การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน : แนวคิดและการประยุกต์ใช้

วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา*

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานถึงสาเหตุที่สัดส่วนของโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประชากรและเศรษฐานะทางสังคม ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป พฤติกรรมที่ทำให้ประชากรมีสุขภาพไม่ดี เช่น การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ในปี 2541-2545 ของประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 7.9-11.8 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง 3.3-5.1 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจึงเป็นโรคเรื้อรังหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมาคมความดันโลหิตสูง, 2003; WHO, 2003)

จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่สำรวจองค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการณ์ว่าประชากรโลกกว่า 220 ล้านคนเป็นโรคเบาหวาน (WHO, 2011) และ เป็นคนเอเชียประมาณ 89 ล้านคน คาดการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 3 ล้านคนหรือ ร้อยละ 4.8 ของประชากร และมีความชุกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2548 ร้อยละ 6.0 หรือ ประมาณ 1.6 ล้านคน โรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ.2548 ร้อยละ 0.2 หรือประมาณ 2 แสนคน สำหรับผู้มีความดันโลหิตสูงพบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ.2548 ร้อยละ 0.8 หรือประมาณ 9 แสนคน โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ.2548 ร้อยละ 1.1 หรือประมาณ 6 แสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมองพ.ศ. 2548- 2552 ร้อยละ 24.3 - 29.2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขไทยต้องพัฒนารูปแบบและวิธีการที่เป็นทางเลือกใหม่ที่ปลอดภัยมีประสิทธิผลให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งภายในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลตนเองของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ นอกเหนือจากบริการสุขภาพของภาครัฐ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรูปแบบ และวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น(อรอนงค์ กังสดาลอำไพ และคณะ, 2552; ขนิษฐา ศรีสว่าง, 2549; พัชรี เชื้อทอง, 2548; บุษกร อ่อนโนน, 2547; สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2543; กุลระวี วิวัฒนชีวิน, 2541; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2540; ภาวนา กีรติยุตวงษ์, 2537; Norris et al, 2005; Gibson, 1993; Hokanson, 1992)

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

3. แนวคิด

แม้ว่าระบบการพยาบาลในปัจจุบันจะเอื้อประโยชน์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำศักยภาพของตนเองมาใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น หยุดรับประทานยาเมื่ออาการทุเลาลงหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาตรวจตามนัดจนกระทั่งโรครุนแรงขึ้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลรักษาค่อนข้างน้อยเนื่องจากแพทย์และพยาบาลต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน การที่ผู้ป่วยต้องมารอนานในวันนัดหมายทำให้ขาดรายได้ในการทำมาหากินแม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุก็ตาม รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อระบบบริการสุขภาพในลักษณะต้องเป็นฝ่ายปฏิบัติตามและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะซักถามหรือแสดงความคิดเห็น (Gray,Doar,and Church, 1994) การกำหนดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และมีการตอบสนองทางอารมณ์ได้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเพิกเฉย ปล่อยตนเอง ตามสถานการณ์ปกติในชีวิตประจำวันที่ยังต้องหาเช้ากินค่ำ วิตกกังวล ซึมเศร้า ถ้ามีการสูญเสียอำนาจต่อไปเรื่อยๆ จะนำไปสู่ภาวะหมดหวังและไม่สามารถจะคิดหรือทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเลวลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียอำนาจมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพยาบาลที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการคิด การตัดสินใจที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองที่ยั่งยืนได้โดยที่พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) และเป็นผู้สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้ (Facilitator) แทนการเป็นผู้สอนและ ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการจัดบรรยากาศของการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด รวมทั้งญาติผู้ป่วยได้เรียนรู้กันและกันแทนการที่พยาบาลจะเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้แต่เพียงผู้เดียว (วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2552) โดยการส่งเสริมให้บุคคลได้ตระหนักหรือเกิดความรู้สึกทั้งสามารถ ควบคุม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของตนเองเพื่อควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่เกิดจากนักปรัชญาชาวบราซิลชื่อเปาโล แฟร์(Paulo Freire) แฟร์ได้พัฒนาวิธีการสอนให้คนยากจนในประเทศบราซิลเกิดจิตสำนึกด้วยการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันและเรียนรู้ร่วมกัน วิธีการของแฟร์เน้นไปที่ความสัมพันธ์แบบเท่าเทียมกันและการให้ความเคารพซึ่งกันและกันในหมู่สมาชิกและผู้จัดการเรียนรู้ที่จะช่วยให้พวกเค้าสามารถที่จะกำจัดรากเหง้าของปัญหาที่พวกเค้าค้นพบ(Berger, Anderson-Harper and Kavookjian.2000, Citing Freire, 1970) การสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่จะทำให้บุคคล องค์การ หรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตน เกิดการตระหนักรู้ (Critical Awareness) ถึงปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ ซึ่งกระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ปัญหา เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลนั้น (Gibson, 1993; Hokanson, 1992) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และตระหนักได้พัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (Cognitive Response) โดยการพิจาณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วย 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นระยะของการ

พัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคลในการตรวจสอบและค้นหาสิ่งที่ตนเองสนใจ มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ได้แก่ การมีพฤติกรรมการดูแลที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป

ตามแนวคิดของกิบสันนั้น ปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ที่สนองความต้องการของตนเอง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Influencing Factors) ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความ คับข้องใจ (Frustration) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลได้พัฒนาตามขั้นตอนต่างๆ ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก็คือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม (Sense of Control) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการมีส่วนร่วม

การรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง การพัฒนาตนเอง พึงพอใจตนเองและมีเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องบังเกิดการมีความหมายในชีวิต กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งระยะเวลาที่ใช้ วิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวแล้วยังขึ้นอยู่กับการสนับสนุนและเอื้ออำนวยจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (Gibson, 1995) ในการดูแลผู้ป่วยนั้น การช่วยให้สามารถจัดการและควบคุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน

ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน ผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เผชิญได้ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งกระบวนการดังกล่าวสรุปดังภาพประกอบ 1

5. การประยุกต์ใช้

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ , 2552) มีกิจกรรมตามขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์แรก ใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง / ครั้ง / คน มีวัตถุประสงค์เพื่อการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยมีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายภาพรวมของกิจกรรมและวิธีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ซักถาม

2. ผู้เข้าร่วมโครงการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

3. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจปรับปรุงรายละเอียดตามข้อเสนอแนะและข้อตกลงร่วมกัน

4. ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกัน ครอบคลุมความหมายกระบวนการของโรคและอาการเจ็บป่วย โดยนักวิจัยเป็นผู้นำทบทวนและให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม

5. ทบทวนเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยวิธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจตามการรับรู้ของแต่ละคน ผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมตามความเหมาะสมเพื่อให้ถูกต้องและครอบคลุมประเด็น

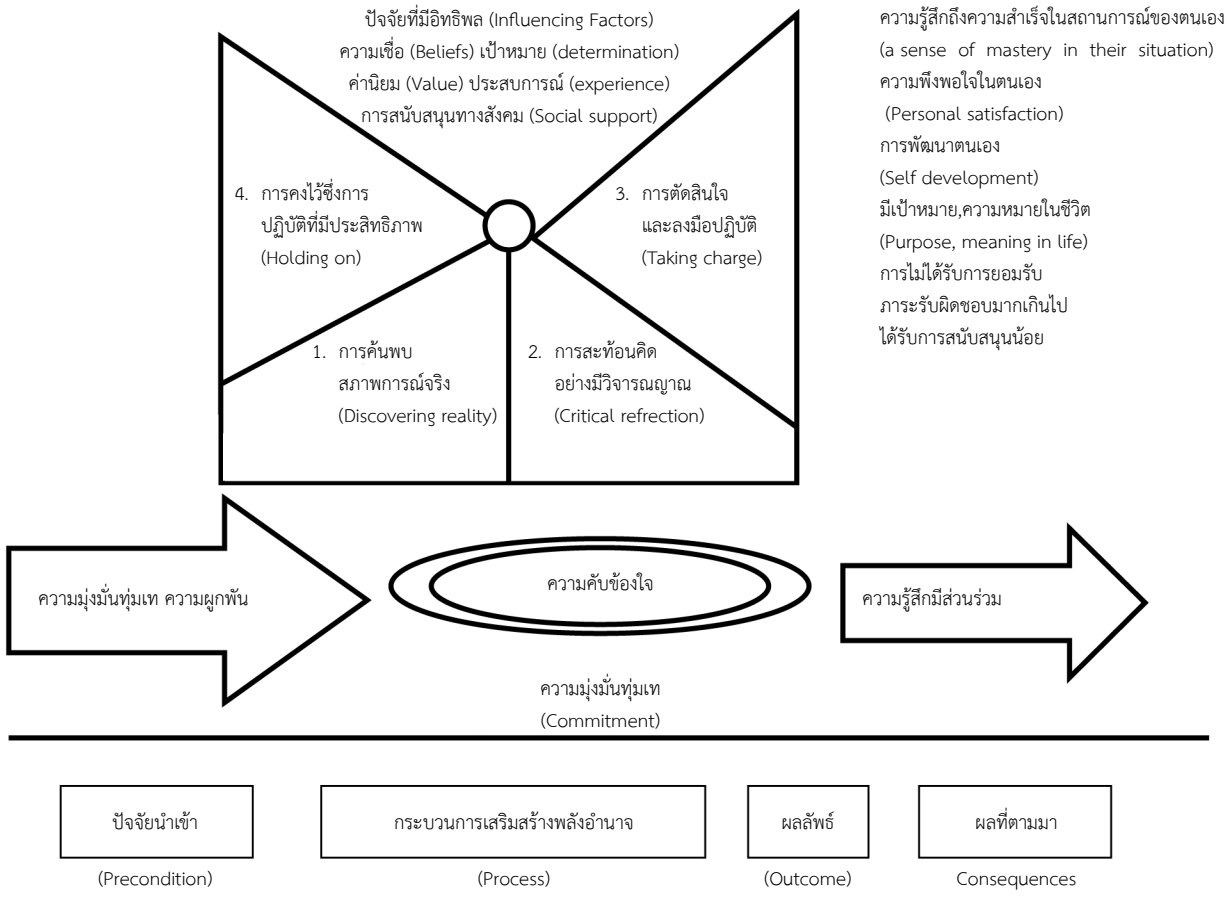
6. ทบทวนการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยวิธีแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจตามการรับรู้ของแต่ละคน ผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เพื่อให้ถูกต้องครอบคลุมประเด็น

