

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชนตำบล ตลาดขวัญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Strengthening individual, family, and community abilities to
promote health in Community Way and well-being of people with
diabetes and hypertension in Tambon Talat-Khwan,
Doi Saket District, Chiang Mai

เบญจมาศ ถาดแสง¹, พีรนุช ลาเซอร์²
Benchamat Thatsaeng¹, Peeranuch Lasure²

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลของการศึกษาการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชน ซึ่งมีกระบวนการสร้างเสริมประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยผู้ป่วยต้องได้รับ 1) ความรู้และความเชื่อ 2) การเพิ่มทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองและสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม 3) การช่วยเหลือทางด้านสังคมจากชุมชน เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถจัดการตนเองได้ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ โดยครอบครัวมีส่วนในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรค และชุมชนมีส่วนร่วมในการผสมผสานวิถีความเป็นอยู่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ

จากการร่วมมือกันทั้งสามฝ่ายนั้น ผลลัพธ์ พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2) บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) เกิดชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามวิถีชุมชน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็ง, ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ครอบครัว, ชุมชน

¹ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ (McCormick Faculty of Nursing, Payap University)
tadsang@yahoo.co.th, 083-8621363

² คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ (McCormick Faculty of Nursing, Payap University)
goodmorningspim@gmail.com, 096-0160559

Abstract

This article aims to present the results of the study on Strengthening individual, family, and community abilities to promote health in Community Way and well-being of people with diabetes and hypertension Which has a supplementary process consisting of 3 important elements are patients, families and communities. Patients must receive 1) knowledge and beliefs 2) increase skills and ability to self-regulate and self-management 3) social assistance from Community to bring to change behavior to be able to manage themselves in terms of having meal exercise And dealing with emotions The family has a part to recognize the problems of patients together, planning for patient care. As well as promoting Supporting patients to be able to take care of their health appropriately with the disease. And the community is involved in integrating the way of life local knowledge And benefits in the community To encourage patients to be able to take care of themselves

From the cooperation of the three parties, the results showed that 1) Increase health care behavior of knowledge, attitudes and behaviors of diabetic patients and hypertension patient 2) Individuals in the family with diabetes and hypertension is involved in caring for the patients. 3) A model community is established to take care of diabetics patient and hypertension patient in the community way

Keywords: Strengthening, Diabetes patient, Hypertension patient, Family, Community

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคพบว่า มีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง เป็นจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี 2559 พบ อัตราตายด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 12.05 ปี 2560 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 13.07 และ ในปี 2559 พบ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.01 ปี 2560 พบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.96 (กรมควบคุมโรค, 2560) จากสถิติคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแฉะ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็น อันดับหนึ่งและอันดับที่สอง โดยจำนวนผู้ป่วยทั้งสองโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งนี้ โดยปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 148 ราย และโรคเบาหวาน จำนวน 80 ราย และปี 2557 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 232 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.79) และ โรคเบาหวาน จำนวน 120 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67) และโรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ได้แก่ มะเร็ง

(ร้อยละ 29.41) โรคหัวใจ (ร้อยละ 23.52) และเส้นเลือดในสมองแตก (ร้อยละ 17.64) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนยังไม่ถูกต้องและผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการณรงค์ให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองทุกปี รวมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันโรคแล้วก็ตาม

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่ 1 และ 2 ของตำบลลาดชวัญ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนดังกล่าว ส่วนหนึ่งได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลดอยสะเก็ดมารักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแฉะ ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามระบบบริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี 2555 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาจำนวน 81 ราย และ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.73 และ 47.50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในตำบล ตามลำดับ ถึงแม้ ในปี 2557 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็น 110 และ 50 คน ซึ่งแปรผันตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ดังนั้น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักและเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและชุมชนให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผลลัพธ์ที่ได้คือ การลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรค รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดชวัญมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้การติดตามผู้ป่วยที่มารับบริการและการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาของการดูแลตนเอง และร่วมหารือ และแนะนำการแก้ไขปัญหสุขภาพกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงไม่ครบถ้วนและทั่วถึง ผู้ป่วยบางรายไม่มาตรวจตามนัด และบางรายไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ป่วยบางรายไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ได้นำนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2557 ทำให้พบปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยบางรายมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองโดยเฉพาะในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางราย

ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ จากการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุและได้สนทนากับญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ยังพบว่า ญาติมีความกระตือรือร้นที่จะได้ความรู้และเรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ต้องการให้มีผู้เยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้าน และมีความต้องการให้มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของชุมชน รวมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกชุมชนที่อาจมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต พบว่า แต่เดิมประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะทำนา และมีการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ มีคนวัยทำงานส่วนน้อยที่ออกไปทำงานนอกเขตชุมชน ประชาชนมีการประกอบอาชีพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การทำแคบหมู ข้าวแต่น แกะสลัก ขนมไทย น้ำพริก และดอกไม้จันทน์ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันเนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี รวมทั้ง การขยายตัวของชุมชนเมืองเข้ามาในชนบท และการขยายตัวของเศรษฐกิจของจังหวัดและประเทศ ทำให้วิถีชีวิตของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากแบบชนบทดั้งเดิมไปสู่ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ประชาชนวัยทำงานออกไปทำงานนอกบ้านหรือนอกเขตพื้นที่ชุมชนเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงผู้สูงอายุเท่านั้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างต่างๆ ภายในชุมชน แหล่งทำงานนอกเขตชุมชน ได้แก่ บริษัทห้างร้านในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ หรือโรงงานอุตสาหกรรมในเขตชานเมืองรอบ ๆ ส่วนในพื้นที่ก็ได้มีการสร้างโรงงานและมีการจ้างงาน เช่น โรงงานพลาสติก โรงงานเครื่องเทศ วิถีชีวิตของคนในชุมชนจึงเปลี่ยนแปลงไปจากแบบชุมชนชนบทไทย ไปเป็นการดำเนินชีวิตที่รีบเร่ง ต้องทำงานแข่งกับเวลาเนื่องจากการจราจร ไม่สะดวก ทำให้ไม่มีเวลาจัดสรรในการดำเนินชีวิตมากนัก กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นแบบเร่งด่วน แม้แต่การรับประทานอาหารที่เคยรับประทานที่บ้านก็เปลี่ยนไปเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารที่สั่งจากร้านอาหารหรือร้านสะดวกซื้อ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีเวลาให้กันน้อยลงเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และกลุ่มต่างๆ ที่เคยจัดในชุมชน ก็มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง เช่น จะเห็นว่ากลุ่มออกกำลังกายบางกลุ่มมีจำนวนผู้ออกกำลังกายน้อยลง หรือบางกลุ่มไม่มีการจัดกิจกรรมอีก เป็นผลสืบเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ประชาชนวัยทำงานออกไปประกอบอาชีพนอกชุมชนมากขึ้น ซึ่งผลกระทบจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังสองอันดับแรกของชุมชน

กระบวนการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพดีตามวิถีชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิธีการ มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ไปในทิศทางเดียวกัน และวางแผนการทำงานกิจกรรมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ครั้งๆ ละ 30 คน
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. แกนนำหมู่บ้าน และประชาชนชาวบ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ครั้งๆ ละ 30 คน
3. ประชุมเครือข่ายสุขภาพ และแกนนำภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเพื่อศึกษาวิถีชุมชน และแนวทางในการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
4. สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและครอบครัว
5. จัดเวทีนำเสนอสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในข้อ 1 และข้อ 2 และผลการประชุมเครือข่ายสุขภาพและแกนนำภูมิปัญญาท้องถิ่น แก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ตรงกัน และค้นหาผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อาสาเป็นตัวแทนในการร่วมวางแผนการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินงาน จัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วิธีการ แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ค้นหาแนวทาง เป็นขั้นตอนการหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้
 - 1.1 จัดเวทีเพื่อระดมสมองอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อหาแนวทางในการจัดการตนเอง โดยการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด
 - 1.2 จัดเวทีเพื่อระดมสมองอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. แกนนำกลุ่มสุขภาพ และแกนนำกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีชุมชน เพื่อหาแนวทางในการจัดการตนเอง โดยการผสมผสานวิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด
 - 1.3 ทีมนักวิจัยจัดประชุมเพื่อวางแผนการนำผลการระดมสมองมาพัฒนาให้เกิดแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน
2. จัดกิจกรรมสร้างเสริมการมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการอมรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยผสมผสานวิถีสุขภาพชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และการผสมผสานวิถีชุมชนในด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2 จัดตั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ตามบริบทของชุมชน เช่น แกนนำด้านอาหารสุขภาพ แกนนำการออกกำลังกาย และแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์

