

11-1-2012

Peer support for type 2 diabetes self-management

W. Jiamjarasrangsri

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Jiamjarasrangsri, W. (2012) "Peer support for type 2 diabetes self-management," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 56: Iss. 6, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.56.6.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol56/iss6/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อการจัดการดูแลตนเอง ของผู้เป็นเบาหวาน

วิโรจน์ เลี่ยมจรัสรังษี*

**Jiamjarasrangsri W. Peer support for type 2 diabetes self-management. Chula Med J 2012
Nov - Dec; 56(6): 629 - 45**

Self-management support is considered to be the main-stay of chronic disease management, particularly type 2 diabetes. However, as the disease prevalence is rapidly increase, existing healthcare systems are not able to adequately provide self-management support for all patients. Utilizing peer support system in diabetes self-management support has high potential to fill this gap. Furthermore, peer support also has some advantages over professional-led self management support. This report describes topic relating to utilization of peer for self-management support including (a) background, (b) evidence about self management support and peer support, (c) role of peer in self management support, (d) models of peer support, (e) structure of peer support program and its linkage with healthcare system, and (f) summary about the gap of knowledge relating current peer support programs.

Keywords : *Conceptual model, type 2 diabetes, self management support.*

Reprint request: Jiamjarasrangsri W. Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 12, 2011.

**วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อการจัดการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2556 พ.ย. – ธ.ค.; 56(6): 629 – 45**

การจัดการเรียนรู้ด้านการดูแลตนเองเป็นเสาหลักเสาหนึ่งของการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่การที่ความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีแนวโน้มว่าระบบการดูแลสุขภาพจะไม่สามารถจัดการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอทั่วถึง การนำระบบเพื่อนช่วยเพื่อนมาใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยถือเป็นหนทางหนึ่งที่จะเติมเต็มช่องว่างนี้ได้ ทั้งยังมีข้อดีบางประการเหนือระบบการสนับสนุน ๔ ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ บทความนี้เป็นการรวบรวมเรียบเรียงองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อการจัดการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน เนื้อหาในบทความประกอบด้วย (ก) ที่มา (ข) หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเองและระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (ค) บทบาทของ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (ง) รูปแบบของโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” (จ) โครงสร้างของโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” และการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพ และ (ฉ) สรุปเกี่ยวกับช่องว่างขององค์ความรู้ในด้านนี้ในปัจจุบัน

คำสำคัญ : กรอบแนวคิด, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง.

การจัดการเรียนรู้ด้านการดูแลตนเองเป็นเสาหลักเสาหนึ่งของการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง⁽¹⁾ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าในระยะเวลา 30 ปี⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้วงการแพทย์ทั่วโลกในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการดำเนินการด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับโรคเบาหวานและถือว่าการดำเนินการนี้เป็นองค์ประกอบหลักส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสำคัญมิใช่เพียงช่วงแรกของการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย⁽³⁾

นอกจากการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เพื่อเอื้อโอกาสให้สามารถพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเอง สิ่งที่ยังไม่เข้าใจอย่างแจ่มชัดเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาโรคอื่นซับซ้อน หรือทักษะที่เพิ่งเรียนรู้มาใหม่ ๆ⁽⁴⁾ ซึ่งหากระบบบริการสุขภาพจะจัดสิ่งเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาและทรัพยากรบุคลากรด้านการแพทย์อย่างมาก

การที่ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมากมาในเวลาอันรวดเร็ว จึงคาดหมายได้ว่าทรัพยากรที่จะต้องใช้เพื่อการจัดการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องเพิ่มขึ้นอย่างมากและอาจเกินกว่าศักยภาพของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันจะรองรับได้ โดยเฉพาะด้านทรัพยากรบุคคล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมองหาทางเลือกสำหรับปัญหานี้ การนำผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานอยู่แล้วเข้ามามีบทบาทในการจัดการเรียนรู้ด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลโรคให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกันเองจึงอาจเป็นทางออกที่เหมาะสมทางหนึ่งสำหรับปัญหานี้⁽⁵⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเองและระบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การดูแลโรคเบาหวานส่วนใหญ่มักจะต้องดำเนิน

การโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในช่วงเวลาระหว่างการนัดพบแพทย์แต่ละครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามพฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองหลากหลายด้านให้สำเร็จ อันประกอบด้วย การกินยาตามแผนการรักษา การกินอาหารและการออกกำลังกายตามคำแนะนำ การตรวจติดตามตนเอง และการรับมือกับความเครียดของการมีชีวิตร่วมกับโรคเบาหวาน^(6,7) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมากประสบความยากลำบากในการจัดการดูแลตนเอง ทั้งไม่สามารถพึ่งพาความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและเพื่อนสนิทได้

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่จัดขึ้นในสถานบริการสุขภาพและการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรแพทย์จึงเป็นหนทางที่สำคัญสำหรับสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การอาศัยมาตรการนี้ตามลำพังก็ไม่เพียงพอที่จะสนองความต้องการมากด้านของผู้ป่วยได้ เนื่องจากเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายได้ เพราะโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในสถานบริการสุขภาพ (ที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านการแพทย์) มักจะต้องใช้ทรัพยากรและกำลังบุคลากรอย่างมาก ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับการขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการดำเนินการด้านนี้⁽⁸⁾

ผลการศึกษาวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม สามารถยกระดับผลการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนจำเพาะโรคหรือจำเพาะมาตรการ ยิ่งไปกว่านั้น คือ การสนับสนุนนี้ยังเป็นผลดีต่อสุขภาพของบุคคลผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้วย ซึ่งอาจจะมากกว่าผลดีที่เกิดกับผู้ที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเสียอีก โดยพบว่าอาสาสมัครที่ให้ความช่วยเหลือจะมีความเครียดน้อยลง มีความภูมิใจและความมั่นใจตนเองเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่นยังทำให้ผู้สนับสนุนช่วยเหลือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลง ผลเหล่านี้มีความชัดเจนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ

