปัจจัยที่เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพโดยการได้รับพลังงานมากเกินไป และวิถีการดำเนินชีวิตที่ขึ้นอยู่กับที่ซึ่งทำให้เกิดโรคอ้วน เป็นผลกระทบหลักที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ในปัจจุบันมีการทดลองทางคลินิกต่างๆ โดยมีการประเมินเฉพาะการมีกิจกรรมทางกาย โดยไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการ (dietary intervention) สามารถลดความก้าวหน้าของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างผู้ใหญ่ที่มีภาวะ impaired glucose tolerance และระหว่างผู้ชายที่มีความเสี่ยงต่อโรค cardiovascular สูง</p> <p>The Malmo study จาก Sweden มีเป้าหมายให้เพิ่มการออกกำลังกายและลดน้ำหนัก ซึ่งเป็นนโยบายหลักของการทำ intervention เพื่อป้องกันและยืดเวลาของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ impaired glucose tolerance จำนวนน้อยกว่าครึ่งที่เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระหว่างการติดตาม 5 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย ในการศึกษาของจีน จาก Da Qing มีการชี้แนะถึงการสุ่มรายบุคคลที่มีภาวะ impaired glucose tolerance เข้าร่วม 1 จาก 4 กลุ่ม คือ การออกกำลังกายอย่างเดียว (exercise only), อาหารอย่างเดียว (diet only), อาหารร่วมกับการออกกำลังกาย (diet plus exercise) และกลุ่มควบคุม มีการเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง 6 ปี อย่างมีนัยสำคัญ โดยในกลุ่มออกกำลังกายอย่างเดียว (exercise group) มีการเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 41,</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>กลุ่มอาหาร (diet group) ร้อยละ 46 และในกลุ่มอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย (diet plus exercise group) ร้อยละ 46 เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (control group) ร้อยละ 68 หลังจากมีการปรับความแตกต่างของดัชนีมวลกาย และ fasting glucose</p> <p>การศึกษาป้องกันโรคเบาหวานในประเทศฟินแลนด์ (The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)) มีผู้เข้าร่วมเป็นวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 55 ปี จำนวน 522 คน เป็นเพศชายร้อยละ 33 และเพศหญิงร้อยละ 67 ซึ่งเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 31 Kg/m²) และมีภาวะ impaired glucose tolerance ได้รับการสุ่มเข้าร่วมใน lifestyle intervention group หรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ทำ intervention มีการเชื่อมเพื่อรับคำปรึกษาร่วมกับนักโภชนาการ (7 ครั้ง ในระหว่าง 1 ปีแรก) โดยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการทำให้บรรลุเป้าหมายของการทำ intervention ประกอบด้วย 1) ลดน้ำหนักตัวลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านั้น 2) การได้รับไขมันทั้งหมดน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ใช้ 3) การได้รับไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานที่ใช้ 4) การได้รับเส้นใยอย่างน้อย 15 กรัมต่อ 1000 กิโลแคลอรี</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>และ 5) การออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หลังจากระยะ intervention มีขั้นตอนในการบำรุงรักษา โดยรวมการให้คำปรึกษา (counseling session) ทุกๆ 3 เดือน แต่ละ session ของการให้คำปรึกษาเหล่านี้, นิสัยการออกกำลังกายได้มีการอภิปรายกัน รวมทั้งทุกๆ ชนิดของกิจกรรมทางกายทำให้มีความแข็งแรง และการมีกิจกรรมทางกายถูกนำมาพิจารณาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่ประสบความสำเร็จในโปรแกรมลดน้ำหนัก (weight loss program)</p> <p>การออกกำลังกาย (Endurance exercise) ประกอบด้วย การเดิน (walking) วิ่งเหยาะๆ (jogging) การว่ายน้ำ (swimming) aerobic ball games และการเล่นสกี (skiing) ทำให้ aerobic capacity เพิ่มขึ้น</p> <p>ความเข้มข้นที่ปานกลาง และโปรแกรมระดับกลางและสูง ถูกออกแบบเพื่อปรับความสามารถในการทำงานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทั้งส่วนบนและส่วนล่างของร่างกาย โดยอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นหลังจากปีที่ 4 ดังนี้ ร้อยละ 11 ในกลุ่มที่ได้รับ intervention และร้อยละ 23 ในกลุ่มควบคุม ระหว่างการทดลองพบว่า ความเสี่ยงของโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 58 ในกลุ่ม intervention ซึ่งการลดลงของอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ตั้งแต่มีประชากรเพียง</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>เด็กน้อยที่บรรลุน้ำหนัก 4 หรือ 5 จาก 5 วิธีการดำเนินชีวิตที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการศึกษานี้ไม่อาจเป็นไปได้ที่จะอธิบายปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวได้ สาเหตุหลักคือสามารถลดความเสี่ยงของการพัฒนาโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตทั้งหมดที่ส่งผลต่อสุขภาพคือสิ่งสำคัญ เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงความแตกต่างของวิธีการดำเนินชีวิตจึงมีความสำคัญมากกว่าสิ่งอื่นๆ</p> <p>ในปัจจุบันงานวิจัย DPS ของประเทศฟินแลนด์มีการประเมินความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต และการลดปัจจัยเสี่ยงหลังจากที่มีการหยุดให้คำปรึกษาในช่วงติดตามหลังจากทำ intervention เป็นเวลา 4 ปี พบว่าผู้เข้าร่วมไม่มีการพัฒนาของโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตประสบความสำเร็จโดยผู้เข้าร่วมในกลุ่ม intervention ได้รับการรักษาหลังจากการทำ intervention สิ้นสุดลง และอัตราการอุบัติการณ์ที่คล้ายกันระหว่างการติดตามหลังทำ intervention คือ 4.6 และ 7.2 ต่อ 100 คนต่อปี, ร้อยละ 36 อัตราความเสี่ยงสัมพัทธ์ของโรคเบาหวานลดลงเมื่อไม่มีการทำ intervention</p> <p>การสุ่มทดลองทางคลินิกที่คล้ายกันของการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและความเสี่ยงของการพัฒนาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง, the Diabetes Prevention Program (DPP)</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ดำเนินการที่ United States มีผู้เข้าร่วมจำนวน 3,234 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับมี elevated fasting และ post - load plasma glucose concentration โดยสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo group) โดยได้รับยา Metformin หรือกลุ่มที่ได้รับ lifestyle - modification program โดยมีเป้าหมายคือ น้ำหนักลดลงอย่างน้อยร้อยละ 7 และมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 51 ปี, ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 34.0 Kg/m², ร้อยละ 68 ของผู้เข้าร่วมเป็นเพศหญิง และร้อยละ 45 เป็นสมาชิกของ non - caucasian ethnic groups, ในการทำ intervention โดยการออกกำลังกายเน้นการเดินเร็ว (brisk walking) และการทำกิจกรรมอื่นที่มีความแรงเท่ากัน ประกอบด้วย การเต้นแอโรบิก (aerobic dance), จักรยาน (bicycle riding), การเล่นสเก็ต (skating) และการว่ายน้ำ (swimming) ผู้เข้าร่วมได้รับคำแนะนำให้แบ่งสรร (distribute) กิจกรรมทางกายของพวกเขาตลอดสัปดาห์ อย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง โดยมีอาสาสมัครคอยควบคุมให้คำแนะนำขณะมีกิจกรรมทางกาย โดยเสนอให้ทำอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ตลอดการศึกษา ประกอบด้วย การเดินเป็นกลุ่ม (group walks), กลุ่มเต้นแอโรบิก (aerobic classes) และมีการฝึกอบรมแบบ 1 ต่อ 1</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>หลังจากมีการติดตามเฉลี่ยที่ 2.8 ปี, อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน คือ 11.0, 7.8 และ 4.8 case ต่อคนต่อปี ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo), Metformin และ Lifestyle group ตามลำดับ ซึ่งการทำ intervention ที่เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle intervention) สามารถช่วยลดอัตราอุบัติการณ์ลงร้อยละ 58 และ Metformin ร้อยละ 31 เมื่อเปรียบเทียบการได้รับยาหลอก (placebo) และ lifestyle intervention มีประสิทธิภาพมากกว่า Metformin ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2</p> <p>ใน Indian Diabetes Prevention Program มีผู้เข้าร่วมจำนวน 531 คน ที่มีภาวะ impaired glucose tolerance ได้รับการสุ่มเข้าร่วมใน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับยา Metformin, กลุ่มที่ได้รับการดัดแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle - modification), กลุ่มที่ได้รับทั้ง lifestyle - modification กับ Metformin และกลุ่มควบคุม อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มขึ้นระหว่างระยะติดตาม 30 เดือน พบว่าในกลุ่ม lifestyle - modification ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 39, ในกลุ่ม Metformin ต่ำกว่าร้อยละ 41 และกลุ่มที่ได้รับทั้ง lifestyle - modification กับ Metformin ลดต่ำกว่าร้อยละ 40 เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 55)</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				<p>ในปี 1970, The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) ใน United States มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วม จำนวน 12,866 คน อยู่ในวัยกลางคน อายุระหว่าง 35 ถึง 57 ปีที่มีความเสี่ยงต่อโรค coronary heart disease สูง และมีการทำ intervention ที่เฉพาะ หรือมีการดูแลเอาใจใส่มากกว่า 6 - 7 ปี ซึ่งการทดลองนี้เริ่มต้นในปี 1973 มีการออกแบบเพื่อตรวจโรค coronary heart disease รวมทั้งผลลัพธ์ที่น่าสนใจ</p> <p>กลุ่มที่ได้รับ intervention ที่เฉพาะ (special intervention group) จะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร โดยการลดไขมันอิ่มตัว, cholesterol, การได้รับแคลอรีที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย, การหยุดสูบบุหรี่ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ในปัจจุบันมีข้อมูลจาก MRFIT ถูกนำมาใช้ในการตรวจหาถึงบทบาทของ lifestyle intervention program ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ชายจำนวน 11,827 คนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และ impaired fasting glycemia โดยในกลุ่ม special intervention มีเพศชายทั้งหมด จำนวน 666 คน (ร้อยละ 11.5) และในกลุ่ม usual care group มีเพศชายจำนวน 616 คน (ร้อยละ 10.8) โดยมีเกณฑ์สำหรับโรคเบาหวานระหว่างการติดตาม 6 ปี ระหว่างผู้ที่ไม่สูบบุหรี่, the intervention program มีผลลัพธ์ว่า ร้อยละ 18 อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Hu, G. & Tuomilehto, J. (2007).(ต่อ)				usual care group ส่วนในผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า ความเสี่ยงของโรคเบาหวานในกลุ่ม intervention เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญร้อยละ 26 ขณะที่การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างชัดเจน	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Keränen, A. et al. (2009). The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. <i>Preventive Medicine</i>. inpress. Retrieved from www.elsevier.com/locate/ypmed</p>	<p>เพื่อประเมินผลของการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นต่อพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและการลดน้ำหนักและความยั่งยืน และการมีส่วนร่วม</p>	<p>ไม่ปรากฏ</p>	<p>ประกาศรับสมัครทางหนังสือพิมพ์ คน อ้วน มีผู้มาสมัคร 239 คน คัดกรองเหลือ 82 คน สุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ให้ intensivecounselling จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุมให้ short-term counseling จำนวน 47 คน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> อายุ 18-65 ปี BMI > 27 Kg/m²</p>	<p>ระยะเวลา 18 เดือน <u>วิธีการศึกษา</u> ผู้เข้าร่วม 82 คน (ชาย 23 หญิง 59 คน) BMI 28-52 kg/m² อายุ 49 ปี ทุกคนได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คนพบ major depression 15 คน มีภาวะซึมเศร้า ตรวจคัดกรองเบาหวานตาม International Diabetes Federation criteria of metabolic syndrome และผู้เข้าร่วมต้องผ่านความเห็นจากแพทย์ การจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 35 คน ได้รับ intensive counselling ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม เข็มให้คำปรึกษา 10 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมแก้ปัญหาเรื่องอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยนักโภชนาการ เพื่อปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) จูงใจ วางแผนการเปลี่ยนแปลงอาหาร ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) วางแผนการเปลี่ยนแปลงอาหาร ครั้งที่ 3 (กลุ่ม) การทำอาหารสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 4 (กลุ่ม) การรู้จักอารมณ์ และความเครียดกับการกิน</p>	<p>พฤติกรรมการรับประทาน อาหารดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม ผลของการให้คำปรึกษาน้ำหนักลด 5 ± 5.7 kg เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมลด 2.4 ± 2.5kg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใน 6 เดือนแรก และเมื่อครบ 18 เดือนกลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดมากกว่ากลุ่มควบคุมความสำเร็จในการลดน้ำหนักให้คงอยู่มาจากพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร ความล้มเหลวในการลดน้ำหนักคือการไม่ควบคุมการกินและการเที่ยวดื่มกินแบบไม่ยั้ง ทั้งสองวิธีทำให้พฤติกรรมการ</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Keränen, A. et al. (2009). (ต่อ)			<p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <p>1. ใช้โปรแกรมลดน้ำหนักของผู้อื่น</p> <p>2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น TSH</p> <p>3. ป่วย ไม่สามารถลดน้ำหนักและออกกำลังกายได้</p>	<p>ครั้งที่ 5 (กลุ่ม) การรู้จักสถานการณ์เสี่ยงต่อการรับประทานอาหารมากเกินไป การเตรียมตัวและการแก้ไข</p> <p>ครั้งที่ 6 (รายบุคคล) ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาหารและการวัด</p> <p>ครั้งที่ 7 (รายบุคคล) ปัจจัยเสี่ยงต่อการรับประทานมาก หลังจากเกิดความเครียด</p> <p>ครั้งที่ 8 (กลุ่ม) อุปสรรคต่อการบริโภคอาหาร</p> <p>ครั้งที่ 9 (กลุ่ม) ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก</p> <p>ครั้งที่ 10 (รายบุคคล) ผลลัพธ์ การวัดและการคงไว้ในพฤติกรรม</p> <p>ทุกครั้งที่เยี่ยมจะชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิตและวัดรอบเอวเฉพาะในการเยี่ยมครั้งที่ 6 และ 10</p> <p>กลุ่มควบคุมให้ Short term counseling ให้คำแนะนำโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ เรื่องอ้วนเนื้อหาสอนคล้ายกันเยี่ยม 2 ครั้งสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ครั้งที่ 1 (รายบุคคล) จูงใจวางแผนการเปลี่ยนแปลงอาหาร ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) วางแผนการเปลี่ยนแปลงอาหารต่อการวัดเหมือนกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 6 และ 10</p> <p><u>เครื่องมือการวัด</u> ใช้แบบสอบถามของ Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) 18 questionnaire และ Binge Eating Scale (BES) questionnaire คะแนน < 20 ไม่มีอาการ คะแนน 20-29 มีอาการปานกลาง คะแนน ≥ 30 มีอาการมาก</p> <p>แบบสอบถามวัดทั้ง 2 กลุ่ม ในเดือน 0,3,6,12 และ 18</p> <p>ชั่งน้ำหนัก เดือน 0,6,12 และ 18</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมขึ้น และน้ำหนักลด แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม</p> <p>พฤติกรรมมารับประทานอาหารกับความสำเร็จในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กัน</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Loimaala, A. et al. (2008). Effect of Long-Term Endurance and Strength Training on Metabolic Control and Arterial Elasticity in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. <i>American Journal Cardiology</i> , 103, 972-977.	เพื่อประเมินความสามารถของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการเผาผลาญอาหารและเส้นเลือดแข็งตัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	ไม่ปรากฏ	ผู้ชายที่เป็นเบาหวาน จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 25 คน drop out 1 คน กลุ่มควบคุม 25 คน drop out 1 คน	ระยะเวลา 24 เดือน วิธีการศึกษา กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม การฝึกการออกกำลังกาย โดยมีผู้เชี่ยวชาญการออกกำลังกายฝึกความอดทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4 ครั้ง/สัปดาห์ ฝึก aerobic และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อย่างละ 2 สัปดาห์ การฝึก aerobic ใช้การวิ่งเหยาะๆ การเดิน 2 ครั้ง/สัปดาห์ให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม 65%-70% การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โปรแกรมประกอบด้วย 8 dynamic exercise ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 12 แบบ เปลี่ยนท่าฝึกทุก 2 เดือน ภายใต้การดูแลของนักกายภาพ ใช้เวลาฝึกอย่างน้อย วันละ 30 นาที นาน 24 เดือน กลุ่มทดลองไม่ต้องปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารหรือปรับยา กลุ่มควบคุม ดูแลตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ประเมิน อัตราการเต้นของหัวใจและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ,HbA 1c ,insulin ก่อนการทดลองและทุก 6 เดือน	ระดับน้ำตาลสะสม,อินสุลิน เลปติน,ไขมันในเลือด,ความดันโลหิต,maximal oxygen consumption ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักตัวไม่มีเปลี่ยนแปลงทั้งสองกลุ่ม ค่า BMI สัมพันธ์กับ plasma insulin ไม่สัมพันธ์กับHbA1c ตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง glucose balance, plasma insulin ดังนั้น Fasting plasma glucose และVo2max สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงใน PWVใน 2ปีได้

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ilanne-Parikka, P. (2005). Effect of lifestyle Intervention on the Occurrence of Metabolic Syndrome and its Components in the Finnish Diabetes Prevention Study. <i>Diabetes Care</i> , 31, 805-807.	เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลพฤติกรรม จากการศึกษา ของFinnish Diabetes Prevention Study ประเมินผล ของวิถีชีวิตต่อ metabolic syndrome	ไม่ปรากฏ	วัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกิน และมีIGT จำนวน 522คน ผู้ชาย 172 คน ผู้หญิง 350 คน สุ่มแบ่งเป็น2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์ตามNational Cholesterol Education Program	ระยะเวลา 4 ปี วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ oral glucose tolerance test (OGTT) ,BP, Triglycerides ,cholesterol, abdominal obesity ครั้งแรกและทุกปีของการเยี่ยม ถ้าตรวจพบว่าเป็นเบาหวานตาม WHO guideline 1985 จะถูกคัดออกจากการศึกษา กลุ่มทดลอง ได้รับคำแนะนำรายบุคคลและรายกลุ่มในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต กลุ่มควบคุม ได้รับตามมาตรฐานที่ทำเดิม	พบว่าอัตราเกิดmetabolic syndromeในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.62(95%CI0.40-0.95) และอัตราความชุกการเกิดภาวะ อ้วนลงพุง(0.48 (0.28-0.81) การตรวจ Fasting glucose ,BP,low HDL, Cholesterol, triglycerides ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน metabolic syndrome เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักทำให้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลสนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตช่วยลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Unsitupa, M. et al. (2009). Ten-Year Mortality and Cardiovascular Morbidity in the Finnish Diabetes Prevention Study-Secondary Analysis of the Randomized Trial. <i>Diabetes Prevention and CVD</i> , 4(5), 1-8.	เพื่อทดสอบวิถีชีวิตที่มีผลกระทบต่ออัตราการป่วยและตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	ไม่ปรากฏ	กลุ่มวัยกลางคนที่ มีน้ำหนักเกินและมี IGT สูงกว่าปกติ จำนวน 522 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 265 คน กลุ่มควบคุม 257 คน เกณฑ์คัดเข้า -อายุ 40-64 ปี -BMI>25 kg/m ² -OGTTในIGT ตามเกณฑ์ WHO	ระยะเวลา ศึกษา 10 ปี วิธีการศึกษา ใช้สุ่มจากรายชื่อที่ลงทะเบียนรักษาใน 5 ศูนย์ของฟินแลนด์ที่มีค่าเฉลี่ย 2-hour glucose value (7.8-9.4 หรือ 9.5-11mmol/l) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายโดยนักโภชนาการ เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้เพิ่มการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต คือ 1 น้ำหนักลด >5% 2.ลดพลังงานจากอาหารไขมันต่อวัน <30% 3.ลดพลังงานจากอาหารกรดไขมันต่อวัน <30% 4.รับประทานอาหารเส้นใยสูง> 15 กรัม/1000 กิโลแคลอรี 5.ออกกำลังกายขนาดปานกลาง >30 นาที/วัน กลุ่มควบคุม ได้รับข่าวสารข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ไม่มีผู้เชี่ยวชาญดูแลโดยเฉพาะผู้เข้าร่วมได้รับได้รับการซักประวัติและตรวจสุขภาพก่อนทดลองและตรวจทุกปี เป็นเวลา 10 ปีตรวจร่างกายทั่วไป ,วัดส่วนสูง,ชั่งน้ำหนัก ,วัดรอบเอว,วัดความดันโลหิต,	อัตราการป่วยและตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเปรียบเทียบด้วยการศึกษาประชากรพื้นฐานระยะยาวกับ IGT (impaired glucose tolerance) HRs 0.21 (95% CL 0.09 -0.52) และ 0.39 (95% CL 0.20 -0.79) สำหรับอัตราการตาย และ 0.89 (95% CL0.62 -1.27)และ 0.87(95% CL0.60 -1.27)สำหรับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของ DPS ตามลำดับอัตราเสี่ยงการตายในกลุ่ม DPS น้อยกว่ากลุ่ม FINRISK IGT แต่อัตราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Unsitupa, M. et al. (2009). (ต่อ)			เกณฑ์คัดออก -เป็นโรคหลอดเลือด หัวใจใน 6 เดือน	OGTT,serum total cholesterol,HDL ,cholesterol and Triglycerides การศึกษาFINRISK 1992 ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง 3,300 คนอายุระหว่าง 45-64 ปีซัก ประวัติ และตรวจสุขภาพ พบคนมี IGT 1,881 คน ปกติ 1,570คน เสี่ยงเป็นเบาหวานชนิดที่ 2, เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 69 คน ตอบแบบสอบถาม ประวัติ การรักษา พื้นฐาน เศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ สภาวะ สุขภาพบันทึกข้อมูลของทางร.พ. สาเหตุการป่วย และตายตาม ICD 8,9,10 ตามแพทย์วินิจฉัยโรค พบว่าการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นตาม Frammingham risk equation	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Absetz, P. et al. (2007). Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World" One-year results of the GOAL Implementation Trial. <i>Diabetes Care</i> , 30(10), 2465-2470.	เพื่อศึกษา ประสิทธิผล ของโปรแกรม การ ปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตในการ ป้องกัน เบาหวานชนิด ที่ 2	ไม่ปรากฏ	คนไข้รายใหม่ที่มีรักษาที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ, คนไข้ จากการส่งต่อและจากคลินิก มาพบมากกว่า 2 เดือน พยาบาลเป็นผู้คัดกรอง ในคน อายุ 50-65 ปี อ้วน ความดัน โลหิตสูง, ผลน้ำตาลหรือ ไขมันในเลือดสูง พยาบาลคัดกรองตาม แบบสอบถาม วิถีชีวิตที่ สัมพันธ์กับโรค กรรมพันธ์ และปัจจัยเสี่ยงตามของคลินิก ของโรคเบาหวาน ทำแบบสอบถามคนละ 5 นาที <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> คะแนนแบบสอบถาม > 12	ระยะเวลา 12 เดือน <u>วิธีการศึกษา</u> การศึกษานี้พัฒนาและใช้ผลประเมินจาก a real-world implementation trail ใช้การวัดก่อน-หลัง เหมือน DPS The GOAL intervention Program เป็นโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนใน Paijat-hame, Finland กิจกรรม ตาม DPS ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประกอบด้วย 5 ข้อดังนี้ 1. พลังงานทั้งหมดจากไขมันอย่างน้อย < 30% 2. พลังงานทั้งหมดจากกรดไขมันอย่างน้อย < 10% 3. อาหารที่มีกากใยสูงอย่างน้อย 15 กรัม/1,000 กิโลแคลอรี 4. ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 4 ชม./สัปดาห์ 5. น้ำหนักลด > 5% กิจกรรมอย่างน้อย 4 ข้อถึงจะเพียงพอในการป้องกันเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการใช้การให้ข้อมูล กระบวนการกลุ่ม การควบคุม พฤติกรรมตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผน แต่ละ โปรแกรมใช้เวลา 2 ชม. มีการจัดตาราง ใบบางและวัสดุ อุปกรณ์ให้ง่ายต่อการเรียนรู้	ขึ้นพื้นฐานค่าเฉลี่ย BMI > 32 kg/m ² และ ร้อยละ 25 ผู้เข้าร่วม บรรลุความสำเร็จ อย่างน้อย 4 ใน 5 วัตถุประสงค์ของการ เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ซึ่งสามารถเปรียบ เทียบและส่งผลถึงการ ทดลองอย่างไรก็ตาม เป้าหมาย การออก กำลังกายและการลด น้ำหนักบรรลุ ความสำเร็จอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ลดลงในกลุ่ม ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Absetz, P. et al. (2007). (ต่อ)			<p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีปัญหาสุขภาพจิต 3 คน - มะเร็ง 6 คน - เบาหวานรายใหม่เริ่มรับยา 4 คน - โรคกล้ามเนื้อหัวใจ <p>6 คนเหลือ 389 คน(จาก 405)สุ่มแบ่งเป็น 2กลุ่ม ให้การอบรมขั้นพื้นฐานเหลือผ่าน 352 คน</p>	<p>The GOAL intervention Program ดำเนินกิจกรรมโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลสาธารณสุข ,เจ้าหน้าที่อื่นๆและนักกายภาพบำบัด จะต้องได้รับการฝึกตามมาตรฐานของโปรแกรม ฝึกการให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย โดย</p> <p>กลุ่ม 1 ประชุมเรื่องโครงการอาหารส่งเสริมสนับสนุนและให้คำปรึกษาเรื่องอาหารในกลุ่ม</p> <p>กลุ่ม 2 เรื่องการออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่เทศบาลแนะนำสถานที่ และแนวทางการออกกำลังกาย มีการประชุมกลุ่ม 6 กลุ่ม</p> <p>การประชุม 1 ถึง 5 กลุ่ม ใช้เวลามากกว่า 8 สัปดาห์และ หลังจากนั้นพัก 2 สัปดาห์ และการประชุมครั้งสุดท้าย เดือนที่ 8 ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมต้องการรับยาให้ส่งกลับพบแพทย์ที่รักษาเดิม</p> <p><u>การวัด</u></p> <p>ทุกคลินิกและข้อมูลโภชนาการรวบรวมโดยนักศึกษาพยาบาล เดือนที่ 12 ผู้เข้าร่วมจะได้รับจดหมายเชิญมาตรวจร่างกาย ตรวจ laboratory tests และบันทึกรายการอาหารที่รับประทานใน 3 วัน แบบสอบถามนำมาถามผู้เข้าร่วม 1 เดือนก่อนทดลอง, 9 เดือนและ 12 เดือน ทั้ง 5 lifestyle วัดเดือนที่ 12 วัด total fat intake, saturated fat intake, fiber intake, physical activity, and weight change</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Absetz, P. et al. (2007). (ต่อ)				<p>สารอาหารวิเคราะห์โดยนักโภชนาการ จากรายการอาหารที่รับประทาน ถ้านักโภชนาการต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้เข้าร่วมการ ออกกำลังกายถูกวัดโดยแผ่นเครื่องเตือนตนเองใน 1 สัปดาห์ทุกการออกกำลังกาย 10 นาทีเครื่องจะบันทึกไว้ซึ่งน้ำหนักโดยนักศึกษาพยาบาล</p> <p>ผลลัพธ์ระยะที่สองในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยง จากเริ่มจนถึง 12 เดือน มีการตรวจวัด รอบเอวความดัน, เซรั่มไขมัน, น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและหลังอาหาร วิเคราะห์ผลแล็บ โดย the Pajjat-Home Central Hospital</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Laaksonen, D.E. et al. (2005). Dietary carbohydrate modification enhances insulin secretion in persons with the metabolic syndrome. <i>American Journal Clinical Nutrition</i> . 82, 1218-27.	เพื่อทดสอบการ ดัดแปลงอาหาร คาร์โบไฮเดรตทำให้ ความไวของอินซูลิน ดีขึ้น การขับและ ความทนของน้ำตาล ในเลือดในน้ำหนัก เกินหรือคนอ้วนที่มี การเผาผลาญอาหาร ผิดปกติในการลด น้ำหนัก	ไม่ปรากฏ	ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและมีmetabolic syndrome มีความเสี่ยงในการเป็น เบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ <u>เกณฑ์คัดเข้า</u> อายุ 40-70 ปี BMI อยู่ระหว่าง 26-40 kg/m ² ได้รับการคัดกรอง metabolic syndromeตามNational cholesterol education program > 3ใน5 ตาม เกณฑ์ 1.รอบเอวผู้ชาย>102ซ.ม.ผู้หญิง>88 ซ.ม. 2.total serum triacylglyceral concentration>1.7mmol/l 3.fasting HDL cholesterol concentration<1.0mmol/l concentration<1.2mmol/l ในผู้หญิง	ระยะเวลา 12 สัปดาห์ <u>วิธีการศึกษา</u> ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับการวัดส่วนสูง, ชั่งน้ำหนัก วัดBP, routine hematological,thyroid function, serum creatinine, alanine aminotransferase activity, OGTT และ urine albumin ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นสุ่มแบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่ม 1 บริโภค oat, wheat bread และ potatoes กลุ่ม 2 บริโภค rye bread และ pasta ระยะเริ่มต้น ผู้เข้าร่วมได้รับคำแนะนำไม่ต้อง เปลี่ยนแปลงน้ำหนัก นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเหล้า ผู้เข้าร่วม จัดบันทึกอาหารที่รับประทาน จำนวน4วัน(รวม วันเสาร์-อาทิตย์) เพื่อดูนิสัยการรับประทาน อาหาร น้ำหนักเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 มีการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ชั่งน้ำหนัก เปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง	พบว่าน้ำหนักไม่มี การเปลี่ยนแปลงทั้ง สองกลุ่ม ผลตรวจทาง ห้องทดลอง fasting glucose Insulin concentration OGTT ระหว่าง 2 กลุ่มไม่ แตกต่างกัน Insulinogenic index เพิ่มขึ้นในกลุ่ม 2 บริโภค rye bread และ pasta,มากกว่ากลุ่ม oat ,wheat bread และ potatoesในกลุ่มผสม insulinogenic index ทำให้ glucose tolerance เพิ่มขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Laaksonen, D.E. et al. (2005). (ต่อ)			<p>4. impaired fasting glucose 6.1 และ 6.9 mmol/l</p> <p>5. BP > 130/85 mmHg</p> <p>หรือรับประทานยาลดความดันโลหิต</p> <p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นเบาหวาน - ได้รับความเจ็บป่วยหรือใช้ cortisone <p>สุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>กลุ่มทดลอง 40 คน</p> <p>กลุ่มควบคุม 41 คน</p> <p>ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินขั้นพื้นฐาน แล้วสุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>กลุ่มทดลอง droupouts 3 คน เหลือ 37 คน</p> <p>กลุ่มควบคุม droupouts 5 คน เหลือ 35 คน</p>	<p>กลุ่ม 1 บริโภค oat ,wheat bread และ potatoes อาหาร 3 อย่าง wheat ban bread graham , toast.grahan crisp bread และขนมปังข้าวโอ๊ต ซึ่งผลิตโดย VTT Biotecrology potatoes 1 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p>กลุ่ม 2 บริโภค rye bread และ pasta รับประทาน whole-meal rye breads และ low fier endosperm ผลิตโดย VTT Biotecrology 1 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p><u>การวัด</u></p> <p>วิธีการวัด OGTT</p> <p>วิธีการวัด insulin resistance และ beta cellfunction</p> <p>วิธีการตรวจสอบขนมปัง</p> <p>การประเมินสารอาหารจากบันทึกอาหารไว้ 4 วันรวมสารอาหารที่อัดอาหาร ถูกวิเคราะห์ใน MICRO-NUTRICA PROGRAM</p>	<p>ขณะน้ำหนักเพิ่มทำให้ glucose tolerance ลดลง</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindström , J. et al. (2006). Determinants for the effectiveness of Lifestyle Intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study. <i>Lancet</i> , 368, 1673-79.	1.เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การลดการเกิดโรคเบาหวานในผู้เข้าร่วมศึกษาใน Finnish Diabetes Prevention Study 2.เพื่อตรวจสอบขนาดของปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและคุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่มีถูกคัดแปลงให้มีประสิทธิภาพต่อวิถีชีวิต	ไม่ปรากฏ	คัดเลือกจากหลายๆศูนย์ กลุ่มตัวอย่าง วัยกลางคนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน อายุ 40-64 ปี มี IGTตามเกณฑ์ WHO 1985 และน้ำหนักเกิน BMI>25 Kg/m ² จำนวน 522 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มทดลอง 265 คน และกลุ่มควบคุม257 คน ผู้เข้าร่วมทุกคนเซ็นใบยินยอม เข้าร่วมการศึกษา	ระยะเวลา 4 ปี วิธีการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้ลดพลังงานทั้งหมดจากอาหารไขมันอย่างน้อย<30% พลังงานทั้งหมดจากกรดไขมันอย่างน้อย<10% อาหารที่มีกากใยสูงอย่างน้อย> 15 กรัม/1,000 กิโลแคลอรี ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 4 ชม./สัปดาห์ น้ำหนักลด>5% จากน้ำหนักเดิม ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำปรึกษาอย่างเข้มข้นรายบุคคล รายละเอียด ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องอาหารอย่างต่อเนื่องจากนักศึกษาระดับปริญญาโท พวกเขาได้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม และไม่เสียค่าใช้จ่าย มีการฝึกความต้านทานกลุ่มโดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำทั่วไป ไม่มีการให้คำปรึกษารายบุคคล ผู้เข้าร่วมได้รับการตอบแบบสอบถาม , ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง , รอบเอว , BMI , fasting (12-h fast) และ 2-h 75 -g OGTT, fasting insulin ถูกวัดโดย a radioimmunoassay method ¹ ที่ห้อง แล็บกลางใน Helsinki	พบว่าหลังติดตาม 4 ปี กลุ่มทดลองพบอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ 4.1 ต่อ 100 คน-ปี กลุ่มควบคุมอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ 7.4 ต่อ 100 คน-ปี การทำกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากในผู้สูงอายุ (HRs 0.77,0.49, และ 0.36 โดยเพิ่มตามลำดับอายุ Pinteraction 0.0130) และเหล่านั้นมีพื้นฐาน FINDRISC (HRs 1.09,0.84,0.34และ 0.22)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lindström , J. et al. (2006). (ต่อ)				แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพและโรค, การรับประทานยา, ประวัติครอบครัว เป็นเบาหวาน และการวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้อง ผู้เข้าร่วมถูกถามเกี่ยวกับการนั่งอยู่กับที่ (การใช้เวลาว่าง ส่วนมากอ่านหนังสือ ดูทีวีและ ไม่ทำกิจกรรมเกี่ยวกับร่างกาย) หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (กิจกรรมการออกแรงระดับปานกลาง เช่น การเดินอย่างน้อย 4 ชม./สัปดาห์ หรือ > 30 นาที/วัน การได้รับสารอาหารประเมินจาก บันทึกอาหาร 3 วัน ติดต่อกันที่เก็บครั้งแรกและทุกปีของการเยี่ยม ปริมาณสารอาหารวิเคราะห์และพัฒนาข้อมูลพื้นฐานใน National Public Health Institute	โดยมีการเพิ่มขึ้นตามประเภทของคะแนนความเสี่ยงตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์ของกิจกรรมต่อความเสี่ยงของโรคเบาหวาน ไม่ได้ถูกตัดแปลงโดยลักษณะพื้นฐานอื่นๆ หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Comparison of the effects on insulin resistance and glucose tolerance of 6-mo high-monounsaturated-fat, low-fat, and control diets	เพื่อเปรียบเทียบผลของอาหาร 3 ประเภทซึ่งมีความแตกต่างของชนิดและผลรวมของปริมาณไขมันและคาร์โบไฮเดรตต่อการคืออินซูลินและความทนทานต่อระดับกลูโคสซึ่งส่งผลต่อน้ำหนักที่ลดลง	ไม่ปรากฏ	<p>กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 18-35 ปี จำนวน 56 คน</p> <p>ระยะในการดำเนินการ 6 เดือน</p> <p>เกณฑ์การคัดเข้า/ออก ผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 คนจากพื้นที่ของโคเปนเฮเกนและเฟเดอริกส์เบิร์กโดยวิธีลงประกาศทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุ 18-35 ปี - ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 28-36 kg/m² <p>น้ำหนักเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลกรัม (<= 3 kgs) ใน 2 เดือนที่ผ่านมา</p>	<p>- กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่</p> <p>รับประทานอาหารประเภท</p> <p>กลุ่มที่ 1 กลุ่ม MUFA diet</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่ม LF diet</p> <p>กลุ่มที่ 3 กลุ่ม control diet</p> <p>เดือนที่ 0 และ เดือนที่ 6</p> <p>กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม งดน้ำงดอาหาร และได้รับการตรวจทางคลินิก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชั่งน้ำหนัก - Body composition - Waist-hip circumference - 2-h oral-glucose-tolerance test (OGTT: 75 g glucose in 300 ml water) : เจาะเลือด ในนาฬิกาที่ 0 (fasting state) นาฬิกาที่ 30, 60, 90 และ 120 (during OGTT) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องนอนราบก่อนเจาะเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที 	<p>ภายหลัง 6 เดือนพบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่ม MUFA diet สามารถลดระดับน้ำตาล (-3.0%) ลดอินซูลิน (-9.4%) และลดคะแนนการคืออินซูลิน(-12.1%) - เมื่อเปรียบเทียบกลุ่ม MUFA diet กับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุมมีการเพิ่มขึ้นของตัวแปรที่ได้กล่าวมาแล้ว (1.4% (P = 0.014), 21.2% (P = 0.030) และ 22.8% (P = 0.015) ตามลำดับ) - เมื่อเปรียบเทียบกลุ่ม MUFA diet และกลุ่ม LF diet พบว่าตัวแปรที่ได้