2.3 กลุ่มแกนนำสุขภาพจัดโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน ทั้ง 3 ด้าน เช่น การอบรม อาหารพื้นบ้านต้านเบาหวาน-ความดัน ออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย เป็นต้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลลัพธ์ และการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน

1. การประเมินผลลัพธ์

1.1 ติดตามสำรวจการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้าน รายละเอียด 2 ครั้ง

1.2 จัดเวทีให้อาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดโครงการ

1.3 จัดเวทีให้ อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ สะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดโครงการ

1.4 นักวิจัยถอดบทเรียนถอดบทเรียน ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการที่ทำงานร่วมกันรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการจัดเวที เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การประเมินประสิทธิผล

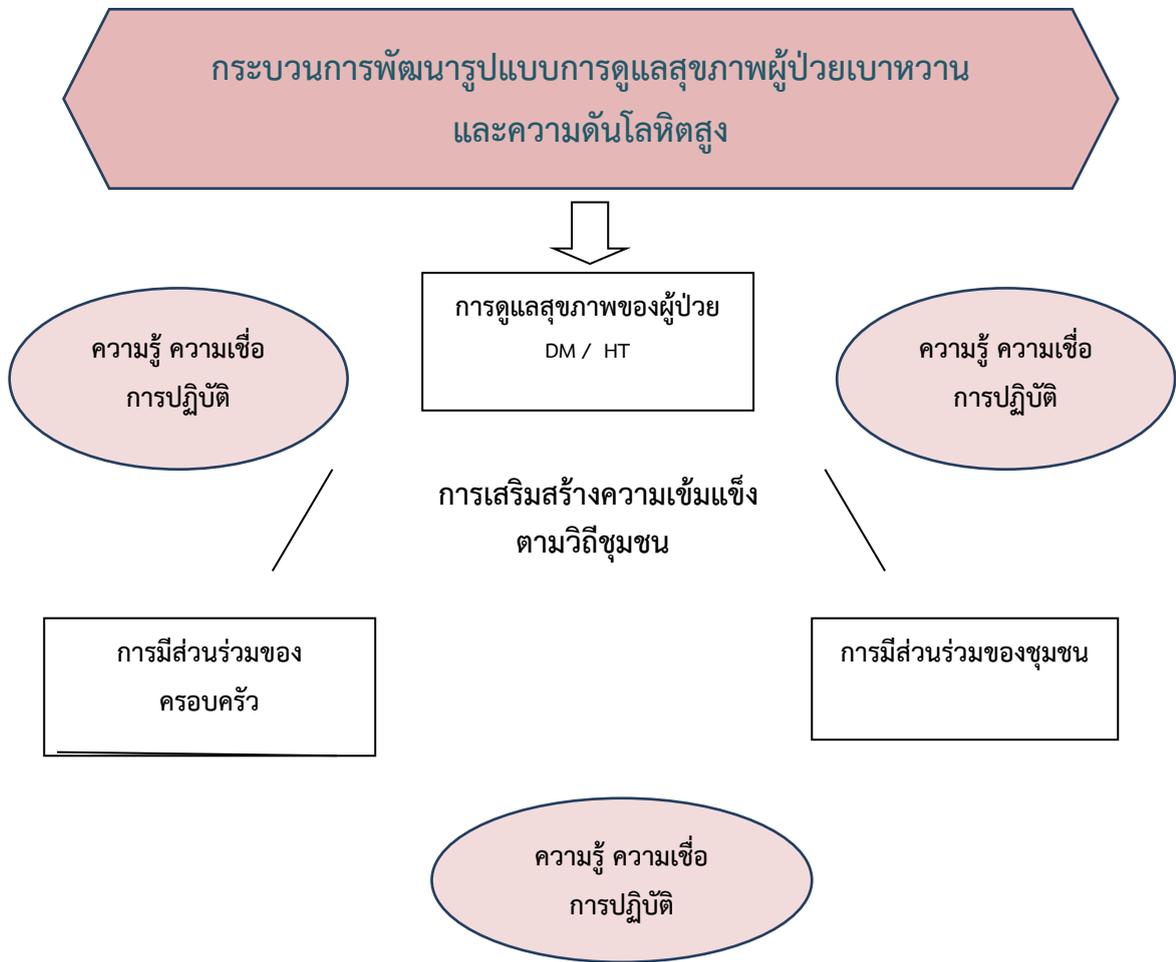
2.1 ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 ติดตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มาตรวจตามนัดหรือไม่ปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.3 ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสามารถดูแลตนเองเพื่อประเมินผลการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.4 ติดตามการดำเนินงานของแกนนำกลุ่มอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการดำเนินงาน

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน



การเสริมสร้างความเข้มแข็ง หมายถึง การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองในระดับที่จะสามารถจัดการกับปัญหาและป้องกันผลกระทบของปัญหาได้

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอຍสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอຍสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์กันในระบบเครือญาติ มีส่วนในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคและความเจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนได้มีส่วนในการค้นหาปัญหา วางแผน ดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดวิธีการดำเนินงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในกระบวนการเสริมศักยภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

สุขภาพดี หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพอันเป็นผลจากโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นต่อไปอีกได้

วิถีชุมชน หมายถึง แบบแผนการดำเนินชีวิตของชุมชน ในตำบลตลาดขวัญ อำเภอตอแย สะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

แนวคิดในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง มีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับอาการ และภาวะเรื้อรังของโรคที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยกระบวนการฝึกทักษะ คิดแก้ไขปัญหา วางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการดังกล่าว และมีการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สามารถปรับเข้าใช้ในการดำเนินแบบแผนชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ปฏิบัติทักษะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม (เบญจมาศ ถาดแสง, 2555) การจัดการตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ (self management tasks) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา 2) การจัดการกับบทบาท (role management) เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management) เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย โดยต้องสามารถจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ให้ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ที่สนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้สามารถผ่านสิ่งต่าง ๆ ไปได้ และประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญของแนวคิดในการจัดการตนเอง ได้แก่ การที่จะต้องฝึกฝนทักษะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน โดยที่ทักษะดังกล่าวประกอบด้วยทักษะ 6 ประการในการจัดการตนเอง ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient provider partnerships) การปฏิบัติ (taking action) และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (self

tailoring) นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ที่ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ การให้การสนับสนุนให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ได้จากการประสบความสำเร็จโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) และการสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) เพื่อให้มีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวล กระบวนการที่กล่าวมาทั้งหมด จะนำไปสู่การจัดการตนเอง (self-management) ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในระยะยาว ดังนั้น การจัดการตนเอง (self-management) จึงเป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นต้องกระทำถึงแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม (Lorig, 1993) การจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงตัดสินใจที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย โดยเน้นวิธีการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง จะเห็นว่า กระบวนการจัดการตนเองที่กล่าวมาเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ แตกต่างจากการสอนโดยทั่วไป และเมื่อได้บูรณาการแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูราไว้ในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม เชื่อว่าจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนได้ดีขึ้น โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวานที่พบค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามแนวคิดการจัดการตนเองนี้สามารถนำไปใช้กับโรคเรื้อรังได้ทุกโรค และยังทำให้การดำเนินของโรคดีขึ้นไปในทิศทางบวกต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นค่านิยมและความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลซึ่งกันและกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ซึ่งไม่ใช่เฉพาะบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย คู่สามีภรรยาดูแลกันและกัน หรือพี่น้องดูแลกันและกันอีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จากการศึกษาของ Sebern พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) การสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารโดยการแสดงความรู้สึก การให้คำแนะนำและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยแลสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน

2) การตัดสินใจ หมายถึง การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ร่วมรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแล และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) การกระทำร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแล และแสดงพฤติกรรมในการดูแล และการจัดการกับความเจ็บป่วยตามขีดความสามารถของครอบครัว

เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงถือว่าเป็นภารกิจหนึ่งของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลซึ่ง กันและกันเพื่อให้ครอบครัวดำรงอย่างปกติสุข ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร ทีมสุขภาพ จึงต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของโรค วัฒนธรรมของครอบครัว และแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและ สังคมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการปรับเปลี่ยนการดูแลให้สอดคล้องกับแบบ แผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีหลายลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้ การสอนและการฝึก ทักษะการดูแล การฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนและให้กำลังใจ ตลอดจนการให้คู่มือการดูแล ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริม ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองอย่างสูงสุด (จงจิต บุญอินทร์, 2551)

บทบาทของครอบครัวในการดูแล จะมีบทบาทที่ครอบคลุมกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ระพีพร วาโยบุตร, 2556) กล่าวถึง ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ครอบครัวมีบทบาทในการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วย โดยความเชื่อต่อการเจ็บป่วยของครอบครัวเกี่ยวกับโรคจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ การสนับสนุนช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวการรักษาอีกด้วย

2. ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวมีส่วนในการเพิ่มหรือลด ความเครียดต่อความเจ็บป่วย เพราะการเจ็บป่วยโดยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน เป็น ภาวะที่คุกคามชีวิต เมื่อภาวะของโรครุนแรงขึ้น หรือเมื่อควบคุมโรคไม่ได้และเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยจะพยายามหาการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด คือ ครอบครัว ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ วัตถุประสงค์ของ เงิน การดูแล เอาใจใส่ การทำกิจกรรมร่วมกันและการให้กำลังใจผู้ป่วยที่ครอบครัวมีแรงสนับสนุนดี เช่น ครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพเหนียวแน่น สมาชิกในครอบครัวยอมรับต่อโรค ดูแลเอาใจใส่ดีทำให้

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยโรคเบาหวานได้ และส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. ครอบครัวมีส่วนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ต่อสภาวะการเจ็บป่วยของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่การกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ได้ การได้รับเสริมสร้างพลังอำนาจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มระดับพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่บุคคลที่เป็นสมาชิกของชุมชนมีส่วนในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม ควบคุมกำกับและประเมินผล โดยอาศัยทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการพึ่งตนเอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุม การปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในงานต่างๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง หรือการเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน ซึ่งลักษณะของการเข้าร่วม ประกอบด้วย ความกระตือรือร้น มีการร่วมมือ การสร้างพลังในการพัฒนา การมีสิทธิในตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะเกิดประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด (ทวิทอง หงส์วิวัฒน์, 2527 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสภ, 2553) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ หัวใจของการพัฒนาในด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง, 2545 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสภ, 2553)

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริงหรือสมบูรณ์นั้น จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดระดับความสำคัญตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามและประเมินผล และต้องมีการตัดสินใจด้วยตัวเองด้วย 2) การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรร ควบคุม ด้านการเงินและการบริหาร 3) การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการยกระดับของการพึ่งตนเองและควบคุมทางสังคม 4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ที่เท่าๆ กัน ซึ่งจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือวัตถุได้ การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชุมชน มีขั้นตอนต่างๆ คือ กำหนดแนวคิดโครงการ (Program Conceptualization) กำหนดนโยบาย (Policy Development) กำหนดโครงการ (Program Formation) กำหนดแผนงานโครงการ (Program Planning) ปฏิบัติตามโครงการ (Program Implementation) ประเมินผลโครงการ (Program Evaluation) และวางแผนโครงการใหม่ (Program Re-planning) การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญและเป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนได้ ดังนี้ (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง,

