

การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management Support: Strategies for Promoting Disease Control

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์) *

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) *

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้าน

สุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

ความหมายของการจัดการตนเอง (definition of self-management)

การจัดการตนเอง เป็นคำที่ใช้กันโดยทั่วไปในวงการสุขภาพ ซึ่งบางครั้งมีการใช้คำอื่นแทน เช่น ใช้คำว่า การดูแลตนเอง การจัดการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ทำให้เกิดความสับสนเนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน ซึ่งต้องการการทำความเข้าใจให้เกิดความชัดเจนสำหรับความหมายของคำว่า “การจัดการตนเอง” โดยตรง ได้มีผู้นิยามไว้หลายท่านดังนี้

Creer เป็นผู้ริเริ่มสังเคราะห์คำว่า การจัดการตนเอง เมื่อกลาง ค.ศ. 1970 โดยให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) (Creer, 2000)

Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

Lorig and Holman (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Clark et al. (1991 cited in Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคม

สำหรับในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง Gruman and Von Korff (1996) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเอง โดยรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมกว่า 400 เรื่อง โดยกล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังและจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วย การจัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากนี้ การจัดการตนเองยังหมายถึง การเฝ้าระวังและจัดการกับอาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วย เพื่อคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดี การทำหน้าที่อารมณ์และสัมพันธภาพกับสังคมในผู้เป็นโรคเรื้อรัง (Schreurs, Colland, Kuijer, Ridder, & van Elderen, 2003)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือทีมสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อแพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ แม้จะเป็นเรื่องที่ขัดกับการปฏิบัติของตน เนื่องจากเกรงใจและเห็นว่าแพทย์หรือทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ ในขณะที่ตนเองเป็นผู้ที่รู้น้อย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแม้จะมีข้อสงสัยแต่ไม่กล้าซักถาม ทำให้ไม่สามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ จึงเกิดปัญหาในการควบคุมโรค ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และมีการจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจ

ร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค โดยเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการกับโรคที่เป็น เป็นการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ (Creer & Holroyd, 1997) การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำภายหลัง บุคคลได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรค อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อ ให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตได้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้อง ได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวัง อาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้ สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดย Creer (2000) กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จ ในการจัดการตนเอง

3. การประมวลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวม ข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ เกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับ การประมวลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบ อาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผล และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมิน ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และ วิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามี

การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว (Creer & Holroyd, 1997)

4. การตัดสินใจ เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการ ตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการ ตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและ ประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วย ต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้ เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน (Creer & Holroyd, 1997)

5. การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการ ตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็น ผลจากความเจ็บป่วย (Creer & Holroyd, 1997) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุม โรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่ เหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและ เรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัย เสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเอง ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการ การฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถ คาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วย ให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญ ในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Creer & Holroyd, 1997)

การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ

การที่ผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องเผชิญอยู่กับโรคเป็นระยะ เวลานาน และมีประสบการณ์ตรงทั้งจากตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้น การทำความเข้าใจปัญหาของผู้เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ว่า คิดอย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีความต้องการอะไร เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้สำเร็จ จึงเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่าส่วนหนึ่ง ไม่มีความหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะหายหรือดีขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกหมดกำลังใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

“ถามหมอว่า....มีโอกาหายาใหม่หมอ หมอก็บอกว่า ไม่หายหรอก เอาละ ก็เลยให้มันขึ้นอยู่อย่างนี้แหละ กินมั่ง อดมั่ง ก็เลยตัดสินใจอย่างนี้แหละ”

“คิดว่าเป็นเบาหวานแล้วไม่หาย อยู่มาป่านี้อแล้ว จะตายก็ตายไปเถอะ ก็เลยกินตามสบาย”

“โรคนั้นมันไม่หาย พี่สาวก็ตาย จะปฏิบัติตัวยังไง ก็รักษากันอยู่อย่างเนี่ย พี่สาวหมดเงินเป็นแสนๆ ก็ไม่หาย ไม่รู้จะอดไปทำไม ก็ตายเหมือนกัน”

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเห็นว่าการดูแลควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่หน้าที่ของผู้ป่วย การซักถามเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยจากแพทย์ เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจให้ตามความรู้ที่ศึกษามา