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Comparison of the effects on insulin (ต่อ)			<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สูบบุหรี่ - สำหรับผู้หญิงอยู่ในช่วงก่อนวัยหมดประจำเดือน <p>หลังจากได้คัดกรองตามเกณฑ์เบื้องต้นแล้วผู้วิจัยให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกมารับประทานอาหารพลังงานต่ำ (800-1000 kcal/d : ประกอบด้วย โปรตีน 40% คาร์โบไฮเดรต 40% และไขมัน 20% ของพลังงานทั้งหมด) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ชั่งน้ำหนักผู้ได้รับคัดเลือก ถ้าน้ำหนักลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 8% จากน้ำหนักแรกเริ่ม เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 46 คน เป็นผู้ชาย 20 คน ผู้หญิง 26 คน ผู้วิจัยได้สุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มตัวอย่างต้องการออกกำลังกายหรือดื่มแอลกอฮอล์ 1 วันก่อนมาตรวจทางคลินิก และ - งดน้ำงดอาหารก่อนมาตรวจทางคลินิก (งดน้ำหลังเที่ยงคืน งดอาหารหลัง 8.00 PM โดยรับประทานอาหารเช้าก่อน 8.00 PM) <p>ก่อนการทดลอง- ก่อนการทดลอง 3 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกและทดลองการเลือกซื้ออาหารตามแบบอาหารควบคุม (control diet) ระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มได้รับอาหารดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 กลุ่ม MUFA diet จะได้รับไขมันระดับปานกลาง (35-45 % ของพลังงานทั้งหมด) และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวในระดับสูง (> 20 % ของพลังงานทั้งหมด) โดยกลุ่มนี้จะได้รับอาหารประเภท whole- grain foods, nuts และ legumes มากกว่าอาหารชนิดอื่น</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่ม LF diet จะได้รับ low fat diet (20-30% ของพลังงานทั้งหมด)</p>	<p>กล่าวมาแล้วมีผลดังนี้ ตามลำดับ (1.4% (P=0.090), 13.1% (P=0.078), และ 15.5% (P = 0.095)) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในเรื่องความเข้มข้นของระดับน้ำตาลและอินซูลิน ระหว่างการทำ OGTT , ประเมินโดย the Matsudas index , น้ำหนักตัว หรือ body composition</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Comparison of the effects on insulin (ต่อ)			<p>กลุ่มที่ 1 กลุ่ม MUFA diet : ไขมันระดับปานกลาง (35-45 % ของพลังงานทั้งหมด) และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวในระดับสูง (> 20 % ของพลังงานทั้งหมด) จำนวน 16 คน</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่ม LF diet : low fat diet (20-30% ของพลังงานทั้งหมด) จำนวน 18 คน</p> <p>กลุ่มที่ 3 กลุ่ม control diet : 35% ของพลังงานทั้งหมดเป็นไขมัน (> 15% ของพลังงานทั้งหมดเป็นกรดไขมันอิ่มตัว) จำนวน 12 คน</p> <p>โดยอาหารทั้ง 3 กลุ่มจะมีโปรตีน 15% ของพลังงานทั้งหมด</p>	<p>กลุ่มที่ 3 กลุ่ม control diet จะได้รับ 35% ของพลังงานทั้งหมดเป็นไขมัน (> 15% ของพลังงานทั้งหมดเป็นกรดไขมันอิ่มตัว)</p> <p>โดยอาหารทั้ง 3 กลุ่มจะมีโปรตีน 15% ของพลังงานทั้งหมด</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มตัวอย่างสามารถดื่มแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์ของ Danish guidelines (< 14 units/wk สำหรับผู้หญิง และ < 21 units/wk สำหรับผู้ชาย) (1 unit = 12 g alcohol) <p>กลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำให้ออกกำลังกายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตามปกติที่เคยทำมา (physical activity level (PAL)) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการประเมิน PAL เป็น scale โดยมี scale อยู่ในระดับ 1 ถึง 9 สำหรับทุก 15-นาที ใน 7 วันก่อนทำการทดลอง - กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องอาหารระหว่างการเลือกซื้ออาหารและได้รับการให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัวอย่างน้อย 2 ครั้ง จากนักโภชนาการในช่วง 6 เดือนที่ทำการทดลอง <p>โดยวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเพื่อการจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างคงระดับการลดน้ำหนัก</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Comparison of the effects on insulin (ต่อ)			เครื่องมือ - MUFA diet - LF diet - control diet - weighing machine - dual-energy X-ray absorptionmetry scanning - tape measure	การเลือกอาหาร กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกอาหารได้ฟรี จากห้างสรรพสินค้า (supermarket) ภายใน 70 ตารางเมตร ของห้าง (70-m2 shop) ในระยะ 3 สัปดาห์ก่อนการทดลองและ 6 เดือน ในระหว่างการทดลอง โดยในงานวิจัยนี้ได้คำนวณอาหารของแต่ละกลุ่มโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยจะมีรายการอาหารให้เลือกประมาณ 700 รายการ โดยอาหารทุกรายการจะมี barcode กำหนดรายละเอียดของคุณค่าสารอาหารไว้ได้มีการคาดประมาณในเรื่องการสูญเสียและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักจากการเตรียมอาหารและการปรุงอาหาร - เมื่อกลุ่มตัวอย่างเลือกอาหารได้แล้วจะไป scan barcode เพื่อตรวจสอบอาหารและคุณค่าทางสารอาหาร - กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถหยุดจากโครงการการวิจัยได้เป็นเวลา 3 สัปดาห์ (เช่น วันหยุด, เจ็บป่วย) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องลงทะเบียนอาหารที่รับประทาน แต่ได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารตามกลุ่มที่ได้กำหนดไว้	

ตารางสรุปการสืบค้นโรคความดันโลหิตสูง ประเทศฟินแลนด์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rasmussen, B.M. et al. (2006). Effects of dietary saturated, monounsaturated, and n-3 fatty acids on blood pressure in healthy subjects. <i>American Journal Clinical Nutrition</i> , 83, 221-226.	เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของชนิดอาหารไขมันที่แตกต่างกันต่อระดับความดันโลหิตในบุคคลที่มีสุขภาพดี	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน 162 คน เป็นเพศชาย 95 คน และเพศหญิง 67 คน มีอายุระหว่าง 30 - 65 ปี และมีน้ำหนักตัวปกติหรือเพิ่มขึ้นปานกลาง [BMI (in Kg/m ²) = 22 - 32] สถานะทางสุขภาพได้รับการคัดกรองโดยทาง medical history และการทดสอบทางห้องทดลอง เหตุผลสำหรับการคัดออกคือ การรับประทานอาหารที่เฉพาะกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา, การมีกิจกรรมทางกายสูง, ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง (เช่น การดื่มสุราอย่างหนัก	การออกแบบ (Design) การศึกษานี้มีการควบคุมเป็นระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินการใน 5 ชุมชนที่แตกต่างกัน (Kuopio;Finland, Aarhus;Denmark, Naples;Italy, Wollongong; Australia และ Uppsalla;Sweden) โดยผู้เข้าร่วมจำนวน 162 คน จะถูกสุ่มเข้ามาเพื่อติดตาม 1 ถึง 2 อาหารที่มีพลังงานเท่ากัน คือ 1 rich ใน monounsaturated fatty acids (MUFA diet) และ rich อื่นใน saturated fatty acids (SFA diet) ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะได้รับน้ำมันที่ได้จากปลาทะเล (fish oil) เสริม (3.6 g n - 3 fatty acids/d) หรือยา (placebo) ผู้ที่มีสุขภาพดีถูกสุ่มเพื่อให้ลดอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งในสัดส่วนของอาหาร SFAs (SFA diet) สูง หรือสัดส่วนของอาหาร MUFAs (MUFA diet) สูง ภายในแต่ละ 2 กลุ่มเหล่านี้ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสุ่มเข้ามาจะได้รับแคปซูลที่บรรจุน้ำมันที่ได้จากปลาทะเล (fish oil) เสริม [3.6 g n - 3 fatty acids/d เตรียมไว้ให้ 2.4 g	ความดัน systolic และ diastolic ลดลงในอาหาร MUFA diet [-2.2% (P = 0.009) และ -3.8% (P = 0.0001) ตามลำดับ] แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกับอาหาร SFA diet [-1.0% (P = 0.2084) และ -1.1% (P = 0.2116) อาหาร MUFA เป็นสาเหตุให้ความดัน diastolic ลดต่ำกว่าอาหาร SFA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.0475) ซึ่งสนับสนุนผลสัมฤทธิ์ของ MUFA ต่อความดัน diastolic ที่

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rasmussen, B.M. et al. (2006). (ต่อ)			หรือคีมแอลกอฮอล์เป็นปกติมากกว่า 40 g/d) และมีผลกระทบต่อตับ, หัวใจ, รัชรอยด์ และความพิการ, น้ำหนักตัวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ควรเปลี่ยนแปลงมากกว่า 4 กิโลกรัม, บุคคลที่ได้รับ acetyl salicylic acid, thiazide diuretic, B-blockers, lipid-lowering drugs และ corticosteroids จะถูกแยกออกไป ถ้าบุคคลได้รับยาชนิดอื่น ขนาดยา (dose) จะต้องคงที่ตลอดระยะทดลอง การคีมแอลกอฮอล์, น้ำหนักตัว และระดับของการมีกิจกรรมทางกายต้องเก็บรวบรวมระหว่างทำการศึกษา สำหรับการสูบบุหรี่ยินยอมได้แต่การสูบบุหรี่ต้องไม่เปลี่ยนแปลงระหว่างการศึกษา	EPA และ docosahexaenoic fatty acids (DHA); Pikasol, Lube Ltd, Hadsund, Denmark] หรือยาแคปซูล (Placebo capsules) ที่บรรจุน้ำมันมะกอก (olive oil) ระยะทดสอบนำมาก่อน โดย 2 สัปดาห์จะเป็นระยะเยี่ยมในระหว่างที่บุคคลได้รับโภชนาการเสริมและยาแคปซูลจนเคยชินเป็นนิสัย ซึ่ง Routine clinical test ประกอบด้วย oral - glucose - tolerance - test ถูกปฏิบัติในระหว่างระยะนี้ โดยที่บุคคลจะต้องเก็บบันทึกอาหารจำนวน 3 วัน ลงในเอกสาร (2 สัปดาห์ และ 1 สัปดาห์ถึงวันสุดท้าย) การทดสอบและการวิเคราะห์ทางห้องทดลองถูกปฏิบัติเป็นพื้นฐาน และในตอนสิ้นสุดการศึกษามีการวัดความดันโลหิต (BP) ด้วย อาหาร (Diet) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำเพื่อการรับประทานอาหาร isoenergetic diets ที่มีสารอาหารจำนวนมาก ร้อยละ 37 ของพลังงานจากไขมันในสัดส่วนของ SFAs สูง (SFA diet) หรือ MUFAs (MUFA diet),	พบว่า ไม่ปรากฏว่าไขมันทั้งหมดที่ได้รับมากกว่าค่าเฉลี่ย (มากกว่าร้อยละ 37 ของพลังงาน) และการเพิ่ม n-3 fatty acids เข้าไปนั้นไม่มีอิทธิพลต่อทั้งความดัน systolic และ ความดัน diastolic

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rasmussen, B.M. et al. (2006). (ต่อ)				<p>อาหาร SFA ประกอบด้วย ไขมันอิ่มตัว 17 ของพลังงานจาก SFAs, ไขมันไม่อิ่มตัว 14 ของพลังงานจาก MUFAs (MUFA diet) และไขมันไม่อิ่มตัว 6 ของพลังงานจาก PUFAs ขณะที่อาหาร MUFA ประกอบด้วย ไขมันอิ่มตัว 8 ของพลังงานจาก SFAs, ไขมันไม่อิ่มตัว 23 ของพลังงานจาก MUFAs และไขมันไม่อิ่มตัว 6 ของพลังงานจาก PUFAs</p> <p>กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการฝึกอบรมโดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้พบกับนักโภชนาการอย่างน้อยทุกๆ 2 สัปดาห์ จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา ผู้เข้าร่วมจะได้ไขมันที่รับประทานได้ เช่น เนยทาขนมปัง, สำหรับทำอาหารและในน้ำสลัด เช่น มาร์การีน (Margarine), ไขมัน (oils)</p> <p>อาหาร SFA (SFA diet) ประกอบด้วย เนยและมาร์การีน มีความสัมพันธ์กับสัดส่วนของ SFAs สูง ส่วนอาหาร MUFA ประกอบด้วย เนยหรือแยมทาขนมปัง (spread) และมาร์การีน กับสัดส่วนของ oleic acid ที่สูง โดยได้รับจาก oleic acid sunflower oil สูง และไม่มีจำนวนของ trans fatty acids, n - 3 fatty acids และน้ำมันมะกอกแม้แต่น้อย ในระหว่างระยะเวลาการทดสอบคำนวณค่าเฉลี่ยจากการจดบันทึกการควบคุมอาหารช่วง 2 และ 3 เดือนของการศึกษา ซึ่งการบันทึกการควบคุมอาหารบันทึกเพื่อประเมิน ไม่มีการชั่งน้ำหนักสารอาหารจะได้รับการวิเคราะห์ด้วย Software programs ในประเทศ ใช้ฐานข้อมูลอาหารโดยเฉพาะในการวิเคราะห์</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rasmussen, B.M. et al. (2006). (ต่อ)				<p>(Specific food databases) ข้อมูลของมาร์กาเร็น และการเตรียมอาหารเฉพาะอื่นๆถูกใส่เข้าไปในฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การทดสอบไขมัน โดยการตรวจสอบความถูกต้องนั้นวิเคราะห์จาก phospholipids fatty acid ส่วนประกอบของ serum</p> <p>ความดันโลหิตและน้ำหนักตัว (Blood pressure and Body weight)</p> <p>ความดันโลหิตวัดเป็นพื้นฐานและในช่วงสิ้นสุดการศึกษา โดยใช้ Sphygmomanometer ความดัน systolic และ diastolic ถูกให้คำนิยามใน ระยะที่ 1 และ 5 Korotkoff sounds โดยวัดความดันจากแขน หรือกลุ่มตัวอย่างบางคนวัดในท่านั่งหลังจากพักผ่อนเป็นเวลา 10 นาที จากนั้นพัน cuff ที่แขน ทำการวัดจำนวน 3 ครั้ง เว้นช่วงห่าง 2 นาทีในผู้ป่วยแต่ละคน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ากลาง (means) ของการวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ส่วนน้ำหนักตัวมีการประเมินในการเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละครั้ง</p> <p>วิธีการทางสถิติ (Statistical methods)</p> <p>ผลลัพธ์ถูกแสดงเป็นค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean \pm SD) การศึกษานี้เป็นการศึกษาชนิด intention - to - treat นั่นคือ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีการวัดอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้ง ระหว่างการรักษารวมอยู่ด้วยในการวิเคราะห์ ผลลัพธ์ของการรักษาได้รับการประเมินจาก Statistical model ในประเภทของการรักษา</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rasmussen, B.M. et al. (2006). (ต่อ)				<p>(อาหาร SFA หรือ MUFA หรือ ไม่มี n - 3 fatty acids) และมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์ของตัวแปรด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (covariates) ผลลัพธ์ของการรักษาถูกแสดงด้วยค่า P-value และ 95% CI</p> <p>Post hoc ถูกใช้ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย ตามที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ใส่เข้าไปเกี่ยวกับไขมันทั้งหมดระหว่างการรักษา (มากกว่า หรือน้อยกว่า ค่าเฉลี่ยของพลังงาน ร้อยละ 37)</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Mattila, R., Amalmivaara, A., Kastarinen, M., Kivelä, S-L, & Nissinen, A. (2003). Effectiveness of multidisciplinary lifestyle Intervention for hypertension: a randomised controlled trial. <i>Journal of Human Hypertension, 17</i>, 199-205.</p>	<p>เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของ กิจกรรมในการ ดำเนินชีวิตจาก หลากหลายวิชาชีพ ในการฟื้นฟูผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ในวัยทำงาน</p>	<p>ไม่ ปรากฏ</p>	<p>คนงานที่เป็นความดันโลหิตสูง จาก สถานที่ทำงาน 45 แห่ง ได้รับการคัดกรองจากพยาบาล ที่ผ่านการฝึกจาก Occupational health-care center</p> <p><u>เกณฑ์คัดเข้า</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นความดันโลหิตสูง - SBP 140-179 mmHg และ/ หรือ DBP 90-109 mmHg หรือ <p>รับยาความดันโลหิต</p> <p><u>เกณฑ์คัดออก</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีโรคอื่นร่วมด้วย - ดื่มเหล้า - ตั้งครรภ์ <p>คนงาน ที่เป็นความดันโลหิต สูงจำนวน 731 คน ใช้การสุ่ม โดย computer-generated numbers</p>	<p>ระยะเวลา 1 ปี</p> <p>กิจกรรม ในกลุ่มทดลองเริ่มจาก ระยะเวลาพื้นฐาน จัดกิจกรรม 5 วันใน rehabilitation center จัดการประชุมกลุ่ม มี แพทย์, นักกายภาพ, นักจิตวิทยาและนักโภชนาการ</p> <p><u>ประชุมครั้งที่ 1</u> แพทย์อภิปรายถึงสาเหตุและผลที่ตามมาจาก โรคความดันโลหิตสูง , ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p><u>ประชุมครั้งที่ 2</u> นักกายภาพ ให้ข้อมูลถึงผลการออกกำลังกายต่อ หัวใจและหลอดเลือด แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ หัวใจและหลอดเลือด การว่ายน้ำ, การฝึกแอโรบิก, ทดสอบการ เดิน, เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นักจิตวิทยา สอนเทคนิค การคลายเครียด</p> <p><u>ประชุมครั้งที่ 3</u> จัดgroup counseling เกี่ยวกับการควบคุมความดัน โลหิต เกลือ ไขมัน ไฟเบอร์ และการควบคุมน้ำหนัก</p> <p><u>ประชุมครั้งที่ 4</u> ผู้เข้าร่วมฝึกทำอาหารสุขภาพซึ่งมีไขมันต่ำเกลือ น้อย วิธีการทำอาหารสุขภาพและทางเลือกอื่นๆในการเตรียม อาหาร</p> <p><u>ประชุมครั้งที่ 5</u> สรุปการจัดกิจกรรมโดยแพทย์, นักกายภาพ, นัก โภชนาการและกลุ่มประชุมร่วมกัน</p>	<p>ระดับ SBP และ DBP ในกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุม กลุ่มควบคุม ลดลงเพียงเล็กน้อย SBPกลุ่มทดลอง ลดลง 2.1mmHg DBP กลุ่มทดลอง ลดลง 1.4 mmHg</p> <p>เครือข่ายการ เปลี่ยนแปลงพบใน ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง</p> <p>multidisciplinary lifestyle Intervention. ทำให้ ระดับความดัน โลหิตลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Mattila, R. Amalmivaara, A., Kastarinen, M., Kivelä, S-L , & Nissinen, A. (2003). (ต่อ)			แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 368 คน drop outs 27 คน ครบปีเหลือ 331 คน กลุ่มควบคุม 363 คน drop outs 54 คน ครบปีเหลือ 309 คน	<p><u>ระยะสนับสนุนครั้งที่ 1</u> เป้าหมายส่งเสริมผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บรรลุเป้าประสงค์วิถีชีวิตสุขภาพที่ดีมีการเปิดอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การแลกเปลี่ยนในกลุ่ม นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด การลดน้ำหนัก วิถีชีวิตทั่วไป ในคนที่ทำไม่ได้จัดรวมกลุ่มเล็กๆ ให้คำแนะนำ</p> <p><u>ระยะสนับสนุนครั้งที่ 2</u> จัด 2 วันระหว่างสัปดาห์ กิจกรรมคล้ายระยะสนับสนุนครั้งที่ 1 แบ่งกลุ่มละ 2-4 คน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ประเมินเกี่ยวกับพื้นฐานเดิม สังคมเศรษฐกิจและวิถีชีวิต นำมาวางแผนทางการดำเนินชีวิตและอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>ในระหว่างทำกิจกรรมผู้เข้าร่วมจะได้รับจดหมาย 6 ฉบับใน 1 เดือนเกี่ยวกับประเด็น หัวข้อที่อภิปรายและเป้าหมายของแต่ละบุคคล</p> <p>กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติไม่มีกิจกรรมเหมือนกลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ประเมินร่างกายก่อนการทดลอง ตอบแบบสอบถาม, วัด BP, ชั่งน้ำหนัก, ส่วนสูง, BMI, วัดรอบเอว, รอบสะโพก, ตรวจserum total cholesterol, และตรวจปัสสาวะ 24 ชม. การประเมินระยะติดตาม ประเมิน 1 ปีหลังช่วงพื้นฐานวัดแบบเดียวกับก่อนทดลอง</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Niinikoski, H. et al. (2009). Blood Pressure Is Lower in Children and Adolescents With a Low-Saturated-Fat Diet Since Infancy: The Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project. <i>Hypertension</i> , 53, 918-924.	เพื่อศึกษาถึง การให้กรดไขมันอิ่มตัวต่ำ ในเด็กถึงวัยรุ่น ในโครงการ The Special Turku Coronary Risk Factor Intervention ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	ไม่ปรากฏ	เด็กอายุ 7 เดือน จำนวน 1,064คน สุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 540 คน กลุ่มควบคุม 522คน ติดตาม ถึงอายุ 15 ปี	ระยะเวลา 15 ปี วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาไปข้างหน้า ตามการศึกษาของ STRIP เด็กกลุ่มทดลองได้รับสารอาหารเฉพาะคนและให้คำปรึกษาการดำเนินชีวิตในการตัดแปลงสิ่งแวดล้อมในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับแต่ละคนในเด็ก อ้วนลดพลังงานจากอาหารกรดไขมันอิ่มตัวเชิงเดี่ยวบวกไขมันเชิงซ้อนในอัตรา 1:2 และไขมัน < 200 มิลลิกรัมต่อวันอายุ 1 ปีแรกแนะนำให้นมแม่หรือ นมผสม หลัง 1ปี แนะนำพ่อแม่ให้ จำกัดไขมัน ให้ลูกดื่มนมพร่องมันเนย 0.5- 0.6 ลิตร/วันเด็กอายุ 12-24 เดือนแนะนำพ่อแม่ให้น้ำมันพืช ไขมันจากพืช วันละ 2ถึง3 ช้อนชาอายุ 1 ปีแรกไม่จำกัดเกลือและโซเดียม เริ่มจำกัดเกลือหลัง อายุ 8 ปี มีการส่งเสริมให้กินผัก ผลไม้ เมล็ดถั่วแห้งต่างๆให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำกลุ่มควบคุม ได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรตามปกติของคลินิกสุขภาพเด็กดีและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ อายุ 1ปีแรกให้ดื่มนมวัวซึ่งมีไขมัน 1.9 % ไม่มีการให้คำแนะนำการใช้ไขมันกับครอบครัว	พบว่าเด็กที่ได้รับคำแนะนำรับประทานอาหารกรดไขมันต่ำ ความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 1 mmHg เกลือและโซเดียมไม่มีผลต่อการทดลอง เด็กที่มีพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูงมีSBPสูงกว่า 4-6 mmHg และ DBP สูงกว่า 3-4 mmHg มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพ่อแม่ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง ในเด็กที่มีปู่ย่าตายายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เด็กมีแนวโน้มการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปู่ย่าตายายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Niinikoski, H. et al. (2009). (ต่อ)				<p>กลุ่มทดลอง ครอบครัวบันทึกรายการอาหารที่รับประทาน จำนวน 4 วัน จดรายละเอียดของอาหารที่รับประทานเพื่อคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงาน เด็กต้องชั่งน้ำหนัก BMI ทุกปี</p> <p><u>การวัด ความดันโลหิต</u></p> <p>วัดความดันโลหิตทุกปี โดยใช้ oscillometric noninvasive BP monitor ตั้งแต่ 7 เดือนถึง 15 ปี</p> <p>พ่อแม่และเด็กต้องพบกับทีมผู้วิจัยทุกปี ในช่วงเวลาเดียวกัน วัดความดันโลหิตและประเมินความเครียดทั้งสองกลุ่ม</p>	<p>การจำกัดอาหารกรดไขมันอิ่มตัวตั้งแต่เด็กถึงวัยรุ่นลดระดับความดันโลหิต เด็กๆ ควรได้รับคำแนะนำในการดำเนินชีวิตและป้องกันความโลหิตสูงโดยเฉพาะ</p> <p>ครอบครัวที่มี ประวัติเป็นความดันโลหิตหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nissinen, A. et al. (1983). North Karalia (Finland) hypertention detection project. Five year follow – up of hypertensive cohort. <i>Hypertension</i> , 5, 564-572.	เพื่อลดการเพิ่มระดับความดันโลหิต และลดความเสี่ยงของโรค cardiovascular disease	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 ถึง 59 ปี โดยมีระดับความดันโลหิต (BP) คือ systolic น้อยกว่าหรือเท่ากับ 175 mmHg หรือ diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mmHg หรืออยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยา antihypertensive	<p>การสำรวจข้อมูลพื้นฐานในปี 1972 ใน North Karelia และบริเวณ Kupio ตั้งอยู่ทางตะวันตกของประเทศ North Karelia ซึ่งมีสภาพทางภูมิศาสตร์, สถิติประชากร และ เศรษฐศาสตร์สังคมเหมือนกัน</p> <p>วิธีการ (Methods)</p> <p>ในการสำรวจปี 1972 พบว่า มีประชากรร้อยละ 26 เป็นเพศชาย และร้อยละ 28 เป็นเพศหญิง จากการสำรวจผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 1972 พบว่า ร้อยละ 71 ของผู้ชาย และร้อยละ 81 ของผู้หญิงใน North Karelia ตามลำดับ และร้อยละ 73 และร้อยละ 78 ในการอ้างอิงบริเวณที่เข้าร่วมในการตรวจสอบซ้ำในปี 1977 โดยรวม 116 คน รวมร้อยละ 16 ของผู้ที่ไม่ได้มีส่วนร่วม ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 1972 จะได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการทดสอบ และต่อมาจะได้รับทางจดหมายร่วมกับแนะนำพวกเขาให้ติดต่อกับแพทย์ของพวกเขา หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (local health center) เพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคและขั้นตอนหรือวิธีการในการรักษาโรค 10 วันก่อนการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจะได้รับจดหมายที่ประกอบด้วยบัตรเชิญ (invitation)</p>	มีการลดลงของ SBP ทั้งผู้ชายและผู้หญิงใน North Karelia เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับบริเวณที่อ้างอิง ทั้ง 2 พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีในวัยสูงอายุ ซึ่งมีระดับความดันโลหิตเริ่มแรกสูง ใน North Karelia พบเพศชายมีค่าเฉลี่ย SBP ลดลงเหลือ 155 mmHg และในเพศหญิงเหลือ 160 mmHg และ 167 mmHg ตามลำดับ ในการลดลงของ DBP พบว่าในบริเวณ North Karelia มีการลดลงมากกว่าบริเวณที่อ้างอิง (reference area) ส่วนเพศหญิงวัยสูงอายุใน North Karelia มีความสำเร็จในการลดลงของความดันโลหิต ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้หญิงใน reference area ในกลุ่มวัยรุ่น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nissinen, A. et al. (1983). (ต่อ)				<p>เข้าร่วมการทดสอบ และการสอบถามความคิดเห็น (questionnaire) ซึ่งถูกถามความคิดเห็นโดยการให้กรอกแบบฟอร์มที่บ้าน ตามด้วยการประเมินร่างกายและเก็บเลือดตัวอย่าง ความดันโลหิตวัดที่แขนข้างขวาโดยใช้ Sphygmomanometer หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้พักนอนนาน 5 นาที โดยวัดในท่านั่ง ขนาดของ cuff คือ 24 cm X 12.5 cm ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รายงานถึงความรู้ที่ผ่านมามีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต แบ่งเป็นชนิด "ทราบ (aware)" การรายงานเหล่านั้นมีการใช้ยาสำหรับโรคความดันโลหิตสูงในช่วงระหว่างก่อน 7 วัน แบ่งเป็นชนิด "การรักษา (treated)"</p> <p>การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตนำมาคำนวณเป็นรายบุคคล มีการประเมินทางสถิติโดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (covariance analyses) ร่วมกับค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงในความดันโลหิต</p>	<p>โดยสรุป 5 ปีของการศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงวัยกลางคน ที่ North Karelia (Finland) Hypertension Detection Project มีประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิต การวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าการใช้การรักษาที่เพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้ระดับความดันโลหิตในชุมชนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะรายบุคคล มีการติดตามการลดลงของระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การให้สุขศึกษา และบริการป้องกันโรค ผลลัพธ์ที่ได้สรุปได้ว่าโครงการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นมีการจัดระบบที่ดี สามารถค้นพบการดูแลโรคความดันโลหิตสูง และประชากรกว่า 1 ล้านคนได้รับประโยชน์จากโครงการนี้</p>