ผู้สูงวัยซึ่งมีโอกาสน้อยที่จะดูแลความสุขสบายของผู้อื่นในชีวิตปกติโดยทั่วไป

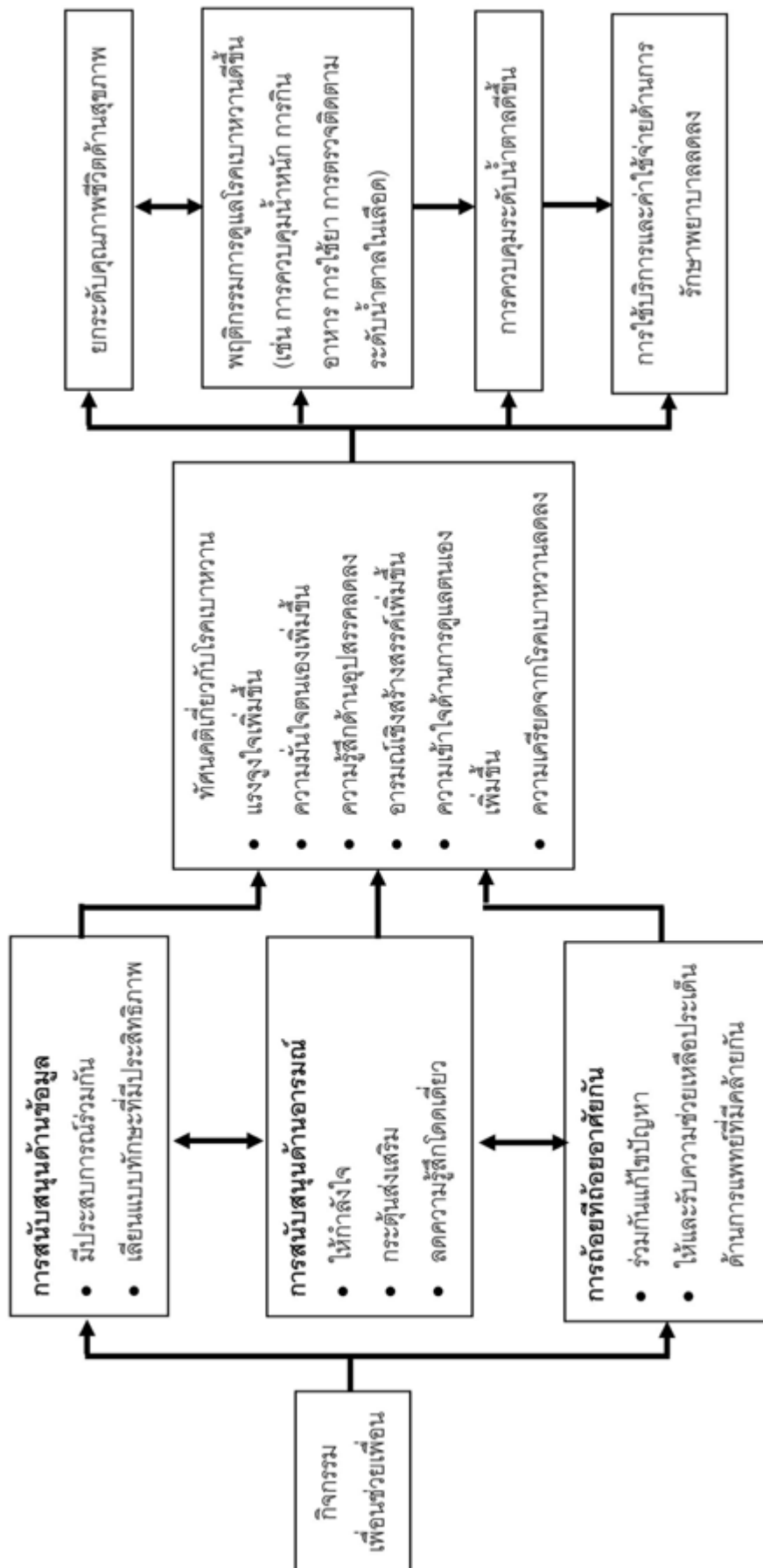
โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเดียวกันจึงอาจเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพเมื่อพิจารณาจากประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งผู้รับและผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม โดยที่คำว่า “เพื่อนช่วยเพื่อน” นั้น หมายถึง “การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้จากประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความเครียดคั่งที่จำเพาะอย่างหนึ่ง ๆ และมีภูมิหลังหรือพื้นเพคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย”⁽⁹⁾ โดยพบว่ากิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” สามารถช่วยลดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา ลดความซึมเศร้า และช่วยยกระดับคุณภาพการจัดการดูแลโรคเบาหวาน และทำให้มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการใช้ยา การกินอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น เชื่อว่าความสำเร็จของกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนนั้นส่วนหนึ่งเป็นผลจากความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน (อย่างไม่มีชั้นยศ) และถ้อยที่ถ้อยอาศัยกันจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่คล้ายคลึงกัน โดยรูปที่ 1 แสดงกลไกที่กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนอาจนำไปสู่ผลการดูแลรักษาโรคที่ดีขึ้น

หลักฐานข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นสอดคล้องกันดีกับหลักฐานข้อมูลการใช้กลุ่มบำบัดและการพึ่งพากันเพื่อเป็นหนทางยกระดับผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ติดสารเสพติดหรือมีภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติมานานแล้ว ดังนั้นกลไกและความเข้มข้นของการเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนกับผลต่อสุขภาพนั้นจึงแตกต่างจากกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยบุคลากรด้านการแพทย์ แต่สามารถหนุนเสริมกันได้ ประเด็นที่สำคัญ คือมาตรการเพื่อนช่วยเพื่อนจะใช้อาสาสมัครหรือสมาชิกในทีมที่มีบุคลากรด้านการแพทย์ จึงสิ้นเปลืองทรัพยากร (ทั้งในการฝึกอบรมและการดำเนินการ) น้อยกว่าโปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านการแพทย์ ดังนั้นรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อนจึงเป็นมาตรการที่เหมาะสมสำหรับระบบ

การสาธารณสุขที่เผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างมาก

กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนมีประโยชน์เป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการจัดการกับกระบวนการด้านการรักษาใหม่ ๆ ที่ท้าทาย เช่น การฉีดฮอร์โมนอินซูลิน ในสถานการณ์เช่นนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นที่ต้องมีกระบวนการรักษาค่อยคลึงกันจะเป็นวิธีช่วยให้บุคคลเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติกระบวนการนั้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีผลการรักษาที่ดีขึ้น⁽¹¹⁻¹³⁾ นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกันจะทำให้กระบวนการซึมซับและประมวลองค์ความรู้ใหม่ ๆ มีประสิทธิภาพมากหากเกิดขึ้นระหว่างเพื่อนที่มีภูมิหลังคล้ายกันและมีประสบการณ์แบบเดียวกัน โดยพบว่าทั้งกับผู้แสดงบทบาทเป็น “ผู้ช่วยเหลือ” และ “ผู้ได้รับความช่วยเหลือ” มีศักยภาพด้านการปฏิบัติรักษาและพฤติกรรมสุขภาพนั้นเพิ่มพูนขึ้น^(14,15) และยังเพื่อนมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากเพียงใด (เช่น มีประสบการณ์ชีวิตคล้ายกัน อายุใกล้เคียงกัน และมีปัญหาด้านการดูแลตนเองคล้าย ๆ กัน) ยังมีโอกาสมากขึ้นที่กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนจะนำไปสู่ความเข้าใจ การเห็นใจ และการถ้อยที่ถ้อยอาศัยกันมากขึ้นเพียงนั้น⁽¹⁶⁾

มาตรการเพื่อนช่วยเพื่อนนี้มีความเหมาะสมเป็นพิเศษสำหรับการยกระดับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือรูปแบบที่มีการผสมผสานกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนเข้ากับการจัดการการเรียนรู้และการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านการแพทย์ ปัจจุบันนี้ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับโรคเรื้อรังจะมุ่งที่การนัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มพบแพทย์ (Clinic-based group visit) กิจกรรมการฝึกอบรมและการสนับสนุนช่วยเหลือที่ดำเนินการโดยเพื่อน (Peer-led training sessions and support groups) ซึ่งพบว่าสามารถยกระดับผลลัพธ์การดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ แต่ปัญหาที่ประสบคือ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องการการพบปะกันซึ่งหน้าได้ โดยเฉพาะการพบปะกันเป็นประจำ แม้โครงการที่ประสบผลสำเร็จอย่างมากก็มีอัตราการไม่



รูปที่ 1. สมมติฐานเกี่ยวกับผลของกิจกรรม "เพื่อนช่วยเพื่อน" ต่อทัศนคติ พฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านการจัดการดูแลตนเอง

แหล่งข้อมูล: Heister M. Building peer support programs to manage chronic disease: Seven models for success, 2006⁽¹⁾

เข้าร่วมกิจกรรมค่อนข้างสูง และมักมีระยะเวลาการดำเนินการจำกัดได้ต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมองหารูปแบบการจัดกิจกรรมอย่างหลากหลายเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างเชื่อมโยงกับโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือโดยบุคลากรด้านการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อยกระดับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