“หมอเขาว่า เขาเรียนมา เราไม่ได้เรียน อย่างไรก็แล้วแต่เขา ไม่กล้าถาม เดี่ยวจะว่ารู้นึก เป็นหน้าที่ของหมอเขา ถ้าน้ำตาลมันขึ้นก็แล้วแต่เขา”

“ไม่เคยรู้ว่าน้ำตาลเท่าไร ไม่รู้ว่าแคไหนจะดี รู้แต่ว่าสูงหรือต่ำไป ไม่ใช่หน้าที่เรา เราไม่ใช่หมอ...หมอก็แก่เอง”

ดังนั้น การทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังเกิดความเข้าใจว่า บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือตัวผู้ป่วยเอง จึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงเป็นลำดับแรก เพราะผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเองและคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นบทบาทโดยตรงของ

ผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพราะการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ การปรับการดำเนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค ต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้ความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ทำได้ดังนี้

1. หากวิธีในการช่วยให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจน ในด้านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรค ต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการกำเริบหรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้ หลักสำคัญในการควบคุมโรค วิธีการจัดการเพื่อควบคุมโรคให้สงบ เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่แสดงว่ามีการควบคุมโรคได้ดีหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควรทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งนี้ วิธีการทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล (individual education session) การสอนเป็นกลุ่มย่อย (small group education session) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การให้คำปรึกษา (counseling) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การเล่าเรื่อง (story telling)

2. ชักจูง โน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเรียนรู้ และเริ่มต้นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ การแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

3. ฝึกการจัดการตนเอง ตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่เลือกใช้ ในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ได้แก่ 1) รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) เลือกกลวิธีการแก้ไข การรักษา และ 4) ประเมินผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่สำคัญในการร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง สนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวางแผนในการเฝ้าระวัง และการติดตามผล

ตัวอย่างเช่น การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ทำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยฝึกการจัดการตนเองที่สำคัญ เป็นรายบุคคล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติ ได้แก่ การประเมินอาการบวมที่แสดงถึงภาวะน้ำเกินในร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย
2. การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจำกัดอาหารเค็ม ลดอาหารไขมันสูง และเพิ่มอาหารที่มีโปรตีนสูง
3. การจำกัดน้ำดื่ม ฝึกการประเมินปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะในแต่ละวันว่ามีความสมดุลหรือไม่ และฝึกการตัดสินใจในการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับปริมาณปัสสาวะ

4. การส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจโดยทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค ฝึกการปรับกิจกรรมที่ช่วยลดการใช้พลังงาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เช่น การเดินในทางราบ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักและฝืน ฝึกการบริหารปอด

5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบหรือภาวะโรครุนแรงมากขึ้น รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

6. ฝึกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ดังนี้

6.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา หาวิธีป้องกันการลืมรับประทานยา

6.2 การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

6.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรค การประเมินความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เกิดอันตราย

6.4 การบันทึกภาวะสุขภาพของตนเอง ฝึกการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และแก้ปัญหาอย่างทันทั่วทั้งที่

6.5 การมาตรวจตามนัด

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) เสนอวิธีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยเป็นแนวทาง เช่น ไม่มีอาการบวมกดบุ่ม น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีอาการหายใจลำบาก ออกกำลังกายด้วยการเดินได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การรวบรวมข้อมูล ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งรวมถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังที่แสดงถึงการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการดังกล่าวด้วยตัวผู้ป่วยเอง และฝึกการลงบันทึกในคู่มือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลใน

การวิเคราะห์และประเมินความผิดปกติ เช่น การสอนให้ใช้แบบวัดอาการบวมที่มีภาพประกอบชัดเจน

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล เป็นการฝึกการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์และข้อมูลในวันก่อนหน้า เช่น ผลการประเมินอาการบวมกดปุ่มที่หน้าแข้ง ว่ามีหรือไม่มี หากมี อยู่ในระดับใด ต่างจากวันก่อนหน้าหรือไม่ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย การนอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหรือหนุนหมอนสูงขึ้นหลายๆ ใบ แสดงว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

4. การตัดสินใจ เป็นการฝึกให้ผู้ช่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เช่น การให้ผู้ป่วยที่ระบุอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข การกำหนดสถานการณ์จำลองโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการแสดง ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอยู่ในภาวะใด และให้ฝึกตัดสินใจว่าหากมีอาการดังกล่าวจะตัดสินใจอย่างไร รวมทั้งฝึกว่าอาการเช่นใดที่แสดงถึงภาวะที่รุนแรง ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

