พิมพ์เขียวรูปแบบการพยาบาลครอบครัวส่วนขยายเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การสังเคราะห์นวัตกรรมเชิงระบบจากข้อมูลวิจัยต่อเนื่อง*

ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด.** ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.***
อรวรรณ ดวงมังกร ปร.ด.**** ขวัญสุดา บุญทศ ปร.ด.*****
สมสกูล นีละสมิต ปร.ด.** มนฤดี มโนรัตน์ ปร.ด.****** ธิรากร มณีรัตน์ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากโรคเรื้อรังถือเป็นความท้าทายด้านสุขภาพระดับโลกที่สำคัญ การดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาอย่างมีประสิทธิภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมและเสริมพลังผู้ดูแลในครอบครัว บทความนี้นำเสนอผลการสังเคราะห์พิมพ์เขียวรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ส่วนขยาย โดยเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน

วิธีการวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2566 และศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยติดเตียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เดือนกรกฎาคม 2564-ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย: พิมพ์เขียวรูปแบบที่สังเคราะห์นี้ ประกอบด้วย กลยุทธ์ 3 เสาหลัก ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การคัดสรรผู้ดูแลที่เหมาะสมในครอบครัวตามความสามารถและความพร้อม 3) การฝึกอบรมและสาธิตวิธีดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมคู่มือความรู้ที่เข้าใจง่าย เพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล กลยุทธ์ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเตรียมผู้ดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวในชุมชน แนวทางนี้ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พร้อมทั้งใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป: พิมพ์เขียวรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ส่วนขยายนี้ จะช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและสร้างความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวาง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในวงกว้างมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาความสามารถ นวัตกรรมเชิงระบบ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข.ส่วนขยาย

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE642108, HE662142 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 11 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 3 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่ตอบรับบทความ 5 กุมภาพันธ์ 2568

***ทุนวิจัย วช. แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ: การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร ผ่านคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินขอนแก่น**

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
*****ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
******พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น**
*******อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**
********อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล monrka@kku.ac.th**

A blueprint for an extended family nursing model to enhance family caregivers' abilities to care for homebound and bedridden patients from hospital to community: A systematic innovation synthesis of sequential research data*

Ladawan Panpanit Ph.D.** Darunee Jongudomkarn Ph.D.***
Aurawan Duangmungkorn Ph.D.**** Kwansuda Boontos Ph.D.*****
Somsakhool Neelasmith Ph.D.** Monrudee Manorat Ph.D.****** Thirakorn Maneerat Ph.D.****

Abstract

Significance: Caring for homebound and bedridden patients with chronic illnesses is a significant global health challenge. Effective care for these dependent patients following hospital discharge requires the preparation and empowerment of family caregivers. This article presents the findings of synthesis of the blueprint for the Khon Kaen Family Health Nursing Extended Model (KKU-FHN Extended Model), which focuses on enhancing the competencies of bedridden patients' caregivers in providing continuous care, both in hospital and community settings.

Research Methods: Qualitative data were collected from patients, caregivers, health personnel, and community leaders from July to December 2023. Case studies of bedridden patients in the northeastern region of Thailand were gathered from July 2021 to December 2022.

Findings: The synthesized blueprint consists of three strategic pillars: 1) assessing patient and caregiver problems and needs, 2) selecting appropriate family caregivers based on their capacity and readiness, and 3) continuous patient care training and demonstration, along with user-friendly knowledge manuals to empower caregivers with the necessary skills. These strategies can be implemented in healthcare facilities to prepare family caregivers before referring patients back to their families in the community. The approach fosters collaboration among families, communities, and healthcare providers while leveraging social capital for more effective care.

Conclusion: This extended version of the KKU Family Health Nursing Model will help improve the care of bedridden patients by developing the capabilities of family caregivers and creating connections between hospitals, communities, and families. This model has the potential to be adapted and applied in various contexts to improve the quality of life for patients and their families on a broader scale.

keywords: capability development; systematic innovation; family caregivers; dependent patients; Khon Kaen University family health nursing model extension

Ethical approval: HE642108, HE662142, Plagiarism checked, 3 Reviews.