บทบาทของ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง⁽¹⁷⁾

บทบาทของ “เพื่อนช่วยเพื่อน” อาจจำแนกได้

ตามองค์ประกอบหลัก 6 ประการของการสนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดการโรคเรื้อรัง โดยประกอบด้วย (1) การเข้าถึงการบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงอย่างสม่ำเสมอ (2) การประเมินและการรักษาที่จำเพาะบุคคล (3) การร่วมตั้งเป้าหมายโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (4) การให้การศึกษาและการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ (5) การนัดติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และ (6) การเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน โดยมีรายละเอียดบทบาทของเพื่อนช่วยเพื่อนดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. บทบาทของเพื่อนในองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง

องค์ประกอบหลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง	บทบาทของเพื่อน
การดูแลรักษาคุณภาพสูงที่สม่ำเสมอและปลอดภัย (Regular, safe, high-quality clinical care)	การบริการเชิงรุกและการค้นหาผู้ป่วย การส่งต่อ การช่วยนำทางผู้ป่วยท่ามกลางระบบบริการที่ซับซ้อน การเป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ การประสานงานผู้ป่วย/การจัดการรายการนี้ (ผู้ป่วย) การเป็นล่าม การช่วยเหลืองานเอกสาร/ธุรการด้านการประกันสุขภาพ การบริการและโปรแกรมอื่น ๆ
การประเมินรายบุคคลและการดูแลรักษาอย่างจำเพาะบุคคล (Individualized assessment and tailored management)	ประเมินความจำเป็น (ความต้องการ) ของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยด้านความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับการรู้หนังสือ และสิ่งอื่น ๆ ในชีวิตที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการจัดการดูแลตนเอง การจัดการเรียนรู้และการสนับสนุนรายบุคคล การให้บริการที่มีใช้บริการตามปกติ (เช่น การเยี่ยมบ้าน)
การร่วมตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรมและการแก้ไขปัญหา (Collaborative behavioral goal setting and problem solving)	การช่วยผู้ป่วยตั้งและบรรลุเป้าหมายด้านพฤติกรรมที่จำเพาะ ช่วยแก้ไขปัญหาเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ
การให้ความรู้และฝึกทักษะสำหรับจัดการโรค เบาหวาน (Education and skills for managing diabetes)	การทำงานเชิงรุกและเกณฑ์ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้และฝึกทักษะ การนำ (หรือช่วย) การฝึกอบรมและการให้ความรู้ด้านการจัดการตนเองที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การสอน/กระตุ้นส่งเสริมทักษะการจัดการดูแลตนเอง

ตารางที่ 1. บทบาทของเพื่อนในองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)

องค์ประกอบหลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง	บทบาทของเพื่อน
การนัดติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing follow-up and support)	การนัดติดตามโดยไม่กำหนดนัดหรือวิภาควิจารณ์ การให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการปฏิบัติการ (instrumental support)
เชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน (Linkage to community resources)	การระบุแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น การพัฒนาความสัมพันธ์กับองค์กรในชุมชน การจัดหาข้อมูลและสิ่งสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดบริการที่จำเป็น การพัฒนาศักยภาพภายในชุมชนเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ

เพื่อนสนับสนุนการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการทำงานเชิงรุกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และช่วยนำทางผู้ป่วยในท่ามกลางระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน เพื่อนจะเป็นผู้เชื่อมโยงเพื่อข้ามอุปสรรคทางภาษาและวัฒนธรรมระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์ การจัดหาการสนับสนุนทางปฏิบัติ เช่น ช่วยนัดหมาย ช่วยเหลือด้านเอกสาร/หนังสือด้านการประกันสุขภาพ แปล/อธิบายภาษา ช่วยด้านการเดินทาง เพื่อนบางคนจะเข้าร่วมกิจกรรมในคลินิกพร้อมกับผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ บางครั้งเพื่อนช่วยในการส่งต่อผู้ป่วย ติดตามตัวชี้วัดด้านการรักษา จัดหาการดูแลพื้นฐานและบริการจัดการรายการนี้

การดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเป็นบทบาทสำคัญของเพื่อน โดยเริ่มจากการค้นหาผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลไม่ค่อยดี เพื่อนอาจทำหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เพื่อปรับขนาดยา

การประเมินรายบุคคล

การที่จะประเมินและรักษาผู้เป็นโรคเบาหวานอย่างจำเพาะบุคคลได้นั้น เพื่อนจะต้องค้นหาอุปสรรค ความขัดข้องและความจำเป็นของผู้ป่วย ประเมินระดับ

ความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค้นหารูปแบบการจัดการเรียนรู้ และการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และให้ข้อมูลป้อนกลับหรือร่วมประชุมกับทีมงานดูแลสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และการรับรู้ของเขาเกี่ยวกับผู้ป่วย อันจะทำให้ทีมงานทั้งหมดสามารถให้การสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ตัวอย่าง เช่น สถานบริการสุขภาพแห่งหนึ่งฝึกอบรม “เพื่อน” เกี่ยวกับทฤษฎีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Trans-theoretical Model of Change ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคันทะระดับความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้น “เพื่อน” จะใช้คำถามที่จำเพาะต่อระดับการเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ด้านการวางแผนการกินอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการใช้ยา) อยู่ในระดับใด แล้วใช้กลยุทธ์การสนับสนุน การติดตาม และการตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับระดับความพร้อมของผู้ป่วย

การจัดการเรียนรู้ ฝึกทักษะ และการตั้งเป้าหมาย

กิจกรรมที่ “เพื่อน” ทำบ่อย ๆ คือการช่วยเหลือหรือเป็นผู้ดำเนินการโดยตรงในการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้และการจัดการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดย

เพื่อนเป็นผู้จัดชั้นเรียนการจัดการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น สอนการมีชีวิตร่วมกับโรคเบาหวาน และการนำการจัดการดูแลตนเองผสมผสานเข้าในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่สำคัญประการหนึ่งของการสนับสนุนการจัดการตนเอง คือ การสอนและการหนุนเสริมทักษะการจัดการตนเอง อันประกอบด้วยทักษะการวางแผนการกินเพื่อสุขภาพ การเตรียมอาหาร การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยา และการออกกำลังกาย จากนั้นเพื่อให้เกิดการนำความรู้และทักษะไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อนจะร่วมทำงานกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายและดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งการช่วยแก้ไขปัญหายุ่งยากที่เกิดขึ้น

การตั้งเป้าหมาย การหนุนเสริมเพื่อการบรรลุเป้าหมาย และการแก้ไขปัญหานี้ถือเป็นแกนหลักของหลักสูตรการสนับสนุนการจัดการตนเองและการนัดติดตามหลังพบแพทย์

การนัดติดตามและการสนับสนุน

การนัดติดตามและการสนับสนุนการจัดการตนเองถือเป็นงานหลักและสิ่งพื้นฐานสำหรับกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน โดยเพื่อนจะเป็นผู้ติดต่อผู้ป่วยในช่วงกลางระหว่างวันนัดพบแพทย์หรือวันร่วมกิจกรรมในชั้นเรียนแต่ละครั้ง เพื่อช่วยดำเนินการตามแผนการรักษาและตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ช่วยอธิบายข้อมูลด้านการแพทย์ให้เข้าใจชัดเจนขึ้น ให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ โดยมีวิธีการต่าง ๆ เพื่อการติดตามสนับสนุนอย่างหลากหลาย เช่น การส่งไปรษณียบัตรที่มีข้อความเป็นแรงบันดาลใจ การเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำและความช่วยเหลือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการส่งต่อพบพยาบาลผู้ให้ความรู้สำหรับคำถามที่หาคำตอบไม่ได้ ในหลายกรณีเพื่อนจะเป็นผู้นัดติดตามผู้ป่วยเอง และในบางกรณีเพื่อนจะเป็นผู้ดำเนินการหรือผู้ร่วมกลุ่มสนับสนุนด้วย

การเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน

ประการสุดท้าย เพื่อนจะเป็นผู้ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้ากับทรัพยากรและบริการในชุมชน ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานโดยตรง เช่น การดูแลรักษาเฉพาะทางหรือโปรแกรมการใช้ยา หรือในด้านอื่น ๆ ในชีวิต ในบางกรณีเพื่อนจะมีส่วนในการสร้างศักยภาพของชุมชนเพื่อสนับสนุนการมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนโดยการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนหรือการจัดงานหรือกิจกรรม เพื่อนอาจทำงานในระดับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมระบบและนโยบาย เช่น การจัดตั้งตลาดเกษตรกรในชุมชนหรือการส่งเสริมการติดฉลากอาหารในโรงเรียนหรือร้านอาหาร

รูปแบบของโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน”

โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนจะจัดตั้งอยู่บนแนวคิดการแสวงหาและการขับเคลื่อนพลังของ “เพื่อน” ในหลายกรณี เพื่อนคือผู้ที่มีประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคหรือภาวะเรื้อรังโรคหรือภาวะเดียวกันกับผู้ป่วย ส่วนในกรณีของอาสาสมัครสุขภาพชุมชน เพื่อนคือผู้ที่มีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยโดยการอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันและมีภูมิหลังทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมเดียวกัน นับถึงปัจจุบันนี้มีโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ 7 รูปแบบพื้นฐาน คือ⁽¹⁰⁾

1. การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มโดยมีบุคลากรด้านการแพทย์เป็นผู้นำกิจกรรมและผู้ป่วยมีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน (Professional-led group visits with peer exchange)
2. โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองแบบพบปะกันซึ่งหน้าที่มีเพื่อนเป็นผู้นำกิจกรรม (Peer-led face-to-face self-management programs)
3. เพื่อนพี่เลี้ยง (Peer coaches)
4. อาสาสมัครสุขภาพชุมชน (Community health workers)
5. กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ (Support groups)
6. เพื่อนช่วยเพื่อนทางโทรศัพท์ (Telephone-based peer support)

7. เพื่อนช่วยเพื่อนทางเว็บไซต์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Web- and email-based programs)

การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มโดยมีบุคลากรด้านการแพทย์เป็นผู้นำกิจกรรมและผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน (Professional-led group visits with peer exchange)

การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เป็นการนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเรื้อรังปะทะเดียวกันและต้องมีการจัดการดูแลตนเองแบบเดียวกันมาพบปะพร้อม ๆ กันกับบุคลากรด้านการแพทย์หรือทีมผู้ให้บริการ ลักษณะการเป็นกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากคนที่มีประสบการณ์คล้ายกัน เรียนรู้จากกันและกัน และใช้ประสบการณ์ของคนอื่นเป็นต้นแบบ การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มนั้นเป็นวิธีการหนุนเสริมการจัดการโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มนี้มีการนำองค์ประกอบแกนหลักของการดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพสูงหลายประการเข้าไปผสมผสานด้วย ดังนี้

- การพบปะบุคลากรแพทย์ที่มีการวางแผนและกำหนดล่วงหน้า
- การมุ่งเน้นการยกระดับทักษะการจัดการดูแลตนเองที่จำเป็น และ
- การสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่นที่ต้องมีการจัดการดูแลตนเองคล้าย ๆ กัน

โดยทั่วไปทีมบุคลากรด้านการแพทย์จะสร้างกลุ่มขึ้นโดยการเชิญชวนผู้ป่วยตามสภาพของโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยมักจะอยู่ในกลุ่มเดียวกันตลอด แต่บางครั้งอาจมีผู้ป่วยสมาชิกใหม่เข้ามาร่วมเมื่อผู้ป่วยสมาชิกเก่าบางคนออกจากกลุ่มไป ขนาดของกลุ่มอาจเป็น 8 - 12 คน 10 - 18 คน หรือ 15 - 20 คน ความถี่ของการพบปะอาจเป็นสัปดาห์ละครั้งหรือเดือนละครั้ง ระยะเวลาการพบปะแต่ละครั้งประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ประเด็นของการพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือให้คำแนะนำจะมุ่งด้านกลยุทธ์การควบคุม

อาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกายและทำตัวให้กระฉับกระเฉงมากขึ้น วิธีป้องกันไม่ให้ล้มกินยาหรือวิธีการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ พยาบาลผู้ให้ความรู้ (Nurse educator) มักเป็นผู้นำกิจกรรม (และอาจทำหน้าที่โทรศัพท์หาผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนและหลังวันนัดด้วย) แต่อาจมีการเชิญบุคลากรอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ Podiatrist มาให้คำแนะนำช่วยเหลือในคาบที่เกี่ยวข้องด้วย และท้ายสุดอาจมีการให้การปรึกษาหรือพบแพทย์ เพื่อให้การรักษารายบุคคล

การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มมีข้อดีเหนือการนัดพบผู้ป่วยทีละรายหลายประการ เช่น บุคลากรสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยครั้งละหลาย ๆ คน มีเวลาในการให้ข้อมูลนานและชัดเจนกว่าการนัดผู้ป่วยรายบุคคล ผู้ป่วยมีโอกาสพบแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ นานขึ้น และหลากหลายวิชาชีพมากขึ้นโดยไม่เพิ่มภาระงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน โดยสมาชิกครอบครัวสามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้วย และประการสุดท้าย คือ การนัดหมายผู้ป่วยเป็นกลุ่มมีความคุ้มค่าหรือต้นทุน-ประสิทธิผลดีกว่าการนัดพบผู้ป่วยทีละราย

โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองแบบพบปะกันซึ่งหน้าที่มีเพื่อนเป็นผู้นำกิจกรรม (Peer-led face-to-face self-management programs)

ปัจจุบันนี้ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองหลายโปรแกรมจะมีเพื่อน (Peer) เป็นผู้นำกิจกรรมแทนบุคลากรด้านการแพทย์ โดยบางโปรแกรมจะจำเพาะเจาะจงโรค บางโปรแกรมไม่เจาะจงโรคแต่เป็นการให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาเพื่อจัดการโรคเรื้อรังโดยทั่วไป

โปรแกรมการอบรมสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองโดยทั่วไปมุ่งที่การให้ความรู้และเสริมหนุนทักษะด้านพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยประกอบด้วยทักษะการจัดการกับความ

เครียดขึ้น การจัดการและตรวจติดตามอาการ การปฏิบัติวิธีการด้านการแพทย์ การรู้จักระบบบริการสุขภาพและการทำงานร่วมกับบุคลากรด้านการแพทย์

เพื่อนมีประสิทธิภาพเป็นพิเศษในการเป็นผู้นำการดำเนินโปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เนื่องจากเพื่อนเป็นผู้ที่เป็นโรคนี้ด้วยจึงสามารถเป็น “ต้นแบบ” ให้กับผู้ร่วมกิจกรรม นอกจากนี้เพื่อนผู้ใหญ่นำยังสามารถจัดกิจกรรมนอกเวลาทำการของบุคลากรด้านการแพทย์ด้วย ซึ่งทำให้มีโปรแกรมให้เลือกเข้าร่วมกิจกรรมในเวลาต่าง ๆ อย่างหลากหลาย และเนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่ต้องมีการนัดติดตามระยะยาวเพื่อบำรุงการมีพฤติกรรมที่ดีไว้ เพื่อนจึงอยู่ในสถานะที่ดีที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมแล้วต่อไปในระยะยาว