ตารางสรุปการสืบค้นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเทศฟินแลนด์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Chiasson, et al. (2003). Acarbose Treatment and the Risk of Cardiovascular Disease and Hypertension in Patients With Impaired Glucose Tolerance: The STOP – NIDDM Trial. JAMA, 290(4), 486-494.	เพื่อประเมิน ผลลัพธ์ของการ ลดลงของภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) หลังอาหารค่ำ กับ acarbose, α - glucoside inhibitor. ความเสี่ยงของโรค หลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) และความ ดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยที่มีภาวะ IGT	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากร ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 40 – 70 ปี ร่วมกับค่าดัชนีมวลกาย โดยคำนวณน้ำหนักเป็น กิโลกรัม เทียบกับส่วนสูงเป็น เมตร อยู่ในช่วงระหว่าง 25 ถึง 40 และต้องเป็นผู้ที่มีภาวะ IGT ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัย โลก (WHO) รวมทั้ง fasting plasma glucose อยู่ในช่วง ระหว่าง 100 ถึง 140 mg/dl (5.5 และ 7.8 mmol/L) ซึ่งผู้เข้าร่วม จะต้องไม่เป็นโรคหลอดเลือด หัวใจ (cardiovascular) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	การศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการ รักษาด้วย placebo และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Acarbose โดยมีรายละเอียด ดังนี้ วิธีการ (Method) การทดลองหยุดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (The STOP – NIDDM Trial) เป็นการทดลองระหว่าง ประเทศ มีการควบคุมการใช้ยา ซึ่งการศึกษาจะสุ่ม ทดลองในโรงพยาบาลในประเทศต่างๆ ดังนี้ Germany, Austria, Norway, Denmark, Sweden, Finland, Israel และ Spain ผู้เข้าร่วมถูกสุ่มคัดเลือก (เริ่มในเดือนธันวาคม ปี 1995 และสิ้นสุดในเดือนกรกฎาคม ปี 1998) โดยสุ่มจาก ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เหมาะสม ได้รับการสุ่มคัดเลือกเข้ามาจะได้รับยา (Placebo) หรือ 100 mg ของ acarbose 3 ครั้งต่อวัน ในแต่ ละมื้ออาหาร (สุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์) มี ขั้นตอนการจดทะเบียนและการสุ่มโดยใช้ศูนย์เป็นฐาน	ผู้เข้าร่วมจำนวน 341 คน (ร้อยละ 24) ต้องหยุดเข้าร่วมก่อน กำหนด และมี ผู้เข้าร่วมจำนวน 211 คน ในกลุ่มที่ได้รับ การรักษาด้วย Acarbose และ ผู้เข้าร่วมจำนวน 130 คน ในกลุ่มที่ได้รับ การรักษาแบบ Placebo ซึ่งผู้เข้าร่วม เหล่านี้จะได้รับการ ติดตามผลลัพธ์ พบว่า มีการลดลงของภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Chiasson, et al. (2003). (ต่อ)				<p>การสุ่ม ซึ่งการศึกษาเสร็จสมบูรณ์ในเดือนสิงหาคม ปี 2001 หลังจากติดตาม 3.3 (1.5) ปี ผู้เข้าร่วมทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำให้ไปลดน้ำหนักหรือรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก และมีการให้กำลังใจเพื่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (มีการให้กำลังใจในแต่ละครั้งของการเยี่ยม) ซึ่งผู้เข้าร่วมจะได้รับการตรวจสอบ ทุกๆ 6 เดือน โดยผู้วิจัย และมีการตามเยี่ยมทุกๆ 3 เดือน โดยพยาบาลผู้ประสานงาน เพื่อพิจารณา, วัดความดันโลหิต และ fasting plasma glucose concentration</p> <p>ส่วนหนึ่งของการศึกษา (Protocol) ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์จาก acarbose ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผลลัพธ์สำคัญประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเหตุการณ์หลักของ CVD ประกอบด้วย coronary heart disease (myocardial infarction, new angina, revascularization procedures) จำนวนผู้ตายด้วยโรค cardiovascular, congestive heart failure, cerebrovascular events และ Peripheral vascular โดยในกรณีเหล่านี้จะได้รับการทำให้แน่ใจด้วยการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหัวใจ (cardiologist) จำนวน 3 คน เพื่อการรักษา ซึ่งผู้เข้าร่วมทั้งหมดจะได้รับการบันทึกภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) ก่อนทำการสุ่มและตอนสิ้นสุดการรักษา และได้รับการอ่านผลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหัวใจ (cardiologist)</p>	<p>หลังอาหารค่ำ ซึ่งมี ความเกี่ยวข้องกับ acarbose คือ ร้อยละ 49 มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการพัฒนาของโรค cardiovascular events Hazard Ratio [HR], 0.51; 95%CI [CI]; 0.28 – 0.95; P = .03 และร้อยละ 2.5 มีความเสี่ยงของ cardiovascular events และความเสี่ยงของโรค myocardial infarction ลดลง [HR, 0.09; 95%CI 0.01 – 0.72; P = .02]</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Chiasson, et al. (2003). (ต่อ)				<p>โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีการประเมินจากค่าความดันโลหิต 140/90 mmHg จำนวน 2 ครั้งต่อเนื่องกันในการติดตามเยี่ยม หรือถ้าแพทย์มีการปรับเพิ่มยา antihypertensive ซึ่งผู้เข้าร่วมจะได้รับการวัดความดันโลหิตจากพยาบาลผู้ประสานงาน (coordinating nurse) โดยวัดในท่านั่ง ทำการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง และนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean)</p> <p>Plasma glucose concentration ถูกวัดในห้องทดลอง ด้วยวิธีการ glucose oxidase หรือ hexokinase ส่วน Plasma Insulin ถูกวัดโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูงในด้าน immuno - radiometric วิเคราะห์ 2 site monoclonal antibody, ระดับของ serum triglyceride, Total Cholesterol และ High - density lipoprotein cholesterol concentration ถูกวัดโดย enzymatically ส่วน Low - density lipoprotein cholesterol ถูกคำนวณทางคณิตศาสตร์โดยใช้สูตร Friedwald ถ้า Triglyceride concentration น้อยกว่า 400 mg/dl (4.51 mmol/L) โดยทำทุกๆ 4 เดือนสำหรับผู้เข้าร่วมในห้องทดลองทั้งหมด</p>	<p>ซึ่ง Acarbose มีความเกี่ยวข้องกับการลดอัตราความเสี่ยงในอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ ร้อยละ 34 [HR, 0.66; 95%CI, 0.49 - 0.87; P = .006] และร้อยละ 5.3 มีการลดลงของความเสี่ยง</p> <p>หลังจากมีการปรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบ มีการลดลงในอัตราเสี่ยงของโรค cardiovascular events [HR, 0.47; 95%CI, 0.24 - 0.90; P = .02] และโรคความดันโลหิตสูง [HR, 0.62; 95%CI, 0.45 - 0.86; P = .004] ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วย Acarbose</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Chiasson, et al. (2003). (ต่อ)				<p>ผลลัพธ์ของการรักษาโดยทั่วไปดูจากอัตราอุบัติการณ์ของโรค cardiovascular และโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดย multivariate analysis ใช้ the Cox proportional hazards model ปรับตัวแปรพื้นฐาน fasting และ 2 - hour plasma glucose และ Plasma insulin concentration; glycated hemoglobin A1c levels; total high density lipoprotein และ Low - density lipoprotein cholesterol levels, Triglyceride levels; systolic และ diastolic blood pressure; heart rate; body weight; BMI; waist circumference; concomitant medications (ยกเว้นโรคความดันโลหิตสูง) และการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะตัวแปรในทางสถิติเหล่านี้ จะประเมินเป็นรายบุคคลใน univariate model ถ้า P น้อยกว่า .25 และผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรที่เหมือนกัน เหล่านั้นโดยใช้ repeated measure analysis of variance model จนถึง 3 ปีหลังจากทำการสุ่ม รวมทั้งมีการใช้ Fisher exact tests สำหรับวิเคราะห์ประเมินอัตราอุบัติการณ์ที่มีอยู่จริงระหว่าง various treatment group</p>	

สรุปการสืบค้นโรคเบาหวาน ประเทศสหรัฐอเมริกา

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Gary, T. et al. (2004). A randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker team interventions in urban African-Americans with type 2 diabetes Controlled. <i>Clinical Trials</i> , 25, 53-66.	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมและความคุ้มค่าของกิจกรรมที่จัดขึ้นชุมชนเพื่อการบริหารจัดการระดับน้ำตาล HbA1c, ความดันโลหิตและระดับไขมัน และเพื่อลดการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นเวลา 2 ปี	ไม่ปรากฏ	ชาวอเมริกันที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีอายุ 25 ปีขึ้นไป จำนวน 542 คน	(1) กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติและได้รับกิจกรรมทางโทรศัพท์จากผู้ที่ได้รับการฝึกการให้สุขศึกษา (2) กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติและได้รับกิจกรรมอย่างเข้มงวดทางโทรศัพท์จากพยาบาลบริหาร หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพในชุมชน (a nurse case manager (NCM)/community health worker (CHW) team). (3) กิจกรรมอย่างเข้มงวด ได้แก่ การดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง การคัดกรองและการบริหารจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การพบผู้ป่วยละครั้ง การเยี่ยมบ้านปีละ 1-3 ครั้ง หรือมากกว่า (4) กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตาม 24 เดือน	ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมเข้มงวด มีประสิทธิภาพในการรักษาที่มีคุณภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>THE CALIFORNIA MEDI-CAL TYPE 2 DIABETES STUDY GROUP* (2004). Closing the Gap: Effect of Diabetes Case Management on Glycemic Control Among Low-Income Ethnic Minority Populations: The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study. <i>Diabetes Care</i>, 27, 95-103.</p>	<p>เพื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาลเมื่อให้กิจกรรมอย่างเข้มงวด</p>	<p>ไม่ปรากฏ</p>	<p>กลุ่มทดลอง 186 คน กลุ่มควบคุม 172 คน</p>	<p><i>กลุ่มทดลอง</i> ได้รับการรักษาตามปกติและเพิ่มความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลตนเองจากนักโภชนาการ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทั้งที่คลินิก ทางโทรศัพท์ และมีการเยี่ยมบ้านถ้าจำเป็น</p> <p><i>กลุ่มควบคุม</i> ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ</p> <p>ระยะเวลาการติดตามประมาณ 25.3 เดือน</p>	<p>1. กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงประมาณ 9.54-7.66 % และกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลง 9.66-8.53% และค่าระดับน้ำตาลคงอยู่ตลอดการศึกษา แต่การลดลงของระดับน้ำตาล HbA1c ในกลุ่มทดลองนั้น สม่่าเสมอและมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกครั้งที่วัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$), โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.65 ที่ 6 เดือนและ 0.87 เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Brown, S. et al. (2005) Dosage Effects of Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans: The Starr County Border Health Initiative. <i>Diabetes Care</i> , 28(3),	เพื่อเปรียบเทียบ กิจกรรมการดูแล ตนเองในผู้ป่วย ชาวเม็กซิกัน- อเมริกันที่เป็น โรคเบาหวาน 2 ชนิด ได้แก่ ชนิด ขยาย (24 ชั่วโมง ให้ความรู้ และ 28 ชั่วโมงให้กลุ่ม สนับสนุน) และ ชนิดย่อ (16 ชั่วโมงให้ความรู้ และ 6 ชั่วโมงให้ กลุ่มสนับสนุน)	ไม่ปรากฏ	กลุ่มชนิดย่อ จำนวน 114 คน กลุ่มชนิดขยาย 102 คน	<p><i>กลุ่มชนิดขยาย</i> ได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการ การดูแลและติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การออกกำลังกายและการดูแลตนเอง ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามด้วยการมีกลุ่มสนับสนุน 14 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการแก้ปัญหาและตั้งเป้าหมายในกลุ่ม</p> <p><i>กลุ่มชนิดย่อ</i> ได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการ การดูแลและติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การออกกำลังกายและการดูแลตนเองประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ตามด้วยการมีกลุ่มสนับสนุนทุกเดือนที่ 3, 6, และ 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลที่ได้รับเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มดังนั้น ข้อมูลเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในแต่ละครั้งในกลุ่มชนิดย่อ - วัดผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้ง 2 กลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาล HbA1c แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่ม ด้านการลดลงของระดับน้ำตาล HbA1c - การลดลงของระดับน้ำตาล HbA1c สูงสุดในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมากในกลุ่มชนิดขยาย - สำหรับผู้ป่วยที่เข้ากิจกรรมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 พบว่าในเดือนที่ 12 ระดับน้ำตาล HbA1c จะลดลงประมาณ 0.6 ในกลุ่มชนิดย่อ และ 1.7 ในกลุ่มชนิดขยาย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Din-Dzietham, R., et al. (2004). Quality Care Improvement Program in a Community-Based Participatory Research Project: Example of Project DIRECT. <i>Journal of the National Medical Association, 96</i> (10),	เพื่อปรับปรุงรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาล	ไม่ปรากฏ	ผู้ให้บริการจำนวน 47 คน ผู้ป่วยเบาหวานเป็นชาวอเมริกัน-อเมริกัน	<ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบการศึกษาเป็น one-group pre- and post-test design. - ขั้นตอนแรกเริ่มด้วยผู้ให้บริการเรียนรู้องค์ประกอบของ COIP (A continuous quality care improvement program) เขียนแผนใน worksheet และเลือกผู้ประสานงาน COIP - ความรู้จะประกอบด้วยทำให้เรียนรู้ในสถานที่ปฏิบัติและมีการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการได้รับมาตรฐานการปฏิบัติ - การติดตามผลทำโดยโทรศัพท์และการเยี่ยมทุกปี เป็นเวลา 4 ปี 	ในปีที่ 4 คุณภาพและรูปแบบการให้บริการในกลุ่มผู้ให้บริการดีขึ้นแต่ตัวชี้วัดระดับน้ำตาลไม่แตกต่าง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Phillis-Tsimikas, A. et al. (2004). Improvement in Diabetes Care of Underinsured Patients Enrolled in Project Dulce: A community-based, culturally appropriate, nurse case management and peer education diabetes care model. <i>Diabetes Care</i>, 27(1),</p>	<p>เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้ผู้ป่วยและความพึงพอใจในการรับการรักษา รวมถึงการลดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย</p>	<p>ไม่ปรากฏ</p>	<p>กลุ่มทดลอง เป็นชาวละติน-อเมริกันที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 153 คน กลุ่มควบคุม 61 คน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Project Dulce's methods of care ประกอบด้วย การบริหารจัดการทางพยาบาลและการให้ความรู้เป็นกลุ่มโดยนักศึกษาศึกษาที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อให้เกิด self-empowerment - ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการเยี่ยมประมาณ 2 ชั่วโมงเพื่อสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และการตรวจเท้า ค่าระดับน้ำตาล HbA1c, ระดับไขมัน ทดสอบการทำงานของตับและระดับโปรตีนในปัสสาวะ - ในการเยี่ยมแต่ละครั้งพยาบาลทำการทบทวนผลระดับน้ำตาลในเลือด มาตรฐานในการดูแลและเป้าหมาย พร้อมทั้งการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนยาตามแผนการรักษาของ SDM protocols; รวมถึงการสั่งหาผลทางห้องปฏิบัติการในครั้งต่อไปที่ทำการเยี่ยม ซึ่งการปรับขนาดยาจะถูกเขียน โดยแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ภายหลังจาก 1 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารจัดการทางพยาบาลและการให้ความรู้เป็นกลุ่มมีระดับ HbA1c, ค่าโคเลสเตอรอล LDL, และค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีความแตกต่างในค่าใดๆ - ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความพึงพอใจในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Philis-Tsimikas, A. et al. (2004). (ต่อ)				<ul style="list-style-type: none"> - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะเยี่ยมอีกภายใน 2 สัปดาห์ - โดยที่จะทำการเยี่ยมอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี - ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและระดับ HbA1c จะถูกตรวจสอบทุก 4 เดือน - ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะถูกประเมินก่อนเข้ากลุ่มให้ความรู้และเมื่อสิ้นสุดโครงการ - กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Metghalchi, S. et al. (2008). Improved Clinical Outcomes Using a Culturally Sensitive Diabetes Education Program in a Hispanic Population. <i>The Diabetes Educator</i> , 34(4),	เพื่อประเมินผลของ โปรแกรมการให้ ความรู้ต่อผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2	ไม่ปรากฏ	ชาวฮิสแปนิกที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน	<ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรมการให้ความรู้จะ เน้นหนักด้านการควบคุมค่า ระดับน้ำตาล การดูแลทั่วไปของ โรคและภาวะแทรกซ้อน - ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับ อินซูลิน, ค่า HbA1c, ค่า โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์ LDL, HDL, ถูกตรวจสอบตั้งแต่ แรกและที่ 3 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ในเดือนที่ 3 พบว่ามีการ เปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของค่า HbA1c, ระดับน้ำตาลในเลือด, ค่า อัตราส่วนระหว่างโคเลสเตอรอล และ HDL อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง - พบว่ามีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติของน้ำหนัก ไขมัน อัตราส่วนระหว่างเอวและสะโพก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง - หลังจาก 3 เดือน พบความสัมพันธ์ ทางบวกในกลุ่มตัวอย่าง ด้านดัชนี มวลกาย อินซูลิน น้ำหนักและ ไขมัน

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Gurka, M. et al., (2006). Lifestyle Intervention in Obese Patients with Type 2 Diabetes: Impact of the Patient's Educational Background. <i>Obesity, 14(6),</i>	เพื่อศึกษาผลของ ความรู้ต่อการ ตอบสนองต่อ กิจกรรมการใช้ชีวิต ที่แตกต่างในผู้ป่วย โรคอ้วนที่เป็น โรคเบาหวาน	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี น้ำหนักเกินหรือเป็นโรค อ้วน (BMI ≥ 27 kg/m ²) จำนวน 147 คน โดยที่ <i>กลุ่มควบคุม</i> ได้รับการ รักษาตามปกติ จำนวน 72 คน (แบ่งเป็นความรู้ น้อย 47 คนและความรู้ มาก 25 คน) <i>กลุ่มทดลอง</i> รับการ บริหารจัดการทางการ พยาบาลจำนวน 72 คน (แบ่งเป็นความรู้น้อย 42 คนและความรู้มาก 30 คน)	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน - กลุ่มทดลองรับการ บริหารจัดการทางการ พยาบาลจะได้รับ ความรู้ทั้งเป็น รายบุคคลและกลุ่ม ได้รับการสนับสนุน และพบกับนัก โภชนาการ - กลุ่มควบคุมได้รับ เอกสารความรู้ - ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการ ดูแลรักษาในเบื้องต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - พบว่าการปฏิสัมพันธ์เป็นกลุ่มทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงความรู้ น้ำหนัก และ รอบเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริหารจัดการ ทางการพยาบาลที่มีความรู้ น้อยมีการลด ปัจจัยเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ มากกว่า - ในเดือนที่ 12 ผู้ที่มีความรู้ น้อยในกลุ่ม ควบคุม มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.71 กิโลกรัม และมีรอบเอวเพิ่มขึ้น 3.67 เซนติเมตร เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรู้มากกว่า - ในเดือนที่ 12 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองรับ การบริหารจัดการและมีความรู้ น้อยลด น้ำหนัก 3.3 กิโลกรัม และรอบเอว 4.95 เซนติเมตรเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มี ความรู้มากกว่า

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Brown, S. (2007). Health Beliefs of Mexican Americans With Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health Initiative. <i>The Diabetes Educator</i> , 33(2),	เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่จัดขึ้นเพื่อชาวเม็กซิกัน-อเมริกัน 2 ชนิด คือ แบบขยาย (24 ชั่วโมงให้ความรู้ 28 ชั่วโมงให้กลุ่มสนับสนุน) และแบบย่อ (16 ชั่วโมงให้ความรู้, 6 ชั่วโมงให้กลุ่มสนับสนุน).	ไม่ปรากฏ	<u>กลุ่มชนิดย่อ</u> จำนวน 114 คน <u>กลุ่มชนิดขยาย</u> จำนวน 102 คน	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มชนิดขยายได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการ การดูแลและติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การออกกำลังกายและการดูแลตนเองประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามด้วยการมีกลุ่มสนับสนุน 14 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการแก้ปัญหาและตั้งเป้าหมายในกลุ่ม - กลุ่มชนิดย่อได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการ การดูแลและติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การออกกำลังกายและการดูแลตนเองประมาณ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตามด้วยการมีกลุ่มสนับสนุนทุกเดือนที่ 3, 6, และ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถควบคุมโรคดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม - ความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้นและยังคงอยู่ถึงเดือนที่ 12 บุคคลที่อยู่ในกลุ่มขยาย - ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของระดับ HbA1c ในเดือนที่ 12

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Faning, E., et al. (2004). Improving Efficacy of Diabetes Management Using Treatment Algorithms in a Mainly Hispanic Population. <i>Diabetes Care</i> , 27(7),	เพื่อประเมินผลทาง คลินิกของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ได้รับการดูแล แบบอัลกอริทึม และ การดูแลตามปกติใน ชุมชน	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 358 คน (ร้อยละ 90 เป็นชาวเม็กซิกัน-อเมริกัน) โดยแบ่งเป็น - กลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม แผนการรักษาและรับการ รักษาที่คลินิก (CC-TA) จำนวน 106 คน - กลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม แผนการรักษาและรับการ รักษาที่คลินิกของ มหาวิทยาลัย (UC-TA) จำนวน 170 คน - กลุ่มที่ได้รับการรักษา ตามปกติและรับการรักษา ที่คลินิก (CC-SC) จำนวน 82 คน (กลุ่มควบคุม)	- ผู้ป่วยกลุ่ม CC-SC ได้รับการดูแลจาก แพทย์ โดยที่พบครั้งแรกเป็นเวลา 45 นาที และทำการนัดพบกับพยาบาล เป็น เวลา 30 นาที - ผู้ป่วยกลุ่ม CC-TA และผู้ป่วยกลุ่ม UC- TA ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ด้านการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าความ ดันโลหิตสูง โดยที่พบแพทย์ครั้งแรก เป็นเวลา 18 นาที ต่อมาพบพยาบาล เป็นเวลา 60 นาที รวมทั้งการเจาะเลือด เพื่อหาค่า ระดับน้ำตาลในเลือด ค่า HbA1c ค่าไขมันต่างๆ หลังจากนั้นทำ การวัดความดันโลหิตหลังจากทำนอน หงายเป็นเวลา 5 นาที มีการจัดการนัด เพื่อตรวจตาและเท้า และให้สุขศึกษา ในกรณีที่ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยจะได้รับ โปสเตอร์หรือโทรศัพท์	- เดือนที่ 12 พบว่าค่า HbA1c ลดลงในกลุ่ม CC-TA and UC-TA ประมาณ 3.1 และ 3.3%, ตามลำดับ (P_{-} 0.0001). รวมทั้งค่าระดับ น้ำตาลในเลือดลดลง ประมาณ 94 และ 99 mg/dl ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ 38 mg/dl ในกลุ่ม CC-SC (P_{-} 0.0001). - เดือนที่ 12 ค่าไขมัน, LDL, และไตรกลีเซอไรด์ลดลง ในกลุ่มที่ทำการรักษาตาม แผนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ การรักษาตามปกติ (P_{-} 0.0001).

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Faning, E., et al. (2004). (ต่อ)				<p>ตาม จนกว่าจะครบ 6 เดือน ผู้ป่วย จะต้องทำการตรวจและบันทึกค่า น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอนและส่งกลับให้ผู้ให้บริการทุก 2 สัปดาห์ การจัดการ น้ำหนัก การควบคุมและติดตามระดับ น้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และ สุขศึกษาจะถูกทำทุกครั้งที่มีการเยี่ยม (เยี่ยมประมาณ 25 นาที)</p> <p>- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่ม CC-TA and UC-TA เป็นเวลา 25 นาที และ ในกลุ่ม CC-SC patients เป็นเวลา 15 นาที</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Bray, P., et al. (2005). Feasibility and Effectiveness of System Redesign for Diabetes Care Management in Rural Areas: The Eastern North Carolina Experience. <i>The Diabetes Educator</i> , 31(5),	เพื่อประเมินความ เป็นไปได้ในการจัด โครงสร้างการ ปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยด้วยโอกาสที่ เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2	The chronic care model	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 จำนวน 314 คน	โครงสร้างประกอบด้วย - ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากพยาบาล (case manager) เป็นการเยี่ยมแบบ กลุ่มโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิด โอกาสให้ความรู้และให้เกิดกลุ่ม สนับสนุนแก่ผู้ป่วยเองซึ่งส่วน ใหญ่ในชนบทจะพบว่าผู้ป่วยจะ อยู่ผู้เดียว - ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย - ระยะเวลาการศึกษา 1 ปีในการ ติดตามผล	- มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ บรรลุวัตถุประสงค์ของการ จัดการโรคเบาหวาน - ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 42 ควบคุมไขมันใน เลือด จากร้อยละ 55 เป็นร้อย ละ 76 การใช้ aspirin จาก ร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 37 การ ตรวจเท้าจากร้อยละ 12 เป็น ร้อยละ 54 - โดยเฉลี่ยอัตราการปรับปรุง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.17 เป็น 31.55

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Wolf, A. et al. (2004). Translating Lifestyle Intervention to Practice in Obese Patients With Type 2 Diabetes: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study. <i>Diabetes Care</i> , 27(7),	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน (BMI ≥ 27 kg/m ²) จำนวน 147 คน โดยที่ <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 71 คน <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการบริหารจัดการทางการแพทย์จำนวน 73 คน	ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน <u>กลุ่มทดลอง</u> รับการบริหารจัดการทางการแพทย์จะได้รับความรู้ทั้งเป็นรายบุคคลและกลุ่ม ได้รับการสนับสนุนและพบกับนักโภชนาการ ค่าใช้จ่ายประมาณ \$350 ต่อคน <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับเอกสารความรู้ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลรักษาในเบื้องต้น	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มทดลองรับการบริหารจัดการทางการแพทย์จะมีน้ำหนักลด รอบเอวลดลง ระดับ HbA1c ลดลง ไปพบแพทย์เพื่อรับยาน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ - ในเดือนที่ 12 พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในการลดน้ำหนัก 3.0 กิโลกรัม และรอบเอวลดลง 4.2 เซนติเมตร - ระดับ HbA1c แตกต่างกันมากที่สุดในเดือนที่ 4 (-0.59%, p= 0.06) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 12 (-0.19%, p= 0.45) - ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองใช้ยาน้อยลง - พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับปรุง 7 ใน 9 ข้อของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ingram, M., et al. (2007). The Impact of Promotoras on Social Support and Glycemic Control Among Members of a Farmworker Community on the US-Mexico Border. <i>The Diabetes Educator</i> , 33(6),	เพื่อศึกษาผลของกิจกรรม promotoras ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลทางคลินิกในผู้ป่วยชาวนาที่อาศัยในเขตชายแดนเม็กซิโก-อเมริกา	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยชาวนาที่อาศัยในเขตชายแดนเม็กซิโก-อเมริกา จำนวน 70 คน	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน - pre/post study design - กิจกรรม promotoras ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มสนับสนุน (2 ชั่วโมง), การเยี่ยมบ้าน/โรงพยาบาล, การใช้โทรศัพท์ (5 นาทีเป็นอย่างน้อย), การให้ความรู้ (1 ชั่วโมง) และการอุทิศตนช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน - ใน 1 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ประมาณ 1-50 ครั้ง โดยเฉลี่ยประมาณ 25 ครั้งต่อคน - กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มสนับสนุนประมาณ 12 ครั้งใน 1 ปี ซึ่งบางคนอาจน้อยกว่านี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - พบว่าระดับ HbA1c ลดลง 1% ในกลุ่มผู้ป่วย - ระดับ HbA1c ที่ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับการอุทิศตนในการช่วยเหลือผู้อื่นและการเข้ากลุ่มสนับสนุน - กลุ่มตัวอย่างรายงานถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และสามารถพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับครอบครัวและเพื่อนได้สะดวกใจขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rothman, R., et al (2005). A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes. <i>The American Journal of Medicine</i> , 118, 276-284.	เพื่อตรวจสอบความสามารถในตนเองจากการเข้าโปรแกรมที่ประกอบด้วยนักเภสัชกรเป็นผู้แนะนำ การดูแลระดับปฐมภูมิ และการบริหารจัดการโรคเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดและลดระดับน้ำตาล HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c (A1C level \geq 8.0%) ไม่ตี จำนวน 217 คน โดย <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 105 คน <u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 112 คน	ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน โดยทำการวัดผลก่อนการศึกษา เดือนที่ 6 และ เดือนที่ 12 <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร (เป็นเวลา 1 ชั่วโมงความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คำแนะนำในการรักษาโรค) และผู้ประสานงานการดูแลโรคเบาหวานซึ่งจะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค การใช้แผนการรักษาในการจัดการและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรับการดูแลรักษา หลังจากนั้นเภสัชกรจะติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือพบปะพูดคุยทุก 2-4 สัปดาห์ หรือมากกว่านั้นถ้าจำเป็น	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าความดันโลหิตดีขึ้น โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม - เดือนที่ 12 กลุ่มควบคุมมีค่าความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 2 mmHg ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกลดลง 7 mmHg ซึ่งแตกต่างกัน 9 mmHg - สำหรับค่าความดันไดแอสโตลิก กลุ่มควบคุมมีค่าความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 mmHg ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าความดันไดแอสโตลิกลดลง 4 mmHg - ระดับน้ำตาล HbA1c ดีขึ้นในกลุ่มทดลอง โดย เดือนที่ 12 กลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาล HbA1c ลดลง 1.6% ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาล HbA1c ลดลง 2.5%

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Rothman, R., et al (2005). (ต่อ)				<p><i>กลุ่มควบคุม</i></p> <p>ได้รับการให้คำแนะนำเพียง 1 ครั้งจากเภสัชกร (เป็นเวลา 1 ชั่วโมง—ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คำแนะนำในการรักษาโรค) และตามด้วยการดูแลรักษาตามปกติจากผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับไขมันในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและมีความพึงพอใจในการรักษามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านการใช้บริการการรักษา หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Gold, R., et al. (2008). Synchronous Provider Visit and Self-management Education Improves Glycemic Control in Hispanic Patients With Long-Standing Type 2 Diabetes <i>The Diabetes Educator, 34(6),</i>	เพื่อประเมิน ความสามารถใน ตนเองเมื่อได้รับ โปรแกรมการ จัดการตนเองเรื่อง โรคเบาหวานแบบ ผสมผสานจาก หลายสาขาวิชาชีพ	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยชาวฮิสแปนิก ที่ควบคุม โรคเบาหวานไม่ดี จำนวน 44 คน โดย <i>กลุ่มควบคุม</i> จำนวน 21 คน <i>กลุ่มทดลอง</i> จำนวน 23 คน	ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน โดยที่ผู้ให้บริการจะ เจาะเลือดหาระดับ HbA1c ที่ 3 เดือน และที่ 6 เดือน <i>กลุ่มทดลอง</i> จะได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องการ จัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองทั้งรายกลุ่มและ รายบุคคลโดยนักโภชนาการ พยาบาลที่ผ่านการ ฝึกเรื่องโรคเบาหวาน หรือนักสังคมสงเคราะห์ (ใน 3 เดือนแรก) ขณะเดียวกันมีการเยี่ยมของผู้ ให้บริการ (ใน 3 เดือนหลัง) <i>กลุ่มควบคุม</i> ได้รับการดูแลตามปกติทั้งกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการติดตามจาก แพทย์ทุก 3 เดือน ก่อนการศึกษา กลุ่มทดลองจะ ถูกสอบถามเรื่องความรู้ด้าน โภชนาการและการ ดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคใน การรับบริการจากนักโภชนาการหรือรับการรักษา และความบ่อยของการออกกำลังกาย	- กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการ ตนเองช่วยลดระดับ HbA1c ดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ - ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วน ใหญ่มีค่าระดับ HbA1c ลดลงจากก่อนเข้า โปรแกรม 89% เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่ม ควบคุมที่มีค่าลดลง 60%

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Mayer-Davis, E., et al. (2004). Pounds Off With Empowerment (POWER): A Clinical Trial of Weight Management Strategies for Black and White Adults With Diabetes Who Live in Medically Underserved Rural Communities. <i>American Journal of Public Health, 94</i> (10),	เพื่อประเมิน กิจกรรมการใช้ชีวิต สำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ อาศัยอยู่ในชุมชน ชนบท	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วย โรคเบาหวาน กลุ่มควบคุม จำนวน 56 คน กลุ่ม <i>intensive lifestyle Intervention</i> จำนวน 78 คน กลุ่ม <i>reimbursable-lifestyle intervention</i> จำนวน 47 คน	ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน และทำการเยี่ยม ทุก 3, 6, 12 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับ กิจกรรมรายบุคคลจากนักโภชนาการ 1 ครั้งเมื่อ แรกเข้าโครงการ กลุ่มทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. <i>กิจกรรมการใช้ชีวิต (intensive lifestyle Intervention)</i> ซึ่งนำมาจาก DPP โปรแกรมนี้จะ เน้นที่การลดน้ำหนักขนาดปานกลางโดยการลด แคลอรีลง 25% จากอาหารที่มีไขมันและการ ออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (เช่น การเดินเล่น เป็นต้น) กิจกรรม DPP จะ เป็นการให้คำปรึกษา โดยที่ผู้ดูแลความสำเร็จ อยู่ที่ความบ่อย และการติดต่อกับผู้จัดกิจกรรม ตลอด โปรแกรมนี้จะถูกจัดเป็นการเรียนการ สอน 16 ครั้ง ในเรื่องกลวิธีในการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจดบันทึกอาหารด้วย ตนเอง เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้กิจกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - เดือนที่ 6 น้ำหนักลดลงในกลุ่ม <i>intensive lifestyle Intervention</i> มากกว่ากลุ่มควบคุม (2.6 kg vs 0.4 kg, $P < .01$). - เดือนที่ 12 อัตราส่วนผู้ป่วยมี น้ำหนักลดลง 2 kg ในกลุ่ม <i>intensive lifestyle Intervention</i> มากกว่ากลุ่มควบคุม (49% vs 25%, $P < .05$). - ไม่มีความแตกต่างในการลด น้ำหนักระหว่างกลุ่ม <i>reimbursable-lifestyle intervention</i> และกลุ่มควบคุม - ค่า HbA1c. ลดลงในทุกกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมี นัยสำคัญทางสถิติ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Mayer-Davis, E., et al. (2004). (ต่อ)				<p>DPP ถูกปรับให้อยู่ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยที่ผู้ที่อยู่กลุ่มนี้จะพบกับนักโภชนาการทุกสัปดาห์เป็นเวลา 4 เดือน และทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 2 เดือน และทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือนรวมถึงนักโภชนาการจะจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง</p> <p><i>2. Reimbursable-lifestyle intervention</i> เป็นการจัดกิจกรรมการใช้ชีวิต (intensive lifestyle Intervention) ฉบับย่อ โดยกิจกรรมจะถูกจัดขึ้น 4 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ตลอด 12 เดือน และรวมถึงมีกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้ง</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Shea, S. (2007). The informatics for diabetes and education telemedicine (IDEATEL) project. <i>Transactional of the American Clinical and Climatological Association, 118,</i>	เพื่อประเมินประสิทธิผลของเครื่อง telemedicine ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานในรัฐนิวยอร์ก อายุ 55 ปี หรือมากกว่านั้นโดย <u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 144 คน <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 104 คน	ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับ Home telemedicine unit (HTU) ซึ่งเป็น computer modem ที่ทำหน้าที่ (1) video conferencing ที่ใช้โทรศัพท์เชื่อมต่อ (2) การกำกับติดตามผลของระดับน้ำตาลและความดันโลหิตทางไกล (3) ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเองและเป็นทางให้พยาบาลบริหารจัดการการดูแลด้วย และ (4) ตรวจสอบข้อมูลและความรู้จาก the American Diabetes Association เป็นทั้งภาษาอังกฤษและสเปน <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการดูแลตามปกติ	<ul style="list-style-type: none"> - ที่ 1 ปี ระดับ HbA1C ลดลงในกลุ่มทดลองจาก 7.35% เป็น 6.97% - การลดลงของระดับ HbA1C ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน 0.18% ทั้งๆที่กลุ่มควบคุมมีระดับ HbA1C ลดลงจาก 7.42% เป็น 7.17 % - ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C $\geq 7\%$ เมื่อแรกเริ่ม (n = 353) มีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ลดลงจาก 8.35% เป็น 7.42% คิดเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.002). - ค่าเฉลี่ยของค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองลดลงจาก 142/71 mmHg เป็น 137/8 mmHg - ค่าไขมันเลือดและระดับ LDL แตกต่างกัน 11.06 mg/dl และ 9.5 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) - กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงด้านความดันโลหิตและค่าไขมันในเลือดเล็กน้อยในระยะ 1 ปี

สรุปการสืบค้นโรคความดันโลหิตสูงประเทศสหรัฐอเมริกา

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Staffileno, B.A., Minnick, A., Coke, L.A, & Hollenberg, S.M. (2007). Blood Pressure Responses to Lifestyle Physical Activity Among Young, Hypertension-Prone African-American Women. <i>Journal of Cardiovascular Nursing, 22</i> (2), 107- 117.	เพื่อดูผลของการ การมีกิจกรรมทาง กายร่วมกับการมี กิจวัตรประจำวัน (lifestyle physical activity) ต่อค่าความ ดันโลหิต	ไม่ปรากฏ	หญิงชาวอเมริกัน อเมริกัน อายุ 18-45 ปี และมีประวัติเริ่มเป็น โรคความดันโลหิตสูง หรือเป็นระดับที่ 1 แต่ ไม่ได้รับการรักษา โดย ที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (no exercise) 10 คน และกลุ่มทดลอง (exercise) 14 คน	<u>กลุ่มทดลอง</u> กิจกรรมเริ่มต้น ได้แก่ การปรับกิจวัตร ประจำวันร่วมกับการมีกิจกรรมการออก กำลังกายที่บ้านเช่น การเดิน ไป-มา หรือการ ขึ้นบันได เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที 3 ครั้ง ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50-60 <u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u> ให้ดำเนินการใช้ชีวิตประจำวันปกติ	1. ค่าความดันซิสโตลิกในกลุ่ม ทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (-6.4 mm Hg, P = .036) ค่าความดันได แอสโตลิกในกลุ่มเริ่มเป็น โรคความดันโลหิตสูง หรือ เป็นระดับที่ 1 แต่ไม่ได้รับ การรักษา ลดลง (90.8 vs 87.4 mm Hg), และลดลงมาก ในเวลากลางคืน เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ ออกกำลังกาย 2. การมีกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำมี ความสัมพันธ์กับการ เปลี่ยนแปลงค่าความดันซิส โตลิก (r = -0.620, P = .024).