Received 11 October 2024, Revised 3 February 2025, Accepted 5 February 2025

***National Research Fund, Strategic Goal Plan (Spearhead), Social Aspect, Health Service System Plan: Development of a service system for comprehensive medical and public health emergency care through the Faculty of Public Health. Chiang Mai University and Khon Kaen Emergency Medicine Foundation**

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**
*****Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**
******Registered Nurse, Khon Kaen Hospital**
*******Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**
********Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: monrka@kku.ac.th**

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันของโลก พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก คือ โรคไม่ติดต่อถึง 43 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 374 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก[1] และมากกว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศไทย หรือใช้ชีวิตในบั้นปลายด้วยการเป็นผู้ป่วยพึ่งพิงติดบ้านติดเตียงและเป็นภาระแก่ครอบครัวผู้ดูแล ภาพปรากฏการณ์ข้างต้นเป็นสถานการณ์นำเข้าสู่ความสนใจพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลที่บ้าน และศึกษาวรรณกรรมย้อนหลัง 10 ปี เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหลังออกจากโรงพยาบาลที่ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะ พบว่าประเด็นนี้เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่เป็นรูปธรรม มีข้อสรุปจากการทบทวนเอกสารวิจัยได้ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ขาดความพร้อมของผู้ดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการฝึกทักษะ และพัฒนาความรู้ในการดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาลการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับครอบครัวชุมชน ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีในการส่งเสริมการดูแลประเด็นขาดความพร้อมของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือทักษะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอชัดเจนจากบุคลากรสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นไปอย่างยากลำบาก[2-4] ประเด็นผู้ดูแลมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการฝึกทักษะและพัฒนาความรู้ในการดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่า หากมีการฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การสอนการดูแลแผลกดทับ การดูดเสมหะทางท่อหายใจ การให้อาหารทางสายยาง หรือการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลควรมีการปรับตามสภาพผู้รับความรู้ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้การสื่อสารและการฝึกอบรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ[5-6] ประเด็นการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับครอบครัวชุมชน พบว่ามีความจำเป็น เช่น การติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาล หรือการมีศูนย์ให้คำปรึกษาที่บ้าน การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการให้บริการดูแลต่อเนื่อง การจัดทีมผู้บริการสุขภาพไปเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล[7-8] ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ประเด็นประสิทธิภาพของเทคโนโลยีในการส่งเสริมการดูแล พบว่า มีการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้วิดีโอหรือแอปพลิเคชันในการให้คำแนะนำแบบเรียลไทม์ ช่วยลดความรู้สึกเครียดของผู้ดูแล เพิ่มทักษะในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ช่วยให้การฝึกทักษะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9-10]

แม้ว่ามีการทำวิจัยและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบข้อจำกัดและช่องว่างความรู้ เช่น ยังขาดแนวทางการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐานหรือที่เหมาะสมกับทุกบริบท ความจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรและข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล และการฝึกอบรมก่อนออกจากโรงพยาบาลซึ่งในงานประจำมักปฏิบัติเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะยาวของผู้ดูแล ขณะที่ระบบการดูแลที่บ้านในหลายพื้นที่ยังไม่มีระบบทางการรองรับ[11-12]

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า สังคมมีความต้องการผู้ดูแลที่บ้านที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความเป็นอยู่โดยรวม คุณภาพชีวิต ความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล เช่น สภาพจิตใจ ความมั่นใจ ความกังวลในการดูแล[13-14] การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ควรมีการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหลังออกจาก

โรงพยาบาลให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัวชุมชน[13-15] อีกทั้ง ควรพัฒนาระบบการติดตามและให้คำปรึกษาหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลครอบครัวที่มีอยู่ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยเสริม ตลอดจนควรพัฒนาระบบการดูแลในครอบครัวชุมชนที่เอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ โรงพยาบาล และครอบครัวชุมชนในการสร้างเครือข่ายการสนับสนุน ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นไปอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ[16-19]

รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Khon Kaen University Family Health Nursing: KKU FHN Model) ฉบับดั้งเดิมได้รับการเผยแพร่ในวารสารนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2014[20] (พ.ศ. 2557) โดยเริ่มต้นการวิจัยและทดลองใช้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงรูปแบบและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ โดยทีมวิจัย ประกอบด้วย ทีมศิษย์เก่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและเวชปฏิบัติครอบครัว พร้อมทั้งได้จดอนุสิทธิบัตรเครื่องมือประเมินสุขภาพครอบครัว มข.[21-27] โดยการประยุกต์กรอบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวของ WHO Europe[28] เพื่อเสริมสร้างสุขภาพเบื้องต้น ผ่านบทบาทพยาบาลสุขภาพครอบครัว เน้นการดูแลแบบองค์รวมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะสุดท้าย โดยใช้ทุนทางสังคม กระบวนการพยาบาลครอบครัว และเครื่องมือประเมินสุขภาพเฉพาะ 4 ชนิด รวมถึง 5 คำถามสำคัญ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ความไว้ใจ และเครือข่ายความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย แล้วสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัย ประเมินผลการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้สุขภาวะครอบครัว ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าว ได้รับการพัฒนาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งได้ผ่านการทดลองใช้ให้ผลการปฏิบัติการที่น่าพอใจทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง ให้การดูแลครอบครัวทั้งระดับบุคคล ครอบครัวแล้วเชื่อมโยงสู่การดูแลในระดับชุมชน อย่างเป็นองค์รวมเน้นปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยและทำงานบนพื้นฐานของข้อมูลบริบทสังคมที่มีอยู่[20,29-33] ทั้งนี้ รูปแบบ KKU family health มีหลักกลยุทธ์ 3 เสาหลักที่เป็นพื้นฐานสำหรับการส่งมอบการดูแลที่เหมาะสมในชุมชน ได้แก่ 1) การประกาศใช้แนวทางการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม 2) การระดมทุนทางสังคมของครอบครัว 3) ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวบูรณาการการปฏิบัติการใน 4 ระดับ ได้แก่ การสร้างเสริม-ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลโดยตรงเพื่อแก้ไข/ลดภาวะวิกฤต/ลดความไม่สุขสบาย การฟื้นฟูสภาพรวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (ภาพที่ 1 ส่วนบนขวา) การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ มีเป้าหมายเพื่อสังเคราะห์พิมพ์เขียวรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ส่วนขยาย โดยเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกระบวนการดูแลต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา และสามารถเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการบริหารบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์พิมพ์เขียวนวัตกรรมเชิงระบบรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ส่วนขยาย โดยเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกระบวนการดูแลต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและในชุมชน

วิธีการวิจัย

ใช้วิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล[34] รวบรวมข้อมูลผ่านการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และวิเคราะห์เอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการวิจัยชนิดนี้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ[35] โดยการบอกเล่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลและตามมาด้วยข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นถึงการปฏิบัติที่อาจช่วยให้ได้ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวัง กระบวนการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา[36] ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการออกแบบพิมพ์เขียวส่วนขยายต่อยอดแนวคิด “การพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU family health nursing model-KKU FHN)”[20]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้นำชุมชน ในพื้นที่ 2 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคิดบนพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงสามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ไม่มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรง และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบอกต่อ (snowball sampling) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ยึดการอิ่มตัวของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) จำนวน 39 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่สื่อสารได้ (stroke survivors: SS) จำนวน 7 ราย 2) ผู้ให้การดูแลในครอบครัว (family caregivers: FCG) จำนวน 9 ราย (ผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา 2 ราย ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 3 ราย ผู้ดูแลที่เป็นบุตร ดูแลบุพการี 2 ราย และผู้ดูแลที่เป็นพี่น้อง 2 ราย 3) อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้บริบาล (caregivers: CG) 10 ราย 4) บุคลากรสุขภาพที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (health personnel: HP) 4 ราย และ 5) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local administrator: LA) 4 ราย รวม 34 ราย และ รายงานกรณีศึกษา (case study: CS) ในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียง 9 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ทีมผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพทุกขั้นตอน (researcher as instrument) โดยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้น ทีมนักวิจัยต้องมีการฝึกฝนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสนาม และที่ผ่านมาทีมผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเรียนรู้การวิจัยเชิงคุณภาพจากรายงานการวิจัย เอกสาร ตำรา ทั้งนี้ ทีมผู้วิจัยซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาเอกทุกคน และได้ผ่านการมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาระดับหนึ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้น เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและส่งผลต่อคุณภาพของงานวิจัย ทีมผู้วิจัยได้จัดทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) ที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งแนวคำถามหลักประกอบด้วย “แนวทางที่ควรเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแนวทางลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลควรเป็นอย่างไร” หรือ “บุคลากรสุขภาพผู้เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างไร?”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกมีการตรวจสอบเนื้อหาและความสอดคล้องของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์

ความน่าเชื่อถือ และความเข้มงวดของการวิจัย (trustworthiness and rigor of the study)

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ใช้เวลาศึกษาต่อเนื่องยาวนานสามปี (prolonged engagement and persistent observation) จนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)[34] การวิเคราะห์ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัย ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาเอกทุกคน และได้ผ่านการมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาระดับหนึ่ง ร่วมดำเนินกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนในการตรวจสอบความเข้าใจ (peer debriefing) การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้วิจัย ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึกที่แตกต่างเวลากัน การบันทึกภาคสนาม) และ ด้านข้อมูล (ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งดังรายละเอียดในหัวข้อผู้ให้ข้อมูล และการตีความจากการวิเคราะห์เนื้อหา) นอกจากนี้ ยังมีการสังเคราะห์และตรวจสอบความเที่ยงความตรงตามการรับรู้ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล (member checking) ในการร่างพิมพ์เขียวรูปแบบฯ ส่วนขยายที่เป็นแก่นความคิด[34,37-38]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่เก็บข้อมูล ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 - ธันวาคม 2565 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม ทั้งการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มดำเนินการในเวลาประมาณ 90 นาที มีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะพูดคุยพร้อมทั้งการเผยแพร่เนื้อหาต่อสาธารณะโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล[34] นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลยังได้จากการศึกษารายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ใกล้เคียงระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2566 โดยทุกวิธีของการเก็บข้อมูลเพื่อตอบโจทย์วิจัยในประเด็น “แนวทางที่ควรเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแนวทางลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลควรเป็นอย่างไร” และ “บุคลากรสุขภาพผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างไร?” หลังจากการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพและเอกสารที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์แก่นความคิด สังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน นำไปสู่การร่างพิมพ์เขียวส่วนขยายของรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ตรวจสอบความสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (member checking) ทางโทรศัพท์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลยินดีตอบ[37] ส่วนการร่างพิมพ์เขียวรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ส่วนขยายได้ผ่านการตรวจสอบทางการสนทนาในกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันของทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้ได้มาซึ่งแก่นความคิด[34] สังเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และเอกสารการถอดเนื้อหาจากการบันทึกเสียงคำสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำเป็นหัวข้อต่าง ๆ ได้หัวข้อเนื้อหาเพื่อจัดกลุ่มการปฏิบัติการตามปัญหา ความต้องการ และการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ แล้วนำไปสู่การร่างแบบจำลองเชิงบูรณาการ[38]