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองบางโปรแกรมจะมีบุคลากรด้านการแพทย์ร่วมกับเพื่อนในการนำกิจกรรม แต่มักจะมีปัญหาเนื่องจากบุคลากรด้านการแพทย์จะแสดงบทบาทเป็นผู้สอนหลักและเพื่อนจะถูกลดบทบาทเป็นเพียงแค่ผู้ช่วย ยิ่งกว่านั้นพลวัตรของชั้นเรียนจะแปรเปลี่ยนไป คือ ผู้ร่วมกิจกรรมจะสนใจสอบถามปัญหาเกี่ยวกับอาการมากกว่าจะทำงานร่วมกับ “เพื่อน” ในการพัฒนาเทคนิคและกลยุทธ์การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมหลายโปรแกรมรายงานว่าบุคลากรด้านการแพทย์ฝึกหัดยากกว่าเพื่อนเนื่องจากบุคลากรด้านการแพทย์มักคุ้นเคยกับ “การสั่งสอน” หรือการสอนแบบบอกให้ทำ และไม่ค่อยสนใจกับกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ หรือการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนผู้นำกลุ่ม

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่นำกลุ่มโดยเพื่อนทั่วโลกมักจะพัฒนาตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดย Dr. Kate Lorig แห่งมหาวิทยาลัย Stanford ประเทศสหรัฐอเมริกา [The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) หรือ Tomando Control de Su Salud (โปรแกรมภาษาสเปน)] โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมสำหรับผู้มีภาวะเรื้อรังโดยมิได้จำเพาะต่อ

โรคใดโรคหนึ่ง ระยะเวลากิจการกรรมา คือ กิจกรรมคาบ 2 1/2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย การออกแบบการออกกำลังกายจำเพาะบุคคล โปรแกรมการจัดการอาการของโรคด้วยปัญญาความคิด การจัดการกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ความโกรธ ความกลัว ความซึมเศร้า และความสับสนที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการพูดคุยประเด็นเกี่ยวกับการใช้ยา การกินอาหาร การสื่อสารกับบุคลากรด้านการแพทย์ และความเหนื่อยล้าจากการเจ็บป่วย โดยเพื่อนพี่เลี้ยงจะนำกิจกรรมแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมกิจกรรมเพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะจัดการดูแลตนเอง

เพื่อนพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา (Peer coaches or mentors)

แนวทางที่ไม่เป็นทางการและยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” สำหรับโรคเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ แนวทางหนึ่ง คือ อาสาสมัครเพื่อนพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา เพื่อนพี่เลี้ยงจะพบปะกับผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อรับฟัง พูดคุยประเด็นที่เป็นปัญหา และสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อนพี่เลี้ยงมักเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการรับมือกับปัญหาสุขภาพแบบเดียวกับผู้ป่วยและสามารถเป็นต้นแบบเชิงสร้างสรรค์ได้ โดยผ่านการฝึกอบรมขั้นต้น 8 - 32 ชั่วโมงเกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร การฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือผู้ร่วมกิจกรรมให้เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิต ทักษะการแก้ไขปัญหา และการแสดงออกซึ่งความต้องการของตนเอง เพื่อนพี่เลี้ยงจะมุ่งเน้นด้านการสนับสนุนผู้ป่วยเป็นหลักโดยไม่มาแสดงบทบาทหรือทำหน้าที่อื่น ๆ แทนบุคลากรด้านการแพทย์

เพื่อนพี่เลี้ยงนี้มีประสิทธิภาพเป็นพิเศษสำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนากลยุทธ์ การหลอมรวมวิธีการรักษาที่สลับซับซ้อนเข้ากับชีวิตประจำวันของตน เพื่อนพี่เลี้ยงจะมีบทบาทสำคัญมากในกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาชนิดใหม่และนำวันกล้ว (เช่น การฟอกเลือด) ตัวอย่างเช่นเพื่อนพี่เลี้ยง

สามารถช่วยผู้ป่วยรับมือกับความกลัวเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตหรือการผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยการพูดคุยถึงประสบการณ์ตรงของตนเองและไขข้อข้องใจ ความกังวลหรือความหวาดกลัวของผู้ป่วยอาสาสมัคร เพื่อนพี่เลี้ยงมักจะเข้าถึงได้นอกเวลาทำงานปกติของบุคลากรด้านการแพทย์ด้วย จึงสามารถเสริมหนุนการดูแลของสถานบริการสุขภาพได้ ยิ่งกว่านั้นการเป็นเพื่อนที่ปรึกษา มักจะเป็นประโยชน์กับทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การปรึกษาเองเช่นเดียวกับโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” รูปแบบอื่น ๆ โดยมีข้อมูลผลการวิจัยมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น ๆ มักได้รับประโยชน์กลับคืนมาด้วยตนเองด้วยหลักฐานเบื้องต้นบ่งบอกว่าแง่มุมหลักที่ทำให้กิจกรรมเพื่อนที่ปรึกษาประสบความสำเร็จประกอบด้วย

- การฝึกอบรมและการสนับสนุนต่อเนื่องอย่างเพียงพอสำหรับเพื่อนที่ปรึกษาซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นอาสาสมัคร
- การใคร่ครวญอย่างรอบคอบและการพูดคุยแต่แรกเริ่มกับเพื่อนที่ปรึกษาเกี่ยวกับเวลาที่เพื่อนที่ปรึกษาสามารถและเต็มใจทำงานให้กับโปรแกรม สิ่งที่เขาสนใจทำมากที่สุดเพื่อการจัดหางานที่ตรงกับความสนใจของเขา จำนวนผู้ป่วยที่เขาสามารถดูแลสนับสนุนได้ และแง่มุมใดที่เขาไม่ประสงค์จะเกี่ยวข้อง
- การเปิดโอกาสอย่างสม่ำเสมอที่เพื่อนที่ปรึกษาจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ไขปัญหา การสนับสนุนกันและกัน การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม และการยกย่องยอมรับอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับสิ่งที่เขาทำ

เพื่อนอาสาสมัครสุขภาพชุมชน (Peer community health workers)

เพื่อนอาสาสมัครสุขภาพชุมชน คือ สมาชิกในชุมชนที่ทำหน้าที่คล้ายสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนของตนกับบุคลากรด้านการแพทย์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลที่โดยทั่วไปจะเข้าถึงบริการสุขภาพยาก โดยทั่วไปเพื่อนอาสาสมัครสุขภาพชุมชนอาจไม่จำเป็นต้องเป็นผู้มีโรคเรื้อรังด้วยตนเองแต่จะพูดภาษาเดียวกัน มีภูมิหลัง

ทางวัฒนธรรมเหมือนกันและมาจากชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยและทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนในด้านอื่น ๆ ประชากรบางกลุ่มมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งกรณีนี้รูปแบบของอาสาสมัครสุขภาพในชุมชนจะเหมาะสมมาก ในช่วงที่ผ่านมาแนวโน้มว่าโครงการต่าง ๆ จะเกณฑ์อาสาสมัครสุขภาพชุมชนที่มีภาวะเรื้อรังเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะคล้ายกับการที่เพื่อนพี่เลี้ยงเข้าไปทำงานในชุมชนในฐานะอาสาสมัครสุขภาพชุมชน ปัจจุบันอาสาสมัครสุขภาพชุมชนมีบทบาทที่หลอมซ้อนกัน 5 ด้านในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน อันประกอบด้วย (1) สนับสนุนดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยค้นหาแหล่งทรัพยากรสำหรับการดูแลรักษา จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดต่อผู้ป่วยเชิงรุกทางโทรศัพท์และให้ข้อมูลจำเพาะโรคแก่ผู้ป่วย (2) ให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง (3) สนับสนุนการดูแลและการให้ความรู้ที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านการแพทย์ (4) ประสานการดูแลและทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับระบบบริการสุขภาพ และ (5) ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยการพร้อมที่จะรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญ

แม้เพียงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพก็อาจก่ออุปสรรคหลายประการต่อการดูแลตนเองอย่างเพียงพอสำหรับโรคเรื้อรังทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน บุคคลอาจเดินทางมาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอไม่สะดวก มีอาชีพการงานหรือที่อยู่อาศัยไม่แน่นอน หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับทรัพยากรหรือสิ่งเอื้ออำนวยที่มีอยู่ อาสาสมัครสุขภาพชุมชนจะสามารถเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ได้โดยการสร้างความสัมพันธ์ และความน่าเชื่อถือให้กับกลุ่มคนที่ตนเองดูแล อาสาสมัครสุขภาพชุมชนสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือเขาให้ทราบช่องทางและสามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนและในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะเป็นประโยชน์อย่างมากกับประชากรกลุ่มอ่อนไหวเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าอาสาสมัครสุขภาพชุมชนทั้งผู้ที่มีภาวะเรื้อรังด้วยตนเองหรือผู้ที่เพียงได้รับการฝึกอบรมมาจะประสบความสำเร็จ

สำเร็จมากหากพวกเขาได้รับการถ่ายทอดมาตรการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้นำมาดำเนินการ อาสาสมัครสุขภาพชุมชนจะมีประสิทธิภาพสูงที่สุดในบริบทที่มีโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ อย่างพร้อมมูลโดยเฉพาะเมื่อมีเครือข่ายในชุมชนที่พัฒนาอย่างดีและมีการสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกอย่างเข้มแข็ง โปรแกรมอาสาสมัครสุขภาพชุมชนสำหรับโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม ซึ่งสมาชิกในชุมชน บุคลากรแพทย์และองค์กรอื่น ๆ มีความร่วมมือกัน มีความเท่าเทียมกัน มีการวางแผนและดำเนินการร่วมกัน

กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ (Support groups)

กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันเป็นการรวมกลุ่มกันด้วยความสมัครใจของบุคคลที่มีประสบการณ์สภาพความเป็นอยู่ และปัญหาคคล้ายคลึงกันเพื่อที่จะแลกเปลี่ยนช่วยเหลือกันและกันด้านอารมณ์และการปฏิบัติต่าง ๆ กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังนี้

- แม้บุคลากรด้านการแพทย์จะเป็นผู้ริเริ่มและสนับสนุนบางด้านให้กับกลุ่ม แต่กิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินโดยและเพื่อสมาชิกในกลุ่ม โดยบุคลากรด้านการแพทย์จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการช่วยเหลือตนเองต่อเมื่อได้รับการร้องขอและการอนุญาตจากกลุ่ม
- ลักษณะการพบปะอาจเป็นการพูดคุย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการช่วยเหลือและการส่งเสริมพลังกันและกัน
- กลุ่มมักเปิดให้ใครก็ตามที่มีประสบการณ์เหมือน ๆ กันเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นสมาชิกได้
- ไม่มีการคิดค่าธรรมเนียมการเข้าร่วมกลุ่ม แต่อาจมีการขอบริจาคหรือการลงขันเพื่อใช้ในค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของกลุ่ม

กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันจะเปิดโอกาสให้สมาชิกทั้งรับและให้ความช่วยเหลือ ซึ่งทั้งการรับและการให้นี้จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น กลุ่มยังเปิดโอกาสให้เกิดมิตรภาพและเครือข่ายสังคมขึ้น การเข้าร่วมกลุ่ม

อาจนำไปสู่การยกระดับความผาสุกโดยทั่วไป การควบคุมอาการ ทักษะการรับมือที่ได้ผลดีกว่ากลุ่มที่นำโดยบุคลากรด้านการแพทย์ โดยมีการตั้งกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันอย่างกว้างขวางสำหรับการติดสารเสพติด โรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้า

กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันส่วนใหญ่จะพบปะกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง จำนวนสมาชิกกลุ่มจะมีประมาณ 10 - 15 คน อาจมีการหาสมาชิกใหม่โดยการพูดปากต่อปาก ลงประกาศในหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร หรือการรับส่งต่อมาจากบุคลากรด้านการแพทย์ หรือการใช้แผ่นพับใบปลิว หรืออาจติดต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายโดยตรงทางจดหมายหรือโทรศัพท์

กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทางโทรศัพท์

เพื่อเอาชนะอุปสรรคด้านระยะทาง การติดต่อทางโทรศัพท์เป็นช่องทางการขยายของการดูแลโรคเบาหวานในคลินิกและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ต้องพบปะกันซึ่งหน้าที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า การจัดการดูแลทางโทรศัพท์จะเปิดโอกาสให้สามารถติดต่อผู้ป่วยได้บ่อยแต่มีต้นทุนต่ำและส่งผลต่อการจัดการดูแลตนเองและผลการรักษาที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่มักมีกำลังคนด้านพยาบาลจำกัดในการดำเนินการดูแลทางโทรศัพท์นี้

ทางออกที่เป็นไปได้ทางหนึ่งคือการหลอมรวมกิจกรรมการสนับสนุนการดูแลตนเองที่ดำเนินการโดยเพื่อนและระบบการดูแลทางโทรศัพท์เป็น “กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทางโทรศัพท์” โดยผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอทางโทรศัพท์ บางกรณีอาจใช้การสนับสนุนทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบเดียวล้วน ๆ แต่บางกรณีการสนับสนุนทางโทรศัพท์จะเสริมต่อกับมาตรการรูปแบบอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกในชั้นเรียนการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองและการนัดหมายเป็นกลุ่มอาจมีการแลกเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์กันและสนับสนุนกันและกันก่อนถึงวันนัดพบแพทย์ ด้วยวิธีการเช่นนี้จะทำให้กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทางโทรศัพท์

เป็นแหล่งสำคัญของการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ในช่วงเวลาระหว่างกำหนดนัดของการนัดพบซึ่งหน้าเป็นกลุ่ม ชั้นเรียนการสนับสนุนการจัดการตนเองหรือกิจกรรมอื่น ๆ ในสถานบริการสุขภาพ

โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนทางเว็บไซต์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Web and email peer support program)

หน่วยงานบางแห่งได้นำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาจัดดำเนินการผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ตและพบว่าอาจมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการจัดโปรแกรมแบบกลุ่มย่อย โดยมีการใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเดียวกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนทางเว็บไซต์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์นี้มีแนวโน้มว่าจะเป็นสิ่งที่ดีเนื่องจากมีการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นเรื่อย ๆ มีต้นทุนการดำเนินการต่ำโดยเฉพาะในระยะยาว และสามารถเผยแพร่ได้ง่าย จึงเป็นทางเลือกทางหนึ่งของการจัดการสนับสนุนการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกเหนือจากรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งต้องใช้กำลังคนและทรัพยากรต่าง ๆ ในการดำเนินการอย่างมาก