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ogedegbe, G., Chaplin, W., Schoenthaler, A., Statman, D., Berger, D., Richardson, T., Phillips, E., Spencer, J., & Allegrente, J. (2008) A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans. <i>American Journal of Hypertension</i> , 21(10), 1137-1143.	เพื่อดูผลของการให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตนโดยการสัมภาษณ์ (motivational interviewing; MINT) เปรียบเทียบกับการให้การดูแลตามปกติต่อความต่อเนื่องของการเข้ารับการรักษา (adherence) และค่าความดันโลหิต	ไม่ปรากฏ	หญิงชาวแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 190 คน (95 คนต่อกลุ่ม)	MINT เป็นการให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในพฤติกรรมทางสุขภาพ และเป้าหมายของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษา (MINT) ตามที่กำหนดไว้เป็นเวลา 30-40 นาที ทุกเดือนที่ 3, 6, และ 9	1. พบความแตกต่างของการเข้ารับการรักษา (adherence) ทั้ง 2 กลุ่ม (56.2 and 56.6% for MINT and UC, respectively, $P=0.94$). 2. ค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกัน -6.1 mm Hg ($P=0.065$) and -1.4 mm Hg ($P=0.465$), ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ได้รับ MINT มีค่าลดลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lien, L. et al. (2007) Effects of PREMIER Lifestyle Modifications on Participants With and Without the Metabolic Syndrome. <i>Hypertension</i>	เพื่อศึกษาผลกระทบของกิจกรรมต่อปัจจัยด้านเมตาบอลิกในผู้ป่วยเป็นโรคทางระบบเมตาบอลิกเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็น	ไม่ปรากฏ	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมี ความดันโลหิตระหว่าง 120 to 139 mm Hg และ 80 to 89 mm Hg จำนวน 397 คน ผู้ที่เป็นความดันโลหิต ระดับที่ 1 (prehypertension stage 1) โดยไม่ใช้ยารักษา (140 to 159 mm Hg และ/หรือ 90 to 95 mm Hg จำนวน 399 คน อายุระหว่าง 25 ปีและมี ดัชนีมวลกาย 18.5 to 45.0 kg/m ² .	กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม <i>กลุ่มควบคุม</i> จะได้รับคำแนะนำประมาณ 30 นาที อย่างเดียว เพียงครั้งเดียว ตลอด 6 เดือน <i>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST)</i> เข้าโปรแกรม 18 ครั้ง ใน 6 เดือน (น้ำหนักลด 6.8 Kg สำหรับ ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 25 kg/m ² . ออกกำลังกาย ประมาณ 180 นาทีต่อสัปดาห์และดื่มแอลกอฮอล์ ≤ 1 OZ ต่อวันในผู้ชาย หรือ 0.5 OZ ใน ผู้หญิง) <i>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST) และ (DASH)</i> เข้า โปรแกรม 18 ครั้ง ใน 6 เดือนกลุ่มนี้จะได้รับ โปรแกรม DASH เพิ่มโดยการรับประทาน ผักและผลไม้ 9-12 ส่วน อาหารไขมันต่ำ 2- 3 serving และจำกัดการได้รับไขมันร้อยละ ≤ 25 และ อาหารไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7 ของ จำนวนแคลอรีทั้งหมด	1. ทั้ง กลุ่ม EST และ EST_DASH สามารถลดค่า ความดันซิสโตลิก. 2. สำหรับกลุ่ม EST + DASH, ค่าความดันโลหิต ไม่มีความแตกต่างระหว่าง ผู้ป่วยเป็นโรคทางระบบ เมตาบอลิกเปรียบเทียบกับ ผู้ที่ไม่ได้เป็น ($P=0.231$). 3. ในกลุ่ม EST, ผู้ป่วยเป็น โรคทางระบบเมตาบอลิก จะมีค่าความดันซิสโตลิก ลดลงเพียง 8.4 mm Hg เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความ ดันซิสโตลิกลดลง 12.0 mm Hg ในกลุ่มที่ไม่เป็น ($P=0.002$).

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Svetkey, LP. et al. (2005). Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. <i>Journal of Human Hypertension</i> , 19, 21-31.	เพื่อศึกษาผลกระทบของกิจกรรมต่อปัจจัยด้านเมตาบอลิกในผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางระบบเมตาบอลิกเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็น	ไม่ปรากฏ	จำนวน 810 คน โดยที่ร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง, ร้อยละ 34 เป็นชาวอเมริกัน ออฟริกัน, 95 เป็นโรคอ้วน หรือมีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 38 เป็นโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1. <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับคำแนะนำประมาณ 30 นาที อย่างเดียว เพียงครั้งเดียว ตลอด 6 เดือน 2. <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST)</u> เข้าโปรแกรม 18 ครั้ง ใน 6 เดือน (น้ำหนักลด 6.8 Kg สำหรับผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 25 kg/m ² . ออกกำลังกายประมาณ 180 นาทีต่อสัปดาห์และดื่มแอลกอฮอล์ ≤ 1 oz ต่อวันในผู้ชาย หรือ 0.5 oz ในผู้หญิง) 3. <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST) และ (DASH)</u> เข้าโปรแกรม 18 ครั้ง ใน 6 เดือน กลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรม DASH เพิ่ม โดยการรับประทานผักและผลไม้ 9-12 ส่วน อาหารไขมันต่ำ 2-3 serving และจำกัดการได้รับไขมันร้อยละ ≤ 25 และ อาหารไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด	1. สำหรับกลุ่ม EST ค่าความดันซิสโตลิกลดลง 1.2 mmHg ในเพศหญิง, 6.0 ในเพศชาย, 4.5 ในกลุ่มเพศหญิงที่ไม่ใช่ชาวอเมริกันและ 4.2 ในกลุ่มเพศชายที่ไม่ใช่ชาวอเมริกัน 2. ค่าความดันโลหิตของ EST และ DASH คือ 2.1, 4.6, 4.2, และ 5.7 mmHg ใน 4 กลุ่มข้างบนตามลำดับ 3. ค่าความดันโลหิตยังคงสูงในกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงแม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. ค่าความดันโลหิตสำหรับกลุ่ม EST ที่มีอายุน้อยกว่าและมากกว่า 50 ปี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5. ค่าความดันโลหิตสำหรับกลุ่ม The EST Plus DASH ต่ำลงทั้ง 2 กลุ่มอายุ และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Elmer, P. et al. (2006). Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control: 18-Month Results of a Randomized Trial. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 144, 485-495.	เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิผลของ กิจกรรมการปรับ พฤติกรรมและ การได้รับ คำแนะนำเพียง อย่างเดียว ต่อ ภาวะความดัน โลหิตสูง การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและค่า ความดันโลหิตสูง ในระยะเวลา 18 เดือน	ไม่ปรากฏ	อาสาสมัครจำนวน 180 คนที่มีประวัติความดัน โลหิตระดับที่ 1 (prehypertension stage 1) (ค่าความดันซิสโตลิก 120 to 159 mm Hg; ค่าความ ดันไดแอสโตลิก 80 to 95 mm Hg). <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 273 คน <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ EST</u> จำนวน 268 คน <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST) และ (DASH)</u> จำนวน 269 คน	1. สถานที่ในการจัดกิจกรรมได้แก่ ศูนย์บริการทางการแพทย์ 4 แห่ง และศูนย์ประสานงาน 1 แห่ง 2. กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับคำแนะนำ ประมาณ 30 นาที อย่างเดียว โดย นักศึกษาระดับปริญญาโทเป็น จำนวน 2 ครั้งโดยเป็นรายบุคคล 1 ครั้งและ 1 ครั้งหลัง 6 เดือน <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST)</u> (น้ำหนักลด 6.8 Kg สำหรับผู้ที่มี ดัชนีมวลกาย 25 kg/m ² . ออกกำลังกาย ประมาณ 180 นาทีต่อสัปดาห์ และดื่มแอลกอฮอล์ ≤ 1 OZ ต่อวัน ในผู้ชาย หรือ 0.5 OZ ในผู้หญิง)	1. เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว การได้รับอาหารที่มีไขมันและ เกลือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ 2. กลุ่ม EST plus DASH มีการเพิ่ม การรับประทานผัก ผลไม้ อาหาร ที่มีกากใยและแร่ธาตุเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตใน 18 เดือนแรกจะลดลงในกลุ่ม EST และ EST plus DASH มากกว่า กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาอย่างเดียว แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติของค่าความดัน โลหิตทั้ง 3 กลุ่ม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Elmer, P. et al. (2006). (ต่อ)				<p>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST) และ (DASH) กลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรม DASH เพิ่มโดยการรับประทานผักและผลไม้ 9-12 ส่วน อาหารไขมันต่ำ 2-3 serving และจำกัดการได้รับไขมันร้อยละ ≤ 25 และ อาหารไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด</p> <p>3. ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST และ EST plus DASH) เข้าโปรแกรมกลุ่ม 14 ครั้ง และ 4 ครั้งเป็นรายบุคคลใน 6 เดือนแรกและในระหว่างเดือนที่ 7 และ 18 กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาเป็นรายกลุ่มทุกเดือนตามด้วยการได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lin, P. et al. (2007). The PREMIER Intervention Helps Participants Follow the Dietary Approaches to Stop Hypertension Dietary Pattern and the Current Dietary Reference Intakes Recommendations. <i>Journal of the American Dietetic Association, 107</i> (9),	เพื่อศึกษาของอิทธิพลของการใช้ PREMIER ต่อการรับประทานอาหารและการชั่งการมีแบบแผนการปฏิบัติตามตามกิจกรรม DASH และคำแนะนำการรับประทานอาหารของ the Dietary Reference Intakes (DRI).	- Social Cognitive Theory - The transtheoretical stages of change model	ประชาชนในชุมชน จำนวน 180 คนที่มีประวัติความดันโลหิตระดับที่ 1 (prehypertension stage 1) (ค่าความดันซิสโตลิก 120 to 159 mm Hg; ค่าความดันไดแอสโตลิก 80 to 95 mm Hg).	กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับคำแนะนำประมาณ 30 นาที อย่างเดียว โดยเป็นจำนวน 1 ครั้งเป็นรายบุคคล และ 1 ครั้งหลัง 6 เดือน <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST)</u> (น้ำหนักลด 6.8 Kg สำหรับผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 25 kg/m ² . ออกกำลังกายประมาณ 180 นาทีต่อสัปดาห์และดื่มแอลกอฮอล์ ≤ 1 OZ ต่อวันในผู้ชาย หรือ 0.5 OZ ในผู้หญิง) <u>กลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST) และ (DASH)</u> กลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรม DASH เพิ่มโดยการรับประทานผักและผลไม้ 9-12 ส่วน อาหารไขมันต่ำ 2-3 serving และจำกัดการได้รับไขมันร้อยละ ≤ 25 และ อาหารไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด	1. พบว่าการใช้พลังงาน การสะสมไขมัน และการได้รับโซเดียมลดลงในกลุ่มทดลองทั้ง EST และ EST plus DASH และลดลงตลอดการศึกษา 2. กลุ่ม EST plus DASH เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้และวิตามินมากกว่ากลุ่มควบคุม และ กลุ่ม EST 3. ในเดือนที่ 6 พบว่ากลุ่ม ET plus DASH ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ Dietary Reference Intakes (DRI) อย่างน้อย 2 ใน 3 คำแนะนำ และยังคงพบในเดือนที่ 18

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lin, P. et al. (2007). (ต่อ)				4. ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับ (EST และ EST plus DASH) เข้าโปรแกรมกลุ่มทุกสัปดาห์ ใน 8 เดือนแรก และทุก 2 สัปดาห์จนครบ 6 เดือนแรกและทุกเดือนจนครบ 12 เดือนแรก หลังจากนั้นเป็นกิจกรรมรายบุคคลอีก 7 ครั้ง จนครบ 18 เดือนการเก็บข้อมูลปริมาณการรับประทานอาหารจะทำภายหลังการรับประทานอาหารเช้าไม่เกิน 24 ชั่วโมง 6 เดือน และ 18 เดือน	4. ในกลุ่มควบคุมนั้น ถึงแม้พบการลดลงของการรับโซเดียมใน 6 เดือนแรกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบการลดลงในเดือนที่ 18 และไม่มีการลดลงของการรับประทานผัก ผลไม้และวิตามินเมื่อในเดือนที่ 6 และ 18

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Lesley, M. (2007). Social problem solving training for African Americans: Effects on dietary problem solving skill and DASH diet-related behavior change. <i>Patient Education and Counseling</i> , 65, 137-146.	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ ของการ แก้ปัญหาการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การรับประทานที่ อาจส่งผลต่อ ความดันโลหิต ระหว่างผู้ที่ ได้รับความรู้ เพียงอย่างเดียว และผู้ที่ได้รับ การฝึกในการ แก้ปัญหาผสม กับความรู้เรื่อง DASH	ไม่ปรากฏ	แอฟริกันอเมริกัน จำนวน 78 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 38 คน	1. กลุ่มตัวอย่างจะถูกสอนการใช้ computer และทำการทดสอบเนื้อหา ทันที และจะทำการทดสอบซ้ำใน 2 สัปดาห์ต่อมา โดยทาง โทรศัพท์ 2. On-line problem solving training program "DASH to Health" education module ประกอบด้วย - ข้อมูล 2 แผ่นจาก the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) Web site, "Your Guide to Lowering High Blood Pressure" (http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/) ข้อมูล 4 แผ่นจาก the NHLBI online pdf document, "Facts about the DASH Eating Plan" http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf). โดยที่เนื้อหากล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูงและผลที่เกิดจากโรคใน ระยะยาว รายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการรับประทานอาหาร the DASH และการควบคุมความดันโลหิต ข้อมูลโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ DASH-sodium diet และพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร	1. ผลการศึกษาพบว่า น้อยกว่าครึ่งหนึ่งมี ผลความดันโลหิต ปกติ 2. กิจกรรมสำหรับการ ทดลองได้ผลดีใน กลุ่มที่มีค่าความดัน โลหิตสูงกว่าปกติ 3. ภายหลังจากการ ได้รับกิจกรรมทันที กลุ่มทดลองสามารถ อธิบายการแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การรับประทานมากกว่า กลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ard, A. et al. (2004). One-Year Follow-Up Study of Blood Pressure and Dietary Patterns in Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-Sodium Participants. <i>The American Journal of Hypertension</i> , 17, 1156- 1162.	เพื่อศึกษา ผลกระทบ หลังจากการเลิก การรับประทาน ทานแบบ DASH ผสมกับการลด การรับประทาน อาหารที่มี โซเดียม ปริมาณ 150, 100, หรือ 50 mmol/day	ไม่ปรากฏ	113 คน	กลุ่มควบคุมได้รับอาหารที่เป็นผักและผลไม้ ต่ำ ปริมาณไขมันสูงตามแบบชาว อเมริกัน ในขณะที่กลุ่ม DASH เน้นการ รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้และ อาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง กลุ่มทดลองรับประทานทานแบบ DASH เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้หรือน้ำ ผลไม้และอาหารที่มีไขมันและพลังงาน ต่ำ ได้รับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อย รับประทานเนื้อแดงไม่ติดมัน และ ได้รับโซเดียม 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (65 mmol/day), ระดับปานกลาง(107 mmol/day) หรือระดับสูง (142 mmol/day). ซึ่งทั้งอาหารและเครื่องดื่ม นั้น โครงการเป็นผู้จัดให้	หลังทำการทดลอง 12 เดือน ผู้รับประทาน ทานแบบ DASH เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้หรือน้ำผลไม้ แต่ไม่พบการ เปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลองเพิ่มการ รับประทานอาหารที่มีโซเดียม กลุ่มควบคุมค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้น, (systolic) 5.33 (95% CI 0.28, 10.37) และ (diastolic) 3.20 mm Hg (95% CI 0.25, 6.16) ผู้รับประทานทานแบบ DASH ค่าความดัน โลหิตเพิ่มขึ้น systolic and diastolic BP (95% CI -0.44, 6.68) and 0.79 mm Hg พบผู้ที่รับประทานทานแบบ DASH มีค่า ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Gemson, D. et al. (2008). Promoting Weight Loss and Blood Pressure Control at Work: Impact of an Education and Intervention Program <i>JOEM, 50(3),</i>	เพื่อศึกษา ผลกระทบของ การจัดกิจกรรม ต่อค่าดัชนีมวล กายและความดัน โลหิตในคนงาน ที่มีความดัน โลหิตสูงที่เข้า ร่วมโปรแกรม การคัดกรอง	ไม่ปรากฏ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15,583 คน <i>กลุ่มทดลอง</i> จำนวน 47 คน <i>กลุ่มควบคุม</i> จำนวน 94 คน	1. กลุ่มควบคุมได้รับการวัดความดัน โลหิตและชั่งน้ำหนักและได้รับความรู้ 2. กลุ่มทดลองได้รับเหมือนกลุ่มควบคุม แต่เพิ่มการประเมินการออกกำลังกาย ไขมันในร่างกาย และความรู้ที่ส่งเสริม การออกกำลังกาย 3.3. วัดการเปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบกัน ภายหลัง 1 ปี	1. กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายและ ความดันซิสโตลิกดีกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P = 0.01$) และ ($P = 0.04$) ตามลำดับ 2. ภายหลัง 1 ปี พบว่า 38.3% ของ กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Christianne, L. et al. (2006). Improving Blood Pressure Control through Provider Education, Provider Alerts, and Patient Education: A Cluster Randomized Trial. <i>Ann Intern Med</i> , 145, 165-175.	เพื่อประเมินกิจกรรมในการส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตที่ให้กับผู้ให้บริการและผู้ป่วย	ไม่ปรากฏ	1341 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและดูแลโดย 182 ผู้ให้บริการ	<p>กลุ่มผู้ให้บริการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการจะได้รับ e-mail ที่สามารถเชื่อมโยงกับมาตรฐานการปฏิบัติของ JNC 7 (ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง) เป็นกลุ่มควบคุม (provider education) - กลุ่มผู้ให้บริการได้รับความรู้และการกระตุ้นเตือนโดยจดหมาย electronics เกี่ยวกับการรับประทานยา การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการสนทนากับผู้ให้บริการ (provider education and alert) - กลุ่มผู้ให้บริการได้รับความรู้ การกระตุ้นเตือน และความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย เช่นการให้ยา การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำและการออกกำลังกาย (Provider Education, Alert, and Patient Education) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2. ผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนมีค่าความดันโลหิตที่ดีขึ้น (138/75 mmHg) กว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความรู้และกระตุ้นเตือนหรือกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับความรู้อย่างเดียว (146/76 mmHg และ 145/78 mmHg, ตามลำดับ) 3. ผู้ป่วยในกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมีค่าความดันซิสโตลิก 140 mmHg หรือน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น [95% CI, 1.06 to 1.62]; $P=0.012$).

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
He, J. et al. (2004). Effect of dietary fiber intake on blood pressure: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Journal of Hypertension</i> , 22(1),.....	เพื่อศึกษาผลของการได้รับสารอาหารที่มีกากใยต่อความดันโลหิต	ไม่ปรากฏ	ชายและหญิงชาวอเมริกัน ที่มีค่าซิสโตลิกระหว่าง 125 to 159 mmHg และค่าไดแอสโตลิก 95 mmHg หรือค่าไดแอสโตลิกระหว่าง 75 to 94 mmHg และค่าซิสโตลิก 160 mmHg กลุ่มทดลองจำนวน 54คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 56 คน	<i>กลุ่มทดลอง</i> ได้รับใยอาหารสูง เช่น ข้าวโอ๊ต 60 กรัมทุกวันและ muffin 84 กรัมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ <i>กลุ่มควบคุม</i> ได้รับใยอาหารต่ำ เช่น ข้าวสาลีหรือ muffin 93 กรัมและ Corn flake 42 กรัม	1. ในสัปดาห์ที่ 12 ค่าซิสโตลิกแตกต่างกัน 1.8 mmHg โดยในสัปดาห์ที่ 6 ค่าซิสโตลิกแตกต่างกัน 22.2 mmHg 2. ในสัปดาห์ที่ 12 ค่าไดแอสโตลิกแตกต่างกัน 1.2 mmHg โดยในสัปดาห์ที่ 6 ค่าไดแอสโตลิกแตกต่างกัน 0.8 mmHg

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Han, H. (2007). Knowledge, belief, and behavior about hypertension control among middle-aged Korean Americans with hypertension. <i>Journal of Community Health, 32</i> (5),	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการและค่าความดันโลหิตในกลุ่มผู้ร่วมโปรแกรม Self-Help Intervention Program for HBP care (SHIP-HBP)	ไม่ปรากฏ	ชาวเกาหลี-อเมริกัน อายุ 40 ถึง 64 ปี จำนวน 445 คน		กลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีมีความเชื่อในพฤติกรรมที่ควบคุมหรือลดอาหารที่มีโซเดียมตามด้วยการออกกำลังกายและรับประทานยาลดความดันโลหิต

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Fernandez, S. et al. (2008). A Senior Center-Based Pilot Trial of the Effect of Lifestyle Intervention on Blood Pressure in Minority Elderly People with Hypertension. <i>JAGS</i> , 56, 1860-1866.	เพื่อทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของกิจกรรมการให้คำปรึกษาในการใช้ชีวิตประจำวันต่อค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุ	ไม่ปรากฏ	ผู้สูงอายุจำนวน 65 คน	A pre-post design โดยทำการเยี่ยมครั้งที่ 1 (ประมาณ 6 สัปดาห์), และเยี่ยมครั้งที่ 2 (ประมาณ 14 สัปดาห์)	1. พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ประมาณ 13.0 +/- 21.1 mmHg ($t_{(25)} = 53.14, P = .004$) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าซิสโตลิกลดลงประมาณ 10.6 +/- 30 mmHg 2. กลุ่มทดลองมีการรับประทานยาและผักที่เพิ่มขึ้น 26% ($t_{(23)} = 52.31, P = .03$), 23% ($t_{(25)} = 52.29, P = .03$) ตามลำดับ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Bosworth, H. et al. (2008). Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control <i>Patient Education and Counseling, 70, 338-347</i>	เพื่อประเมิน กิจกรรมที่จัดเพื่อ ลดความดัน โลหิต	the Health Decision Model (HDM)	<u>กลุ่มทดลอง</u> เป็นผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 319 คน <u>กลุ่มควบคุม</u> เป็นผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 317 คน	1. <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อเดือน ประมาณ 18 นาที (ระหว่าง 2-51 นาที) เป็นเวลา 2 ปี โดยที่เนื้อหาจะส่งเสริมการรับประทานยาและพฤติกรรมที่ช่วยให้ความดันโลหิตดีขึ้น เช่น ความรู้และปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง การบันทึก การสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผลข้างเคียงของยาและการรักษา การควบคุมน้ำหนักด้วยกรอกกำลังกาย อาหาร ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ 2. <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการรักษาตามปกติ	เดือนที่ 6 กลุ่มทดลองมีการเพิ่มการรับการรักษา ร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับ ร้อยละ 1 ในกลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Bosworth, H. et al. (2005). Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. <i>Patient Education and Counseling</i> , 57, 5-14.	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมการบริหารงานของพยาบาลในการควบคุมความดันโลหิต	the Health Decision Model (HDM)	กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน <u>กลุ่มทดลอง</u> เป็นผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 294 คน <u>กลุ่มควบคุม</u> เป็นผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 294 คน	<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อเดือน ประมาณ 3.7 นาที (ระหว่าง 1-40 นาที) เป็นเวลา 2 ปี โดยที่เนื้อหาจะส่งเสริมการรับประทานยาและพฤติกรรมที่ช่วยให้ความดันโลหิตดีขึ้น เช่น ความรู้และปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง การบันทึก การสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผลข้างเคียงของยาและการรักษา การควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย อาหาร ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ <u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการรักษาตามปกติ	เดือนที่ 6 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการรับการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.007$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Bosworth, H. et al. (2005). The veterans' study to improve the control of hypertension (V-STITCH): Design and methodology. <i>Contemporary Clinical Trials</i> , 26, 155-168.	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมความดันโลหิต	ไม่ปรากฏ	<p>กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้บริการที่ได้รับมาตรฐานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับกิจกรรมโทรศัพท์ จำนวน 136 คน 2. ผู้ให้บริการที่ได้รับมาตรฐานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลปกติจำนวน 136 คน 3. ผู้ให้บริการที่ไม่ได้รับมาตรฐานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับกิจกรรมโทรศัพท์จำนวน 136 คน 4. ผู้ให้บริการที่ไม่ได้รับมาตรฐานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลปกติจำนวน 136 คน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้บริการกลุ่มทดลองได้รับมาตรฐานการเยี่ยมผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อเดือนเป็นเวลา 2 ปีโดยที่เนื้อหาจะส่งเสริมการรับประทานยาและพฤติกรรมที่ช่วยลดความดันโลหิตดีขึ้น เช่น ความรู้และปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง การบันทึก การสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผลข้างเคียงของยาและการรักษา การควบคุมน้ำหนักด้วยกรอกกำลังกาย อาหาร ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ 3. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เดือนที่ 6 ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์สามารถคงอยู่ในการรักษาร้อยละ 96.5 2. ผู้ให้บริการที่ได้รับมาตรฐานสามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้มากขึ้น

สรุปการสืบค้นโรคหัวใจและหลอดเลือดประเทศสหรัฐอเมริกา

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Taylor-Piliae, R. (2006). Hemodynamic responses to a community-based Tai Chi exercise intervention in ethnic Chinese adults with cardiovascular disease risk factors. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 5, 165 – 174.	เพื่อศึกษาปฏิกริยาของค่าความดันโลหิตต่อกิจกรรมการออกกำลังกายแบบไทชิ ในกลุ่มชาวจีนที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	ไม่ปรากฏ	กลุ่มชาวจีนอายุ >45 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 อย่าง และอาศัยอยู่ในบริเวณรัฐซานฟรานซิสโก	รูปแบบการศึกษา Quasi-experimental design. ระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยจะทำการเก็บข้อมูลเมื่อแรกเข้าการศึกษา ที่ 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยจะทำการทดสอบ 2-min step-in-place test เพื่อตรวจหาความคงทนในการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก และวัดค่าความดันโลหิตในขณะที่พัก และ 1 นาทีหลังจากทำ step test กลุ่มตัวอย่าง จะทำกิจกรรมการออกกำลังกายแบบไทชิ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที โดยทำกิจกรรมที่ชุมชนและจะมีครูฝึกจำนวน 1 ครั้งและให้กลับไปทำที่บ้าน 2 ครั้ง รวมทั้งหมดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยไทชิจะมีทำจำนวน 24 ท่า ในแต่ละครั้งของกิจกรรมจะประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกายเป็นเวลา 20 นาที ออกกำลังกายแบบไทชิเป็นเวลา 30 นาที และทำผ่อนคลายเป็นเวลา 10 นาที	1. เมื่อแรกเข้าการศึกษา ค่าความดันโลหิตโดยเฉลี่ยขณะพักวัดได้ 150/86 mmHg ในขณะที่ความดันโลหิตหลังจากทำ step test วัดได้ 178/99 mmHg 2. ที่ 12 สัปดาห์ พบว่าค่าความดันโลหิตในขณะที่พักลดลง เป็น 137/77 mmHg และ 164/82 mmHg หลังจากทำ step test อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$). 3. ไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้านอัตราการเต้นของหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Williams, A. et al. (2004). CVD Prevention Strategies With Urban and Rural African American Women. <i>Applied Nursing Research, 17</i> (3), 187- 194.	เพื่อทดสอบ โปรแกรมที่ มีกิจกรรมที่ลดปัจจัย เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มหญิงชาว แอฟริกัน-อเมริกันที่มี รายได้ต่ำ	Pender's Health Promotion Model	หญิงชาวแอฟริกัน- อเมริกันจำนวน 294 คน <i>เขตเมือง</i> จำนวน 134 คน <i>เขตชนบท</i> จำนวน 160 คน	1. One-group pre-posttest design. 2. หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงด้าน (1) ปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพ (2) ความดันโลหิต (3) คัซนิมวलय (4) พฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออก กำลังกาย (5) ค่าไขมันในเลือด 3. ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี โดยเก็บข้อมูลก่อนการ ทดลองและหลังจากนั้น 1 ปีกิจกรรม ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้น และให้การ รักษาและคำแนะนำเรื่องอาหารและการออก กำลังกายตามเกณฑ์มาตรฐานของATPIII และ JNC IV รวมถึงมีการให้การสนับสนุนเอกสาร ที่มีรูปภาพในรายที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน มีการ ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่อง การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย มี การส่งจดหมายติดตามอีก 2 สัปดาห์หลังจากเข้า โปรแกรม	1. ก่อนการทดลอง กลุ่ม หญิงเขตชนบทมีค่า โคเลสเตอรอลและ ไขมันสูงกว่าเขตเมือง ($p < 0.05$) 2. หลังการทดลอง มีการ เปลี่ยนแปลงค่า โคเลสเตอรอลและ ไขมันในกลุ่มหญิงเขต ชนบทมากกว่าเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Carlson, J. et al. (2008). (S)Partners for Heart Health: a school-based program for enhancing physical activity and nutrition to promote cardiovascular health in 5th grade students. <i>BMC Public Health</i> , 8, 420.	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม "(S) Partners" ในโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	Bandura's Social Cognitive Theory	นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 180 คน กลุ่มควบคุม 90 คน กลุ่มทดลอง 90 คน	<p>โปรแกรม "(S)Partners" เป็นโปรแกรมที่ร่วมมือระหว่างครู นักเรียนและเจ้าหน้าที่ใน โรงเรียนประถมศึกษาและมหาวิทยาลัย มิชิแกนสเตจ รัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา โปรแกรมนี้เป็น โปรแกรมการเรียนการสอนที่ประกอบด้วย การสอนสุขศึกษา และการออกกำลังกายความรู้ด้านโภชนาการ โดยนักศึกษาโภชนาการ ศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยให้นักเรียนมี ชั่วโมงออกกำลังกาย อย่างน้อย 50% ของชั่วโมงเรียน ส่งเสริมผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนกิจกรรมที่ ส่งเสริมให้หัวใจแข็งแรง <ul style="list-style-type: none"> อาจารย์ที่เป็นผู้ดูแลจะได้รับการสอน 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งได้รับตารางสอนและเอกสารประกอบการ สอน โปรแกรมนี้จะมีการติดตามผลด้านการออกกำลังกายและการ รับประทานอาหารทุกสัปดาห์โดยทาง website (web-based tracking) 	โปรแกรม "ได้ผลดี แต่มี ข้อจำกัด บางอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่าง น้อย และมี ระยะเวลาการ ประเมินผลสั้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Carlson, J. et al. (2008). (ต่อ)				<p>การประเมินผลการศึกษา ประกอบด้วย</p> <p>การออกกำลังกายและพฤติกรรมรับประทานอาหาร รูปแบบ</p> <p>การการใช้ชีวิตและความรู้เกี่ยวกับหัวใจที่มีสุขภาพ ทัศนคติและ</p> <p>พฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ความ</p> <p>เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการไปถึงจุดหมายที่ตั้งไว้ใน</p> <p>เรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ค่าดัชนีมวลกาย</p> <p>ความดันโลหิต และไขมันในเลือด</p> <p>ระยะเวลาการประเมินผล ประมาณ 9 เดือน</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Harrell, T. et al. (2005). Effectiveness of a School-based Intervention to Increase Health Knowledge of Cardiovascular Disease Risk Factors Among Rural Mississippi Middle School Children. <i>Southern Medical Journal</i> , 98(12),	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรากฏ	นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในรัฐมิสซิสซิปปีจำนวน 205 คน กลุ่มควบคุม 84 คน กลุ่มทดลอง 102 คน	ระยะเวลาการศึกษาในโรงเรียน 16 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 1. การอบรมในห้องเรียน ที่มีเนื้อหาการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพหัวใจ ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจและความดันโลหิต โรคเบาหวาน 2. กิจกรรมนอกห้องเรียน ที่ประกอบด้วย การพบปะระหว่างผู้บริหารและผู้อำนวยการด้านอาหารของโรงเรียนจัดงานสังสรรค์ผู้ปกครอง การประกวดโปสเตอร์ของนักเรียน ในหัวข้อเรื่อง "หนทางสู่หัวใจแข็งแรงดีขึ้นในโรงเรียนของเรา" 3. ประเมินผลโดย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย การรับประทานอาหารเช้า ค่าไขมันแล โปรตีนในเลือด ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตขณะพัก ซึ่งการประเมินผลนี้ทำเพื่อเพิ่มความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	1. โรงเรียนที่ได้รับโปรแกรม มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อันสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับโรงเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรม 2. โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า 3. การสอนที่มีผู้สอนเป็นผู้ดูแลสุขภาพโดยตรง สามารถเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีและมีประสิทธิภาพสูง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Calderon, K. et al. (2008). Kennedy space center cardiovascular disease risk reduction program evaluation. <i>Vascular Health and Risk Management</i> , 4(2), 421-426.	เพื่อประเมินผลโปรแกรมการลดเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดของ Kennedy Space Center (KSC) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการให้สุขศึกษาและคำแนะนำทางโทรศัพท์	ไม่ปรากฏ	หญิง-ชาย จำนวน 366 คน (เมื่อแรกเข้าโปรแกรม) <u>กลุ่มที่สามารถอยู่ในโปรแกรมได้ 2 เดือน จำนวน 87 คน</u> <u>กลุ่มที่สามารถอยู่ในโปรแกรมได้ 5 เดือน จำนวน 77 คน</u>	<ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาการศึกษา 3 ปี และทำการติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษาในเดือนที่ 2 และ 5 โปรแกรมการให้สุขศึกษาและคำแนะนำทางโทรศัพท์ประมาณ 10-20 นาที ประกอบด้วยการทบทวนผลทางห้องปฏิบัติการพร้อมทั้งอภิปรายเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมัน (ใช้แบบสอบถาม) และส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ่อยขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามในเดือนที่ 2 และ 5 ในด้าน ความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล LDL HDL ไตรกลีเซอไรด์ การรับประทานอาหารไขมันและความถี่ของการออกกำลังกาย 	<ol style="list-style-type: none"> ในเดือนที่ 2 พบว่าค่าความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ระดับไขมันโคเลสเตอรอล LDL การรับประทานอาหารไขมันลดลงและออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับแรกเข้าร่วมโปรแกรม ในเดือนที่ 5 พบมีการลดลงของไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันโคเลสเตอรอล LDL การรับประทานอาหารไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับแรกเข้าร่วมโปรแกรม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Conley , K., et al. (2008). Kids Identifying and Defeating Stroke (KIDS): Development and Implementation of a Multiethnic Health Education Intervention to Increase Stroke Awareness Among Middle School Students and Their Parents. <i>Health promotion practice,</i>	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) สำหรับเด็ก (KIDS (Kids Identifying and Defeating Stroke) stroke education program) ในการเพิ่มความรู้เรื่องอาการและการรักษาโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) และการโทรหา 911 เพื่อขอความช่วยเหลือหากพบผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลัน ในนักเรียนชาวฮิสแปนิกอเมริกัน	Social Cognitive Theory	นักเรียนชาวฮิสแปนิกอเมริกัน ในรัฐเท็กซัส จำนวน 8682 คน กลุ่มที่ทำการทดสอบ (Student Interim Test) 1. กลุ่มทดลอง 149 คน 2. กลุ่มควบคุม 181 คน	1. ระยะเวลาการศึกษา 3 ปี 2. นักเรียนในกลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) สำหรับเด็ก (KIDS stroke education program) ที่สอนโดยเจ้าหน้าที่ของโปรแกรม KIDS ซึ่งใน 1 ปีจะจัดขึ้น 4 ครั้งๆละ 50 นาที เป็นเวลา 3 ปี ดังนั้นเด็กที่ได้เข้าโปรแกรมจะเป็นเด็กชั้นปีที่ 6, 7, และ 8 โดยที่ในทุกครั้งที่มีการเรียนจะมีการบ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองนักเรียนหรือผู้ใหญ่ที่บ้าน รวมทั้งมีการทดสอบความรู้ 3. นักเรียนในกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนสุขศึกษาตามปกติ	ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมที่จัดขึ้นมีความรู้เพิ่มในเรื่องอาการและการรักษาโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) และการโทรหา 911 เพื่อขอความช่วยเหลือหากพบผู้ป่วยที่เป็นโรคทันที เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Stoddard, A. (2004). Cardiovascular Disease Risk Reduction: The Massachusetts WISEWOMAN Project. <i>Journal of women's health, 13(5),</i>	เพื่อศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมประเมินผล และคัดกรอง แมสซาชูเซต (the Massachusetts Well- Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation (WISEWOMAN) Project) เพื่อลดเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่ มีประกันสุขภาพอายุ \geq 50 ปี	ไม่ปรากฏ	ผู้หญิงจำนวน 143 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม <i>กลุ่มที่ให้กิจกรรม เพิ่มขึ้น (the enhanced intervention) กลุ่มที่ให้กิจกรรมน้อย ที่สุด (the minimum intervention)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษา สุขศึกษา การส่งต่อ และการติดตามถ้าจำเป็น 2. โปรแกรมประเมินผลและคัดกรอง แมสซาชูเซตประกอบด้วยคำปรึกษาและแนะนำด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล และกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเดินเป็น กลุ่ม การจัดการเรียนโภชนาการ และ การแสดงศิลปวัฒนธรรม 3. ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน โดยทำ การเก็บข้อมูลเมื่อแรกเข้า โปรแกรม และเดือนที่ 12 4. ข้อมูล ได้แก่ ความดันโลหิต ไขมัน โคเลสเตอรอล ปริมาณการ รับประทานผักและผลไม้ และระดับ การออกกำลังกาย 	การคัดกรองทำให้ อุบัติการณ์การเกิดความ ดันโลหิตสูงลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ประมาณ 7-9%