5. การปฏิบัติ เป็นการกระทำตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หากผลการวิเคราะห์พบว่าเริ่มมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ลดปริมาณน้ำดื่มลง หากยังมีอาการกำเริบอยู่ ต้องจำกัดอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด พักหรือหยุดกิจกรรม หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

6. การประเมินตนเอง เป็นการฝึกการกำกับและประเมินตนเองเป็นระยะว่าควบคุมโรคได้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะปรับพฤติกรรมใดที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ

การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบในการศึกษา รวมทั้งมีการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง

ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆ ดังนี้

กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเอง

กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญ มีดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่างๆ ในการให้ความรู้รวมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้ความรู้สึกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้ การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มและเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/ทีมสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Milenkovi, Gavrilovic, Percan, & Petrovski, 2004)

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอธิบายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมโรค และปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ

กลวิธีต่างๆ ที่ใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยบุคคลควรให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.2 การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมใหม่ โดยให้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการควบคุม โรคตามสถานการณ์ที่กำหนด ครอบคลุมประเด็นเรื่อง การควบคุมอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและใน โอกาสพิเศษ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาล หรือเมื่อ เจ็บป่วย การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับ การเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดเวลาใน การพักผ่อน การประเมินและเฝ้าระวังอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งอาการ ที่ต้องไปพบแพทย์ จนเกิดความมั่นใจ

2.3 การฝึกการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.3.1 การกำหนดเป้าหมายใน การควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง (realistic personal goal setting) บุคลากรทางการแพथควรมีส่วนในการตั้งเป้าหมาย การควบคุมโรคให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคม ต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2551) จากการศึกษาของ Wattana, Srisuphan, Pothiban, and Upchurch (2007) พบว่าการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานได้เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมโรคให้

ถึงเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ ตามสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย และฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค ที่เป็นไปได้จริง ด้วยการหาวิธีสื่อสารด้วยภาพหรือสัญลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และนำไปสู่การปฏิบัติ ที่ได้ผลกว่าการบอกเพียงตัวเลขที่ยากต่อการจดจำ โดยทำ เป็นสื่อภาพต้นไม้ มีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค เบาหวานร่วมกับพยาบาลผู้วิจัย ด้วยการกำหนดสีที่แสดงถึง ระดับความสามารถในการควบคุมโรค โดยแบ่งเป็นสีเขียว (FBS 90-130 mg/dl, HbA_{1c} < 7%) หมายถึง ควบคุมโรค ได้ดี สีเหลือง (FBS 131-180 mg/dl, HbA_{1c} 7-8%) หมายถึง ควบคุมโรคได้ระดับพอใช้ ต้องควบคุมให้เข้มงวด มากขึ้น และสีแดง (FBS >180 mg/dl, HbA_{1c} > 8%) หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ แทรกซ้อน ต้องรีบแก้ไข โดยให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานตั้งเป้าหมาย สีของใบไม้ของตนเองในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งต่อไป รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม เพื่อให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามสีของใบไม้ที่เลือก ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งพบว่า การให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานมี ส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคโดยพิจารณา ความสามารถของตนเองประกอบการตัดสินใจ มีส่วนสำคัญ ที่ทำให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุม โรคเบาหวานและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้



ภาพที่ 1 การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยใช้สื่อภาพต้นไม้

2.3.2 การฝึกการติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินตนเองในการควบคุมโรค มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับตนเองและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันที เมื่อผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การแปลผลโดยใช้แถบสีที่ตรงกับการฝึกทักษะ โดยจากการศึกษาพบว่า

การฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อย โดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์การเกิดอาการดังกล่าวรวมทั้งให้คู่มือสำหรับกลับไปทบทวนหรือศึกษาซ้ำ เป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) การกำกับติดตามและประเมินผลตนเองในการควบคุมโรค แสดงในภาพที่ 2



วัน/เดือน/ปี	ชื่อ	เช้า	กลางวัน	เย็น	ก่อนนอน
		☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ
		☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ
		☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ	☐ สูง/ต่ำ ☐ ปกติ

ภาพที่ 2 การกำกับติดตามและประเมินผลตนเองในการควบคุมโรค

2.3.3 การฝึกแก้ปัญหา (problem solving) และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อนอะไร และสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง ทั้งนี้ บุคลากรทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมกระตุ้น