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่อนุมัติ HE642108 เก็บข้อมูลระยะที่ 1 เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์จากกรณีศึกษา 9 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564-ธันวาคม 2565 และระยะที่ 2 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ การพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เลขที่อนุมัติ HE662142 ในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

2566 โดยก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง อ่านรายละเอียดโครงการให้ผู้ให้ข้อมูลฟังและลงนามตามความสมัครใจ สอบถามความสมัครใจและยินยอมให้นำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวมให้สาธารณะทราบ โดยไม่เปิดเผยตัวตนและชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ บริบทพื้นที่วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และ การสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนขยายเพื่อเตรียมความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่บ้านแบบไร้รอยต่อ รายละเอียดดังนี้

1. บริบทพื้นที่วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

ผลงานวิจัยนี้ศึกษาต่อเนื่องยาวนาน 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) ในบริบทอีสานหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย สังคมวัฒนธรรม “อีสาน” มีความคิดความเชื่อเฉพาะและวิธีปฏิบัติที่สืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น โดยนับถือศาสนาพุทธร่วมกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องการทำบุญเพื่อการได้รับสิ่งดี ๆ ตอบแทนในอนาคต และให้ความสำคัญกับความเป็นครอบครัวเดียวกัน ตามตัวอย่างคำสอนเป็นผญาอีสานว่า “หนักซ่อยกันหาบ หยาบซ่อนกันดึง” ให้ความเคารพผู้ใหญ่ ความกตัญญูต่อบิดามารดา บุพการี และผู้สูงอายุในครอบครัว นับถือว่า เป็นผู้มีพระคุณเนื่องจากเป็นผู้ให้ชีวิต และเลี้ยงดู มาจนเติบใหญ่ตามความคิดความเชื่อคำสอนที่สืบต่อกันมา เรื่องการทำบุญและการปฏิบัติต่อคนในครอบครัวของจารีต “ฮีต 12 คอง 14”[39]

พื้นที่ศึกษา: เป็นพื้นที่ที่มีสถานการณ์ที่สามารถตอบโจทย์วิจัย คือ มีองค์ประกอบของหน่วยชุมชนและโครงสร้างการพัฒนาที่ครบถ้วน รวมทั้งเป็นหน่วยที่มีศักยภาพในการดำเนินงานและกิจกรรมต่าง ๆ ของคนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครองและด้านสุขภาพ มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งเกิดจากการรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่มีการนำใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง มีระบบการดูแลต่อเนื่อง การดูแลปฐมภูมิ และการดูแลระยะยาว มีผู้นำและทีมอาสาสมัครที่เข้มแข็ง พื้นที่มีความปลอดภัย เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมืองตั้งอยู่ในจังหวัดหนึ่งในอีสาน มีการเชื่อมโยงการให้บริการในเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัดกับระบบนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มทางด่วนการดูแลระยะกลาง การดูแลระยะยาว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2. การสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนขยายเพื่อเตรียมความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่บ้านแบบไร้รอยต่อ

การสังเคราะห์รูปแบบฯส่วนขยายเพื่อพัฒนาความสามารถผู้ดูแลที่บ้าน มีแก่นความคิดประกอบด้วย กลยุทธ์ 3 เสาหลัก ที่เป็นพื้นฐานสำหรับการส่งมอบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ณ หน่วยบริการสุขภาพก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่บ้านและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน 2) ครอบครัวคัดสรรผู้ดูแลในครอบครัวที่เหมาะสมอย่างรอบด้าน และ 3) การฝึกอบรมสาธิตและฝึกปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ร่วมกับการออกแบบคู่มือความรู้ที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย ช่วยเตือนความจำและสอดคล้องบริบทของครอบครัวเป้าหมาย ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดและตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ (โดยกำหนดรหัสตัวเลขหลังผู้ให้ข้อมูลเป็นวันเดือนปีที่สัมภาษณ์และหมายเลขลำดับผู้ให้ข้อมูล เช่น FCG16086605 หมายถึง คำสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวคนที่ 5 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2566) ดังนี้