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Morgenstern, L.B. et al. (2007). A Randomized, Controlled Trial to Teach Middle School Children to Recognize Stroke and Call 911 The Kids Identifying and Defeating Stroke Project. <i>Stroke</i> , 38, 2972-2978	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) สำหรับ เด็กต่อการเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของเด็กและผู้ปกครองหรือ ผู้ดูแลในการ โทรหา 911 เพื่อขอความช่วยเหลือ หากพบผู้ป่วยที่เป็น โรคอย่าง เฉียบพลัน	Social cognitive theory	ชาวเม็กซิกัน-อเมริกันทั้ง ผู้ใหญ่และเด็กนักเรียนที่ เรียนอยู่ที่ theCorpus Christi Independent School District (CCISD) ในรัฐเท็กซัส จำนวน 573 คน กลุ่มทดลอง 3 โรงเรียน จำนวน 249 คน กลุ่มควบคุม 3 โรงเรียน จำนวน 279 คน	1. ระยะเวลาการศึกษา 3 ปี 2. โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) สำหรับเด็ก (KIDS stroke education program) ที่สอนโดยเจ้าหน้าที่ของโปรแกรม KIDS เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ใช้เวลา 3 ปี การเรียนการสอนประกอบด้วยการเรียนในห้องเรียน ครั้งละ 50 นาที จำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละปี (เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6, 7, 8) และสอน โดยครูสุขศึกษา 3. บทเรียนถูกออกแบบให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จะได้รับความรู้เรื่องอาการ และอาการแสดงของโรค เพิ่มความสามารถในตนเองในการเรียก 911 ทันทีที่เกิดเหตุการณ์ 4. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 จะไปสัมภาษณ์ ผู้ปกครองถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียก 911 5. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 8 จะถูกสอนให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค รวมถึงการป้องกันในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	1. ผลจากแบบสอบถามที่ 1 เป็นความรู้เรื่องโรคและพยาธิ พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองได้คะแนนเพิ่มจาก 29% ถึง 34% ในขณะที่กลุ่มควบคุมเปลี่ยนจาก 28% เป็น 25% 2. ผลจากแบบสอบถามที่ 2 ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองตอบถูกเพิ่มจาก 28% เป็น 43% ในขณะที่กลุ่มควบคุมตอบถูก 25% เมื่อเริ่มการศึกษา และตอบถูก 29% หลังการศึกษา

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Morgenstern, L.B. et al. (2007) (ต่อ)				<p>6. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 และ 8 เจ้าหน้าที่ของโปรแกรมจะวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์และทำคู่มือแจก</p> <p>7. ผู้ปกครองจะได้รับความรู้ผ่านการบ้านของเด็ก</p> <p>8. ในกลุ่มทดลอง กิจกรรมเริ่มเมื่อเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทำแบบทดสอบที่โรงเรียนก่อนเข้าโครงการ โดยที่แบบทดสอบจะแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและพยาธิ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) และสอบถามถึงสิ่งที่จะต้องกระทำเมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดเสื่อม อย่างเฉียบพลัน และเด็กนำแบบทดสอบไปบ้านเพื่อให้ผู้ปกครองตอบและนำกลับมา</p> <p>9. ในกลุ่มควบคุม เด็กนักเรียนในกลุ่มนี้จะไม่ได้สูงศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเสื่อม (stroke) โยกลุ่มนี้จะทำแบบทดสอบเมื่อแรกเข้าและเมื่อจบชั้นปีที่ 8</p> <p>10. สถิติที่ใช้ คือ Two-sample <i>t</i> tests were used to compare pretest and posttest responses.</p>	<p>3. ผลจากแบบสอบถามที่ 3 สอบถามถึงสิ่งที่จะต้องกระทำเมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดเสื่อม อย่างเฉียบพลัน พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองตอบถูก 36% เมื่อเริ่มการศึกษา และตอบถูก 54% หลังการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุมตอบถูกเพิ่มจาก 32% เป็น 34%</p> <p>4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทาง 3 แบบสอบถาม</p> <p>5. ไม่สามารถประเมินคะแนนของผู้ปกครองได้เนื่องจากผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Jilcott, S. (2006). Linking Clinical Care to Community Resources for Cardiovascular Disease Prevention: The North Carolina Enhanced WISEWOMAN Project. <i>Journal of women's health</i> ,15(5),	เพื่อประเมินประสิทธิผล ของโปรแกรมประเมินผล และคัดกรอง (the Massachusetts Well- Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation (WISEWOMAN) Project)	The chronic care model	หญิงรายได้น้อยอายุ 40- 64 ปี ที่อาศัยทางตอนใต้ ของรัฐนอร์ทแคโรไลนา จำนวน 236 คน กลุ่มที่ได้กิจกรรมเพิ่ม (Enhanced Intervention) จำนวน 118 คน และกลุ่มที่ได้กิจกรรม น้อย (Minimum Intervention)จำนวน 118 คน	1. กิจกรรมเพิ่ม (Enhanced Intervention) มีระยะเวลา 12 เดือน โดยเป็นระยะเข้มงวดใน เดือนที่ 1-5 และระยะคงอยู่ใน เดือนที่ 6-12 2. ระยะเข้มงวด กลุ่มทดลองจะ ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล 2 ครั้ง ได้รับจดหมายติดตาม 1 ครั้ง เข้าร่วมการอบรมกลุ่ม 3 ครั้ง ได้รับโทรศัพท์ทุกเดือนและ ได้รับสิ่งเอื้อสำหรับการปฏิบัติ ตนของชุมชน 3. ระยะคงอยู่ ประกอบด้วย จดหมาย 3 ฉบับเพื่อช่วยให้เกิด การปรับพฤติกรรม ได้รับการ ติดต่อทางโทรศัพท์ทุกเดือน และได้รับการเยี่ยมเพื่อให้ คำปรึกษารายบุคคล	1. เมื่อแรกเข้าโปรแกรม มากกว่า 3 ใน 4 มีน้ำหนักเกิน และเป็นโรคอ้วน 2. กลุ่มตัวอย่างรายงานถึง ปัญหาในการรักษาสุขภาพ เช่น ขาดร้านอาหารที่ขาย อาหารสุขภาพ (41%) มีตลาด ที่ขายผลิตภัณฑ์จากสวนไม้ เพียงพอ (50%) สถานที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ (52%) มี โปรแกรมการออกกำลังกาย ที่ผู้หญิงสนใจไม่เพียงพอ (42%) รอคิด (47%) 3. ค่าความดันโลหิตในกลุ่มที่ ได้กิจกรรมน้อย (Minimum Intervention)สูงกว่ากลุ่มเพิ่ม (Enhanced Intervention)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Jilcott, S. (2006). (ต่อ)				<p>4. ทำการเก็บข้อมูลในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การวัดค่าความดันโลหิต ไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ LDL HDL) ระดับน้ำตาลในเลือด คชนิมวลกาย และองค์ประกอบของร่างกาย (body component)</p> <p>5. กลุ่มที่ได้กิจกรรมน้อย จะได้รับจดหมายที่มีแผ่นพับเกี่ยวกับอาหารสุขภาพตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ครั้ง และติดตามผลในเดือนที่ 6 และ 12</p>	<p>4. มีความแตกต่างของค่าความดันไตเอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>5. กลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่ม ยังคงมีคชนิมวลกายสูง (โดยเฉลี่ย 41%)</p>

สรุปการสืบค้นโรคเบาหวานประเทศญี่ปุ่น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Shimamoto, K., Kita, T. , Mabuchi, H., Matsuzaki, Y., Matsuzawa , Y., Nakaya ,N. ,Oikawa, S., & Itakura, H. (2007) . Effects of hypertension and type 2 diabetes mellitus on the risk of total cardiovascular events in Japanese patients with hypercholesterolemia : Implications from the Japan Lipid Intervention. <i>Trial Hypertension Researc, 30(2) ,111-123.</i>	ต้องการวิเคราะห์ การเกิด โรค cardiovascular ใน ผู้ป่วยที่มี hyperlipidemic ใน ผู้ที่เป็นและไม่เป็น โรคเบาหวาน	ไม่ปรากฏ	กลุ่มผู้ป่วยแบบ แบ่งชั้นภูมิใน กลุ่มที่เป็น โรคเบาหวาน (จำนวน 6,288 คน) และไม่เป็น โรคเบาหวาน (จำนวน 33,933 คน) โดยใช้ ระดับความดัน เลือดจาก โครงการ the Japan Lipid Intervention Trial	การศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วย 2 กลุ่มที่เป็นและไม่เป็นเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานที่มี hyperlipidemic จะมีการเกิดโรค cardiovascular สูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน - อุบัติการณ์การเกิดโรค cardiovascular ในผู้ป่วยไม่เป็นเบาหวานเท่ากับ 15.40 และคนเป็น เบาหวานเท่ากับ 25.76ต่อผู้ป่วย 1000 คน ในช่วงเวลา 6 ปี - อัตราความเสี่ยงของการเกิดโรค cardiovascularในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1.68 ซึ่งคนเป็นเบาหวานมีค่าความเสี่ยงของการเกิดโรคสูงกว่าคนไม่เป็นโรคเบาหวาน - คนเป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) สูงกว่า 130 mmHg จะพบว่ามีอัตราความเสี่ยงของการเป็น cardiovascular สูงกว่าคนเป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic) ต่ำกว่า 130 mmHg

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Shimamoto , K. et al. (2007) (ต่อ) (Abstract)					<ul style="list-style-type: none"> - คนที่เป็นและไม่เป็นโรคเบาหวานที่มีค่าความดันตัวล่าง (Diastolic) มากกว่าและเท่ากับ 80 mmHg จะมีอัตราความเสี่ยงของการเป็นcardiovascular สูงกว่าคนที่เป็นและไม่เป็นโรคเบาหวานที่มีค่าความดันตัวล่าง (Diastolic) ต่ำกว่า 80 mmHg - ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีอัตราความเสี่ยงของการเป็น cardiovascular สูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน - คนที่เป็น Hypercholesterolemia และเป็นเบาหวานที่มีค่า ความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 mmHg จะควบคุมการเกิดโรค CORONARY และ Stroke ได้ดี

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Sasaki, J. , Kita , T ,Mabuchi , M. , Matsusaki , Y. , Nakaya , N. , Oikawa, S., Itakura , H, (2006). Gender difference in coronary events in relation to risk factors in Japanese hypercholesterolemia (Abstract)	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค Coronary heart disease and coronary events ในโครงการ the Japan Lipid Intervention และการใช้ simvastin เพื่อลดระดับ lipoprotein cholesterol (LDL- C)	ไม่ระบุ	ผู้ชาย จำนวน 12,575 คน ผู้หญิง จำนวน 27,013 คน (ที่วิเคราะห์อาการเสี่ยง acute myocardial infraction และ sudden cardiac death) และการใช้ simvastin	การสังเกตเป็นเวลา 6 ปี	<ul style="list-style-type: none"> - simvastin สามารถลดระดับ lipoprotein cholesterol (LDL- C) ได้ประมาณร้อยละ 27 ในทั้ง 2 เพศ และเพิ่มระดับ high -density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ในผู้ชายร้อยละ 5 ผู้หญิงร้อยละ 4 - อัตราการเกิด coronary ในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย (ผู้หญิงเท่ากับ 0.64 ต่อพันคนของผู้ป่วยรายปี ส่วนผู้ชายเท่ากับ 1.57 ต่อพันคนของผู้ป่วยรายปี) - ปัจจัยเสี่ยงของอาการcoronary เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ในผู้ชายและร้อยละ 21 ในผู้หญิง และเพิ่มสูงขึ้นในเพศหญิงที่สูงอายุ - เบาหวานมีความสัมพันธ์สูงมากในการเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการcoronaryในผู้หญิง (ประมาณ 3.07 เท่า ซึ่งมากกว่าเพศชายที่เท่ากับ 1.58 เท่า) <p>สรุป ระดับซีรัม LDL- C เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สูงมากในการเกิด อาการcoronary ในทั้งเพศชายและเพศหญิง เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเพศหญิง</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ogawa , H. , Nakayama , M. , Moromoto , T. , Uemura, S. , Kanauchi , M ., Doi , N ., Jinnuochi , H.(...), Saito , Y. (2008) . Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerosis events in patients with type 2 diabetes : A randomized controlled trial. <i>Journal of the American Medical Association, 300</i> (18), 2134-2141. (Abstract)	เปรียบเทียบความสามารถของการใช้แอสไพรินในขนาดต่ำเพื่อป้องกันการเกิด atherosclerosis ในผู้ป่วยเบาหวาน type 2	ไม่ระบุ	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาการ atherosclerosis จำนวน 2,539 คน และมีการติดตามประมาณ 4.37 ปี	รูปแบบการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 หรือ 100 มิลลิกรัมต่อวัน กับไม่ได้รับ เก็บข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2002 – เมษายน 2008 จาก 163 แห่งในประเทศญี่ปุ่น	พบคนเป็นอาการ atherosclerosis จำนวน 154 คน โดยพบในกลุ่มที่ได้รับยา 68 คน (อัตรา 13.6 ต่อผู้ป่วยพันคนในรอบปี) และไม่ได้รับยา 86 คน (อัตรา 17.0 ต่อผู้ป่วยพันคนในรอบปี) และพบว่า มี fatal coronary และ fatal cerebrovascular ในผู้ป่วย 1 รายในกลุ่มที่ได้รับยาและ 10 รายในกลุ่มที่ไม่ได้รับยา - กลุ่มที่ได้รับยาตาย 34 คน และไม่ได้รับยาตาย 38 คน - เปรียบเทียบอาการเลือดออกในกระเพาะอาหาร และ hemorrhage stroke ทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน สรุป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับยาแอสไพรินในขนาดต่ำไม่สามารถป้องกันลดอาการเสี่ยงจากโรค cardiovascular

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Naito , M. et al. (2008). Effect of a 4-year workplace –based physical activity intervention program on the blood lipid profiles of Participating employees : The high –risk and population strategy for occupational health promotion. (HIPOP –OHP)	เปรียบเทียบการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค cardiovascular ระหว่างกลุ่มพนักงานที่เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายและไม่เข้าร่วมโครงการ	ไม่ปรากฏ	เป็นพนักงานในโรงงานจำนวน 10 แห่งรวม 2.929 คน และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 1,077 คน เป็นชาย 807 คน เพศหญิง 270 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 1,825 คน เพศชาย 1,588 คน หญิง 264 คน	<p>รูปแบบการศึกษา เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ก่อน-หลังดำเนินการ</p> <p>เครื่องมือวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้าน Biological โดย <ul style="list-style-type: none"> ผลการตรวจสุขภาพประจำปี วัดความดันโลหิต โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากการวัดความดันโลหิตหลังนั่งพัก 5 นาที จำนวน 2 ครั้ง วัดระดับไขมัน และ HDL-C โดยใช้บริษัทที่มี Contact กับ Clinical Lab และตรวจเลือดโดยได้รับการรับรองมาตรฐานจาก U.S. cholesterol Reference Method Laboratory Network (CRMLN) แบบสอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายในแต่ละวัน ความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เช่น การเดิน การวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น 	<p>คนงานมีระดับไขมันในเลือดแตกต่างกัน</p> <p>สรุปว่าโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสามารถเพิ่มระดับ HDL cholesterol ในวัยกลางคนได้ ซึ่งกิจกรรมที่ดี คือ การให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย ปรับสภาพแวดล้อม และรณรงค์การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดิน จะเปลี่ยนระดับ HDL cholesterol ได้</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Naito, M. et al. (2008). (ต่อ)				<p>กิจกรรม</p> <p>ดำเนินการในระดับบุคคลและระดับองค์กร โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Population Strategy ใช้กลยุทธ์ดำเนินการ 3 ด้าน คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านโภชนาการ 2. การออกกำลังกาย 3. การสูบบุหรี่ <p>โดยมีจุดมุ่งหมายคือการส่งเสริมสุขภาพและให้ทีม นักวิจัยสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมตามกลยุทธ์</p> <p>กิจกรรมการออกกำลังกาย ออกแบบการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ physical activity (b) รณรงค์การออกกำลังกาย ปีละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 2 เดือน เพื่อให้พนักงานออกกำลังกายเพิ่มขึ้นความถี่บ่อย ของกิจกรรมในช่วง Active point campagne มีเงื่อนไข ให้โรงงานดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Naito , M. et al. (2008). (ต่อ)				<p>(c) สนับสนุนเครื่องมือในการเดิน โดยเฉพาะการทำ free standing miniposter ในโรงอาหารในแต่ละสัปดาห์ในโรงงานที่ร่วมกิจกรรมการเดินข้างในหรือข้างนอกทางที่โรงงานกำหนด ถ้าหากมากใช้บริเวณใกล้ๆ โรงงาน</p> <p>กลยุทธ์ high -risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คู่มือเพื่อให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีระดับ BP สูงกว่าปกติและมีไขมันในเลือดสูงหรือมีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด - กิจกรรม การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรม physical activity ได้แก่ Feestanding mini-poster presentation - point of จูงใจโดย Wall poster Website Intra workplace newspaper <p>การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>1. ANCOVA เพื่อดูระดับปัจจัยเสี่ยงของการได้รับแอลกอฮอล์ จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน BMI อายุ เพศ การได้รับการรักษา ระดับคอเลสเตอรอลสูงในเลือด ค่า HDL-C ระหว่างกลุ่มโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลภายใน 5 ปี</p> <p>2. ใช้ค่า ไคว์-แอสควร์ ในการวิเคราะห์รูปแบบการกระจายของการสูบบุหรี่</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Ishida, S. et al. (2004). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changing lifestyles among high risk persons : The Diabetes Prevention Program of Hiroshima (DPPH) -Design and one-year interim report on feasibility. <i>Journal of the Japan Diabetes Society</i> , 47(9), 107-713.	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนการ ดำเนินชีวิตของผู้มี ความเสี่ยงสูง	ไม่ ปรากฏ	กลุ่มทดลอง จำนวน 102 คน โดยมีระดับ GOTT 75 และกลุ่มควบคุม จำนวน 102 คน	แต่ละบุคคลได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อลด น้ำหนักให้ได้ และ total energy และเพิ่ม การออกกำลังกาย สถิติวิเคราะห์ เปรียบเทียบอัตราการเกิด เบาหวาน ภายหลังการดำเนินงาน 1 ปี กับ ข้อมูลพื้นฐาน กับกลุ่มควบคุม	<p><i>ผลการศึกษา</i></p> <ol style="list-style-type: none"> อัตราการเกิดโรคเบาหวานใน กลุ่มทดลอง 6.9 % กลุ่ม ควบคุม 19.6 % การเกิดโรคเบาหวานมีระยะ การดำเนินโรคช้าในกลุ่ม ทดลอง <p><i>สรุป</i> เบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกันได้ โดยใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ เหมาะสมและดำเนินการอย่างยั่งยืนเพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยงสูงของการเกิดโรค</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Kuriyama, S. et al. (2006). Comparison of intensive and moderate individual life-style intervention programs for overweight or obese persons with fasting glucose levels of 95-125 mg/dl in Japan. <i>Japanese Journal of Public Health</i>, 53(2), 122-132.</p>	<p>เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการ จัดกิจกรรมที่มุ่งเน้น ความถี่ของการให้ สุขศึกษาในชั้นเรียน แบบรายบุคคล</p>	<p>ไม่ระบุ</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศ ชายและเพศหญิง อายุ 44-69 ปี อาศัยในเมือง Nishiaizu Fukushima ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่ง มีระดับ glucose ระหว่าง 95- 125 mg/dl ในการตรวจ ร่างกายในปี 2002- 2003 และมีค่า BMI 23 หรือสูงกว่าขึ้นไป ระดับfasting glucose 125 mg/dl หรือต่ำกว่า และหลังจากทำ 2 ชั่วโมง ซึ่งมีค่า 199 mg/dl หรือต่ำกว่า ใน ปี 2004</p>	<p>กิจกรรมที่จัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่ม ทดลองอย่างเข้มข้น ได้แก่ -การจัดให้สุขศึกษาในชั้นเรียน 2 ครั้งต่อเดือน จำนวนผู้ร่วม 11 คน หรือการจัดกิจกรรมระดับปานกลาง คือมีการจัดสอนสุขศึกษาในชั้น เรียน 1 ครั้งต่อเดือน จำนวนผู้ร่วม 14 คน <p>เครื่องมือวัดผลลัพธ์</p> <p>การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก หลังจาก 6 เดือนของการจัดกิจกรรม</p>	<p>ผลการศึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำหนักลดลง 3.5 กิโลกรัมในกลุ่มที่จัด กิจกรรมแบบเข้มข้น และลดลง 1.8 กิโลกรัม ในกลุ่มที่จัดกิจกรรมแบบปานกลาง และค่า ความแตกต่างของน้ำหนักระหว่าง กลุ่มเท่ากับ 2 กิโลกรัม 2.ค่าระดับน้ำตาล post-load plasma glucose concentration (2 hrs.) และการทดสอบอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม <p>สรุป</p> <p>การจัดกิจกรรมแบบเข้มข้นและปานกลาง ใน 2 กลุ่มสามารถลดน้ำหนักที่เกินหรือในคน อ้วนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ การให้สุขศึกษาแบบเข้มข้น 2 ครั้งต่อเดือน มีประสิทธิผลในการลดน้ำหนักมากกว่าการ ให้สุขศึกษาแบบปานกลางเพียง 1 ครั้งต่อ เดือน</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Watanabe, M. et al (2007). Short -term effectiveness of an individual counseling program for impaired fasting glucose and mild type 2 diabetes in Japan : A multi - center randomized control trail. <i>Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition</i> , 16(3) , 489-497.	ประเมินประสิทธิผลระยะสั้นของโครงการการให้คำปรึกษารายบุคคลและเครื่องมือรายบุคคลในชุมชนของผู้ป่วยเกี่ยวกับ impaired fasting glucose (IFG) และเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระดับเล็กน้อย	ไม่ระบุ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 233 คน อายุ 30-69 ปี ศึกษาใน 14 ศูนย์ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง <i>กลุ่มทดลอง</i> (INT) จำนวน 119 คน <i>กลุ่มควบคุม</i> (CONT) จำนวน 114 คน	รูปแบบ การเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ระยะเวลา การจัดกิจกรรม 4 เดือน กิจกรรมที่จัด <i>กลุ่มทดลอง</i> ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล 4 ครั้ง และ การทบทวนรูปแบบแบบแผนการดำเนินชีวิต จำนวน 1 ครั้ง <i>กลุ่มควบคุม</i> ได้รับการอธิบายผลลัพธ์ของการตรวจเลือดและข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ผลการศึกษา 1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรของ 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน 2. เปอร์เซ็นต์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลและน้ำหนักในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3. ค่า hemoglobin A1 C ลดลงมากกว่า 0.3 % น้ำหนักลดลงมากกว่า 4 กิโลกรัม 4. ค่า total energy intake และเปอร์เซ็นต์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักลดลง (มากกว่า 46 กรัมต่อวัน) มีความแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม 5. ร้อยละของค่า leisure time physical activity สูงขึ้นมากกว่า 12 ครั้งต่อเดือน และในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Watanabe, M. et al (ต่อ)					<p>สรุป</p> <p>โครงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตและการปรับระดับ glycemc ในระยะสั้นของผู้ที่มี IFG และเป็นเบาหวานระดับเล็กน้อยเป็นรายบุคคล ผลแสดงว่ามีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในชุมชนทั่วไป</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Babazono, et al. (2007). Patient – Motivated Prevention of Lifestyle –Related Disease in Japan :A randomized ,Controlled clinical Trial. <i>Disease Management & Health Outcome</i> ,15(2), 119-126.	เปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการจูงใจ ผู้ป่วยจะให้ผลดีกว่าการดูแลแบบปกติหรือไม่ และวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรม	ไม่ระบุ	กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของ National Health Insurance ในเมือง Umi ,Fukuoka ประเทศญี่ปุ่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 99 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	รูปแบบ เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กิจกรรมที่จัด กลุ่มทดลอง (Patient –motivated Health Promotion Program group) ได้รับกิจกรรม ดังนี้ 1)สนับสนุนเรื่องอาหารที่เหมาะสมจาก ผู้ปรุงอาหาร 2)ครูดูแลการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 3)พยาบาลสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและเลือกปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น 4)มีการติดตามผล 2 ครั้งใน 1 ปีแรกโดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย	ผลการศึกษา 1. กลุ่มทดลองมีกิจกรรมขั้นตอนในแต่ละวันเพิ่มขึ้น มีการรับประทานผักเพิ่มขึ้น มากกว่าและเท่ากับ 2 ครั้งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ารับประทานผักใบเขียวและผักสีเหลืองมากกว่าในช่วงดำเนินการภายหลัง ครบ1 ปี 2. น้ำหนัก BMI ระดับความดันโลหิต ระดับคลอเรสเตอรอล และคะแนนภาวะสุขภาพจากการตอบแบบสอบถาม ภายหลัง 1 ปี ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3. ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี 250 ดอลลาร์ และ 235 ดอลลาร์

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Babazono, et al. (2007). (ต่อ)				<p>กลุ่มควบคุม มีกิจกรรมดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) ตรวจร่างกาย 3) ได้รับแผ่นพับวิธีการออกกำลังกาย <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรและการเยี่ยมบ้าน - กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมารับการเจาะเลือดและทำ re- indoctrination ที่ศูนย์ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4, 6 และ 12 - การวัดผล <ul style="list-style-type: none"> - วัดจากการเปลี่ยนแปลงการกินผัก และการออกกำลังกาย (จำนวนชิ้นต่อวัน) - วัดภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก BMI ระดับความดันโลหิต ระดับกลูโคสเดอโรล - แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป 	<p>สรุป</p> <p>การเปลี่ยนแปลงโดยใช้การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพสามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยการจูงใจผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองโดยจัดโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต การจัดสถานที่และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Arao, T. et al. (2007). Impact of life style intervention on physical activity and diet of Japanese workers. <i>Preventive Medicine</i> , 45, 146-152.	ประเมินประสิทธิผล โครงการการประยุกต์ แบบแผนชีวิต เรื่องการ ออกกำลังกายและการ ลดน้ำหนัก (The Life Style Modification Program for Physical Activity and Diet : LiSM-PAN) เปรียบเทียบกับ โครงการสุขภาพ แบบเดิม (Conventional health care program)	Social support	กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ที่ มีปัจจัยเสี่ยง โรค เรื้อรังซึ่งได้จาก การสุ่มแบบ cluster เพื่อเป็น กลุ่มทดลอง LiSM จำนวน 92 คน และกลุ่ม ควบคุม จำนวน 82 คน	กิจกรรม การจัดกิจกรรมโครงการ LiSM-PAN โดย กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรม ประกอบด้วยทำให้คำปรึกษาโดยใช้ การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กลุ่มควบคุม ในโครงการประกอบด้วย กิจกรรมการรายงานผลข้อมูล ป้อนกลับการเปลี่ยนแปลงการออก กำลังกาย และการลดน้ำหนัก ระยะเวลาดำเนินการในกลุ่มทดลอง รวม 6 เดือนช่วงในปี ระหว่าง 2001- 2002 ข้อมูลวิเคราะห์ ปี 2003-2004 สถานที่จัดกิจกรรม เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น	ผลการศึกษา 1. กลุ่ม LiSM มีค่า L.E.E.E เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติเมื่อสิ้นสุดโครงการ 2. พฤติกรรมการบริโภคไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม 3. กลุ่ม LiSM มีค่า BMI , Systolic Blood Pressure และ LDL - cholesterol ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม สรุป โครงการ LiSM-PAN มีผลเชิงบวกในการ ปรับค่า L.E.E.E พฤติกรรมการบริโภค และลดปัจจัยเสี่ยงโรค cardiovascular ใน กลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ชายที่ทำงานในโรงงานใน วัยกลางคนเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการ ควบคุมแบบเดิม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Arao, T. et al. (2007). (ต่อ)				<p>เครื่องมือการวัดผลลัพธ์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leisure time exercise energy expenditure (L.E.E.E) 2. Maximum oxygen uptake (VO_2 max) 3. พฤติกรรมการบริโภค (diet habits) 4. BMI 5. blood pressure 6. blood glucose 7. lipid parameter 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>Noda, H. et al. (2006). Individual health education with sports gym use and dietary advice for overweight and obese persons in a community, Kokuho Health -up model program in Chikusei -shi (former Kyowa town). <i>Nippon Kosho Eisei Zasshi</i> , 53(10), 749-761.</p>	<p>ประเมินผลผลกระทบของโครงการให้สุขศึกษาแบบใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับคนมีน้ำหนักเกิน หรือ อ้วน โดยใช้โมเดล Kokuho Health -up ในเมือง Kyowa ที่ Chikusei -shi</p>	<p>ไม่ระบุ</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และหญิง อายุ 35-60 ปี ซึ่งคัดเลือกโดยใช้เงื่อนไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างปี 1998-2003 และอยู่อาศัยในเมือง Chikusei -shi 2) BMI มากกว่า 25 kg/m² เมื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอดการจัดกิจกรรม 6 เดือน <p>กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มย่อย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในระดับเข้มข้น จำนวน 59 คน - กลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมระดับปานกลาง จำนวน 62 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน 	<p>รูปแบบ เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</p> <p>กิจกรรมที่จัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.กลุ่มทดลอง <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ระดับเข้มข้น ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพ แนะนำ เรื่องอาหาร การให้สุขศึกษา รายบุคคลต่อเดือน และออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 1.2 ระดับปานกลาง มีกิจกรรม การตรวจร่างกาย แนะนำ เรื่องอาหาร การให้สุขศึกษา รายบุคคลต่อเดือน และออกกำลังกายที่บ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2.กลุ่มควบคุม มีการตรวจสุขภาพ อย่างเดียว 	<p>ผลการศึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ระหว่าง 6 เดือน ของการจัดกิจกรรม มีการติดตามผล ได้ 86 % ข้อมูลพื้นฐานพบว่า แบบแผนการออกกำลังกาย และภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2.ความถี่ของการเล่นกีฬา ประมาณ 6.4 ครั้งต่อเดือนในกลุ่มทดลองระดับเข้มข้นและ 1.9 ครั้งในกลุ่มปานกลาง 3.ค่าเฉลี่ยน้ำหนักในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง(70.6 -70.9 แต่กลุ่มทดลองระดับเข้มข้นและระดับปานกลาง มีค่าลดลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Noda, H. et al. (2006). (ต่อ)					<p>4. เส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองระดับเข้มนหรือระดับปานกลาง</p> <p>5. ความชุกการเกิดอาการทางเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองระดับเข้มน</p> <p>สรุป กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมเข้มน และปานกลาง มีการลดน้ำหนักและฝ้าระวังอาการทางเมตาบอลิซึมดีกว่า และการให้สุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ แบบใช้ชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิผลในการลดลดน้ำหนักผู้ชายวัยกลางคนที่อ้วน</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okuda, N. et al .(2004). Weight control intervention in overweight subjects at high risk of cardiovascular disease : A trail of a public practical training program in a medical school. <i>Nippon Koshu Eisei Zasshi</i> , 51(7), 552-560.	ประเมินประสิทธิผล ของการควบคุม น้ำหนักในผู้ป่วยที่มี ปัจจัยเสี่ยงสูง	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชาย และหญิง จำนวน 45 คน มีคุณสมบัติกำหนด 1)มีภาวะอ้วน ค่า BMI มากกว่า 24 kg/m ² 2)ความดัน SBP/ DBP มากกว่า 140/90 mmHg หรือมีระดับไขมันในเลือด (total serum cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 220 mg/dl ในการตรวจ สุขภาพประจำปี ในเดือน พฤศจิกายน 2001 กลุ่มทดลอง มี 8 คน และกลุ่มทดลองมี 16 คน	ระยะเวลาดำเนินการ นาน 3 เดือน (กรกฎาคม- ตุลาคม 2002) กำหนดเป้าหมายลด 2 กิโลกรัม เครื่องมือ 1.แบบทดสอบสุขภาพและแบบสอบถาม อาหาร การจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง 1. มีการให้คำปรึกษา 2 ครั้ง และได้รับ ตอบ4 คนทางจดหมาย 1 ฉบับ ใน 3 เดือน 2. มีการบันทึกอาหารที่ได้รับ 3 วัน การวัดพิจารณาจากผลการเปลี่ยนแปลง น้ำหนัก BMI , Blood pressure และระดับ ไขมันในเลือดเก็บข้อมูลระหว่าง พ.ย.2001 - 2002	ผลการศึกษา 1. ค่าน้ำหนักเปลี่ยนแปลง จาก พ.ย. 2001- พ.ย. 2002 โดยมี ความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม 2.ค่าระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต มีการ เปลี่ยนแปลง สรุป ประสิทธิภาพการควบคุม น้ำหนักเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการ เกิดโรค CVD โดยการ อบรมเด็ก การแนะนำ อาหาร และกลวิธีการให้ ข้อมูลข่าวสาร

