

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)*

พิสมัย ไชยประสพ พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)**

ดรุณี มั่นใจวงศ์ พย.บ. ***

* โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไซ จังหวัดลำพูน

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ จังหวัดลำพูน

วันรับ:	4 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	12 พ.ย. 2562
วันตอบรับ:	22 พ.ย. 2562

บทคัดย่อ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนเพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่สุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ- หมู่บ้าน จิตอาสา พระ ผู้ป่วย ผู้ดูแล จำนวน 539 คน การศึกษามี 3 ระยะ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) วางแผนและพัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการ สังเกต ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ได้รูป แบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ (1) การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการจิตอาสา (2) การพัฒนาศักยภาพจิต อาสา (3) การดูแลผู้ป่วยโดยจิตอาสา (4) การติดตามและเสริมพลังจิตอาสา (5) การสื่อสาร ส่งต่อ ประสานงาน และ (6) การจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า เกิดเครือข่ายจิตอาสา ที่สามารถบริหารจัดการพึ่งตนเองได้ เกิดทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยได้ รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จากผลการศึกษาพบจุดแข็งของรูปแบบด้าน กลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ และการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงควร นำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่น

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง; การมีส่วนร่วมของชุมชน; รูปแบบการดูแล

บทนำ

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ โลกและประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมาก ขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความ

พิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ จากสถิติผู้เสียชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการ เสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดมีถึงร้อยละ 63.0 ที่เกิด จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และที่สำคัญกว่านั้น

คือ กวาร์้อยละ 80.0 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย สถิติในปี พ.ศ.2552 พบว่าประชากร 14 ล้านคนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากกว่า 300,000 คน คิดเป็นร้อยละ 73.0 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ ซึ่งการรักษาโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและการฟื้นฟูเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น⁽³⁾ จนนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพที่ร่างกายมีความเปราะบางจากสภาพปกติอย่างถาวรด้วยอาการของโรคที่สลับซับซ้อน มีความพิการหลงเหลือ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน⁽⁴⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดบ้าน ติดเตียง ตามด้วยความสามารถและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽⁵⁾ และส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ขาดรายได้ ครอบครัวมีภาระเพิ่มมากขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาอนโรพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระที่หนักและซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

การดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะต้องเชื่อมต่อระหว่างการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับบ้าน และเชื่อมโยงถึงชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการ

ดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ ผลลัพธ์ตามมาที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁽⁷⁾ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ท้องที่และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อร่วมกันคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งด้านการดูแล การเฝ้าระวัง และการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงถือเป็นหัวใจของการพัฒนาและเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์โรคเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่าประชาชนป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากถึง 4,554 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จำแนกเป็นโรคเบาหวาน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 ความดันโลหิตสูง 894 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 568 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 โรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 685 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดบ้าน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ติดเตียง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 จากสถิติการเจ็บป่วยแผนกผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรกเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเสื่อม ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 2.24 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัด เนื่องจากควบคุมโรคไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน บางรายมีปัญหาหามกก่อนนัด จากการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิร้อยละ 6.7 พบปัญหาการรับประทานยาซ้ำซ้อนไม่ถูกต้อง มีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น และจากการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาเรื่องข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จำนวน 190 คน พบผู้ป่วยอยู่บ้านตาม

ลำปางขาดคนดูแลเนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 เกิดภาวะแทรกซ้อนมีแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ควบคุมโรคไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ทำให้ใช้เวลานานในการรักษาตัวในแต่ละครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทำให้ทุกครอบครัวมีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย และการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบ้านธิยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดการประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบกับอำเภอบ้านธิยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชุมชนมีส่วนร่วมที่ชัดเจน⁽⁸⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับปัญหาและมีรูปแบบที่ชัดเจน ตรงตามความต้องการและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุม มีภาวะสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตได้กับภาวะโรคที่เป็นอย่างปกติสุข

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือน

เมษายน 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 539 คน ประกอบด้วย

1) กลุ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และเต็มใจเข้าร่วมตลอดการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิ 4 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน รวม 10 คน ตัวแทนภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 10 คน ผู้สูงอายุ 16 คน ผู้พิการ 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 38 คน จิตอาสา 36 คน พระ 1 รูป ผู้ดูแล 20 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 20 คน รวม 145 คน

2) ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังและอาศัยอยู่ในอำเภอบ้านธิอย่างน้อย 1 ปี เลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่าย หมู่บ้านละ 10 – 11 คน จากจำนวน 36 หมู่บ้าน จำนวน 384 คน เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่อำเภอบ้านธิ และในกลุ่มผู้ป่วยเพิ่มเกณฑ์กรณีมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการให้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการศึกษาทุกคน ซึ่งแจ้งรายละเอียดการวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ

นิยามศัพท์

ชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ จิตอาสา ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 36 หมู่บ้าน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัย

จากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ เป็นการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนพัฒนารูปแบบตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและการช่วยเหลือต่างๆ โดยการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่จำนวน 10 คน ภาคประชาชนโดยแยกเป็นตำบลบ้านธิและตำบลห้วยยาบ ครั้งละ 20 - 25 คน จำนวน 6 ครั้ง และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานจากเอกสาร รายงาน

ระยะที่ 2 วางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการ Appreciation Influence Control ของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง และภาคประชาชน 2 ครั้ง แยกเป็นตำบลบ้านธิ 1 ครั้ง ตำบลห้วยยาบ 1 ครั้ง พร้อมระดมสมอง ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาสรวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแล้วนำเสนอเวทีการประชุมรวมอีกครั้งเพื่อทวนสอบรูปแบบที่ได้จากที่ประชุมแล้วนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยในอำเภอบ้านธิ 6 เดือน ประชุมติดตามเพื่อประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทุกเดือนเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และสรุปผลการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง และประชุมกลุ่มย่อยกับภาคประชาชนตำบลบ้านธิ 1 ครั้ง ตำบลห้วยยาบ 1 ครั้ง สัมภาษณ์แบบไม่

เป็นทางการกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและแผนการประชุมวางแผนแก้ไขปัญหตามกระบวนการ Appreciation Influence Control เครื่องมือการวิจัยได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำงานกับชุมชน

เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกสังเกตการณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation method) วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และทำการตีความจากข้อมูลที่ได้โดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (content analysis)

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีรูปแบบดังนี้

1. การบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการจิตอาสาของอำเภอบ้านธิ มีการเปิดรับสมัครและแต่งตั้งคณะกรรมการจิตอาสาระดับอำเภอที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน เช่น ท่านเจ้าคณะอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาผู้แทนจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน ได้แก่ พระสงฆ์มีบทบาทดูแลด้านจิตใจ สมาชิกสภาผู้แทนจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และยานพาหนะในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผู้นำชุมชนสนับสนุนสถานที่ในจัดตั้งศูนย์จิตอาสาเป็นสถานที่ทำงานและจัด

เก็บสิ่งของ อุปกรณ์สำหรับใช้ทำงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยในอำเภอบ้านธิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนวิชาการ พบว่า คณะกรรมการจิตอาสา มีการประชุมวางแผนสรุปผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง มีการระดมทรัพยากรและงบประมาณทั้งภายในและนอกพื้นที่เพื่อใช้ในการบริหารจัดการในการดำเนินงานของจิตอาสาเป็นระยะ มีการแบ่งเขตพื้นที่การดูแลของจิตอาสาแต่ละหมู่บ้านเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย มีการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมจิตอาสา ดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

2. การพัฒนาศักยภาพจิตอาสาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่จิตอาสาที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากทีมวิทยากรของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 5 วัน และมีการสอนการปฏิบัติงานในระยะเริ่มต้นดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมพี่เลี้ยงที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าทีมจิตอาสา มีความรู้ เกิดทักษะ มั่นใจและพร้อมปฏิบัติงานตามแผนการเยี่ยมบ้านทุกเดือนและเมื่อผู้ป่วยและญาติมีการร้องขอ

3. การติดตามและเสริมพลังจิตอาสาอย่างต่อเนื่องจากคณะกรรมการจิตอาสา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการลงเยี่ยมเสริมความรู้จัก ให้กำลังใจจิตอาสา และจัดกิจกรรมเรื่องเล่าแรงบันดาลใจ ทำดีด้วยหัวใจของจิตอาสา ทำให้จิตอาสาเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในงานจิตอาสาที่ตนเองทำ