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการรับรู้ถึงความสามารถการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

“ใช้หนี้กรรม”: ความหมายและการรับรู้ของการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มรวมถึงกรณีศึกษามีการรับรู้ว่า การที่ผู้ป่วยต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพราะเป็นเรื่องของกรรมเก่า และต้อง “ใช้หนี้กรรม” ให้หมดในชาตินี้ซึ่งเป็นไปตามความคิดความเชื่อในวิถีพุทธอีสาน[39] ที่เชื่อในเรื่อง “บุญทำกรรมแต่ง” ชีวิตคน ดังตัวอย่างผญาสอนเรื่องบาปบุญในวัฒนธรรมอีสานว่า “บุญนี้บ่แหม่นของแบ่งได้ ปันแจกกันแหล่ว บ่อห่อนแยกออกได้ คือไม้ผ่ากลาง คือจั่งเฮากินข้าว เฮากินเฮาอิ่ม บ่แหม่นไปอิ่มท้อง เขาพุ้นผู้บ่กิน” คือ บุญใครที่ทำ คนนั้นได้บุญ และ “จักว่าเวรกรรมแต่ยามได๋..กว่าเวรได๋สร้าง ปางได๋บ่ฮู้เมื่อ มันหั่งโพดเอาเหลือ มันหั่งเฟืออยู่ข้าง บ่วางเว้นป่อยปา เฮ็ดให้อุกอั่งแข้น แน่นอั่งในอุรา กรรมได๋น้อนำมา พาแม่เวรมาตำต้อง ยากนำของบ่เห็นเส้น กรรมเวรได๋ได้ดึงจ่อง สายเวรมันพาดต้อง ผองเฒ่าชั่วชีวัง แท้น้อ” คือ คนที่ทำบาปไว้อาจไม่รู้ตัวว่า บาปที่เคยทำไว้ตามติดคิดบัญชีบาปนั้น ๆ ตลอดชีวิต มีตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลกรณีศึกษาที่ป่วยติดเตียงว่า

“ตอนหนุ่ม ๆ แม่กะเว่าให้ฟังว่า พ่อเลา (ท่าน) มักฆ่าไก่ ปาดคอมันเอาเลือดเทลงถ้วยแล้วคัวใส่เครื่องกินแกล้มเหล้ากับหมู่เพิ่น (เพื่อนท่าน) ไก่กะดิ้นจนตาย นางกะคิดฮอดตอนพ่อเลาดิ้นชักกระตุกตอนเลา (ท่าน) เป็นลมครั้งแรก คิด ๆ ว่าจะแม่นกรรมเนาะ” ลูกสาวนาย บ.ผู้ป่วยนอนติดเตียง (CS)

“ตอนเป็นตำอิด (เริ่มต้น) มันบ่มีแฮง ล้มลงเลย นั่งกินเข่าอยู่กะล้มฟุ้บลง อ่อนลงโต๊ะไปเลย อ่อนไปเลย อ่อนลงโต๊ะไปเลย...ในใจกะคิดว่า โอ เจ้าของ (ตัวเอง) เคยเฮ็ดบาปบ้อ ทุบหัวปลา...มันกะอ่อนไปจังสี้ล่ะ กะคิดอยู่เด้ บาปกรรมบ่อ...” นาย ส. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

“มีอาการซา ข้างซ้าย ขยับบ่ได้ บ่ได้คิดว่าเป็นหลอดเลือดสมองอีหยัง บ่ได้คิดหยัง ว่าแต่ผู้เฒ่าข้องล้มพุ่นล่ะ...ผีป่าผีนามาซูนละ” นาง พ. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

ความหมายและการรับรู้ของ “การเป็นผู้ดูแล” ของสมาชิกครอบครัว: สามารถจำแนกความหมายได้เป็น 1) เป็นหน้าที่ในฐานะครอบครัว 2) ทำภาระให้ดีที่สุด 3) เป็นโชคชะตาที่ต้องจำยอม