สรุปการสืบค้นโรคความดันโลหิตสูง ประเทศญี่ปุ่น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nakamura, M. et al (2004). Effects of Stage-matched Repeated Individual Counseling on Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial for the High-risk Strategy by Lifestyle Modification (HISLIM) Study. <i>Environmental Health and Preventive Medicine</i> , 9, 152-160.	เพื่อประเมินผล การลดการสูบบุหรี่โดยการ ให้คำปรึกษา ซ้ำเป็น รายบุคคล	Transtheoretical model (Stage of change model)	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มาจาก ภาครัฐ และเอกชน และทำงานในโรงงาน จาก KANTO และ KANSAI จำนวน 1,386 คน เป็น ผู้มีความเสี่ยงสูง อายุ 20 - 69 ปี โดยมีปัจจัยเสี่ยง 2 หรือ 3 ปัจจัยของโรคความดันโลหิตสูง : 1. hypertension (systolic BP of 135 to 179 or diastolic BP of 85 to 104), 2. hypercholesterolemia (total cholesterol of 220 to 300 mg/dl), และ	รูปแบบเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง การจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 1. การสัมมนา 2 ครั้ง จำนวน 2 วันเพื่อสร้างความเข้าใจและให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง สาธิต และให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 การบรรยายเรื่องบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 หลังจากครั้งแรก 5-6 เดือน โดยเน้นวิธีการปรับพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่โดยการดูวิดีโอเทป ดูตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จ โดยการเล่นบทบาทสมมติเพื่อทดลองให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือ จัดทำ Smoking protocol โดย 40 นาที เป็นการให้คำปรึกษา และติดตามในช่วง 1,2,4 และ 6 เดือนหลังจากเข้าโครงการ โดยใช้การปรึกษาแบบเผชิญหน้าเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 20-30 นาที โดยใช้โทรศัพท์หรือจดหมายหลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์	1.ระดับปริมาณ CO ในแต่ละช่วงจาก 1-6 เดือนในกลุ่มทดลอง ลดลง 5.1-8.8 ครั้งซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.ผลการดำเนินงานใน 6 เดือนในทุกสถานที่ คือ ชุมชนและโรงงาน หรือในกลุ่มย่อย (สูบบุหรี่มีโรคความดันโลหิตสูง กลุ่ม สูบบุหรี่มีไขมันในเลือดสูง ไม่แตกต่างกัน 3.ระดับปริมาณ CO ในแต่ละช่วงจาก 1-6 เดือนในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมทุกระยะเปลี่ยนแปลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nakamura, M. et al (ต่อ)			<p>3. สูบบุหรี่ (smoking) กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยคนที่สูบบุหรี่โดยใช้ Pipe หรือ cigar smokers จะคัดออก</p> <p>กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>1. สูบบุหรี่และมีความดัน โลหิตสูง (the smoking and hypertension group (SHT)) จำนวน 334 คน</p> <p>2. สูบบุหรี่และมีไขมันใน เลือดสูง (the smoking and hypercholesterolemia group (SHC)) จำนวน 645 คน.</p>	<p>การให้คำปรึกษารายบุคคลจะเน้นการให้ ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการทดสอบระดับคาร์บอน มอนอกไซด์และการช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษา ซึ่งอธิบายระยะของการเปลี่ยนแปลงแต่ละขั้นตอน ในการเลิกบุหรี่ แต่แต่ละคนจะได้รับคำปรึกษาเพื่อ เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้</p> <p>1) การประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงใน การเลิกสูบบุหรี่</p> <p>2) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างที่จะ เกิดขึ้นเมื่อมีการเลิกสูบบุหรี่</p> <p>3) ให้คำแนะนำว่าผู้สูบบุหรี่จะเต็มใจที่จะเลิก สูบบุหรี่ในวันเวลาใด</p> <p>การเปลี่ยนแปลงมี 4 ขั้นตอน คือ</p> <p>ขั้นตอนที่เรียกว่า <i>immotive stage</i> คือไม่สนใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือน</p> <p>ขั้นตอน <i>precontemplation</i> (ให้ความสนใจจะ เลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่คิดจะเลิกสูบใน 6 เดือน)</p>	<p>ยกเว้นระยะ <i>immotive</i> สรุป ผลการวิจัยแสดง ถึงผลการให้คำปรึกษาซ้ำ เป็นรายบุคคลในการปรับ พฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ที่ไม่ได้มีการเตรียมการ มาก่อนและมีข้อเสนอแนะ ว่าในการให้คำปรึกษา รายบุคคลต้องเลือกให้ คำปรึกษาให้เหมาะสมกับ ระยะของการเปลี่ยนแปลง โดยอยู่บนพื้นฐานของ ทฤษฎี <i>transtheoretical</i> ซึ่ง ได้ผลในการจูงใจผู้สูบบุหรี่ ที่มีแรงจูงใจต่ำพอๆกับผู้ที่มี การเตรียมการที่จะเลิกสูบ บุหรี่</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nakamura, M. et al (ต่อ)			3. มีความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดสูง (the hypertension and hypercholesterolemia group (HTHC)) จำนวน 407 คน แต่ละกลุ่มจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ได้รับ intervention A or B group received a behavioral intervention for risk factor A or B. In evaluating the effect of the behavioral intervention for risk factor A, the intervention B group a control group ("positive control group"). การวัดผลการ	<p>ขั้นตอน contemplation คือ วางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือน</p> <p>ขั้นตอน เตรียมการเปลี่ยนแปลง คือ วางแผนเลิกสูบบุหรี่ในเดือนหน้า</p> <p>ผู้สูบบุหรี่ในระยะ <i>immotive stage</i> มีจุดมุ่งหมายของโปรแกรมคือ ช่วยให้เริ่มคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่ บทบาทผู้ให้คำปรึกษาจะเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ในระยะ <i>precontemplation</i> และ <i>contemplation</i> ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทช่วยให้มีการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ข้อมูลข่าวสารและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละคน และแนะนำปัจจัยที่อาจขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่และพร้อมที่จะให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหา</p> <p>ผู้สูบบุหรี่ในระยะเตรียมการ ต้องหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษามรหน้าที่ดังกล่าวโดยกำหนดเวลา และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างความเข้าใจและกำหนดกลยุทธ์ในการเลิกสูบบุหรี่</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Nakamura, M. et al (ต่อ)			เปลี่ยนแปลง ใน 6 เดือน	<p>การดำเนินการจัดกิจกรรมโดยใช้แพทย์ พยาบาลสาธารณสุข พยาบาล โภชนาการ และ เทคโนโลยีการแพทย์ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นพยาบาลสาธารณสุข และพยาบาลสาธารณสุข จะเข้าไปในโรงงาน</p> <p>การรักษาด้วย การใช้สารแทนนิโคตินไม่ นำมาใช้ในการศึกษานี้ซึ่งจะมีการชี้แจงตั้งแต่ช่วง การประชุม</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Miura, S. et al. (2004). Efficacy of a Multicomponent Program (Patient- Centered Assessment and Counseling for Exercise plus Nutrition [PACE + Japan]) for Lifestyle Modification in Patients with Essential Hypertension. <i>Hypertension Research</i> , 27(11), 859- 864.	เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของ โปรแกรม multicomponent ในการประเมิน และให้คำปรึกษา เรื่องอาหาร ร่วมกับการออก กำลังกาย ([PACE + Japan]) ในการ รักษาผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงชนิด Essential โดย ประยุกต์ทฤษฎี behavior และ social cognitive	ทฤษฎี behavior และ social cognitive	กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยนอกแผนก โรคหัวใจ ใน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย Fukuoka University Hospital ซึ่งยินดี และผ่านการคัด กรอง ได้รับการ วินิจฉัย (previous diagnosis with essential hypertension)	1. โปรแกรม PACE JAPAN ประกอบด้วยการประเมิน แบบแผนชีวิต (Life style) การวางแผนการปรับ พฤติกรรม และการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ ซึ่ง พัฒนามาจาก บริษัทของ Omron โดยมีพื้นฐานจาก โปรแกรม PACE ของ Patric & Coworker โดย ประเทศญี่ปุ่นนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับคน ญี่ปุ่น ได้แก่ การปรับเรื่องอาหารโดยเพิ่มผลไม้ ลด การเติมเกลือ 2. เอกสารแนะนำเขียนโดยแพทย์ โดยการวางแผน กิจกรรมเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต จะปรับให้เหมาะสม แต่ละคนโดยใช้แนวคิด Tailored advice โดยการ กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมจะบันทึกและพิมพ์ใน คอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร การวัดระดับความดันโลหิต (BP) ปริมาณไขมันในร่างกาย ค่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจปัสสาวะ(Spot urine) และผลเลือดทุก 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมดเป็นเวลา 24 สัปดาห์	1. การเปลี่ยนแปลงระดับความ ดันโลหิตและปัจจัยด้านแบบ แผนชีวิต กลุ่ม Patients in the PACE Japan follow-up counseling group มีค่า (SBP) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อ สิ้นสุด 24 สัปดาห์ 2. ค่า Diastolic ไม่แตกต่างกัน ทั้ง 3 กลุ่ม 3. ปริมาณไขมันในร่างกายและ ความแตกต่างของปริมาณ โซเดียมในปัสสาวะ (Δ urinary sodium extraction (U-Na) ของกลุ่มติดตาม (Patients in the PACE Japan follow-up counseling group) มีค่าต่ำ กว่ากลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Miura, S. et al. (2004). (ต่อ)			<p>คุณสมบัติผู้ผ่านการคัดกรอง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีประวัติการได้รับอาหาร คู่มือการออกกำลังกายมาก่อน 2. ต้องการปรับนิสัยที่ดีขึ้นในการบริโภคผัก ไขมัน การกินมากเกินไป และการกินเกลือ และการไม่ออกกำลังกาย <p>กลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 57 คน เป็นชาย 29 คน และเพศหญิง 28 คน อายุเฉลี่ย 62 ปี (mean 62 และ SD 10 ปี)</p>	<p>กลุ่มตัวอย่าง แบ่งดังนี้</p> <p>กลุ่มทดลอง มี 2 กลุ่มย่อย</p> <p>กลุ่มที่ 1 Patients in the ACEJ Japan follow-up counseling group จำนวน 18 คน โปรแกรมที่จัดให้ประกอบด้วยกิจกรรม action-plan Sheet (an action-plan sheet for lifestyle modification, including tailored advice on how to confront obstacles that might prevent the subject from reaching the target, การเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา 20 นาที</p> <p>กลุ่มที่ 2 The PACEJ Japan-only group จำนวน 20 คน มีการจัดกิจกรรมได้แก่ an action-plan sheet แต่ไม่มีการให้คำปรึกษา</p> <p>กลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน ไม่ได้รับกิจกรรมทั้งการทำกรวางแผนการปฏิบัติ (action-plan sheet)และการให้คำปรึกษา</p> <p>กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดควบคุมโดยการกำหนดปัจจัยด้านอายุ และเพศ</p>	<p>(ค่า baseline ของกลุ่ม Patients in the PACEJ Japan follow-up counseling group จะสูงกว่ากลุ่มควบคุม และลดลงในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้น โครงการ ส่วนปริมาณแอลกอฮอล์ ค่าผลเลือดและปีศาจวะก่อน ดำเนินการและหลังดำเนินการ ไม่แตกต่างกัน</p> <p>4. ค่า total energy expenditure, exercise energy expenditure and total energy intake ระหว่างก่อนเริ่มโครงการและ 24 สัปดาห์เมื่อสิ้นสุดโครงการ ในกลุ่ม the PACEJ Japan follow-up group. มีค่าดีขึ้น</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Miura, S. et al. (2004). (ต่อ)				เครื่องมือ (Measurements) <ol style="list-style-type: none"> การวัดข้อมือ โดยวัด 2 ครั้ง คือ ตื่นนอน ตอนเช้า และก่อนนอน เพื่อประเมินผลของโปรแกรม ต่อกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) วัด Total energy expenditure (TEE) and exercise energy expenditure (EEE) แบบวัด A semi-quantitative food frequency questionnaire (FFQW65) ประกอบด้วย คำถาม 65 ข้อ เพื่อประเมิน total energy intake (TEI). แบบวัด FFQW65 จะมีการถาม ปริมาณอาหารที่ได้รับต่อวัน การดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณไขมัน ค่า systolic BP (SBP) และ diastolic BP (DBP) ปริมาณโซเดียม sodium (Na), ปริมาณ โพแทสเซียม potassium (K) และครีเอตินิน (creatinine (Cr) การตรวจปัสสาวะ (Spot urine) การวัดปริมาณไขมันในร่างกาย โดยใช้ (HBF-302; Omron Corp.). 	<ol style="list-style-type: none"> ปริมาณ $\Delta U\text{-Na}$ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่า ΔSBP ในทุกกลุ่ม ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ΔSBP กับ $\Delta U\text{-Na}$ มีค่า เชิงบวกในระดับต่ำ ($r=0.361$, $p=0.011$) ผลการให้คำปรึกษาในกลุ่ม PACE Japan follow-up counseling มีความสัมพันธ์ในลดระดับ ค่า SBP และปริมาณ โซเดียมในปัสสาวะ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Miura, S. et al. (2004). (ต่อ)				<p>4. วัดระดับความดันโลหิตโดย เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติของบริษัท Omron (HEM-906; Omron Corp.) โดยวิธี oscillometric ซึ่งวัดหลังการพัก 5 นาที และค่า BP ใช้ค่าเฉลี่ยจากการวัด 3 ครั้ง</p> <p>สถิติวิเคราะห์</p> <p>เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยสถิติ ANOVA และเปรียบเทียบ รายคู่โดยวิธีเซฟเฟค่าไคว-สแควร์ ONE- WAY REPEATED</p> <p>1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและ SPERMAN และทำนายการเปลี่ยนแปลงเพื่อทำนายการเปลี่ยนแปลงค่า SBP โดย Stepwise</p>	<p>สรุป การจัดกิจกรรมโดยการให้คำปรึกษาและมีการติดตามผลในโปรแกรม PACE JAPAN จะมีผลต่อการลดค่าระดับ SBP ,ค่า % Fat และปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรักษาเพื่อลดยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องปรับพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์และ social cognitive เป็นกลยุทธ์ที่ดีในการลดค่าระดับ ความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด Essential Hypertension.</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Igarashi, K. et al. (2004). Sapporo Fitness Club Trial (SFCT) Design, Recruitment and Implementation of a Randomized Controlled Trial to Test the Efficacy of Exercise at a Fitness Club for the Reduction of Cardiovascular Risk Factors. <i>Circulation Journal</i> , 68, 1199 – 1204	เปรียบเทียบความสามารถในการจัดมาตรฐานในแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) กับการออกกำลังกายที่กลับฟิตเนส (กลุ่มทดลอง) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรค CVD ในช่วงเวลานานมากกว่า 6 เดือน	ไม่ระบุ	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 561 คน เป็นเพศหญิงและเพศชาย ที่มีภาวะอ้วน (BMI of 24.2-34.9 kg/m ²) อายุระหว่าง 40-85 ปี และมีปัจจัยเสี่ยง CVD จำนวน 2 ข้อหรือมากกว่า ได้แก่ 1) ระดับความดันโลหิต (130-179 mmHg) 2) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) (110-139mg/dl), 3) Low- density lipoprotein cholesterol (120-219 mg/dl). 3. เงื่อนไขที่ไม่รับเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ	รูปแบบการศึกษา เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กิจกรรมที่ดำเนินการระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มทดลอง (ดำเนินการ 12 เดือน) ระยะเวลา 6 เดือนแรก 1) ออกกำลังกายที่ฟิตเนสกลับ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลับมาตรวจสุขภาพ 2) ติดตามการให้คำแนะนำในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กลุ่มควบคุม 6 เดือนแรก ดำเนินการดังนี้ ได้รับการติดตามการให้คำแนะนำในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ต่อมา 6 เดือนหลังมีการออกกำลังกายในฟิตเนสกลับ การคัดกรอง ใช้การตรวจร่างกายโดย SUPPORO HEALTH PROMOTION CENTER และใช้แบบวัดพฤติกรรมและการกินอาหารและใช้ SF-36	ผลการศึกษา ผลการตรวจร่างกายพบว่า ไม่มีค่าแตกต่าง. ในทุกปัจจัยเสี่ยงระหว่าง 2 กลุ่ม และ SFCT) คาดหวังว่าจะผลกระทบลึก ต่อการสาธารณสุขชุมชนประเทศญี่ปุ่น โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการออกกำลังกายเพื่อลดโรคที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Igarashi, K. et al. (2004). (ต่อ)			<p>4) ประวัติการเจ็บป่วยโรค coronary artery disease, stroke, และ orthopedic problems ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการออกกำลังกายและ ขาดการออกกำลังกายตามปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 สัปดาห์).</p> <p>วิธีการเลือก ใช้การตรวจร่างกายแล้วให้คำปรึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 281 คน กลุ่มควบคุม 280 คน</p>	<p>การวัดผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primary outcome วัดโดยใช้การติดตามปัจจัยเสี่ยงหลัก 3 ปัจจัย คือ systolic blood pressure (SBP), low-density lipoprotein-cholesterol (LDL-C), and hemoglobin A1c (HbA1c). - Secondary outcome วัดกว้างมากกว่า primary measures ได้แก่ : diastolic blood pressure (DBP), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), triglyceride (TG), non-fasting glucose, glycoalbumin, and high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP). - การวัดอื่นๆ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) body weight: body mass index (BMI) 2) waist circumference 3) maximal oxygen uptake and leg muscle strength. 4) X-ray ปอด 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Igarashi, K. et al. (2004). (ต่อ)				<p>5) ความแข็งแรงของ Isokinetic muscle โดยใช้ Isokinetic dynamometer</p> <p>การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลสาธารณสุขเพื่อปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต 1 สัปดาห์หลังการตรวจคัดกรอง โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ โดยใช้โบชัวร์</p> <p>ถ้ามีการรักษาด้วยยาหรือปัญหาทางกระดูกจะมีการส่งต่อสำหรับ 6 เดือนหลัง มีวัตถุประสงค์ที่ศึกษาติดตามความต่อเนื่องในแต่ละกลุ่มในระยะยาว</p> <p>การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้สถิติ ANCOVA</p> <p>เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิต</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Mura, K. et al. (2006). Effectiveness of life style modification programs for control of blood pressure : a non – randomized controlled trial in Komatsu , Japan . <i>Japanese Journal of Public Health</i> , 53(8), 533-542.	ประเมินประสิทธิผลของโครงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต 3 แบบเพื่อลดระดับความดันโลหิต	ไม่ระบุ	กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-69 ปี มีระดับความดันโลหิต บน (SBP) 130-159 มิลลิเมตรปรอท และ diastolic 85-99 มิลลิเมตรปรอท (ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติหรือสูงเล็กน้อย)	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การให้คำปรึกษารายบุคคลเพียงอย่างเดียว 2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 3) การให้การสนับสนุนโดยผ่านทางไปรษณีย์ <p>วิธีการ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม</p> <p>กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มให้คำปรึกษารายบุคคลเพียงอย่างเดียว จำนวน 134 คน 2) กลุ่มให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จำนวน 79 คน 3) กลุ่มให้การสนับสนุนโดยผ่านทางไปรษณีย์ จำนวน 127 คน <p>และกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการปกติ</p> <p>การดำเนินการ คือกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับพฤติกรรมโดยการสนับสนุนในการแก้ปัญหาารายบุคคล นาน 6 เดือน</p> <p>ตัวแปรควบคุมแต่ละกลุ่ม คือ ระดับความดันโลหิตที่ปรับตามเพศ และอายุ</p>	<p>ผลการศึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SBP มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มที่ได้รับปรึกษามากที่สุด คือลดลง 6.5 มิลลิเมตรปรอท 2. กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางไปรษณีย์ มีการเปลี่ยนแปลงระดับ SBP 4.3 มิลลิเมตรปรอท 3. กลุ่มที่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลง SBP 2.5 มิลลิเมตรปรอท

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Mura, K. et al. (2006). (ต่อ)					<p>4. เมื่อพิจารณาจำแนกรายเพศ พบว่าค่า SBP ลดลงมากที่สุดในกลุ่มเพศหญิงที่ได้รับการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ในขณะที่เพศชายมีความคล้ายคลึงกันทั้ง 3 กลุ่ม ประมาณ 4 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักลดลงประมาณ 1 กิโลกรัมทั้ง 3 กลุ่ม</p> <p>สรุป โครงการการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หรือ ใช้การสนับสนุนรายบุคคลทางไปรษณีย์ นอกจากนี้การสนับสนุนทางพฤติกรรม มีประสิทธิผลในการลดระดับความดันโลหิต และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิผลสูงสุดในกลุ่มเพศหญิง</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Maeda, S. et al. (2003). Aerobic exercise training reduces plasma endothelin-1 concentration in older women. <i>J Appl Physiol</i> , 95, 336-341.	เพื่อตรวจสอบว่าระดับความเข้มข้นของ plasma ET-1 เพิ่มขึ้นตามอายุหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ที่ที่อายุมากขึ้น และ plasma ET-1 จะลดลงโดยการออกกำลังกายเมื่อมีอายุมากขึ้นหรือไม่	ไม่ระบุ	กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 เป็นเพศหญิงที่ไม่เคยอบรมที่มีสุขภาพดี จำนวน 39 คน อายุ 21-69 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 16 คน (21-28 yr old, n = 16), วัยกลางคน จำนวน 16 คน middle-aged (31-47 yr old, n = 16), and ผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน (61-69 yr old, n = 7)	รูปแบบ เป็น cross-sectional study กิจกรรม กลุ่มทดลอง 1. SBP , DP และระดับ plasma ET-1 ในขณะพักจะวัดในทั้ง 3 กลุ่มคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคนและในผู้สูงอายุ ในทุกกลุ่มจะงดน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือด 12 ชั่วโมง และสู่มวัด plasma ET-1 วัดระดับความดันโลหิตทำนั่งที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส กลุ่มทดลอง 2 ในผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกาย ,VT , วัด ค่า SBP และ DBP ขณะพัก วัดอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และวัด plasma ET-1 ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ด้วยวิธีเอโรบิกนาน 3 เดือนในผู้สูงอายุ ก่อนการทดสอบกลุ่มมีการวิ่งนาน 12 ชั่วโมงและวัดอัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิตขณะพัก ในทำนองโดยวัดหลังจากเข้าโครงการการออกกำลังกาย 1 วัน และพัก	ผลการศึกษา กลุ่มทดลอง 1 ค่า Systolic and diastolic blood pressures เพิ่มขึ้นตามอายุ . ระดับ Plasma ET-1 concentration เพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคนและผู้สูงอายุ ในเพศหญิง (1.02 +/- 0.08, 1.33 +/- 0.11, and 2.90 +/- 0.20 pg/ml young, middle-aged, and older women, respectively). Plasma ET-1 concentration เป็นค่า เครื่องหมายที่บ่งบอกการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุที่ดีกว่าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและ วัยกลางคน ค่า Plasma ET-1 concentration ในวัยกลางคนมีค่าสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Maeda, S. et al. (2003). (ต่อ)			<p>คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระดับความดัน 140/90 mmHg). ไม่เคยรับยาในช่วงศึกษาวิจัย <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 จะมีการออกกำลังกายจำนวนเพศหญิงทั้งหมด 7 คนที่อยู่ในช่วงสูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> มีการอบรมการออกกำลังกายก่อนและหลัง จำนวนเวลา 3 เดือน 		<p>plasma ET-1 concentration ในเพศหญิงสูงอายุ มีค่าสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประมาณ 3 เท่า และ 2 เท่าในวัยกลางคน มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างค่า systolic หรือ diastolic blood pressure และระดับ plasma ET-1 concentration ในกลุ่ม cross-sectional groups (systolic blood pressure vs. ET-1: $r = 0.490$, $P < 0.05$; diastolic blood pressure vs. ET-1: $r = 0.488$, $P < 0.05$).</p> <p>กลุ่มทดลองที่ 2 ค่า physiological parameters ในผู้สูงอายุเพศหญิง ก่อนและหลังการอบรมออกกำลังกายแบบแอโรบิก ไม่มีความแตกต่างกันในค่า body weight และค่า body mass index ก่อนและหลัง exercise training. Systolic and diastolic blood pressures ขณะพัก ลดลงหลังจากการอบรม</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Maeda, S. et al. (2003). (ต่อ)					<p>การออกกำลังกาย ขณะที่ยึดการเต้นของหัวใจขณะพักไม่มีความแตกต่างหลังจากการอบรมการออกกำลังกาย ค่า VT เป็นรายบุคคลหลังจากพัก เพิ่มขึ้น ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า การอบรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพศหญิง นาน 3 เดือนมีผลกระทบโดยค่าระดับความดันโลหิต ขณะพัก ลดลง และเพิ่มค่า VT รายบุคคล</p> <p>ระดับ plasma concentration of ET-1 หลังการออกกำลังกายลดลง (2.90 +/- 0.20 vs. 2.22 +/- 0.16 pg/ml, P < 0.01. มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง การเปลี่ยนแปลงค่า systolic หรือ diastolic blood pressure และการเปลี่ยนแปลงค่า ET-1 หลังการออกกำลังกาย (systolic blood pressure vs. ET-1: r = 0.479; diastolic blood pressure vs. ET-1: r = 0.590),</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Maeda, S. et al. (2006). Weight Loss Reduces Plasma Endothelin-1 Concentration in Obese Men. <i>Exp Biol Med</i> , 231, 1044-1047.	เพื่อตรวจสอบว่า การจำกัดอาหารจะลดน้ำหนัก และมีผลต่อระดับ plasma ET-1 ในคนอ้วน รายบุคคล หรือไม่	ไม่ระบุ	กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ชายที่มีภาวะอ้วน จำนวน 7 คน อายุ 48 ± 4 ปี สูง 167.6 ± 2.0 ซม. ค่า BMI 27.7 ± 0.5 kg/m ² และทุกคนต้องไม่ได้รับยาในช่วงเวลาศึกษา	กลุ่มคนอ้วนได้รับการจำกัดอาหารที่มีแคลอรีต่ำนาน 3 เดือนและเข้าโครงการลดน้ำหนักก่อน-หลังนาน 3 เดือน (i.e., lifestyle modification program) body weight, BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, venous plasma glucose concentration, and venous plasma ระดับความเข้มข้นของ ET-1 วัดก่อนและหลังนาน 3 เดือน และการจำกัดอาหารในคนอ้วน ก่อนการทดสอบ จะมีการงดน้ำ นาน 12 ชม. วัด ระดับความดันโลหิต ทำนั้ง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับรายการอาหาร โดยกำหนดโปรตีน 420 กิโลkcal ของคาร์โบไฮเดรต และ 420 kcal ของไขมัน (total:1680 kcal/day) กลุ่มทดลองจะเก็บรายการอาหารประจำวัน นาน 3 เดือน และเรียนรู้การรับประทานอาหารให้เหมาะสมระหว่าง protein, carbohydrates, fat, various amino acids, vitamins, and minerals ในแต่ละวัน ในแต่ละ สัปดาห์มีการบรรยาย และให้คำปรึกษาโดยนักจัดอาหาร	ผลการศึกษา หลังการทดลอง 3 เดือน มีผลดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่า BMI ลดลง 2. น้ำหนัก และ ค่า BP ลดลง แต่ระดับ plasma glucose ไม่ลดลง 3. ค่า ระดับความเข้มข้นของ ET-1 ลดลงหลังการทดลอง 4. มีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรงระหว่างค่า การเปลี่ยนแปลง น้ำหนักกับ ระดับความเข้มข้นของ ET-1 และ SBP

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Tamaki, J. (2004). Applicability of the Stages of Change Model for Analyzing Fruit and Vegetable Intake in Relation to Urinary Potassium Excretion: Baseline Results from the High-Risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study	เพื่อตรวจสอบว่า the Stages of Change model สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการให้รับประทานผักและผลไม้ หรือไม่ และ มีความสัมพันธ์ระหว่าง การรับประทานผักและผลไม้ และปริมาณการจับโปตัสเซียมทางปัสสาวะ หรือไม่	the Stages of Change model	จำนวนโรงงานที่เข้าร่วม 12 แห่ง จำนวน 7,226 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย และคนในโรงงาน จำนวน 6 แห่ง มีข้อมูลพื้นฐานในปี 1999 and 2000 มีกลุ่มตัวอย่างตอบกลับ จำนวน 6,774 คน คิดเป็น (93.7%), มีอายุระหว่าง 19 - 69 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 5,364 คน และเพศหญิง 1,410 คนที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล	กิจกรรม 1. มีความพร้อมในการเพิ่มปริมาณการรับประทานผักและผลไม้โดยใช้คำถามตามระยะของ the Stages of Change model questions. กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จะมีกิจกรรม ดังนี้ 1) สอบถามความถี่ของการรับประทานผักและผลไม้ต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ความถี่ในการรับประทานผักและผลไม้ เพิ่มขึ้นจาก 0 ถึง 6 ครั้ง กิจกรรมที่จัดมี 5 ระยะของ stages of change. The stages were as follows: precontemplation: ไม่มีการวางแผน ใน 6 เดือน 2) contemplation: ตั้งใจ เริ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใน 6 เดือนหน้า	Multivariate analysis วิเคราะห์พบว่า urinary potassium excretion in the A/M stage มีค่า 1.65 mmol/day ซึ่งมากกว่าระยะ P stage, and 1.44 mmol/day มากกว่า ในระยะ the P/C stage สำหรับเพศชาย สำหรับเพศหญิง ปริมาณ urinary potassium ที่ขับออกมา ใน the A/M stage was 1.26 mmol/day ซึ่งมากกว่า ระยะ the P/C stage (p 0.05) และ 1.04 mmol/day มากกว่า the P stage

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Tamaki, J. (2004). (ต่อ)				<p>1) preparation: ตั้งใจ เปลี่ยนพฤติกรรมในเดือนหน้า</p> <p>2) action currently observing healthy behavior, but having done so for less than 6 months;and</p> <p>3) maintenance: having observed the healthy behavior for 6 months or longer.</p> <p>- For purpose of analysis, the five stages were collapsed into three components, as described previously (19): the precontemplation and contemplation (P/C) stage, the preparation (P) stage, and the action or maintenance (A/M) stage.</p> <p>- Urinary potassium excretion was estimated from the potassium and creatinine concentrations in spot urine samples.</p>	