4. การสื่อสาร การส่งต่อ การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือประสานงานโดยมีระบบพี่เลี้ยงประจำโซนที่คอยช่วยเหลือจิตอาสาและเป็นที่ปรึกษา ประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลปัญหาให้กับคณะกรรมการจิตอาสาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 4 โซน ได้แก่ โซนตำบลห้วยยาบ 2 โซน คือ โซนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยยาบ

และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยไซ โซนตำบลบ้านธิ 2 โซน คือ โรงพยาบาลบ้านธิฝั่งบนและโรงพยาบาลบ้านธิฝั่งล่าง และมีไลน์กลุ่มเพื่อให้การสื่อสาร ส่งต่อ และให้คำปรึกษาที่รวดเร็ว

5. การจัดตั้งกองทุนจิตอาสาของศูนย์จิตอาสาในชุมชนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกองทุนมีที่ตั้งอยู่ที่บ้านช่างแพ้น หมู่ 7 ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีความพร้อมทั้งด้านสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองขับ ที่นอนลม กางเกง-ผ้าอ้อม รถเข็น เก้าอี้นั่งถ่าย งบประมาณช่วยเหลือจัดการปัญหาเบื้องต้น

6. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยทีมจิตอาสา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ รับฟังปัญหา ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้การดูแลช่วยเหลือ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสภาพผู้ป่วย สร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ ให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำได้เพื่อสร้างคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยจิตอาสา มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มติดสังคม ดูแลด้านการร่วมทำกิจกรรมสนทนา การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เน้นการทำกิจกรรม 3อ2ส และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (2) กลุ่มติดบ้าน ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็น อยู่เป็นเพื่อน เยี่ยมให้กำลังใจ ทำกายภาพ ประสานงานเพื่อการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล และ (3) กลุ่มติดเตียงดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำกายภาพ การมอบที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตที่กลุ่มจิตอาสาผลิตเองฟรีเพื่อป้องกันแผลกดทับ และดูแลภาวะสุดท้ายของชีวิต การทำพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติโดยมีจิตอาสาที่ดูแลภายในหมู่บ้านตนเองและมีพี่เลี้ยงประจำโซนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และนำเอาวิธีการทำงานมาเรียนรู้ร่วมกันทุก 3 เดือน

ผลการประเมินการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ชุมชนเกิด

เครือข่ายจิตอาสาที่มีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ครอบคลุม มีการบริหารจัดการงานด้านงบประมาณที่พร้อมสนับสนุนการดำเนินงานของจิตอาสาโดยเครือข่ายจิตอาสาเอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ ได้รูปแบบประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. การบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการจิตอาสาของอำเภอบ้านธิ จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการดำเนินการที่ผ่านมาขาดความต่อเนื่องและขาดกลไกการขับเคลื่อนสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนทำให้การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจิตอาสาอำเภอบ้านธิ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ วางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน และมีการประชุมวางแผน วิเคราะห์ปัญหา ติดตามสรุปผลการดำเนินงานทุกเดือน ถือเป็นหัวใจหลักและจุดแข็งของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพราะคณะกรรมการจิตอาสาของอำเภอบ้านธิมาจากผู้บริหารระดับอำเภอที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเสียสละ ไม่หวังผลตอบแทน มีทักษะในการดำเนินงานทุกด้านเพื่อขับเคลื่อนการทำงาน สามารถประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชนเพื่อระดมทรัพยากรเข้ามาบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับฉลาด จันทรสมบัติ⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมคือการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมและประเมินร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ Vincent II JWJ⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายถึงการพัฒนาชุมชนต้องมีกระบวนการหลักของการปฏิบัติงานผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญมีความตั้งใจจริงที่จะดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับอำเภอบ้านธิที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและเข้าร่วมสนับสนุน บริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ ยานพาหนะ การเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วย และการอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา จากการสนทนากลุ่มพบว่าจิตอาสาขาดความความรู้ ทักษะและขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน จึงได้พัฒนาศักยภาพจิตอาสาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการนอกจากจะมีการบรรยายภาคทฤษฎียังมีการฝึกปฏิบัติจริงจากสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ยังมีการสอนการปฏิบัติงานในระยะเริ่มต้น ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ทีมจิตอาสาที่มีความรู้ ทักษะ มั่นใจและพร้อมปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนถือเป็นการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมคือดูแลคนทั้งคน จิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อจิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยมีสมรรถนะพร้อมทุกด้าน จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้ราบรื่น⁽⁵⁾

3. การติดตามและเสริมพลังจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยง จากการสนทนากลุ่ม พบว่า จิตอาสาขาดความมั่นใจในการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จึงได้กำหนดให้มีการติดตามและเสริมพลังจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมพี่เลี้ยงทุกเดือน ทำให้จิตอาสาที่มีกำลังใจและมั่นใจในการทำงาน สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson CH⁽¹¹⁾ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้คนสามารถสำรวจถึงศักยภาพของตน สามารถเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง อันนำมาซึ่งการตระหนักในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความมั่นใจในตนเอง (self-con-

fidient) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย บุญเลิศ และคณะ⁽¹²⁾ เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแล

4. การสื่อสาร การส่งต่อ การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือประสานงาน จากการสนทนากลุ่มพบว่าการสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเรื่องผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ และขาดการประสานงานข้อมูลของทีม จึงได้สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลบ้านธิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยผ่านคณะกรรมการจิตอาสาและทีมพี่เลี้ยงประจำโซนเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณิสาชล นาคกุล⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นรูปแบบชัดเจนจึงได้พัฒนาารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน แนวทางการรับ-ส่งต่อข้อมูลและประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของสวาท ฉิมพลี⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบส่งต่อแบบมีส่วนร่วม บ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรีโดยการประชุมใช้กระบวนการ AIC และวงจรคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่ง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผลการปฏิบัติงานด้านประเมินและผลลัพธ์ และผลการปฏิบัติงานโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

5. การจัดตั้งกองทุนจิตอาสาในชุมชนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา จากข้อมูลพื้นฐานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตเนื่องจากขาดรายได้ ไม่มีงานทำ จิตอาสาจึงได้นำข้อมูลส่งต่อให้พี่เลี้ยงและคณะกรรมการรับทราบ คณะกรรมการจิตอาสาจึงได้ระดมทุนเพื่อจัดหาสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองขับ อาหารสำเร็จรูป ที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไต แก้วน้ำนั่งถ่าย เป็นต้น ซึ่งการจัดตั้งกองทุนจิตอาสาในชุมชนนี้ถือเป็นจุดแข็งของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ทำให้จิตอาสาที่มีความพร้อมที่จะทำงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ทันเวลา เพราะมีทั้งโครงสร้างทางกายภาพ สถานที่ทำงานจัดเก็บวัสดุ สิ่งของ และงบประมาณที่ได้จากการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ ของคณะกรรมการจิตอาสา สอดคล้องกับการศึกษาของโรชนี อูปราและคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลในครอบครัว เป็นผู้ให้การดูแลทำให้ต้องรับผิดชอบในภาระหน้าที่มากกว่าเดิม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความเครียดต่อภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยชนก บัวเจริญ⁽¹⁵⁾ ที่สนับสนุนให้กองทุนสวัสดิการ สถาบันการเงิน จัดสวัสดิการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพทั้งสุขภาพดี การเจ็บป่วยวิกฤต และระยะท้ายโดยการเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง โดยอาศัยภาคีเครือข่ายในพื้นที่และนอกพื้นที่ร่วมกันจัดตั้งกองทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในรูปแบบของกองทุนสวัสดิการชุมชน ซึ่ง Berkman LF และ Glass T⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ

ภาวะสุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

6. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยทีมจิตอาสาตามเขตพื้นที่การดูแลของจิตอาสาแต่ละหมู่บ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และแบ่งระดับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบขณะเยี่ยมบ้านทุกเดือนและตามการร้องขอของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือครอบคลุมต่อเนื่อง คลายเครียดและรู้สึกว่าคุณค่า จิตอาสา รู้สึกเป็นเจ้าของใช้ผู้ป่วยที่ตนเองดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ลำปางศรี⁽¹⁷⁾ เรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในประเด็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมจากชุมชนตามรูปแบบอาสาสมัครจิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ส่งผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพ ความครอบคลุมการได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการที่ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าว พบจุดแข็งของรูปแบบ 2 ด้าน คือ ด้านกลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการโดยกรรมการจิตอาสา และด้านการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของจิตอาสาที่ทำให้การทำงานของจิตอาสาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกพื้นที่และทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตาม ประเมินผล และความคงอยู่ของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก พญ. สมสกุล เกียรติอนันต์ คุณเพ็ชรินทร์ เขียวสิงห์ และคุณสุวิมล พิระเพ็ญ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของรายงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการทำวิจัย ขอขอบคุณชมรมจิตอาสาอำเภอบ้านธิ ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อมรา ทองหงส์, กมลชนก เทพลีธา, ภาคภูมิ จงพิริยอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44(51):801-8.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. กลุ่มโรค NCDs [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>
3. Siantz E, Aranda MP. Chronic disease self management interventions for adults with serious mental illness: a systematic review of the literature. Gen Hosp Psychiatry 2014;36(3):233-44.
4. Naruse T, Sakai M, Matsumoto H, Nagata S. Diseases that precede disability among latterstage elderly individuals in Japan. Biosci Trends 2015;9(4):270-4.
5. นิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(2):79-87.
6. Tas Ü, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Odding E, Koes BW. Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. BrJ Gen Pract 2007;57(537):319-23.

7. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ. ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(4):22-31.
8. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านธิ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2560. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านธิ; 2560.
9. ฉลาด จันทรสมบัติ, รัฐศาสตร์ พาณิชยพงษ์ศักดิ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น. วารสารการบริหารและพัฒนา 2554;3(2):165-82.
10. Vincent II JWJ. Community development practice. In: Phillips R, Pittman RH, editors. An introduction to community development. New York: Routedledge Publisher; 2009. p 58-74.
11. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nur 1991;16(3):354-61.
12. พิสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเขวฬววิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(2):79-87.
13. สวาท นิมพลี. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553;3(3):83-92.
14. โรชนี อูปรวา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, เอกชัย กันธะวงศ์. ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ 2554; 12(2):50-9.
15. หทัยชนก บัวเจริญ. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารกิจการรุณย์ 2561;25(2):185-94.
16. Berkman LF, Glass T. Social integration social network and health. In: Berkmand LF and Kawachi I editors. Social epidemiology. New York: Oxford University 2000; p. 137-73.
17. สุภารัตน์ สำอางค์ศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2558; 5(1):42-54.

Abstract: Development of Care Model for Patients with Chronic Disease by Community Participation in Banthi District Lamphun Province

Chanpen Prayong, M.N.S. (Community Nursing)*; Pitsamai Chaipasop, M.N.S. (Community Nursing); Darunee Munjaiwong, D.N.S.*****

** Banthi Hospital, Lamphun Province; ** Subdistrict Health Promotion Hospital, Huaichai Subdistrict, Lamphun Province; *** Subdistrict Health Promotion Hospital, Huaiyab Subdistrict, Lamphun Province, Thailand*
Journal of Health Science 2020;29(5):803-12.

Caring for chronic disease patients in the community requires the participation of community to develop care model of patient with chronic diseases that will lead to patient, family and community health. The objective of this research was to develop care model for patients with chronic diseases by community participation. It was conducted in Banthi District, Lamphun Province, Thailand. Participants were 539 individuals comprising of health officers, sub-district administrative officers, community leaders, public health volunteers, village volunteers, monks, patients with chronic diseases, and caregivers. The study had 3 phases: (1) situation analysis, (2) planning and development of model, and (3) evaluation. Data were collected by using in-depth interview, group discussion, observation records and meeting plan in accordance with the AIC process that had been checked for the accuracy, suitability and clarity of language from 3 experts. The data were analyzed by using content analysis technique. As for the results there were 6 activities in the model: (1) management by the volunteer committee, (2) develop knowledge and skill for the volunteers, (3) Guidelines for caring of patients by the volunteers, (4) continuous monitoring and empowerment. (5) guidelines of communication, referral and coordination, and (6) volunteers support through the volunteer fund. The evaluation of the model revealed the volunteer network that could manage self-sufficiency; volunteer care team had knowledge skills and ability to take care of patients; and patients received care covering physical health, mental health, economic and social support. The results of this study identified the strength of the model in the management by the volunteer committee and setting up a fund to support volunteers work. The results of this research showed that community participation could generate a care model for chronic diseases which was suitable to the community context. Therefore, the model should be applied to other communities upon adaptation to the local context.

Keywords: illness cost; renal disease; cadmium contaminated area; Mae Sot district