โดยกำหนดเป็นสถานการณ์ การเล่นเกมสลับคำถาม และสรุปการเรียนรู้ หรือใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละรายมาเป็นสถานการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดกลวิธีในการแก้ไข ดังแสดงในภาพที่ 3 โดยบรรจุอยู่ในเอกสารหรือคู่มือที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว



ภาพที่ 3 การฝึกแก้ปัญหาและตัดสินใจในสถานการณ์ที่กำหนด

3. การชักจูง โน้มน้าว ให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล
4. การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน
5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
6. การติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์

รูปแบบของกิจกรรม

ในการพิจารณาเลือกรูปแบบการจัดกิจกรรม ควรพิจารณาให้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยและความสะดวกของผู้ป่วย อาจทำเป็นกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล โดยออกแบบโปรแกรมให้มีกิจกรรมที่เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น และกิจกรรมในการฝึกทักษะที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งไม่ควรมีเนื้อหาแน่นเกินไป เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกทักษะต้องเป็นการฝึกที่ง่ายและมีการทบทวนจนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้จริง ในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง ควรมีระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ (reinforcement) ตามระยะเวลาของการดำเนินงาน อย่างน้อยทุก 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมักตื่นตัวและตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่ในช่วงแรกๆ หลังจากนั้นหากไม่ได้รับการติดตามและกระตุ้นเตือน อาจมีการกลับไปกระทำตามความเคยชินหากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ จึงควรมีรูปแบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเพื่อให้ง่ายใจและช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งอาจทำในรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะในการศึกษาระยะยาว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่

ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับ เนื้อหาและจำนวนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งระยะเวลาในการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ต่อครั้ง สำหรับรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ต่อครั้ง การอภิปราย

กลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1½ -2 ชั่วโมง ต่อครั้ง รวมเวลา 3-8 ชั่วโมง การให้คำปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 30 นาที และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ใช้เวลา 15-30 นาที กิจกรรมส่วนใหญ่จะจัดติดต่อกันสัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่ 2 วัน ถึง 5 วัน เฉลี่ยวันละ 1-2 ชั่วโมง

ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

ผลการวิจัยจากหลายการศึกษาในคนไทย พบว่า รูปแบบของกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเอง รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดี ในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรม การควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบาก ลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะ อ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร, อนุวรรณ รักวงศ์ประยูร และปริญญา แร่ทอง, 2552; ศันสนีย์ กองสกุล, 2552; จันทร์เพ็ญ หวานคำ, 2555, ปราณี สายรัตน์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงษ์ กิตติกาวิจ, 2555; อรรณพ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556)

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ และเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุน การจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึง กระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุน ให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติ ให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมี

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหา อุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือนุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง หรือนุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและนำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยให้ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ หวานคำ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชดช้อย วัฒนะ, สุรน พริศาร, ณฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี สายรัตน์. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลดาวลย์ ฤทธิ์กล้า. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลดาวลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงษ์ กิตติวงษ์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.
- คันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551*. สืบค้น วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2554, จาก http://www.diabassothai.org/v1/file_attach/31Oct200817-AttachFile1225433537.pdf
- อรรณพ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ชีระวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34-48.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10(4), 200-208.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self-management. In Baum, A., McManus, C., Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior*. pp. 255-258. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gruman, J., & Von Korff, M. (1996). *Employee self-management of health: Techniques that improve outcomes and cut costs*. Retrieved August 15, 2002, from <http://www.cfah.org/publications/self-management.cfm>
- Lorig, K., & Holman, H. (1993). Arthritis self-management studies: A twelve-year review. *Health Education Quarterly*, 20(1), 17-28.
- Milenkovi, T., Gavrilovic, S., Percan, V., & Petrovski, G. (2004). Influence of diabetic education on patient well-being and metabolic control. *Diabetologia Croatica*, 33(3), 91-96.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart and Lung*, 29(1), 4-15.
- Schreurs, K. M. G., Colland, V. T., Kuijer, R. G., de Ridder, D. T. D., & van Elderen, T. R. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 133-141.
- Wagner, E. H, et al. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(2), 63-80.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, & Upchurch, S. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Science*, 9(2), 135-141.