สรุปการสืบค้นโรคหัวใจและหลอดเลือดประเทศญี่ปุ่น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Tanaka, H. et al. (2006). Effectiveness of a low-intensity Intra-worksite Intervention on Smoking Cessation in Japanese Employees : A three-Year Intervention Trial. <i>Journal of Occupational Health</i> , 48, 175-182.	ประเมินประสิทธิผลของการจัดทำโครงการ The High-risk and population Strategy for Occupational Health Promotion Study (HIPOP-OHP) ในการเลิกสูบบุหรี่ ในคนงานญี่ปุ่น (3 ปี) หมายเหตุ โครงการ HIPOP-OHP เป็นการดำเนินงานโดยได้รับทุนจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงสวัสดิการสังคมและแรงงาน โดยเริ่มในปี ค.ศ. 1998 เพื่อต้องการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค CVA ในโรงงาน	Stage of Change	เป็นพนักงานในโรงงาน จำนวนทั้งหมด 12 แห่ง รวม 2,307 คนซึ่งมีประวัติการสูบบุหรี่และยังทำงานตลอด 3 ปีของการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง เป็นพนักงานในโรงงาน 6 แห่ง ที่มีขนาดโรงงานจำนวนคนงาน 5000-10000 คน	รูปแบบการศึกษา เปรียบเทียบโดยใช้ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กิจกรรม มี 4 องค์ประกอบ 1. การติดโปสเตอร์เชิญชวนให้ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ในที่ทำงาน และให้ข้อมูลกับคนที่อยู่ในระยะต้องการเปลี่ยนแปลงผ่านเว็บไซต์และหนังสือพิมพ์ 2. รณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ 6 สัปดาห์ โดย 1) ใช้แผ่นพับ 5 เรื่อง 2) ให้คำแนะนำระยะสั้น จำนวน 4 ครั้ง และมีการให้สารทดแทนนิโคตินเป็นเวลา 28 วันตามที่ร้องขอ 3) ให้รางวัลผู้ชนะเลิศในการจัดกิจกรรมรณรงค์ 3. ในคำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับผลของควันบุหรี่มือสองที่ควรหลีกเลี่ยง และจัดสถานที่ปลอดบุหรี่โดยคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงงาน	ผลการศึกษา 1. ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอัตราความชุกในระยะ immotive และ precontemplation สูงกว่ากลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ 2. ประสิทธิภาพการจัดโครงการ พบว่า 1) อัตราการเลิกสูบบุหรี่หลังจาก 36 เดือน ลดลงใน 2 กลุ่ม 2) กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3) ในภาพรวมกลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Tanaka, H. et al. (2006). (ต่อ)	วัตถุประสงค์โครงการเพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ด้าน โดยปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ดีขึ้น เพิ่มการออกกำลังกาย และเลิกสูบบุหรี่ สำหรับการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการ HIPOP-OHP		กลุ่มทดลองมีจำนวน 1,017 คน กลุ่มควบคุม จำนวนโรงงาน 6 แห่งจำนวน 1,290 คน	4. การติดตามโดยผู้เชี่ยวชาญเรื่องบุหรี่ปีละ 1 ครั้ง 5. การจัดกิจกรรม 1 และ 2 โดยบุคลากรสาธารณสุข คือ พยาบาลสาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการ 36 สัปดาห์ (3 ปี)	3. กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างอายุอาชีพ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ในอดีต จำนวนการเลิกสูบบุหรี่และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ 4. ค่าใช้จ่ายในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีค่า 70,080 บาท สรุป โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการทำให้อัตราความชุกของการเลิกสูบบุหรี่ในโรงงานที่มีการจัดกิจกรรมสูงขึ้นและผู้มีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่จะมีการสูบบุหรี่ลดลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Murakami T., Horigome H., Tanaka K., Nakata Y., Katayama Y., Matsui A. (2007). Effects of diet with or without exercise on leptin and anticoagulation proteins levels in obesity. <i>Blood Coagul Fibrinolysis</i> , 18(5), 389-94.	ประเมินผลน้ำหนักที่ลดลงใน 12 สัปดาห์ ต่อแคลอรีในอาหาร ระหว่างกลุ่มที่จำกัดแคลอรีในอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย	ไม่ปรากฏ	เป็นคนอ้วนที่มีค่า BMI มากกว่า 25 kg/m ² อาศัยในชุมชนเขตเมือง Toride และ Akeno โดยประกาศเชิญชวนโดยใช้โปสเตอร์และหนังสือพิมพ์ และไม่รับคนที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดระหว่างศึกษาหรือมีประวัติเป็น Thromboembolic , intracranial hemorrhage และ Diabetes Mellitus มีจำนวน 50 คน และเหลือเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการ จำนวนผู้ร่วมไม่เป็นเบาหวาน รวม 42 คน เพศชาย 21 คน เพศหญิง 21 คน อายุระหว่าง 30-64 ปี	ระยะดำเนินการ 12 สัปดาห์ มี 2 กลุ่มเปรียบเทียบโดย กลุ่ม 1 จำกัดอาหาร กลุ่ม 2 จำกัดอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่ม และใช้ตัวแปรควบคุมด้วยอายุเพศ ค่า anthropometric ระดับความดันโลหิต ค่า body composition parameter , visceral fat area (VFA) และ subcutaneous fat area (SFA) การวัดค่า anthropometric และผลเลือด จะเริ่มเมื่อเข้าร่วมโครงการจำกัดอาหารและหลังจากสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือวัด 1. anthropometric ระดับความดันโลหิต ค่า body composition parameter ใช้วัดก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ โดยใช้ค่า BMI ระดับความดันโลหิตใช้เครื่องวัดแบบปรอทหลังพัก 5 นาที ค่า body composition ใช้ bioelectrical impedance method	ผลการศึกษา 1. ก่อนดำเนินการค่า leptin และ free protein S antigen มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า adiposity 2. หลังดำเนินการ ค่าน้ำหนัก (BMI) และไขมันมีค่าลดลงทั้ง 2 กลุ่ม 3. ค่า BMI และ leptin ลดลงทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มที่จำกัดอาหารร่วมกับการออกกำลังกายมีค่าสูงกว่าจำกัดอาหารอย่างเดียว 4. ค่า protein C ไม่เปลี่ยนแปลงทั้ง 2 กลุ่ม แต่ค่า free protein S ลดลงในกลุ่มที่จำกัดอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Murakami T., Horigome H., Tanaka K., Nakata Y.,Katayama Y.,Matsui A. (2007). (ต่อ)			(อายุเฉลี่ย 52 ปี)	<ol style="list-style-type: none"> 2. Abdomen adipose tissue ใช้การวัดด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยค่า VFA และ SFA ที่ L4-L5 ในท่า Supine position 3. ผลเลือด ใช้เก็บ 2 หลอด หลังจากงด กลางคืน หลอดแรกใช้ polypropylene ขวด 2 ใช้ polypropylene และ sodium citrate for plasma เพื่อวัดระดับไขมัน ได้แก่ ระดับ Total cholesterol , triglyceride ,high-density lipoprotein cholesterol ,leptin 4. วัด protein C และ free protein S 	<p><i>สรุป การจัดกิจกรรม ใน 12 สัปดาห์มีผลต่อการลดน้ำหนัก และลดไขมันในเลือด ระดับ leptin ในคนอ้วนที่ไม่มีโรคเบาหวานเป็นรายบุคคล และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลเพิ่มหรือผลกระทบบ โดยตรงต่อระบบ anticogulation ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาในภาพกว้างต่อไป</i></p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Murakami T., Horigome H., Tanaka K., Nakata Y.,Katayama Y.,Matsui A. (2007). (ต่อ)				<p>โครงการจำกัดอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย</p> <p>กำหนดค่าเฉลี่ยการใช้แคลอรีที่ร่างกายควรได้รับจำนวน 1,200 กิโล แคลอรีต่อวัน</p> <p>เพศหญิง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1,000- 1,500 กิโล แคลอรีต่อวัน</p> <p>เพศชายมีค่าเฉลี่ยประมาณ 1,680 กิโล แคลอรี (ช่วงระหว่าง 1500-1700 กิโลแคลอรีต่อวัน)</p> <p>ซึ่งกิจกรรมที่จัดคือจำกัดอาหารที่ได้รับโดยมีการให้คำแนะนำ และจัดบันทึกอาหารที่ได้รับตลอดสัปดาห์</p> <p>การจัดกิจกรรมการจำกัดอาหารและการออกกำลังกายในอีกกลุ่มหนึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที</p> <p>มีการให้คำแนะนำการออกกำลังกายโดย physical trainer โดยจุดมุ่งหมายการออกกำลังกายต้องได้ระดับที่หัวใจเต้นระดับความแข็งแรง 12-14 ใน Borg scale</p> <p>การวิเคราะห์ทางสถิติ</p> <p>เปรียบเทียบผลก่อน-หลังดำเนินการโดย t-test</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Saki E , Watanabe Y, Shimada K , et al. (2008). Effects of phase III cardiac rehabilitation program on physical status and lipid profile in elderly patients with coronary artery diseases : Juntendo Cardiac Rehabilitation Program (J-CARP). <i>Cir J.</i> , 72(8), 130-134.	ศึกษาผลที่ได้รับใน 6 เดือนจากการทำ cardiac rehabilitation program ในระยะที่ 3 เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ Juntendo Cardiac Rehabilitation Program (J-CARP) หมายเหตุ : โครงการนี้มี 3 ระยะ ระยะที่ 1 เรียกว่า acute stage ระยะที่ 2 sub acute stage ระยะที่ 3 chronic stage	ไม่ปรากฏ	เป็นผู้ชายสูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรค coronary artery disease (CAD)ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Juntendo จำนวน 39 คน โดยกำหนดคุณสมบัติต้องไม่มีอาการต่อไปนี้ 1. อยู่ในระยะ congestive heart failure 2. liver dysfunction (aspartate aminotranferate > หรือเท่ากับ 40 IU/L) 3. renal function (creatinine มากกว่า หรือเท่ากับ 2.0 mg/dl	เครื่องมือวัด 1. ความคงทนในการออกกำลังกาย 2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3. ปัจจัยเสี่ยงก่อนและหลังดำเนินการ กิจกรรมการฟื้นฟู กลุ่มทดลองได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยมีคำแนะนำการออกกำลังกาย แอโรบิก มี - การ warm up ก่อนเริ่ม 15 นาที โดยการเหยียดกล้ามเนื้อ - ออกกำลังกายประมาณ 20-60 นาที โดยการเดิน ขี่จักรยาน วิ่งจ็อกกิ้ง และอื่นๆ - cool down 15 นาที การออกกำลังกายแบบ isotonic เช่น sit up หรือ เล่น squatt โดยการยกน้ำหนัก - แนะนำการออกกำลังกายที่บ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มากกว่า 30 นาที	ผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีค่า 1. BMI ,Waist size และ fat weight ลดลง 2. ค่า peak VO2 และ anerobic threshold VO2 รักษาระดับคงที่ 3. isokinetic peak torques of knee extensor และ muscle มีค่าดีขึ้น 4. ระดับไขมัน total cholesterol (TC) ลดลง หลังจากมีการฟื้นฟู 5. ค่า high -density lipoprotein -cholesterol และ apo A- I ลดลง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Saki E , Watanabe Y, Shimada K , et al. (2008). (ต่อ)			<p>4. อยู่ในระยะติดตามได้ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน หลังจากทำการรักษาหลัก major coronary event เช่น ทำบายพาส หรือต่างๆ</p> <p>ใช้วิธีการสุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม 19 คน แต่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วน จำนวน 34 คน โดย กลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน</p>	<p>1. คู่มืออาหาร ใช้โปรแกรมของสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา ในระยะที่ 2 โดยเริ่มทำตั้งแต่ต้นและทุก 2 เดือน</p> <p>2. การให้สุขศึกษา 6 เดือนโดยแพทย์และพยาบาล นักโภชนากร</p> <p>กลุ่มควบคุม ได้รับ การจัดบริการตามปกติ</p> <p>เครื่องมือวัด</p> <p>1. กิจกรรมการออกกำลังกายประจำวันโดยใช้ pedometer วัดพลังงานที่ใช้ใน 42 วัน</p> <p>2. ภาวะสุขภาพทางร่างกาย;วัด BMI วัดรอบข้อมือ</p> <p>3. exercise tolerance วัดปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุด (peak O₂) และ AT</p> <p>4. Strength of Thigh Muscles</p> <p>5. Serum lipid profiles หลังจากเจาะ 12 ชั่วโมง และวัดปริมาณ total cholesterol (TC) triglyceride (TG) HDL-C</p> <p>สถิติวิเคราะห์ โดยค่า mean , SD , pair t-test ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05</p>	<p>กลุ่มควบคุม</p> <p>1. ค่าต่างๆไม่มีการเปลี่ยนแปลงยกเว้น peak VO₂ ซึ่งลดลง</p> <p>2. ค่าไขมันไม่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>สรุป การทำโครงการ Juntendo Cardiac Rehabilitation Program ในระยะที่มีผลคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น CAD</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura T , Tanaka T , Babazono A, Yoshita K , et al (2004). The high – risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP –OHP) study : Study design and cardiovascular risk factors at the baseline survey . Journal of Himan Hypertension, 18 , 475-485.	เพื่อปรับปรุงการ ลดปัจจัยเสี่ยง โรคหัวใจโดยใช้ กลวิธีการมีส่วนร่วม ของชุมชน หรือโรงงาน	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6,500 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 6 โรงงานโดยใช้ การมีส่วนร่วมชุมชน ร่วมกับรายบุคคล กลุ่มควบคุม ใช้รายบุคคลโดยสอน รายบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีผลการตรวจทุกปี กลุ่มทดลอง ชาย 1341 คน หญิง 362 คน กลุ่มควบคุม ชาย 2469 คน หญิง 432 คน	รูปแบบ เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กิจกรรมที่จัด กลุ่มทดลอง รายบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง มีคุณสมบัติ 1. ระดับความดันโลหิตสูง ค่า <i>SBP</i> มากกว่าหรือ เท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอทหรือรับยา antihypertensive 2. มีระดับไขมันในเลือดสูง 3. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่า 110-120 mg / dl) หรือรับยาควบคุมระดับน้ำตาล กิจกรรม มี 3 ด้าน ได้รับการให้คำแนะนำรักษาระดับ ความดันโลหิต ผลเลือด ระดับไขมันและน้ำตาล นาน 6 เดือน จำนวน 5 ครั้ง โดยพยาบาลอาชีวอนามัยและ ทีมวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยมี กิจกรรม 3 ด้านคือ อาหาร การออกกำลังกายและงด บุหรี่ โดยมีขั้นตอน	ผลการศึกษา 1. ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่ม ดำเนินการ พบว่า 2. ปริมาณโซเดียมที่ขับ ออกทางปัสสาวะใน เพศชายกลุ่มทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุม และ โปรตีนเสริมต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมทั้ง 2 เพศ 3. ความชุกการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงใน ทั้ง 2 เพศ ของกลุ่ม ทดลอง สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura, T. (2004). (ต่อ)				<p><i>การประเมินข้อมูลเบื้องต้น</i></p> <p><i>1. ด้านอาหาร ได้แก่</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านความรู้ 2) นิสัยการกิน 3) ปริมาณอาหารที่ได้รับ 4) ปริมาณการจับ electrolyte ทางปัสสาวะ 5) การดื่มแอลกอฮอล์ 6) ประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ 7) Dining room ใกล้โรงงาน 8) Grocery store ใกล้โรงงาน <p><i>2. ด้านการออกกำลังกาย</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความรู้ 2) การออกกำลังกาย 3) จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ 4) ประวัติการเล่นกีฬาในอดีตและปัจจุบัน 5) สถานที่โรงยิมใกล้ที่ทำงาน 6) Athletic ใกล้โรงงาน 7) ที่เล่นกีฬาใกล้โรงงาน และ 8) ประวัติการส่งเสริมสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 4. ปริมาณไขมันในเพศชายกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่า high-density lipoprotein cholesterol ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 เพศ 5. ค่าความเสี่ยงของกลุ่มทดลอง ในเพศชายในการเกิดโรคหัวใจมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่า 6. หลังดำเนินการ 1 ปี กลุ่มทดลองมีค่าไขมัน HDL-C ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหญิงและชาย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura, T. (2004). (ต่อ)				<p>3.การสูบบุหรี่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความรู้ 2) จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน 3) จำนวนผู้สูบบุหรี่ 4) ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีตและปัจจุบัน 5) ความตระหนักในการงดบุหรี่ 6) พื้นที่การจัดเขตสูบบุหรี่ 7) ร้านขายบุหรี่ใกล้โรงงาน 8) Vending machine ใกล้โรงงาน <p>การจัดกิจกรรม</p> <p>1.อาหาร</p> <p>1.1 การให้ข้อมูลเพื่ออาหารสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำเมนูเพื่อสุขภาพโดยใช้โปสเตอร์ และ Point of purchase advertising menus ติดที่โต๊ะอาหารในห้องอาหาร รายสัปดาห์ - ติดโปสเตอร์ - ช้างนอกโรงงานใช้เว็บไซต์ - ในโรงงานใช้หนังสือพิมพ์ 	<p>7. ในรูปแบบปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลอง มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายว่ากลุ่มนี้มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม</p> <p>สรุป การดำเนินโครงการที่เลือกกลุ่มเสี่ยงเข้ามาในโครงการอาจมีผลต่อการจัดกิจกรรม และการจัดกิจกรรมทั้งรายบุคคลและเน้นแบบประชาชนเป็นฐานยังมีข้อสงสัยว่าจะให้ผลดีกว่าแบบที่ดำเนินเฉพาะอย่างหรือไม่ และการจัดกิจกรรมนี้มี Harthorn effect เกิดขึ้น</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura, T. (2004). (ต่อ)				<p>1.2 การจัดกิจกรรมในโรงอาหารในโรงงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปริมาณเกลือที่ใช้ใน miso soup - ปรับการเสิร์ฟซอส - ใช้สลัดผักที่มีแคลอรีต่ำ - จัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ - disclosure of nutrition balance of the menu <p>1.3 การตรวจสอบในครัวเรือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้คำแนะนำในการปรุงอาหารรายบุคคล - แจกแนะนำเมนูอาหารเพื่อสุขภาพแก่ครัวเรือน <p>2. การออกกำลังกาย</p> <p>2.1 การให้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ติด poster และ mini poster ที่โต๊ะรายสัปดาห์ และ Point of purchase advertising menus ติดที่โต๊ะ - ติดโปสเตอร์ - เว็บไซต์ - ในโรงงานใช้หนังสือพิมพ์ 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura, T. (2004). (ต่อ)				<p>2.2 รมรงค์เพิ่มการออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายรายวัน (active point campaign) - บรรยาย การเดิน Active walking - บรรยาย stretching - จัดแข่งกีฬาในโรงงาน <p>2.3 ติดตั้งเครื่องมือการออกกำลังกายหรืออุปกรณ์การเดิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทางเดินในโรงงาน - จัดทำแผนที่การเดินหรือทำทางเดินใกล้โรงงาน - แจก pedometer แก่คนงานทุกคน <p>3.การควบคุม</p> <p>3.1 ให้ข้อมูลการเลิกบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดโปสเตอร์ผนังตามช่วงฤดูกาล - เว็บไซต์ - ในโรงงานใช้หนังสือพิมพ์ 	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
Okamura, T. (2004). (ต่อ)				<p>3.2 ธรรมชาติการงคบุหรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมจัดทำโครงการเลกบุหรีโดยจัดห้องให้ค้ำณะน้การเลกบุหรีโดยผู้เช้ชวชญโดยใช้หมกฝรั่ง หรือสารถแทนนโคติน - บรรยชวธีการเลกบุหรี - บรรยชการจ้ดสถนที่ปลอดนุหรีและการส่งเสริมคนงนให้เลกบุหรี <p>3.3 ให้ค้ำณะน้การเลกบุหรี</p> <p>3.4 ทรวจสอบสถนที่สูบบุหรี</p> <p>ระยะเวลาค้ำเนินการ นน 6 เดือน</p> <p>เครื่องมือวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค้ำผลเลือด ปริมาณ ไขมัน HDL-C ระดับน้ตาล 2. spot urine วัดค้ำโซเดียมและโปรตัสเซียมที่ถูกขับออกจากร่างกยใน 1 วัน 3. แบบสอบถน วัด จ้นวนการค้ม การสูบบุหรี อหกร ภาวะเครียด การออกค้ำลังกย การรยงนตนเองเกี่ยวกับกรเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา จ้นวนกลุ่มคนงนถูกสุ่มไป 2 % เพื่อทดสอบการสำรวจอหกรใน 24 ชั่วโมง 10 % ทดสอบโดยใช้ pedometer ใน 1 สัปดาห์ 4. ระดับควมดันโลหิตวัดหลังพัก 5 นาที โดยใช้ sphygmomanometer <p>ระยะเวลาค้ำเนินการ 1 ปี</p> <p>สถิติวิเคราะห์ t-test ัจจยเสียงใช้ Cox proportional</p>	

สรุปการสืบค้นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพิมพ์ อุ่นพรม พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550	ผลของโปรแกรม การให้ความรู้ ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพของ ประชาชน กลุ่ม เสี่ยงโรคเบา หวานวัยผู้ใหญ่	ศึกษาและ เปรียบเทียบ พฤติกรรม ส่งเสริม สุขภาพของ ประชาชน กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน วัยผู้ใหญ่ก่อน และหลังการ ทดลอง		เลือกกลุ่ม ตัวอย่างตาม เกณฑ์ จำนวน 60 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : 1. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน และ 2. โปรแกรมการให้ความรู้ส่งเสริม สุขภาพ; การสอนโดยบรรยาย การ สาธิต การอภิปรายกลุ่ม และการให้ ความรู้ทางหอกระจายข่าวและแบบ สัมภาษณ์	กลุ่มทดลอง : พบว่า 1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรม ทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล การจัดการกับ ความเครียด และโดยรวม หลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2. ความดันโลหิต diastolic และระดับ น้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 และ .01

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพิมพ์ อุ่นพรม (ต่อ)					<p>กิจกรรมที่จัด :</p> <p>1. สุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน</p> <p>ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้กิจกรรมโปรแกรมการให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : paired t-test, t-test</p> <p>ระยะเวลา ใช้เวลา : 12 สัปดาห์</p>	<p>3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001</p> <p>กลุ่มเปรียบเทียบ : พบว่า</p> <p>1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ราศรี คันธีสาร เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2548	กระบวนการ สร้างพลังเพื่อ ป้องกันการเกิด โรคเบาหวานใน กลุ่มเสี่ยงชาวไทย ใหญ่ บ้านผา บ่อง อำเภอเมือง แม่ฮ่องสอน = Process of empowerment for diabetes prevention among at-risk groups of Tai Yai in Ban Pabong, Mueang Mae Hong Son	ศึกษา กระบวนการ สร้างพลังเพื่อ ป้องกันการเกิด โรคเบาหวานใน กลุ่มเสี่ยงชาวไทย ใหญ่	ศึกษาบริบท ชุมชน วิธีการดำเนิน ชีวิตที่สัมพันธ์ กับการเกิด โรคเบาหวาน และ กระบวนการ สร้างพลังเพื่อ ป้องกันการ เกิด โรคเบาหวาน ตามแนวคิด กระบวนการ เรียนรู้และ สะท้อนคิด	เลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบ เจาะจง โดยเลือก ประชาชน ชาวไทยใหญ่ บ้านผาบ่อง อำเภอเมือง จำนวน 20 ราย	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือ : 1. การบันทึก ภาคสนาม กิจกรรมที่จัด : 1. สัมภาษณ์แบบ ไม่เป็นทางการ 2. สังเกตแบบไม่ มีส่วนร่วม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : - ระยะเวลา ใช้เวลา : -	วิถีชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1. การบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน และอาหารจำพวกที่มีปริมาณแป้งและน้ำตาล สูงในการประกอบอาหาร 2. นิยมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมากขึ้น 3. ออกกำลังกายน้อย เคลื่อนไหวน้อย 4. กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมีการ เคลื่อนไหวน้อยลงซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัย เสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน การใช้กระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิด โรคเบาหวาน พบว่า 5. กระบวนการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคเบาหวานในชุมชนสามารถนำไปใช้ วิเคราะห์ วางแผน และปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชาวไทยใหญ่

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
วิโรจน์ เจียมจรังษี; วิฑูรย์ โล่สุนทรนนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2550	การปรับวิถี ชีวิตในกลุ่ม เสี่ยงสูงต่อ โรคเบาหวาน	การทบทวนวรรณกรรมของ Cochrane Database เกี่ยวกับผลระยะยาว ของการลดน้ำหนัก โดยไม่ใช้ยาใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2	ไม่ปรากฏ	งานวิจัย 22 เรื่อง	วิธีศึกษา : จากการศึกษาวิจัย แบบ Randomized trial จำนวน 22 ฉบับ	พบว่า การควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักสามารถทำ ให้ระดับ Hemoglobin A1C ดีขึ้น เพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุม แต่การพบความ แตกต่างเพียงเล็กน้อยนี้อาจเป็น เพราะว่ากลุ่มควบคุมก็มีน้ำหนักตัว ลดลงเช่นกัน (สูงสุด 10 กิโลกรัม) ดังนั้นจึงอาจจะต้องรอผล การศึกษาอื่นๆ ในอนาคต โดยเฉพาะ การศึกษา Look- AHEAD (Action for Health in Diabetes) ซึ่งมี วัตถุประสงค์จะศึกษาผลระยะยาว ของการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ต่อการลดน้ำหนักและลดความเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
วิโรจน์ เจริญศรีสรังษี; (ต่อ)						<p>ในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีกำหนดการจะรายงานผลในปี ค.ศ. 2012 กล่าวโดยสรุป มีผลการศึกษามากมายเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักตัวสามารถทำให้ตัวชี้วัดด้านเมตาบอลิซึมและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น แต่มีข้อสังเกตว่าจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการให้คำปรึกษาอย่างมากมาย เพื่อให้ประสบความสำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความยากลำบากในการดำรงน้ำหนักตัวในระยะยาวโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่จะต้องพึงระลึกไว้เสมอและมักมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในภายหลังอีกเสมอ</p>

สรุปการสืบค้นโรคเบาหวาน ประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ศุภวดี ลิ้มปพานนท์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537	ประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพ ต่อการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพล พลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี	เพื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ระหว่างการใช้ ประยุกต์ใช้ แนวคิดการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ความรู้ การ ปฏิบัติตน และ ทฤษฎี ประสิทธิคุณ กับการแก้ไข ปัญหาของ ผู้ป่วยเบาหวาน	self- efficacy theory	ผู้ป่วย เบาหวาน ที่ไม่ต้อง ฉีด อินซูลิน ที่มารับ การรักษา ณ ผู้ป่วย นอก โรงพยาบาล พลพยุหเสนา จำนวน 80 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ กิจกรรมที่จัด : 1. สุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 40 คน 2. ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ กิจกรรมโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็น 2 สัปดาห์ เวลาที่ดำเนินการ ทดลองรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ 3. ในกลุ่มควบคุมได้รับการสอน สุขศึกษาตามปกติ	ก่อนการทดลอง : พบว่า ความรู้ การปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง : พบว่า 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตนในการ ดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออก กำลังกาย การดูแลเท้า และการลดสูบบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) 2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติตนในการ ดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออก กำลังกาย การดูแลเท้า และการลดสูบบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ศุภวดี ลิ้มพานนท์ (ต่อ)					<p>4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อน-หลังการทดลองใช้โปรแกรม</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : paired t-test, t-test</p> <p>ระยะเวลา ใช้เวลา : 3 เดือน (มกราคม-มีนาคม 2537)</p>	

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
กาญจนา เกษกาญจน์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2541	การศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน	ศึกษาการรับรู้ ประโยชน์ของการมี พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วย สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิ พลอดุลยเดช	แนวคิดของ เพนเตอร์	ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน ที่มารับบริการ ที่คลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาล ศิริราช และ โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิง ปริมาณ เครื่องมือ : แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของ การมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ตามแนวคิดของเพน เตอร์ กิจกรรมที่จัด : - สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Pearson's Product Moment Correlation Coefficient , Multiple Correlation Coefficient และ Stepwise Multiple Regression ระยะเวลาใช้เวลา : -	1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ มาก และมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี 2. การรับรู้ประโยชน์ของการมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ ระดับการศึกษาสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 22.35 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
อริมุติ แสนศิริพันธ์ เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2542	ปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อ พฤติกรรมการ ส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน ใน โรงพยาบาล สมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่	ศึกษาปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อ พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน ได้แก่ อิทธิพลระหว่างความ เชื่อถือในบุคคลอื่น ความคาดหวังของ บุคคลใกล้ชิด แบบ แผนการดูแลสุขภาพ ของครอบครัว การมี ปฏิสัมพันธ์กับ บุคลากรในทีม	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วย ที่มารับ บริการที่คลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 190 ราย	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือ : แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพและแบบสอบถามด้าน อิทธิพลระหว่างบุคคล กิจกรรมที่จัด :- สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ระยะเวลา ใช้เวลา :-	1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพล ระหว่างบุคคลมีความ สัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วย เบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
พิไลวรรณ ยอด ประสิทธิ์ เชียงใหม่ : บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2542	โปรแกรม การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพเพื่อ การดูแล ตนเอง ของ ผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน	เปรียบเทียบ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน ก่อน และหลังการเข้า ร่วมโปรแกรม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่ง อินซูลินที่มา ตรวจรักษา ณ โรงพยาบาล เชียงรายประชานุ เคราะห์ จำนวน 60 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่จัด : 1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน 2. ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้กิจกรรม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : - ระยะเวลา ใช้เวลา : 12 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง : พบว่า 1. มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวม คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแล ตนเองในด้านการรับประทานอาหารและ เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทาน ยา และการมาตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวม คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแล ตนเองในด้านการรับประทานอาหารและ เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทาน ยา ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ 3. การมาตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมไม่แตกต่างกัน

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
อรัญญา นาม วงศ์พะเยา : โรงพยาบาล พะเยา, 2544	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานที่มา รับบริการที่คลินิก พิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลพะเยา	1. ประเมินพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ 2. ประเมินการรับรู้ ภาวะสุขภาพ 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ	1. แบบแผนการ ดำรงชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาพของ Walker, 1995 2. การวัดการรับรู้ ภาวะสุขภาพทั่วไป ของ Brook, et al., 1979 แปลและเรียบเรียง โดยนัยนา กาญจน พิบูลย์, 2544	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการ ตรวจรักษาที่ คลินิกพิเศษ อายุรกรรม โรงพยาบาล พะเยา โดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 310 คน	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิง ปริมาณ เครื่องมือ : แบบวัดแบบ แผนการดำรงชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาพ และแบบวัดการวัด การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป กิจกรรมที่จัด :- สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ระยะเวลาใช้เวลา : 1 ก.ค.- 31 ส.ค. 2544 (2 เดือน)	1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติ กรรมด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ปานกลาง 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี 3. การออกกำลังกายอยู่ในระดับ ปานกลาง 4. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมีความ สัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 5. เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส กับพฤติกรรมสุขภาพไม่มี ความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพัฒน์ สมจิตรสกุล; พรรณทิวา สมจิตร สกุล; ทิพย์สุดา หริกุล สวัสดิ์; กรรณิการ์ รัชอินทร์; มติกา สุนา นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2544	การพัฒนา ระบบการ ให้บริการใน คลินิก เบาหวาน โรงพยาบาล ปลาปาก จังหวัด นครพนม	พัฒนาระบบ บริการคลินิก เบาหวาน ใน โรงพยาบาล ปลาปาก สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ ปัญหาของ ผู้ป่วย และ สามารถสร้าง ความตระหนัก ให้ผู้ป่วยเห็น ความสำคัญ ของการปฏิบัติ ตน	ไม่ปรากฏ	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลินที่สมัครเข้าร่วม โครงการจำนวน 17 ราย จากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนใน คลินิกเบาหวาน จำนวน 413 คน เกณฑ์ 1. รักษาด้วยการ รับประทานยาเม็ดลด น้ำตาล 2. ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน และทางสายตา 4. รู้สึกตัวดี รับผิดชอบต่อสภาพ แวดล้อมต่างๆ ได้ดี	วิธีศึกษา : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เครื่องมือ : แบบสัมภาษณ์เจาะลึกการรับรู้ ของผู้ป่วยเบาหวาน และ ครอบครัว การปฏิบัติเพื่อดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเกตขณะสัมภาษณ์ ถ่ายรูป จดบันทึกภาคสนาม สรุปผลการสัมมนากลุ่ม กิจกรรมที่จัด : 1. วิเคราะห์การให้บริการ ระบบเดิม	1. พบว่า ข้อเสียของระบบบริการ เดิมคือการให้บริการมีหลาย ขั้นตอน และยุ่งยาก ผู้ป่วยที่อด อาหารเข้ามา อาจทำให้เกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำได้ ถ้าต้องรอ พบแพทย์นาน และผู้ป่วยได้รับ คำแนะนำไม่ตรงกับปัญหาและ ความต้องการ และไม่สอดคล้อง กับวิถีชีวิต ทำให้ไม่สามารถ ปรับตัวได้

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพรรณ สม จิตรสกุล; (ต่อ)				<p>5. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอปลาปาก ซึ่งผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมได้ สะดวก</p> <p>6. ยินดีเข้ากระบวนการกลุ่ม</p>	<p>2. วางแผน ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ทราบ ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะ ช่วยสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมอาการของโรค จึง วางแผนใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็น กลยุทธ์ในการให้บริการในคลินิก เบาหวาน โดยร่วมมือกับผู้ป่วยใน การที่จะหาวิธีจัดระบบบริการที่ สอดคล้องกับความต้องการของเขา เป็นการแก้ปัญหาที่พบจากการ ให้บริการระบบเดิม</p>	<p>2. ผลการพัฒนาระบบบริการ มีการแยกหน่วยบริการ ผู้ป่วยเบาหวานออกจากการ ให้บริการผู้ป่วยทั่วไป เพิ่ม วันในการให้บริการเป็น 2 วันคือ วันพุธ และวันศุกร์ วิธีการให้สุขศึกษา เปลี่ยนแปลงจากการให้สุข ศึกษาตามแผนมาเป็นการ จัดทำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แทน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วน ร่วมในการแลกเปลี่ยน ความรู้ในการปฏิบัติตัว</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพัฒน์ สมจิตร สกุล:(ต่อ)					<p>3. ชั้นปฏิบัติการ - คณะวิจัยพัฒนาทักษะที่วิจัย 4 ครั้ง โดยเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ จำนวน 10 ราย ทำกลุ่มในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในชุมชน 4 ครั้ง แลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์แก้ไขปัญหา</p> <p>4. ประเมินผลว่าระบบการให้บริการแบบใหม่นี้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยมีความเห็นต่อระบบใหม่อย่างไรโดยประเมินจากผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปฏิบัติตนเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการระบบใหม่</p>	<p>3. การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ากลุ่มเมื่อเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้ากลุ่ม และ หลังเข้ากลุ่ม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า</p> <p>3.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05</p> <p>3.2 การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยาและการแสวงหาการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพของร่างกายและเท้า การผ่อนคลายความเครียด และ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโครงการ</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อ เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุพัฒน์ สมจิตร สกุล(ต่อ)					สถิติที่ใช้วิเคราะห์: Pair T-test ระยะเวลา ใช้เวลา : -	4. หลังจากการวิจัยนี้เจ้าหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของทัศนคติที่มี ต่อผู้ป่วยมีการปรับท่าทีและบทบาท จากผู้ทำหน้าที่สอนชี้นำ ด้วยคิด ว่าตนเองมีความรู้มากกว่า มาเป็นการให้บริการที่เน้นการรับฟัง ข้อคิดเห็นของผู้รับ บริการ เคารพการตัดสินใจของเขา ซึ่งนับว่าเป็น ประโยชน์ และเป็นบทเรียนที่สำคัญยิ่ง อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานนั่นเอง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ทิพย์วดี ไชยณรงค์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์, 2545	ประสิทธิผลของ โปรแกรมสุข ศึกษาเพื่อส่งเสริม การดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่ พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลด่าน ขุนทด จังหวัด นครราชสีมา	ศึกษาประ สิทธิภาพของ โปรแกรมสุข ศึกษาเพื่อ ส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพ ตนเองของ ผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน	1. ทฤษฎี ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง 2. แรงสนับสนุน ทางสังคมต่อ การ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน ที่มา รับบริการตรวจ รักษาที่คลินิกโรค เบาหวาน ดิ็กผู้ป่วย นอกโรงพยาบาล ด่านขุนทด จังหวัด นครราชสีมา โดยสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 70 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : โปรแกรมสุขศึกษา กระบวนการกลุ่ม แบบ สัมภาษณ์ และผลการตรวจค่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร เข้าห้องก่อน-หลังการทดลอง กิจกรรมที่จัด : 1. สุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน 2. ในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้ กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง 3. กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการ สอนสุขศึกษาตามปกติ	ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุข ศึกษา กลุ่มทดลอง : พบว่า 1. มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การ รับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดี ของการปฏิบัติตัว การได้รับ การสนับสนุนจากบุคคล อ้างอิง และพฤติกรรมปฏิบัติ ตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการ รับประทานยา มากกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม และถูกต้อง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ทิพย์วดี ไชยณรงค์ (ต่อ)					<p>4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Student's t-test, Paired Sample t-test และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient</p> <p>ระยะเวลาใช้เวลา : -</p>	<p>2. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเขาลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>สรุป</p> <p>ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ได้</p> <p>อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
จุฬามาส ยอดเรือน เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2549	การมีส่วนร่วม ของญาติในการ ควบคุมระดับ น้ำตาลของผู้ป่วย เบาหวาน โรงพยาบาลสัน ป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่	ศึกษาระดับ น้ำตาลของ ผู้ป่วย เบาหวานที่ ได้รับการ รักษาที่ คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่	แนวคิดโดยญาติ เข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแล	ผู้ป่วยเบาหวานที่ ได้รับการรักษาที่ คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่า ตอง จำนวน 60 คน	วิธีการศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : กิจกรรมควบคุมระดับ น้ำตาลร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม กิจกรรมที่จัด : 1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบกลุ่มละ 20 คน 2. ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจัดกิจกรรม ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม 3 กิจกรรม - กิจกรรมการควบคุมอาหาร - กิจกรรมออกกำลังกาย การ ดูแลเท้า - กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการ ตรวจพบแพทย์ตามนัด และ การรับประทานยาของผู้ป่วย	1. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เบาหวานก่อนและหลังเข้า ร่วมกิจกรรมของกลุ่ม ทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เบาหวานก่อนและหลังการ เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่า ไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ของกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังเข้า ร่วมกิจกรรม

