

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลการดำเนินงานชมรมเบาหวานสุขภาพดี ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ไพโรจน์ สุรัตนวนิช

โรงพยาบาลอ่างทอง

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห อำเภอมือง จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาส่วนนี้เป็นการประเมินผลการดำเนินงานชมรมเบาหวานสุขภาพดี เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมเบาหวานทั้งหมด จำนวน 47 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างด้วยสถิติ chi-square ดำเนินกิจกรรมในชมรมด้วยกระบวนการด้านต่าง ๆ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ค่ายเบาหวาน กิจกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การจัดทำแฟ้มสุขภาพ เป็นต้น แล้ววัดผลด้วยค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด โดยวัดระยะห่างกัน 1 ปี พบว่าดัชนีมวลกาย น้ำตาลสะสม ไชมันไตรกลีเซอไรด์ ไชมันความหนาแน่นสูง และไขมันความหนาแน่นต่ำไม่เปลี่ยนแปลง จึงนำข้อมูลรายบุคคลมาติดตามให้บริการดูแลที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมต่อไป

**คำสำคัญ:** ชมรมเบาหวาน, ศูนย์สุขภาพชุมชน

## บทนำ

ปัจจุบันนี้สภาพสังคม เศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน แบบแผนการเจ็บป่วยและการตายได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น<sup>(1)</sup> ในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะโรค (burden of diseases study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อ

สูงกว่าโรคติดต่อมากกว่า 3 เท่า ซึ่งพบว่า เบาหวานเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 2 ในเพศหญิง เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัยพบว่า เบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มอายุ 30-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 586.8 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2549<sup>(2)</sup>

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด สามารถบั่นทอนทำลายสุขภาพทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนของผู้-

ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ 1) microvascular complication ได้แก่ diabetic retinopathy, nephropathy, diabetic neuropathy 2) macrovascular complication ได้แก่ coronary heart disease (CHD), cerebrovascular disease (CVD), etc ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน<sup>(3,4)</sup> ทั้งนี้มีสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม<sup>(2)</sup> มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 60 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลในการดูแลป้องกันการเป็นเบาหวาน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจาก ระบบบริการสุขภาพจัดระบบไม่มีประสิทธิภาพดีพอ ทั้งที่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่อง ควรจะเป็นบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าโรงพยาบาล<sup>(5)</sup>

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแหเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ จำนวน 9,830 คน ในปี 2548 ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน จำนวน 137 คน ในจำนวนนี้ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นจำนวนมาก ซึ่งก็ไม่มีระบบข้อมูลที่ยั่งยืนได้ เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนทราบเพียงมีผู้ป่วยมาทำแผลที่ต้องถูกตัดนิ้วเท้า และแผลลึกที่ได้ผ่าเท้าเป็นประจำ 3 คน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาส่วนนี้เป็นการประเมินผลชมรมเบาหวานสุขภาพดี เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและ

หลังดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จึงเชิญชวนตั้งกลุ่มเป็นชมรมเบาหวานสุขภาพดี มีสมาชิกชมรมทั้งหมด 47 คน เพศหญิง 34 คน เพศชาย 13 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาประยุกต์ใช้เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมเบาหวาน โรงพยาบาลอ่างทอง เก็บข้อมูลก่อนและหลังจัดกิจกรรม ดำเนินการ 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาป่วย และโรคร่วม ในส่วนที่เป็นข้อมูลทางคลินิก คือ ดัชนีมวลกาย (ถือเกณฑ์ปกติคือ น้อยกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C ถือเกณฑ์ปกติ คือน้อยกว่า 7 mg%) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG ถือเกณฑ์ปกติ น้อยกว่า 150 mg%) ไขมันความหนาแน่นสูง (HDL ถือเกณฑ์ปกติ มากกว่า 45 mg%) ไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL ถือเกณฑ์ปกติ น้อยกว่า 130 mg%) ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบก่อนและหลัง ใช้สถิติวิเคราะห์ chi-square ดำเนินกิจกรรมในชมรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** สอนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองทุกเดือน

**กิจกรรมที่ 2** ทำอาหารเบาหวานเพื่อสุขภาพ โดยนักโภชนาการ ทุก 3 เดือน

**กิจกรรมที่ 3** จัดทำแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยในแฟ้มประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคล
- กราฟชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน 2 ปีย้อนหลัง และสอนการดูกราฟและการจุดกราฟเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

• ร่วมกันจัดทำผังเครือญาติของตนเองเพื่อหากกลุ่มเสี่ยงในครอบครัวและติดตามผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงให้เจาะน้ำตาลในเลือดและรับรู้แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อ

ไม่ให้ป่วยเป็นเบาหวานโดยให้ผู้ป่วยเป็นคนถ่ายทอด และแจกเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตน

- มอบรางวัลและประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ที่สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวได้ครบทุกคนภายใน 2 เดือน กิจกรรมที่ 4 สอนเรื่องยากับโรคเบาหวานโดยเภสัชกร

**กิจกรรมที่ 5** สาธิตและให้ผู้ป่วยร่วมกันออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่งานแผนไทยเป็นประจำทุกเดือน

**กิจกรรมที่ 6** ประกวดเพื่อนเบาหวานสุขภาพดี

**กิจกรรมที่ 7** จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเดือนการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง (3 ตา ไต ตีน)

**กิจกรรมที่ 8** ให้กำลังใจเพื่อนยามป่วยด้วยมิตรไมตรี (เยี่ยมสมาชิกป่วยหรืออนโรงพยาบาล)

**กิจกรรมที่ 9** จัดกิจกรรมค่ายเบาหวานเพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพและผ่อนคลายความตึงเครียด

## ผลการวิจัย

สมาชิกชมรม 47 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.3 เพศชาย ร้อยละ 27.7 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.4 ระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 90.9 มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 90.9 และมีไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 63.6 หลังจัดกิจกรรมชมรม พบว่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ลดลงจากร้อยละ 57.4 เหลือ 53.2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผิดปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.3 เป็น 59.6 ไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ ลดลงจากร้อยละ 40.4 เหลือ 27.7 ไขมันความหนาแน่นสูง ผิดปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.2 เป็น 63.8 ไขมันความหนาแน่นต่ำผิดปกติลดลงจาก 81.5 เป็น 72.3 จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมชมรมเบาหวาน สุขภาพดี พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) น้ำตาลสะสม (HbA1C) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) ไขมันความหนาแน่นสูง (HDL) และไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL) ไม่มีความแตกต่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามผลลัพธ์ (n = 47 คน)

ข้อมูลด้านคลินิก	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (ก.ก./เมตร <sup>2</sup> )				
น้อยกว่า 25	20	42.6	22	46.8
ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป	27	57.4	25	53.2
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) (mg%)				
น้อยกว่า 7	21	44.7	19	40.4
ตั้งแต่ 7 ขึ้นไป	26	55.3	28	59.6
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์(TG) (mg%)				
น้อยกว่า 150	28	59.6	34	72.3
ตั้งแต่ 150 ขึ้นไป	19	40.4	13	27.7
ระดับไขมันความหนาแน่นสูง(HDL) (mg%)				
ตั้งแต่ 45 ขึ้นไป	22	46.8	17	36.2
น้อยกว่า 45	25	53.2	30	63.8
ระดับไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL) (mg%)				
น้อยกว่า 130	7	14.9	13	27.7
ตั้งแต่ 130 ขึ้นไป	40	85.1	34	72.3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n = 47 คน)

	ก่อน	หลัง	$\lambda^2$	p-value
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>			0.172	0.678
ปกติ	20 (42.6)	22 (46.8)		
ผิดปกติ	27 (57.4)	25 (53.2)		
<b>ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C)</b>			0.174	0.677
ปกติ	21 (44.7)	19 (40.4)		
ผิดปกติ	26 (55.3)	28 (59.6)		
<b>ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG)</b>			1.706	0.192
ปกติ	28 (59.6)	34 (72.3)		
ผิดปกติ	19 (40.4)	13 (27.7)		
<b>ไขมันความหนาแน่นสูง (HDL)</b>			1.096	0.295
ปกติ	22 (46.8)	17 (36.2)		
ผิดปกติ	25 (53.2)	30 (63.8)		
<b>ไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL)</b>			2.286	0.131
ปกติ	7 (14.9)	13 (27.7)		
ผิดปกติ	40 (85.1)	34 (72.3)		

### วิจารณ์

จากการดำเนินงานชมรมเบาหวานสุขภาพดี ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 47 คนที่มีระดับน้ำตาลเกินเกณฑ์ของพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานโดยการจัดตั้งชมรมเบาหวานสุขภาพดี ดำเนินการด้วยกระบวนการต่าง ๆ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ค่ายเบาหวาน การสอนผู้ป่วยประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ และการสาธิตการออกกำลังกาย เป็นต้น วัดผลจากการตรวจร่างกายและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันความหนาแน่นสูงและไขมันความหนาแน่นต่ำ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทนา ไบเนียม<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมทางกายภาพในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสาธารณสุขในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

ที่โรงพยาบาล 2 ครั้งและเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ผลวิจัยพบว่า หลังได้รับกิจกรรม ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าก่อนได้รับกิจกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.06) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย นิรัตน์ อินามิ<sup>(7)</sup> ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองมาใช้ ผลวิจัยพบว่าหลังการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรัตน์ อินามิ และคณะ ศึกษารูปแบบการสร้างพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ศึกษา หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยลดลง จากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ระดับ gluco sylate hemoglobin (HbA<sub>1c</sub>) มีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

และสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนิกร พรหมเมศร์<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาผลการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโพธิ์เอน อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) และค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA<sub>1c</sub>) ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการวิจัยประเมินผลลัพธ์ชมรมเบาหวานสุขภาพดีครั้งนี้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผิดปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.3 เป็น 59.6 อาจเนื่องจากเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 57.4 ดังนั้นการจะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจึงทำได้ยาก และเมื่อวิเคราะห์ลึกรายบุคคลทั้งก่อนและหลังกิจกรรมชมรมในกลุ่มที่ระดับน้ำตาลสะสม มากกว่า 7 mg% พบว่า มีการลดระดับของน้ำตาลสะสมลง (แต่ลดลงไม่ถึงระดับน้อยกว่า 7 mg%) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 มีเพียง 11 คน ที่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมลงได้ ผู้วิจัยและทีมสุขภาพจึงดำเนินงานต่อ ด้วยการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม และที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน รวมถึงการมี กิจกรรม สร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในผู้ป่วย

สรุปคือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นเป็นเรื่องยาก แต่ท้าทาย วิธีการใดวิธีการหนึ่ง อาจไม่สำเร็จในครั้งเดียว ต้องอาศัยหลาย ๆ วิธีการ อย่างไรก็ดีจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแหในระยะเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ดีขึ้นน่าจะทำให้โรคแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นในโอกาสต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนากลยุทธ์และกิจกรรมต่างๆ เพิ่ม เช่น การดูแลแบบองค์รวม การสร้างพลังอำนาจกระบวนการกลุ่มหรือวิธีการดูแลรักษา เช่น การปรับยาเบาหวาน การ

ออกกำลังกายเพิ่มเติม เพื่อติดตามว่าตัวชี้วัดที่ยังไม่ดีขึ้น เช่น ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดจะดีขึ้นได้หรือไม่

ควรขยายการประเมินวัดผลในกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแหในกลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมเบาหวานสุขภาพดี ด้วยเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธีรวัชร จันทร์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทองที่สนับสนุนการพัฒนา ขอขอบคุณทีมสุขภาพและผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแห และทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. [online] 2549 [สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2549]; แหล่งข้อมูล : URL : <http://www.moph.go.th>.
2. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
3. ประภัสสร วัฒนวิทย์, จิราภรณ์ ฉลาภูวัฒน์, สมใจ นกดี, ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเมืองจะเจียงเทรา. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2543; 22:30-41.
4. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Leeksom. Mortality From coronary heart disease in Subjects with type 2 diabetes and non diabetic subjects with or without prior myocardial infarction. N Engl J Med 1998; 339:229-34.
5. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารระบบสาธารณสุข 2550; 1: 17-31.
6. นิรัตน์ อิมามิ, ศศิธร สายวงศ์, บรรณาธิการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหารและออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การจัดการสุขภาพแนวใหม่; 27-29 เมษายน 2548; โรงแรมเจริญธานี ปรีณเชส ขอนแก่น.มหาสารคาม: อภิชาติ

- การพิมพ์; 2548.
7. นิรัตน์ อิมามิ, พิสมัย จารุชวลิต, มนูญ พูลทรัพย์, มณีวรรณ ไวกสิกรณ์, พิมพ์วัลย์ ติมประดับ, พัชราภา ล้วนโค, บรรณาธิการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารและออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การจัดการสุขภาพแนวใหม่; 27-29 เมษายน 2548; โรงแรมเจริญธานี ปรีณเชส ขอนแก่น. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์; 2548.
8. รัชนิกร พรหมเมศรี. ผลการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic control) ของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธิ์เอน อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2550; 15:57-63.

**Abstract Outcome of Healthy Diabetes Mellitus Club in Baan Hae Primary Care Unit, Amphoe Maueng, Ang Thong province**

**Pairoj Surattanavanich**

Ang Thong Hospital

*Journal of Health Science* 2008; 17:SIII868-73.

This study was a part of Diabetes Mellitus caring system development in Baan Hae Primary Care Unit, Amphoe Maueng, Ang Thong province and an evaluation of Healthy Diabetes Mellitus Club to adjust the way of diabetes patient's life style. It was a quasi-experiment research of one group. The samples were all 47 members of Healthy Diabetes Mellitus Club which operated between October 2006 - September 2007. Data were collected by using patient's record from and were analyzed for statistical difference by chi-square test. The activities in club were self help group, camp, food for health, knowledge about drugs, physical exercise, foot caring, and health profile etc. Body mass index, hemoglobin A<sub>1</sub>C and lipid profile were measured before and after the club activities. The result found that after club activities body mass index, hemoglobin A<sub>1</sub>C, triglyceride, HDL- cholesterol and LDL- cholesterol were no significant difference. So their individual health profiles were used for holistic health care at home (Home Health Care).

**Key words: Diabetes Mellitus Club, Primary Care Unit**