2545 อ้างถึงใน นิรมล เมืองโสม, 2553) 1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร โดยที่อาสาสมัคร ซึ่งการมีส่วนร่วมสามารถกระตุ้น และสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้นำตามธรรมชาติ มีทิศทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนริเริ่มที่จะทำให้เกิดสิ่งๆ ที่ชุมชนอยากให้เกิดขึ้นเพื่อความยั่งยืนของชุมชนในชุมชน 2) เกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของคนในชุมชน ทำให้ประชาชนได้รับองค์ความรู้ใหม่ มีการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาชาวบ้านกับวิทยาการสมัยใหม่ มีการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน 3) เกิดการสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชน และชุมชน ทำให้เกิด “พหุภาคี” ในการทำงานเพื่อพัฒนาในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อชุมชน 4) ทำให้เกิดการจัดกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชนร่วมกัน เกิดการรับรู้ปัญหาของชุมชนศึกษาแนวทางแก้ไข ปัญหาของชุมชน มีการบริการจัดการทรัพยากรในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงมีการสนับสนุนด้านกำลังกาย ทรัพย์ ความคิด หรือการระดมทุนเพื่อมาใช้ในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน 5) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างจิตสำนึกของข้าราชการในการพัฒนาแบบยั่งยืน ปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชนให้ลุกขึ้นมาแก้ไขปัญหา พัฒนาชุมชน ด้วยภูมิปัญญาของตนเอง 6) เกิดการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน มีการระดมทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง

จากการศึกษาวรรณกรรม พบว่า ชุมชนได้มามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายรูปแบบ เช่น ด้านการสนับสนุนองค์ประกอบในการส่งเสริมการออกกำลังกาย การคัดเลือกผู้นำออกกำลังกาย มีแกนนำออกดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้นในชุมชน อีกทั้งมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม อสม. มีบอร์ดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน นอกจากนี้ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในชุมชน คือ มีการจัดทำและแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจัดงบประมาณสนับสนุนองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นต้น (ระพีพร ลาภา, 2554: สุนทรีย์ เขยชุม, 2552) ดังนั้น การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนได้ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงถือว่าควรกระทำอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถพึ่งตนเองได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชุมชน

วรชัย ทองคำฟู (2551) กล่าวว่า วิถีชุมชน เป็นการอยู่ร่วมกันที่มีการพึ่งพิงการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนอย่างรู้คุณค่า ด้วยพื้นฐานทางด้านสังคม ภูมิปัญญาชาวบ้าน ประเพณีท้องถิ่นที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือที่เรียกว่าโรควิถีชีวิต ที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นจากความจริงทางด้านวิถีสุขภาพแวดล้อมและพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ดื่มสุรา

กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เล็งเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพชีวิตที่ดีของคนไทยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 ขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบชี้ทิศทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ลดภาวะเสี่ยง ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคลครอบครัวชุมชนสังคมและประเทศ แสดงให้เห็นว่าวิถีสุขภาพไทย ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมท้องถิ่นไทยเป็นวิถีชีวิตที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเป็นวิถีชีวิตที่ควรควรได้รับการสนับสนุนให้มีการบูรณาการวิถีสุขภาพชุมชนกับการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้จัดโครงการหรือกิจกรรม เพื่อตอบสนองนโยบายการสุขภาพดี วิถีไทย และประสบความสำเร็จในการส่งเสริมชุมชนให้มีสุขภาพดีหลายโครงการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบ จัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2556 และได้รับรางวัลตำบลจัดการสุขภาพดี ระดับจังหวัดประจำปี 2556 ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพตำบลจัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2555-2556 เพื่อประชาชนในหมู่บ้านลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดโดย จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนโดยผสมผสานวิถีชีวิตของชุมชน กับการดูแลสุขภาพ โดยยึดหลัก 4 อ. 3 ส. เช่น อ.ออกกำลังกาย กระตุ้นและสร้างกระแสให้ประชาชนออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆละ 30 นาที โดย อสม.เป็นผู้นำออกกำลังกาย เป็นต้น สำหรับ ด้าน อ.อาหาร มีการส่งเสริมการปลูกผักกิมมี้ สวนครัวข้างบ้าน ที่หลากหลายเพียงพอต่อการบริโภค แนะนำให้ปลูกผักปลอดสารพิษไว้กินเองทุกครัวเรือน มีแปลงผักรวมแต่ละหมู่บ้าน เป็นต้น และ ด้าน อ. อารมณ์ ได้มีการ รณรงค์สร้างความสุขทางใจให้กับคนในชุมชนผ่านกิจกรรมถนนสายบุญ เส้นทางสร้างสุข จิตสงบ สิ่งแวดล้อมสะอาด วัดเทศน์ออกเสียงตามสายทุกเย็น และ อสม.ประเมินความเครียด วิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันในชุมชน เป็นต้น ด้าน อ. อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้จัดให้มีคณะกรรมการบริหารคุ้มและสมาชิกครัวเรือนในคุ้มรับผิดชอบมีการกำหนดกฎ กติกา ข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้าน มีการจัด “โครงการหน้าบ้านน่ามอง” จากกิจกรรมของตำบลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถนำวิถีชีวิตของชุมชนมาเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเป็นแนวคิดที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและการอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และการเสริมสร้างลักษณะนิสัยในการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5. แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Integrated Theory of Health Behavior change) เชื่อว่า การที่บุคคลจะสามารถจัดการกับตนเองในการดูแลโรคเรื้อรังได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้และความเชื่อ การเพิ่มทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง และการช่วยเหลือทางด้านสังคม

- ความรู้และความเชื่อ (Knowledge and beliefs)

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน กล่าวว่า บุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ถ้าบุคคลนั้นได้รับข้อมูลที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ซึ่ง Becker และ Maiman กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยความรู้และความเชื่อมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสำหรับการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรค ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองแนวคิดการ (Self-regulation skills and abilities

การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดการกำกับตนเองเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991 อ้างถึงใน สุพินญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ และธีรนุช ห้านิรติศัย 2556) เชื่อว่า การกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการทำ ให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีการสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรมตนเอง (self-evaluation) เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมโดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังตนเองกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนด นำ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม การกำกับตนเองเป็นปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้โดยขึ้นอยู่กับความใส่ใจ ความคิดการตัดสินใจ และความสามารถในการคิด วิเคราะห์ของแต่ละบุคคล กระบวนการสังเกต ดังนั้น การกำกับตนเองจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลดีต่อการควบคุมโรค

- การช่วยเหลือทางด้านสังคม (Social facilitation)

การช่วยเหลือทางด้านสังคม นอกจากจะประกอบด้วย การช่วยเหลือจากครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคมและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และความช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว ยังหมายถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

“ชุมชนเข้มแข็ง” หมายถึงชุมชนที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่ง ด้วยการมีผู้นำที่มีความสามารถ มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานวัฒนธรรม ความเชื่อ คุณค่าดั้งเดิม ศาสนา และเศรษฐกิจชุมชนที่พึ่งพาเอื้อเฟื้อกันและกัน โดยแต่ละชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองเข้าคลี่คลายและจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองภายใต้ความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรภายนอก

ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนที่มีความเข้มแข็งมีลักษณะที่สำคัญดังนี้คือ

- สมาชิกของชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนและชุมชนที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและสมาชิกของชุมชนพร้อมที่จะร่วมกันจัดการกับปัญหาของตนและชุมชน

- มีกระบวนการของชุมชนที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจน เป็นวิถีของชุมชนภายใต้การสนับสนุนของผู้นำองค์กรชุมชน ในลักษณะเปิดโอกาสให้กับสมาชิกทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วมโปร่งใส และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบ

- สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ของชุมชนกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมร่วมคิดตัดสินใจดำเนินงานติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาและการพัฒนาของชุมชนผ่านกระบวนการชุมชน

- สมาชิกชุมชนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการของชุมชน

- มีแผนของชุมชนที่ประกอบด้วยการพัฒนาทุกๆ ด้านของชุมชน ที่มุ่งการพึ่งตนเองเอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกชุมชนทุก ๆ คนและมุ่งหวังการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนการพึ่งความช่วยเหลือจากภายนอกเป็นการพึ่งเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุดไม่ใช้การพึ่งพาตลอดไป

- มีเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีการพัฒนา อาจเป็นหมู่บ้านชุมชนอื่น ๆ ท้องถิ่นภาคราชการ องค์กรเอกชน นักธุรกิจ นักวิชาการ และอื่นๆ ในลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ไม่สามารถทำได้โดยการสร้างจากบุคคลภายนอกชุมชน หรือทำโดยการสอน การฝึกอบรม ชุมชนที่เข้มแข็งจะมีกระบวนการในการจัดการของชุมชน มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมเพิ่มคุณค่าทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของคนในชุมชน ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เป็นเครือข่ายชุมชน และมีการขยายพันธมิตรออกไปนอกชุมชนในลักษณะสร้างความสัมพันธ์ ดังนั้น สมาชิกในชุมชนจึงต้องร่วมกัน

สร้างพลังชุมชน และใช้พลังชุมชน ในการพัฒนาชุมชนเพื่อสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนา

ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชุมชน มีดังนี้

1.1 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับมากมีจำนวนมากขึ้นโดยมีจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับมากเพิ่มขึ้น

1.2 ความตระหนักในความสำคัญของการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยที่สนใจและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอที่มีมากขึ้น และมีการชักชวนผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมให้มาเข้าร่วมกิจกรรม แสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วม กิจกรรมที่จัดขึ้น

1.3 ความเข้มแข็งของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังจากเสร็จกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้นำเสนอและริเริ่มให้มีการจัดกิจกรรม “ข้าวหม้อแกงหม้อ” สำหรับเป็น อาหารเช้าของผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัด แทนอาหารเช้าที่ รพ.สต. จัดให้เป็นประจำทุกเดือน

1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วยและญาติ ในการเข้าร่วมประชุมผู้ป่วยและญาติ แสดงความคิดเห็นมากขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ชุมชนมีแกนนำเพิ่มขึ้น และแกนนำได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถตามที่คาดหวัง และมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็ง และต่อยอดการสร้างแกนนำเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.6 การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น

1.7 การพัฒนาแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.8 การพัฒนารูปแบบและแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามวิถีชุมชน และเป็นรูปแบบที่ชุมชนอื่นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโจทย์ วิจัย และดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

1.9 ชุมชนมีเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ คือ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อขยายการพัฒนาสุขภาพของประชากรในชุมชน

สรุป โครงการนี้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิตของชุมชนกับการดูแลสุขภาพ และมีการต่อยอดจากการนำนักศึกษาเข้ามาฝึกปฏิบัติในชุมชนให้เกิด

เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคกับชุมชนตำบลลาดขัวญ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเพิ่มโอกาสในการให้สถาบันการศึกษามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จงจิต บุญอินทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิรมล เมืองโสม. (2553). รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลดอนตู อำเภอนางรองจังหวัดขอนแก่น.
- วรชัย ทองคำฟู. (2551). *วิถีชุมชนในการเรียนรู้รูปแบบเกษตรยั่งยืนตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชนบ้านป่าไผ่ ตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดีลาคุชชะ, และ ทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- ระพีพร วาโยบุตร. (2556). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมู่บ้านหนองโตน อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1).
- สุพิณญา คงเจริญ. ชดช้อย วัฒนะ และธีรณัฐ ห้านิรติศัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 40(1). 23-32.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Lorig, K. (1993). Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*, XVI, 1(3), 11-14.
- Lorig, K.R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en