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
จุฑามาส ยอดเรือน (ต่อ)					<p>3. กลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อการติดตาม สังเกตการณ์ ดูแลผู้ป่วยของญาติ</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : t-test</p>	<p>3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานหลังการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ภายหลังการทดลองระดับน้ำตาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองดีกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบ)</p>

สรุปการสืบค้นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
มูเนาะ เจะเลาะ http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=207638&^t2003=501&^t2000= การส่งเสริมสุขภาพ ปัตตานี : [ม.ป.พ.], 2550	ส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนปลักแดน หมู่ที่ 4 ตำบลไทรทอง อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี	1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนปลักแดน 2. หาแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนปลักแดน		ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนปลักแดน จำนวน 44 คน รวมผู้ป่วยเก่าที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว 3 คน รวม 47 คน	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือ : แบบซักประวัติและคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่จัด : 1. คัดกรองผู้ป่วยความดันโดยบัณฑิตอาสา ทีมวิจัย และโรงพยาบาลไม้แก่น 2. วางแผนให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ 3. ประเมินจากการพูดคุย สอบถาม และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย 4. จัดทำแผนติดตามกลุ่มเป้าหมาย 5. จัดการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	เมื่อให้ความรู้และทำการสุ่มถาม พบว่ากลุ่มเป้าหมายเกิดความเข้าใจสาเหตุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงมากขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
มูเนาะ เจะเลาะ (ต่อ)					<p>6. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรการบริโภค ลดอาหารประเภทแกงกระทิ ของ ทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด รณรงค์อาหารประเภทยำ แกงจืด หรือต้ม้ำน้ำใส (ไม่ใส่กระทิ) เช่น ยำ มะม่วง ปลาต้มสมุนไพร แกงจืดวุ้น เส้น ฯลฯ</p> <p>7. จัดกิจกรรมคลายความเครียดด้วยการ ปลูกผัก เลี้ยงเป็ด ทำขนม</p> <p>8. จัดกิจกรรมเสริมทักษะการนวดผ่อนคลาย คลาย และ</p> <p>9. กิจกรรมเสริมสร้างคุณธรรม และ จริยธรรมโดยใช้สื่อเพื่อช่วยบรรยาย ธรรมผ่านเรื่องขยายเสียงของ มัชยิดนุรุตสุดา</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : - ระยะเวลา : -</p>	

สรุปการสืบค้นโรคความดันโลหิตสูง ประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
<p>วาสนา ทรูทเมือง http://www.riclib.nrc.t.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]?^t2006=156193&^t2003=351&^t2000=การส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>1. อธิบายระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ผลประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้คุณค่าของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคม</p> <p>2. ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>		<p>ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล อุดรดิตถ์ จำนวน 200 คน การสุ่ม</p>		

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
ชาตรี แมตลี http://www.riclib.nrc.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]?^t2006=179558&^t2003=421&^t2000=การส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549	โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพร่	พัฒนาพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> ■ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันการโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ■ การสร้างเสริมพลังอำนาจ 	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 80 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : แบบสอบถาม กิจกรรมที่จัด : กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Student's t-test, Paired Samples t-test ระยะเวลาใช้เวลา : 8 สัปดาห์	1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และการมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงดียิ่งขึ้น

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
UMAKORN JAIYUNGYUEN http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=hypertension&lang=th&opt=3	Factors Influencing Health-Promoting Behaviors of Elderly People with Hypertension [2551]	1. ค้นหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 2. ตรวจสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ การศึกษารายได้ครอบครัว โครงสร้างครอบครัว) การได้รับการดูแลจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุจำนวน 100 คน มาตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์ สุพรรณบุรี	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงประจักษ์ เครื่องมือ : ประกอบด้วย 1. ฟอรมบันทึกข้อมูลส่วนตัว 2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3. แบบสอบถามการได้รับการดูแลจากครอบครัว และ 4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง กิจกรรมที่จัด : รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์	1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean=3.09, SD = 0.36) 2. การศึกษาสูง รายได้ครอบครัว การได้รับการดูแลจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3. การวิเคราะห์ Multiple regression analysis พบว่า ตัวแปรส่วนบุคคล การได้รับการดูแลจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 38 ($p < .001$).

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
UMAKORN JAIYUNGYUEN (ต่อ)					สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Pearson's correlation moment and multiple regression analysis ระยะเวลาใช้เวลา : -	4. การได้รับการดูแลจาก ครอบครัว (Beta=.196; t=2.217; p< .05) และการ รับรู้ความสามารถในตนเอง สามารถ (Bata=.527; t=5.683; p< .01) เป็นตัวแปร หลักที่ทำนาย พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
PARPRON VIMUKTALOP http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=hypertension&lang=th&opt=3	Effects of Foot Reflexology on Physiological Response, Relaxation and Satisfaction in Persons with Hypertension [2551]	จัดการและทดสอบประสิทธิภาพของการผ่อนคลายความเครียดที่เท้า และความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สถาบันประสาทวิทยา	Dodd 's symptom management model	กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน มาตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาใน กลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมข้อมูล 1. ระดับความเครียดปานกลางหรือสูงกว่า 2. ความดัน systolic blood มากกว่า 140 mmHg หรือ ความดัน diastolic blood มากกว่า 90 mmHg	วิธีศึกษา : quasi-experimental research used a two group pre-post test design เครื่องมือ : คู่มือการทำให้เท้าผ่อนคลาย การประเมินค่าความเครียด การบันทึกคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกข้อมูลทางกายภาพ กิจกรรมที่จัด : กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยการนวดเท้า	ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง 1. การนวดเท้าทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดเท้ามีค่า systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
PARPRON VIMUKTALOP (ต่อ)					สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Chi- square test, Mann-Whitney U test, Independent t-test, Paired t-test ,ANCOVA ระยะเวลาใช้เวลา : 4 เดือน	ดังนั้น ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การ นวดเท้าซึ่งเป็นการ แพทย์ทางเลือก สามารถช่วยให้ ความเครียดพื่นคืนสู่ สภาพปกติ และทำให้ ผู้ป่วยความดันโลหิต สูงมีความดันโลหิต ลดลง ทั้งระดับ ความเครียดและระดับ ความดัน โลหิตที่มี สภาวะสมดุล เป็นผล การดูแลแบบองค์ รวมทั้งร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SAKUNTALA ANURUANG http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=hypertension&lang=th&opt=3	The Effects Of Empowering Care Program On Health Status And Health Satisfaction Among Women With Hypertension [2549]	เปรียบเทียบประสิทธิผล โปรแกรมการดูแลโดยใช้การสร้างพลังอำนาจ เพื่อสภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการ บริการสุขภาพในหญิงที่เป็นความดันโลหิตสูง ณ คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปัทมรังษี ราชวิทยาลัย จัหวัดนครราชสีมา	ไม่ปรากฏ	กลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง จำนวน 76 คน เกณฑ์การคัดเลือก และคัดออก เป็นการดำเนินการ อย่างต่อเนื่องโดย ตำบลที่ได้การ เชื่อมจากทีมวิจัย	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ แบบวัดสถานะสุขภาพ (Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, วัตรอบเอว , and Total Cholesterol Level). กิจกรรมที่จัด : กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 38 คน	<ol style="list-style-type: none"> ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าสภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการ บริการสุขภาพในหญิงที่เป็นความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีสภาวะสุขภาพ และคะแนนความพึงพอใจในการบริการสุขภาพมีสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p<0.05$.

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SAKUNTALA ANURUANG (ต่อ)					<p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Pair t-test หรือ Wilcoxon signed-ranks test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างภายใน กลุ่มระหว่างก่อน-หลังการเข้าร่วม โปรแกรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ควบคุมกับกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุด โปรแกรมด้วยสถิติ Independent t- test or Man-Whitney U test</p> <p>ระยะเวลาใช้เวลา : 8 สัปดาห์</p>	<p>สรุปได้ว่าโปรแกรมการ ดูแลโดยใช้การสร้างพลัง อำนาจในทัศนคติของผู้หญิง พบว่ามีประสิทธิผลในการ ปรับปรุงสภาวะสุขภาพ และเพิ่มความพึงพอใจใน การบริการสุขภาพในหญิง ที่เป็นความดันโลหิตสูง</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
AMPA KITTIUDOMDACH http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=hypertension&lang=th&opt=3	The Development Of Mind-Body Training Program To Reduce Stress For Control Blood Pressure In Essential Hypertension [2549]	พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมร่างกาย-จิตใจ เพื่อลดความเครียดด้วยการควบคุมความดันโลหิตในคนที่มีความดันโลหิตสูง	The concept of mind-body medicine An evidence-based practice model (Soukup, 2000)		วิธีศึกษา : - เครื่องมือ : - กิจกรรมที่จัด : 1. รวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับการศึกษาได้ 20 เรื่อง และข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีชื่อเสียงหลายแห่ง 2. นำมาจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมร่างกาย-จิตใจการจำแนกสามารถจัดได้ 3 หมวด คือ - การเตรียมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้รู้จักโปรแกรมฝึกอบรมร่างกาย-จิตใจ - กิจกรรมต่อเนื่องของโปรแกรมฝึกอบรมร่างกาย-จิตใจเพื่อการผ่อนคลาย - การประเมินผล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : - ระยะเวลาใช้เวลา : -	โปรแกรมนี้หาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
WARAPHORN PENGPUD http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=hypertension&lang=th&opt=3	Effectiveness Of Education Program On Knowledge And Self-Care Behavior In Patients With Essential Hypertension Prachathipat Hospital, Pathumthanee Province [2547]	ตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความรู้และดูแลตนเองได้	Orem's educative supportive nursing system	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (3 เดือน - 1 ปี) และรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ประชาธิปัตย์ จำนวน 74 คน	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่จัด : กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองได้โปรแกรมการศึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนระบบการพยาบาล 3 รอบ ใน 4 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. t-test พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนใส่กิจกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 2. หลังใส่กิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใส่กิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ p-value <0.001 3. แต่ละมิตติของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันภายในอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ p-value <0.001

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่ จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
WARAPHORN PENGPUD (ต่อ)					สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Paired t-test and independent t-test ระยะเวลาใช้เวลา : 3 เดือน	<p>4. ความแตกต่างภายในของกลุ่มทดลอง จากการสังเกตในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายการจัดการ ความ เกรียดยาหลังใส่กิจกรรม พบว่าแตกต่างกันภายในอย่างมีนัยสำคัญ</p> <p>5. แต่ไม่แตกต่างกันภายในของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังใส่กิจกรรมในการได้รับยา</p> <p>6. ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองทั้งก่อน หลัง และหลัง 1 เดือนที่ใส่กิจกรรม</p> <p>7. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อน หลัง และหลัง 1 เดือนที่ใส่กิจกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ</p> <p>โดยสรุป การคงไว้ซึ่งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้</p>

สรุปการสืบค้นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
จิราพร ทองดี เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2547	ปัจจัยทำนาย พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุ โรค หลอดเลือดหัวใจ	1. พรรณนาระดับ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง และ การสนับสนุน จากสังคม		ผู้ป่วย 200 คน ที่รับการรักษา ที่โรงพยาบาล มหาสารนคร เชียงใหม่ การเลือกกลุ่ม ตัวอย่างจาก ความสมัครใจ (convenient sampling)	วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิง ปริมาณ เครื่องมือ : แบบบันทึกข้อมูล ส่วนตัว แบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ที่มี ประโยชน์ในพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ รับรู้ อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคม กิจกรรมที่จัด :- สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : stepwise multiple regression ระยะเวลา :-	1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ระดับสูง 2. เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายด้าน พบว่า ความ รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพ โภชนาการ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการ ความเครียดเหมาะสมระดับสูง ขณะที่ กิจกรรมทางด้านร่างกาย และด้าน ความศรัทธาเหมาะสมระดับปานกลาง 3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ที่มี ประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ รับรู้ ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคมระดับสูง ขณะที่รับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพระดับต่ำ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
จิราพร ทองดี (ต่อ)		2. ทำนายปัจจัยการรับรู้ที่มีประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ				4. การรับรู้ที่มีประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 58.1 ($p < .001$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
หทัยรัตน์ เวชมนัส เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2547	ปัจจัยทำนาย พฤติกรรม ส่งเสริม สุขภาพ ใน ผู้สูงอายุที่มี ภาวะหัวใจ วาย	1. พรรณนาระดับ พฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง และการ สนับสนุนจากสังคม	ไม่ ปรากฏ	ผู้ป่วย 200 คน ที่รับการรักษา ที่โรงพยาบาล มหาราชนคร เชียงใหม่ การ เลือกกลุ่ม ตัวอย่างจาก ความสมัครใจ (convenient sampling)	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือ:แบบบันทึกข้อมูล ส่วนตัว แบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ที่มี ประโยชน์ในพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การ รับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคม กิจกรรมที่จัด : - สถิติที่ใช้วิเคราะห์:stepwise multiple regression ระยะเวลา : -	1. ผู้สูงอายุโรคหัวใจวายมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพภาพรวมที่เหมาะสม ระดับปานกลาง 2. เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพรายด้าน พบว่า ความ รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย และด้าน ความศรัทธาเหมาะสมระดับปาน กลาง ขณะที่โภชนาการ ความ สัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการ ความเครียดอย่างเหมาะสมระดับสูง 3. ผู้สูงอายุโรคหัวใจวายรับรู้ที่มีประ โยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง และการสนับสนุนจากสังคม ระดับสูง ขณะที่รับรู้อุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
หทัยรัตน์ เวชมนัส (ต่อ)		2. ทำนายปัจจัยการรับรู้ ที่มีประ โยชน์ใน พฤติ กรรมการส่งเสริมสุขภาพ รับรู้ อุปสรรคพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การ รับรู้ความ สามารถ ของตนเอง และการ สนับสนุนจากสังคม ที่มีต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โรคหัวใจ วาย				4. การรับรู้ที่มีประ โยชน์ในพฤติ กรรมการส่งเสริมสุขภาพ การ สนับสนุนจากสังคม และการรับรู้ ความ สามารถของตนเอง สามารถ ร่วมกันอธิบายความผันแปร พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ ร้อยละ 32.90 ($p < .001$)

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่ จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
PRAPORNSRI NARINTARUKSA http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?lang=th&curr=4&srcText=health%20promotion&opt=3	Determinants Of Lifestyle Contributing To Risk Of Coronary Heart Disease Among Junior High School Students In Phuket Province.	วิเคราะห์ ตัวแบบ เชิงเหตุเชิงผล ที่สัมพันธ์กับวิถี ชีวิตที่เสี่ยงกับ โรคหัวใจของ เด็กนักเรียน ระดับ มัธยมศึกษา	แนวคิด 1) ประชากร (เพศ การเกิด บุคลิกภาพ ความสำเร็จ ในการเรียน 2) คุณลักษณะครอบครัว (ขนาด รายได้ ระดับ การศึกษาของมารดา และ โครงสร้าง ครอบครัว) 3) ปัจจัย -เวลาที่ใช้ในการ ดูทีวี จุดอ่อนของวิถี ชีวิตที่ทำให้เกิดภาวะ เสี่ยงสูง วิถีชีวิตของ ครอบครัว ความกดดัน จากเพื่อน การ สนับสนุนจากสังคม	เด็กนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา ปีที่ 1-3 จำนวน 648 คน ใน จังหวัดภูเก็ต	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือ : แบบสอบถาม และ สัมภาษณ์กลุ่ม กิจกรรมที่จัด : - สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : LISREL programs ระยะเวลาใช้เวลา : -	1. เด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ปีที่ 1-3 ไม่ได้เรียนเกี่ยวกับวิถี ชีวิต 2. มากกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่ม เสี่ยงสูง ร้อยละ 40 เป็นกลุ่ม เสี่ยงปานกลาง 3. ประมาณร้อยละ 93 ดื่มน้ำที่มี องค์ประกอบของกาแฟอินเป็น ประจำ 4. ร้อยละ 73 รับประทานอาหาร ที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และอาหาร ที่มีคอเลสเตอรอลสูง 5. ร้อยละ 60 ขาดการออกกำลังกาย อย่างเพียงพอ 6. 1 ใน 3 ของทั้งหมดสูบบุหรี่ และ ร้อยละ 10 ดื่มสุรา

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
3. PRAPORNSRI NARINTARUKSA (ต่อ)			4) ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา (การรับรู้ โอกาสเสี่ยงจากเกิด โรคหัวใจ การรับรู้ อุปสรรคการมีวิถี ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ความสามารถใน ตนเอง ทักษะคิดที่มี ต่อวิถีชีวิตที่มีความ เสี่ยงสูง และค่านิยม เกี่ยวกับโภชนาการ และสุขภาพ)			7. ร้อยละ 32 ของความผันแปร ในวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจ เป็นไปตามตัวแบบการวิจัย ($R^2 = 57.03$ $p\text{-value} = .85$ $FGI=0.99$ $AGFI = 0.97$ RMR $= 0.02$) ตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการ สุขภาพที่สัมพันธ์กับค่านิยม ความกดดันจากเพื่อน การ สนับสนุนจากสังคม ความสำเร็จ ในการเรียน และระดับการศึกษา ของมารดา

สรุปการสืบค้นโรคหัวใจและหลอดเลือดประเทศไทย

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
THANYAPORN SUKPRASERT http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?srcText=stroke&lang=th&opt=2	Development Of Clinical Nursing Practice Guidelines For Reducing Depressive Symptoms In Patients With Stroke [2551]	จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการหดหู่ใจ	research utilization of Polit and Beck (2004)	ผู้ป่วย Stroke จำนวน 4 cases 3 cases เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่าง 1 case เป็นกรณีศึกษาที่นำมาทดสอบก่อน-หลัง	วิธีศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : - กิจกรรมที่จัด : 1. คัดเลือกหัวข้อหรือปัญหา 2. รวบรวม หรือประเมินผลข้อบ่งชี้ 3. ประเมินสภาพศักยภาพการนำไปปฏิบัติ 4. พัฒนา นำไปปฏิบัติ และประเมินผลสิ่งที่ปรับปรุงใหม่ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : - ระยะเวลา ใช้เวลา : -	โดยสรุปปัญหาของผู้ป่วย Stroke มีความรู้สึกหดหู่ รู้สึกไร้ค่า และหรือสิ้นหวัง และคิดฆ่าตัวตาย การทดสอบจากการใส่กิจกรรมเพื่อลดอาการหดหู่ 4 กิจกรรม คือ 1. Life Review therapy 2. Therapeutic Exercise, 3. Cognitive Behavioural Treatment 4. Structured Nursing Intervention

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
1. ANONGPRON SANGNGAM http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?lang=th&curr=1&srcText=stroke&opt=2	The Development of a Home-Based Rehabilitation Program for Primary Caregivers of Stroke Patients [2549]	พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน	แนวคิด the Evidence-Based Practice Model (Soukup, 2000)		<p>วิธีศึกษา : การวิจัยเชิงประจักษ์</p> <p>เครื่องมือ : การทบทวนงานวิจัย และข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่มีชื่อเสียง</p> <p>กิจกรรมที่จัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ค้นหาและรวบรวมข้อมูล ได้งานวิจัย 10 เรื่องและข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์ ผู้วิจัยนำมาจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : -</p> <p>ระยะเวลา ใช้เวลา : -</p>	<p>■ จากผลการวิจัย พบว่าหมวดหมู่ในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย Stroke ที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลัก มีดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเตรียมตัว 2. กระบวนการกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบตามโปรแกรมการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน 3. การประเมินผล

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
WALLADA CHANRUANGVANICH http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?lang=th&curr=1&srcText=stroke&opt=2	The Effect of a Self Regulated Exercise Program on Physical Fitness, Satisfaction and The Risk Factors for Stroke among Clients with Transient Ischemic Attack and Minor Stroke [2548]	<ol style="list-style-type: none"> ทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมควบคุมการออกกำลังกายด้วยตนเองที่ห้องออกกำลังกาย ทดสอบปัจจัยเสี่ยงการเกิด Stroke ของผู้ใช้บริการที่มีภาวะการขาดเลือดเลี้ยงหัวใจชั่วคราว และเกิด Stroke เล็กน้อย 	<p>ผสมผสานแนวคิด</p> <ol style="list-style-type: none"> health-promotion model the self-regulation concept the new concept of physical activity 	ผู้ป่วย transient ischemic attack and minor stroke ที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 62 คน และออกกำลังกายน้อยกว่า 1000 Kcal / week	<p>วิธีการศึกษา : quasi-experimental research design</p> <p>เครื่องมือ : แบบสอบถามความพึงพอใจลู่วิ่งไฟฟ้า</p> <p>กิจกรรมที่จัด : กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจัดกิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> เดินบนลู่วิ่งไฟฟ้า 6 นาที สอบถามความพึงพอใจในการออกกำลังกาย วัด heart rate, blood pressure, total cholesterol and HDL cholesterol และ fibrinogen สัปดาห์ที่ 6 และ 12 <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : -</p> <p>ระยะเวลาใช้เวลา : 12 สัปดาห์</p>	<p>กลุ่มทดลอง</p> <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มทดลองเดิน 6 นาทีได้เพิ่มขึ้น และพอใจกับการมีกิจกรรมนี้ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ และมีการปรับปรุงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ Heart rate และ blood pressure ในกลุ่มทดลองลดในสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม Total cholesterol and HDL cholesterol และ fibrinogen ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SULLUCK VONGTERAPAK http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?lang=th&curr=1&srcText=stroke&opt=2	Development of a Teaching Package for Caregivers to Care For Older Patients with Stroke [2546]	1. พัฒนาชุดการสอนสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรค Stroke 2. ทดสอบ ประโยชน์ของ ชุดการสอน สำหรับ ปรับปรุง ความรู้ในการ ดูแลของผู้ดูแล	ไม่ปรากฏ	ผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรค Stroke ที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาล รามา ธิบติ จำนวน 30 คน	วิธีการศึกษา : quasi-experimental research design เครื่องมือ : คู่มือชุดการสอน 2 เล่ม Videotape ที่มีเนื้อหาเหมือนกับคู่มือแบบสอบถามความรู้ ผู้ดูแลแบบประเมินค่าตามความคิดเห็น ก่อน- หลัง การใช้ชุดการสอน กิจกรรมที่จัด : แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 1. การพัฒนาเนื้อหาการสอนด้วยการทบทวนวรรณกรรม และทำกลุ่มระดมสมอง 2 กลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ 2. เป็นระยะการหาค่าความจริงของเนื้อหา โดย ผู้ให้บริการ 6 คน และผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล 6 คน 3. เป็นกระบวนการทดสอบการนำชุดการสอน ไปใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงความรู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรค Stroke 30 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test ระยะเวลา ใช้เวลา : 3 เดือน	1. การทดสอบความรู้ ของผู้ดูแลภายหลัง การทดลอง พบว่ามี ความรู้เพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ที่ $p < .001$ 2. ผู้ดูแลรายงานว่า เนื้อหาในคู่มือ ครอบคลุมและ เพียงพอตามความ ต้องการ รวมทั้งมี ความเข้าใจและชุด การสอนนำไปปฏิบัติ ได้

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SUDSIRI HIRUNCHUNHA http://www.grad.mahidol.ac.th/grad/research/abstract_list.php?lang=th&curr=1&srcText=stroke&opt=2	Development of a Care Model for the Caregivers of Stroke Patients at Home. [2541]	พัฒนาตัวแบบการดูแลเพื่อผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน	แนวคิด mutual collaborative approach ระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและครอบครัว และ ทีมสุขภาพ	ผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke 15 คน และผู้ป่วย Stroke 15 คน ที่คัดเลือกจาก โรงพยาบาล 2 แห่ง ที่ภาคใต้	วิธีศึกษา : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เครื่องมือ : แบบสัมภาษณ์ เจาะลึกกรับรู้ของผู้ป่วย เบาหวาน และครอบครัว การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย การสังเกตการณ์ ส่วนร่วม ถ่ายรูป จดบันทึกภาคสนาม แบบประเมินค่า 3 ชุด-สมรรถนะของผู้ดูแล- การรับรู้ของผู้ดูแล และ สถานะสุขภาพของผู้ป่วย กิจกรรมที่จัด :- สถิติที่ใช้วิเคราะห์ :- ระยะเวลา ใช้เวลา : 2 ปี	ข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่า ตัวแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล 2. Promoting care ที่บ้าน 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแล 4. สมรรถนะของผู้ดูแล 5. ผลลัพธ์จากการดูแล กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับตัวไม่ได้/คิดไม่ออก 2. ช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน 3. การค้นหา/เปลี่ยนแปลงเทคนิคการดูแล 4. ปรับเข้าสู่วิถีชีวิตปกติ Promoting care ที่บ้าน <ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมตัวผู้ดูแล 2. พัฒนาการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SUDSIRI HIRUNCHUNHA (ต่อ)						<p>2. พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยการ พึ่งตนเอง และปรับตัวเองให้เข้ากับบทบาท</p> <p>3. รักษาคุณภาพการดูแลและปรับแต่งวิถีชีวิต ของตนเอง</p> <p>ยุทธศาสตร์ Promoting care ยังประกอบด้วย การสร้างควมไว้วางใจและความมั่นใจใน ตนเอง ทักษะการส่งเสริมการไต่ตรงด้วย ตนเอง การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน การ ค้นหากลุ่มสนับสนุน การเสริมสร้างพลัง อำนาจ การนำความเชื่อการดูแลแบบดั้งเดิม และแผนใหม่เข้าด้วยกัน การเสริม ความสามารถให้กับผู้ดูแล และการเป็นมิตร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแล ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสบการณ์การดูแล 2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3. ความหวัง 4. การสนับสนุนจากครอบครัว

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
SUDSIRI HIRUNCHUNHA (ต่อ)						<p>5. สถานะสุขภาพของผู้ดูแล</p> <p>6. ระดับความต้องการการดูแลตนเอง</p> <p>7. การสนับสนุนจากสังคม</p> <p>8. ความคิดสร้างสรรค์ของผู้ดูแล</p> <p>9. สถานะทางเศรษฐกิจ</p> <p>สมรรถนะของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้ระบุ บทบาททางพยาบาลเฉพาะทางในสมรรถนะ การดูแลของผู้ดูแล ในการกำหนดการดูแล ผู้ป่วย Stroke ได้อย่างอิสระ</p> <p>ผลลัพธ์จากการดูแล ตัวแบบมั่นใจว่า ผู้ป่วย ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน</p> <p>นอกจากนั้นแล้วผู้ดูแลบางคนสามารถเริ่มต้น มีวิถีชีวิตเป็นแบบเดิมได้ใหม่เมื่อผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองได้</p>

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
สุวาริ เทพคารา; อาคม อารยาวิชานนท์; ลักขณา ทองมี; นิจ กานต์ ตันอุ้นเดช; ปิย พร ไชยกุล; สุภาพร ศิริ บุรณัฒพัฒนา นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2544	การพัฒนาระบบ การดูแลและ ฟื้นฟู สมรรถภาพใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่าง ต่อเนื่องโดย ความร่วมมือ ของผู้ป่วยและ ญาติ	ศึกษาแนวทางในการ พัฒนาระบบการดูแล และฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง	กระบวนการ การใน การทำ กิจกรรม ดังกล่าวมี แนวควา มคิดจาก M.Praha ker Reddy & Vinay Reddy (1997)	กลุ่มตัวอย่าง ใน พื้นที่ โรงพยาบาล สรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 20 คน	วิธีศึกษา : การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (action research) เครื่องมือ : แบบสอบถาม แบบประเมิน Barthel Index(BI) แนวทางการ สัมภาษณ์และประเด็นในการ ทำสนทนากลุ่ม กิจกรรมที่จัด : ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและ วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการ พัฒนารูปแบบ การให้ความ ร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว หรือญาติในการดูแลและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : ร้อยละ ระยะเวลาใช้เวลา : 3 เดือน	1. กลุ่มตัวอย่าง 20 คน เป็น ชายมากกว่า หญิง อายุเฉลี่ย = 65 ปี ส่วนใหญ่มี อาชีพเกษตรกร และมีที่อยู่นอกเขต อำเภอเมือง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่อง ผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นหญิงมากกว่าชาย 2. ค่า BI เฉลี่ยก่อนถูกจำหน่ายกลับเท่ากับ 4.8 ค่า BI เฉลี่ยเมื่อกลับมาติดตาม ผลการรักษา ภายหลังจำหน่าย 3 เดือน เท่ากับ 12.2 3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าปัญหาการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ ปัญหาเรื่องระบบ ปัญหาจาก การขาดบุคลากร ปัญหาเรื่องการ ประสานงาน และปัญหาด้านผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ ระยะเวลา	ผลการศึกษา
กัญญาลักษณ์ ณรังษี นนทบุรี : สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข, 2545	การพัฒนาระบบ การให้บริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของ โรงพยาบาล มหाराช นครราชสีมา	1. วิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาของ การได้รับ บริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองก่อน และหลัง จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล มหाराช นครราชสีมา		ศึกษาจากประวัติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เฉพาะ ผู้ป่วยที่เคยนอน พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล มหाराช นครราชสีมาและ เคยได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ จากกลุ่มงานเวช กรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล มหाराชนครราช สีมา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2542 ถึง 30 กันยายน 2543	วิธีศึกษา : วิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือ : แบบแนวทาง การสัมภาษณ์และสังเกต สิ่งแวดล้อมผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและ ครอบครัว แบบประเมิน ความสามารถของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินสภาพสภาพ บ้านของผู้ป่วยโรงพยาบาล แบบประเมินรายงานของ งานกายภาพบำบัดและงาน กิจกรรมบำบัด กลุ่มงาน เวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาล มหाराชนครราชสีมา	สรุปเป็นรูปแบบใหม่ของการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้คือ 1. หน่วยงานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมาจะ รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันโดยจะให้บริการฟื้นฟูสมรรถ ภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดจะ วิธีการทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษาทุกราย 2. ก่อนออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะ ได้รับคำแนะนำวิธีการฟื้นฟูสมรรถ ภาพที่จำเป็นและสำคัญ 3. นัดหมายผู้ป่วยให้มารับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพต่อเนื่องในวันที่แพทย์อายุ รกรรมนัดมาติดตามผลการบำบัดรักษา ครั้งแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ชื่อผู้แต่ง แหล่งที่มา	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี/ แนวคิด	กลุ่ม ตัวอย่าง	วิธีศึกษา เครื่องมือ/กิจกรรมที่จัด/ระยะเวลา	ผลการศึกษา
กัญญาลักษณ์ ณรังษี (ต่อ)		<p>2. หาแนวทางแก้ไข ปัญหาระบบบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่เหมาะสม สม และสอดคล้องกับ บริบทของผู้ป่วยและ บุคลากรโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา</p> <p>3. กำหนดและประเมิน ระบบการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา</p>		และเป็น ผู้ป่วยที่ อาศัยอยู่ ในพื้นที่ เขตความ รับผิดชอบ ของกลุ่ม งานเวช กรรม สังคม โรงพยา บาล มหาราช นครราชสี มา	<p>ระเบียบวาระการประชุมซึ่งผ่านการพิจารณา กำหนดร่วมกันของทีมนักวิจัยและ บันทึกการ ประชุมในการประชุมระหว่างทีมนักวิจัยกับ บุคลากรกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและกลุ่มงาน เวชกรรมสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่จัด :</p> <p>ระยะที่ 1:รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สถานการณ์และหารูปแบบระบบการให้ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง : 6 เดือน คือ เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน กรกฎาคม 2544</p> <p>ระยะที่ 2:ดำเนินงานตามแผน :10 เดือนคือ เดือนสิงหาคม 2544 ถึงพฤษภาคม 2545</p> <p>ระยะที่ 3 : ประเมินผล : 4 เดือน คือ เดือน มิถุนายน 2545 ถึง เดือนกันยายน 2545</p> <p>สถิติที่ใช้วิเคราะห์ : ร้อยละ</p> <p>ระยะเวลาใช้เวลา : 20 เดือน</p>	<p>4. เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านซึ่งอยู่ ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้ประสานงานของกลุ่มงานเวช กรรมฟื้นฟูจะส่งข้อมูลทุกอย่าง ของผู้ป่วย ให้แก่ผู้ประ สานงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม</p> <p>5. ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านจาก ทีมแพทย์และพยาบาลเวช ปฏิบัติครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ สถานอนามัยที่ประจำในพื้นที่</p> <p>6. ใช้ระบบการประสานข้อมูลเพื่อ ให้บริการของทั้งสองกลุ่มงานมี ความเชื่อมโยงเพื่อช่วยแนะนำ แก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้ บรรลุวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง</p>