ตัวอย่างหนึ่ง คือ The D-Net program ซึ่งออกแบบมาเพื่อเป็นแหล่งข้อมูล เป็นพี่เลี้ยงส่วนตัวด้านโภชนาการโดยบุคลากรด้านการแพทย์ หรือเป็น “ห้องสนทนา” ที่ดำเนินการโดยเพื่อนแต่ติดตามสอดส่องโดยบุคลากรด้านการแพทย์ วัตถุประสงค์ของ “ห้องสนทนา” คือ เป็นสถานที่ที่ผู้ร่วมกิจกรรมจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแสดงความรู้สึกและรับการสนับสนุนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมนี้มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม จิตสังคมและทางชีววิทยา แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โครงสร้างของโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” และการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพ

ปัจจุบันรูปแบบของโปรแกรม “เพื่อนช่วยเพื่อน”

ที่ดำเนินการอยู่ทั่วโลกมีลักษณะที่หลากหลายมาก เช่น เพื่อนพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา (Peer coach or mentor) เพื่อนอาสาสมัครสุขภาพชุมชน เพื่อนช่วยเพื่อนทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือเว็บไซต์ และโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเองที่นำโดยเพื่อน โดยโครงสร้างและการเชื่อมต่อกับระบบดูแลสุขภาพของโปรแกรมก็มีความหลากหลายตั้งแต่โปรแกรมที่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการชัดเจนและผสมผสานกับระบบดูแลสุขภาพ (เช่น การนัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มโดยบุคลากรด้านการแพทย์ หรือเพื่อนพี่เลี้ยงที่ทำงานเป็นส่วนเสริมต่อบุคลากรด้านการแพทย์) จนถึงรูปแบบที่ไม่เป็นทางการและแยกต่างหากจากระบบการดูแลสุขภาพ (เช่น บุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ นับถือและมาขอคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือเพื่อนผู้เป็นเบาหวาน 2 คนที่กระตุ้นกันและกันให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น) โดยโปรแกรมที่เป็นทางการและเชื่อมต่อกับระบบการดูแลสุขภาพจะดำเนินการ ศึกษาเรียนรู้ และประเมินผลได้ง่ายกว่า

การนัดพบเป็นกลุ่มถูกนำมาใช้มากกับการดูแลโรคเบาหวาน มาตรการนี้เหมาะสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยอาจนัดผู้ป่วยครั้งละ 10 คนเพื่อพบปะกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรด้านการแพทย์อื่น ๆ ข้อดีของการนัดพบแบบนี้คือ นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์แล้ว พวกเขายังมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเกี่ยวกับอุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ในชีวิตจริงด้วย ระบบที่แปลงจากการนัดพบเป็นกลุ่มรูปแบบหนึ่งคือการใช้ระบบ “คู่มือ” ควบคู่ไปกับการนัดพบเป็นกลุ่ม บางกรณีอาสาสมัครของกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” คือ “ผู้ป่วยต้นแบบ” ที่แพทย์หรือนักศึกษาเลือกมาฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ (10 - 40 ชั่วโมง) แล้วรับเป็นสมาชิกในทีมงานที่มีคำตอบแทนให้ โดยอาสาสมัครนี้จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ระบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” รูปแบบนี้จะสามารถผสมผสานเข้ากับระบบบริการสุขภาพได้อย่างดี แต่กิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่ไม่เป็นทางการและมิได้ผสมผสานเข้ากับระบบบริการสุขภาพน่าจะพบ

บ่อยกว่า โดยอาจอยู่ในรูปแบบกลุ่มเพื่อนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเดียวกันหรือมีปัญหาสุขภาพคล้ายกัน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมายังกลุ่มนี้โดยบุคลากรด้านการแพทย์ กิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” แบบนี้มีต้นทุนดำเนินการต่ำและสามารถใช้ประโยชน์ด้านสถานที่ของสถานบริการสุขภาพหรือชุมชน กิจกรรมนี้ได้ผลดีในการดูแลผู้ติดสารเสพติด ผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จอย่างมากคือโปรแกรม “Alcoholic Anonymous”

กิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” รูปแบบใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพจะใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ เช่น กิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทางโทรศัพท์และทางอินเทอร์เน็ต แต่ผลสำเร็จของกิจกรรมยังไม่ชัดเจน ผู้ดำเนินการอาจเป็นสถานบริการสุขภาพ แต่บางครั้งอาจริเริ่มและดำเนินการโดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยเอง

องค์ประกอบหลักสำหรับความสำเร็จของกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อการจัดการตนเองประกอบด้วย

- การอยู่ในสถานที่ที่เข้าถึงได้ง่าย โปรแกรมจำเป็นต้องจัดขึ้นในบริบทของชุมชนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าถึงได้โดยง่าย (เช่น องค์กรในชุมชน คลินิกใกล้บ้าน)
- ความยืดหยุ่นเรื่องเวลา คาบกิจกรรมควรจัดในเวลาต่าง ๆ กันเพื่อรองรับผู้คนที่มีความต้องการแตกต่างกัน
- แกนหลักที่อุทิศตน คือ จำเป็นจะต้องมีสมาชิกในทีมงานอย่างน้อย 1 คนที่อุทิศตนเองช่วยประสานงาน การวางแผนจัดการและสนับสนุนอาสาสมัครของกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน”
- การสนับสนุนที่ต่อเนื่อง เพื่อนผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยน การพัฒนาทักษะ การยอมรับยกย่อง และการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการอันเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง
- การสนับสนุนด้านการเงิน แม้ว่ากิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” จะมีต้นทุนต่ำแต่จำเป็นต้องมีเงินเดือนสำหรับสมาชิกที่บริหารจัดการกลุ่ม มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเกณฑ์

และฝึกอบรมเพื่อนผู้นำ วัสดุและค่าใช้จ่ายในสำนักงาน บางโปรแกรมอาจมีค่าตอบแทนให้กับผู้นำกลุ่ม และทุกโปรแกรมต้องมีค่าชดเชยให้กับค่าใช้จ่ายต่างๆ ของพวกเขา

- หลักสูตรและรูปแบบของคาบกิจกรรมจะต้องอยู่บนรากฐานของหลัก/ทฤษฎีทางพฤติกรรมที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทฤษฎี Social cognitive ทฤษฎี Empowerment และทฤษฎี Motivational interviewing

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเพื่อนสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นับถึงปัจจุบัน มีข้อมูลผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนรูปแบบต่าง ๆ ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนี้

ผลการศึกษาแบบ Systematic review และ Meta-analysis โดย Burke และคณะพบว่าการนัดหมายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตดีขึ้น ลดการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินและการนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดการใช้บริการกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ มีคุณภาพชีวิตและผลผลิตดีขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งอาจมีต้นทุน-ประสิทธิผลดี โดยเป็นหลักฐานข้อมูลจากบริบททั่วโลกและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลาย⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการในการนำโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง คือ (ก) รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความหลากหลายและยังไม่ทราบแน่ชัดว่าองค์ประกอบใดที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ (ข) ยังไม่มีรหัสกระบวนการ (Procedural code) สำหรับโปรแกรมนี้อยู่ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการกำหนดมาตรฐานวิธีการเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยด้านนี้และสำหรับการเบิกจ่ายเงินค่าบริการจากกองทุนประกันสุขภาพ และ (ค) รูปแบบการดำเนินการส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นด้านการให้ความรู้ซึ่ง

อาจไม่สามารถช่วยให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีความยั่งยืนในระยะยาว