7. ประเมินตนเองโดยการให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการได้ทบทวนผลการตอบแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองที่เป็นการทดสอบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

8. วิเคราะห์การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัยแจกแนวคำถามในกระดาษซึ่งมีที่ว่างให้เติมคำตอบให้สมาชิกแต่ละคนได้ค้นหาตนเองในประเด็นต่อไปนี้ 1) คุณคิดว่าได้ดูแลตนเองในเรื่องใดดีอยู่แล้วให้เขียนเป็นข้อๆ 2) คุณคิดว่าอะไรทำให้คุณดูแลตนเองในเรื่องนั้นได้ดี 3) คุณคิดว่าคุณดูแลตนเองไม่ดีในเรื่องใดบ้าง ให้เขียนเป็นข้อๆ 4) คุณคิดว่าคุณดูแลตนเองในเรื่องนั้นไม่ดี

9. จัดกิจกรรมออกกำลังกายตามถนัด

10. นัดหมายการพบครั้งถัดไปในวันรุ่งขึ้น เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและความเข้าใจของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้าน



ภาพประกอบ 1 รูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน(Gibson,1993) แหล่งที่มา. จาก A Study of Empowerment in Mother of Chronically in Children (p.113) by Gibson, C.H. 1993. Michigan : Boston College.

กิจกรรมที่ 2 เริ่มในสัปดาห์ที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเป็นกันเอง อภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมในการหาทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

1. เรียนรู้จากต้นแบบผ่านตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี รวมทั้งตัวแบบที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้วิเคราะห์ตนเอง โดยให้เปรียบเทียบการดูแลตนเองกับผู้ป่วยต้นแบบและให้ผู้เข้าร่วมโครงการทำบันทึก “พันธะสัญญาเพื่อการดูแลตนเอง” ลงในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้และให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน โดยกำหนดระยะเวลา 1 เดือน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนให้มารับการตรวจที่ศูนย์แพทย์ตามนัด

2. ในขั้นตอนนี้มีพันธะสัญญาเพื่อการดูแลตนเองของผู้ร่วมโครงการในจุดที่ตนเองวิเคราะห์ว่าควรปรับปรุง และต้องเพิ่มความเคร่งครัดโดยต้องบันทึกทุกวันเพื่อตรวจสอบตนเองว่าได้ดูแลตนเองครบทั้ง 6 ด้านแล้ว ตลอดจนสามารถมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อต้องมารับการตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด และผู้วิจัยได้ให้เอกสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมทั้ง6ด้านได้แก่ ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการบริโภคอาหารตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรักษาและไปตรวจตามนัด ด้านการสังคม และการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสในตอนท้ายมีการฝึกวิธีการคลายเครียดโดยการผ่อนคลาย (Mild Fullness) เพื่อให้ผู้ร่วมโครงการรู้วิธีการและนำไปปฏิบัติต่อได้ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคตลอดจนผลที่ได้รับจากการดูแลตนเอง โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. ให้ผู้เข้าร่วมโครงการเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อให้เป็นไปตามพันธะสัญญาและให้เปรียบเทียบระหว่างพันธะสัญญาที่ทำไว้กับสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง

2. ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ พร้อมเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปปฏิบัติใหม่ ในครั้งนี้ได้มีการสาธิตการนวดเท้าโดยการทำสปาจากผู้ช่วยวิจัย ฝึกวิธีการคลายเครียดและการออกกำลังกายที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

3. ผู้วิจัยให้คำแนะนำและสาธิตการดูแลเพิ่มเติม

4. ทำความตกลงร่วมกันในการนำแนวทางการดูแลตนเองกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านอีก 4 สัปดาห์

5. นัดหมายการพบกันในครั้งถัดไปอีก 4 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสรุป ประเมินผล และปิดโครงการ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินหลังการเข้าร่วมโครงการ

2. ประเมินขั้นตอนต่างๆ ของการเข้าร่วมโครงการและข้อเสนอแนะ

3. การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และ HbA1c ร่วมกับวัดค่าความดันโลหิต (BP) ก่อนการดำเนินการทดลองในทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองดำเนินการ 3 ครั้ง กลุ่มควบคุมดำเนินการ 2 ครั้ง ก่อนและสิ้นสุดโครงการ เพื่อเป็นดัชนีชี้วัดภาวะการณ์ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

6. บทสรุป

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการใช้กิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์มีผลทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนาขึ้นใน3 ด้าน คือ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การบริโภคอาหาร การสนับสนุน ส่งเสริมการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นทางเลือกใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการคิด การตัดสินใจที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองที่ยั่งยืนได้ โดยที่พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) และเป็นผู้สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้ (Facilitator) แทนการเป็นผู้สอน ส่งเสริมการเรียนรู้โดยการจัดบรรยากาศของการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด รวมทั้งญาติผู้ป่วยได้เรียนรู้ร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและควบคุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ อันจะสามารถนำวิธีการนี้เป็นแบบในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2543). **โรคเบาหวาน.** ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2546,จาก http://www.moph.go.th/203.175.32.21/section3/315003b.htm.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **ตารางที่ 5.2 จำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวานตามสาเหตุป่วยทั้งประเทศ ยกเว้นกทม. รายภาคกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2545.** ค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2546. จาก http://www.moph.go.th.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2549, สิงหาคม). **แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง.** (พ. 2, Ed.) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2550.** Retrieved 03 16, 2011, from สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข http:/thaincd.com/document/file/info/brfss/download-1no78.pdf
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552.** Retrieved 03 16, 2554, from สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนัก งานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: http://bps.opsmoph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf
6. ขนิษฐา ศรีสว่าง.(2549). **การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง: การศึกษาแบบกรณีศึกษา.**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ชารินา ไชยนา. (2548). **การประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบ้านมอญ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. บุษกร อ่อนโนน(.2547). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. ปิยะนุช รักพานิชย์. (2542). **โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว.**

ใน ศุภวรรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย บรรณาธิการ. หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

10. พัชรี เชื้อทอง.(2548). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น..
11. วัญเพ็ญ พิชิตพรชัย.(2545). **การจัดการทางการพยาบาล:กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา
12. วิจิตร ศรีสุพรรณ.(2547). **การวิจัยทางการพยาบาล : หลักและแนวปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 3 โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. วิทยา ศรีดามา.(2545).**การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.** พิมพ์ครั้งที่ 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
15. วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์. (2545). **การออกแบบการวิจัยในการวิจัยทางการพยาบาล.** ขอนแก่น: ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา เสาวลักษณ์ แย้มตรีนพวรรณ ดวงหัสดี สมฤกษ์ กาบกลาง ปริศนา รถสีดา. (2553). **การศึกษาแบบเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.2549.รายงาน **สถานการณ์โรคเบาหวาน.** (ม.ป.ท).
18. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2547). **ตำราชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น
19. American Diabetes Association 2002).). **Hyperglycemic crises in patients with diabetes mellitus. Diabetes Care,** 25 supplement 1.s100–108.
20. American Diabetes Association. (2004). **Evidence–based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complication.** Diabetes Care, 25.s1.s50Barker, H.M.1996Diet in diabetes mellitus. In Nutrition and dietetics for health care. (pp. 237–254) 9th ed. Malaysia: Longman Group Limited.
21. Alison Moore (2008). **Taking control. Nursing Standard,** Feb. 13-19; vol. 22(23) PP. 24-5; PMID: 18323049
22. Gibson, (1993). **A study of empowerment in mother of cronically in children** (p.113) C.H. Michigan : Boston college.
23. Norris SL, Nichols P et al. (2002a) **The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review.** American Journal of Preventative Medicine 22(4S)
24. World Health Organization. (2003). **Diabetes** databases. Retrieved July 12, 2007, from http://www.who.int/ncd/dia/databases4.htm