Fisher และคณะ⁽²⁰⁾ ได้นำระบบเพื่อนช่วยเพื่อนรูปแบบต่าง ๆ เช่น การพบปะซึ่งหน้า การจัดคู่มือที่เป็นเบาหวานด้วยกัน การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในชุมชน และการติดต่อกันทางโทรศัพท์ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศต่าง ๆ 4 ประเทศ คือ คาเมรูน แอฟริกาใต้ อูกานดา และไทย โดยหน้าที่หลัก 4 ด้านของโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนประกอบด้วย (ก) การช่วยเหลือการจัดการประจำวัน (ข) การสนับสนุนด้านสังคมและอารมณ์ (ค) การเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพคลินิก และ (ง) การจัดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยผลการประเมินเบื้องต้นพบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้การจัดการอาการของโรค การควบคุมอาหาร ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัวและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ร่วมโปรแกรมดีขึ้นอย่างชัดเจน และคณะผู้วิจัยลงความเห็นว่าแม้ว่าคำว่า “เพื่อนช่วยเพื่อน” จะยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจน แต่หากยึดหน้าที่หลัก 4 ประการข้างต้นเป็นเกณฑ์ ก็จะสามารถนำโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนไปใช้ในการจัดการดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างประสพผลดีในบริบททางวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพที่หลากหลาย

Gillespie และคณะทำการสำรวจต้นทุน-ประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนแบบกลุ่มสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบกับการดูแลตามระบบปกติในการเวชปฏิบัติทั่วไปของประเทศไอร์แลนด์⁽²¹⁾ พบว่าโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนมีแนวโน้มจะช่วยให้การจัดการปัจจัยเสี่ยงดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างด้านต้นทุนหรือประสิทธิผลของผลลัพธ์ท้ายสุดของการดูแลรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²²⁾

Hunt และคณะทำการทบทวนวรรณกรรมแบบผสมผสานเกี่ยวกับผู้ให้คำแนะนำสุขภาพชุมชน (community health advisor) ในการช่วยเหลือการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าบทบาทหลักของผู้ให้คำแนะนำสุขภาพชุมชน คือ การให้การสนับสนุน การให้การศึกษา การจัดการผู้ป่วย และการ

ประสานงานโปรแกรม และพบว่ามาตรการนี้ทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมพึงพอใจและโดยส่วนใหญ่มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น แต่ไม่ทั้งหมดและอาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²²⁾

สรุป

แม้ว่าบุคลากรด้านการแพทย์ส่วนหนึ่งจะสามารถนำกลยุทธ์ด้านพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิด และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านทางโปรแกรมการให้ความรู้และโปรแกรมการจัดการรายกรณี (Case management) แต่ระบบบริการสุขภาพและบุคลากรด้านการแพทย์จำนวนมากยังไม่ได้เตรียมการและสามารถจัดดำเนินการโปรแกรมการเรียนรู้และการส่งเสริมด้านพฤติกรรมและจิตสังคมที่มีความจำเป็นต่อการจัดการดูแลตนเองในระยะยาวของผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรังรวมทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้⁽³⁾

โดยอาศัยการฝึกอบรม ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถเติมเต็มช่องว่างนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด โดยการนำกลยุทธ์ด้านการสื่อสารและพฤติกรรมศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมาใช้ (เช่น การตั้งเป้าหมาย การแก้ไขปัญห และ การสนับสนุนทางสังคม) ในการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนหรือผ่านทางเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างไรก็ดี ยังมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อจะทำให้โปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือเหล่านี้มีประสิทธิภาพอย่างเต็มศักยภาพยิ่งขึ้น สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วย

- แม้ว่ากลยุทธ์ด้านพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดโดยทั่วไปจะเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่โปรแกรมหลายโปรแกรมก็ไม่สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวานได้ ดังนั้นจึงยังต้องศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมว่ากลยุทธ์ใดที่บุคลากรด้านการแพทย์และเพื่อนจะสามารถนำมาดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

- โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากที่มีการเผยแพร่ในวารสารหรือเอกสารทางวิชาการยังไม่ได้พรรณนาหรือกล่าวถึงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับกลยุทธ์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่นำมาใช้ในการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง

- ยังเป็นที่ทราบกันน้อยมากว่าการฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับเพื่อนเพื่อจะ让他สามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างประสบความสำเร็จควรเป็นแบบใดและมากน้อยเพียงใด และสิ่งที่ทราบน้อยยิ่งไปกว่านั้น คือ การตรวจตราดูแล คุณลักษณะ หรือ วุฒิการศึกษาอบรมที่จำเป็นที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่เพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างดีควรเป็นอย่างไร

- แม้ว่าจะมีการใช้เพื่อนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ความรู้และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลายประเทศทั่วโลก แต่ยังเป็นที่ยังเป็นที่ทราบกันน้อยมากว่ากลยุทธ์ด้านพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในแต่ละประเทศหรือสำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา นั้นเป็นแบบใด

อ้างอิง

1. Boothroyd RI, Fisher EB. Peers for progress: promoting peer support for health around the world. *Fam Pract* 2010 Jun;27 Suppl 1: i62-8
2. วิฑูรย์ โลหะสุนทร, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2551 ต.ค.-ธ.ค.; 2(4): 623-41
3. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations, and needs for future research. *Fam Pract* 2010 Jun; 27 Suppl 1:i17-22
4. Hiscock J, Legard R, Snape D. Listening to Diabetes Service Users: Qualitative Findings for the Diabetes National Service Framework. London: Department of Health, 2001
5. Baksi AK. Experiences in peer-to-peer training in diabetes mellitus: challenges and implications. *Fam Pract* 2010 Jun;27 Suppl 1:i40-5
6. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model. A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 1995 Mar;18(3):412-5
7. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns* 2005 May;57(2):153-7
8. Heisler M. Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract* 2010 Jun;27 Suppl 1:i23-32
9. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2003 Mar; 40(3): 321-32
10. Heisler M. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success. Oakland, CA: California Health Care Foundation, 2006
11. Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). *Am J Public Health* 1987 May;77(5): 634-5

12. Gilden JL, Hendryx MS, Clar S, Casia C, Singh SP. Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. *J Am Geriatr Soc* 1992 Feb;40(2):147-5
13. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, van Hulst Y, Carbone M, Friedland GH, O'Connor PG, Selwyn PA. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer- driven intervention feasibility study. *Soc Sci Med* 2002 Jul;55(2):235-46
14. Schwartz CE, Sendor M. Helping others helps oneself: response shift effects in peer support. *Soc Sci Med* 1999 Jun; 48(11): 1563-75
15. Matthews BA, Baker F, Hann DM, Denniston M, Smith TG. Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-Oncology* 2002 May-Jun; 11(3):199-211
16. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health Psychol* 2000 May;19(2):107-14
17. Brownson CA, Heisler M. The role of peer support in diabetes care and self-management. *Patient* 2009 Mar; 2(1): 5-17
18. Stanford Patient Education Research Center, Stanford University School of Medicine, Department of Medicine. Chronic disease self-management program [online]. 2012 [cited 2012 Jul 18]. Available from: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
19. Burke RE, O'Grady ET. Group visits hold great potential for improving diabetes care and outcomes, but best practices must be developed. *Health Aff (Millwood)* 2012 Jan; 31(1):103-9
20. Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, Sanguanprasit B, Tanasugarn C. Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Health Aff (Millwood)* 2012 Jan; 31(1): 130-9
21. Gillespie P, O'Shea E, Paul G, O'Dowd T, Smith SM. Cost effectiveness of peer support for type 2 diabetes. *Int J Technol Assess Health Care* 2012 Jan; 28(1): 3-11
22. Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. *J Community Health* 2011 Oct; 36(5):883-93