ด้วยสังคมอีสานให้ความสำคัญของความเป็นครอบครัว เป็น “ซุ้ม (พวก) จุ้ม (กลุ่ม) แนว (พันธุ์)” เดียวกัน และเคารพบุพการี ดังนั้น ทุกการปฏิบัติของครอบครัวจึงได้รับการตรวจสอบจากสังคม (ชาวบ้าน) ให้เป็นไปตามความคาดหวังและการสั่งสอนของสังคมที่ส่งต่อรุ่นต่อรุ่น ภายใต้วาทกรรมที่ว่า “เดี๋ยวขะเจ้า (เขา) ว่าให้ว่าไทเฮือนเฮา (ครอบครัวเรา).....” สมาชิกครอบครัวจึงถือเป็นภาระกิจที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงด้วยเงื่อนไขปัจจัย 3 ประการ คือ เพราะเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องทำให้ดีที่สุดและเป็นโชคชะตาฟ้าลิขิตที่ไม่อาจเลี่ยงความรับผิดชอบได้ ดังตัวอย่างข้อมูลคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล คือ

“ถ้าลูกไม่ดูแล ชาวบ้านจะว่าเอาว่าไม่ดูแลพ่อแม่ ทิ้งพ่อแม่ เป็นลูกก็ต้องดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย” ลูกสาวนาง ร. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกถึงความรักของผู้ดูแล เต็มใจในการรับบทบาทผู้ดูแลหลักในครอบครัวด้วยความรักผูกพัน กตัญญูต่อผู้ป่วยที่เป็นบุพการี เป็นสายเลือดเดียวกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

“เฮากะฮักเพิ่น ฮักเนาะฮักพ่อ ฮักแม่...ถ้าสิให้เลา (ท่าน) อยู่จั่งซั่นกะเหลียโตน (สงสาร) เลากะหั่น ไผสิเฮ็ด คั่นลูกบ่ดูแล มันกะบ่มีคนมาเฮ็ดมาเบิ่งมาดูแล ลูกกะต้องเฮ็ดดีที่สุด” (FCG16086605)

“กะเป็นน้องนี่ล่ะเนาะ กะว่าเป็นน้องเป็นสายเลือดเดียวกันนี่แหล่ว” (FCG16086608)

บางรายอยู่ในภาวะ “จำยอม” กรณีที่บุตรชายป่วยแล้วภรรยาและลูกไม่รับดูแล แต่นำมาให้พ่อแม่ดูแลซึ่งพ่ออายุ 83 ปี และแม่อายุ 77 ปี ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้หลัก นอกจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุรายเดือนและเบี้ยผู้พิการ ดังคำบอกเล่าว่า

“เป็นพ่อ พ่อกะเฒ่า ๆ แม่กะเฒ่า ๆ จั่งซี่ล่ะเนาะลูกเนาะ จักว่าสิเฮ็ดจั่งได๋กะสิได้เลี้ยงสั้นตั๋วลูกเนาะ เลี้ยงกะจั่งได๋คนมันตายเป็นกะจั่งฮอดมื่อพุ่นแหล่ว แหม่นบ่สั้น กะสิเฮ็ดจั่งสั้นตั๋วจั่งสิได้ มันไปไสบ่รอด ....” (FCG11086603)

“เฮ็ดกับข้าว อาบน้ำให้เลา เอาเลาเข้ามาเฮ็ดอยู่พอปานนี่ สำปะปิ (ทุกอย่าง) แต่ต้องเฮ็ดสุมื่อ (ทุกวัน) เฮ็ดสุอย่าง (ทุกอย่าง)...ถามว่าคับข้องใจบ่ ยุ่งยากบ่ “ยุ่ง” แต่ว่ามันกะอดทนเอาแหมะ มันยุ่งเว่าเรื่องยุ่ง ยุ่งยากแต่ว่ากะอดทนเอา...” (FCG16086605)

“ยากที่สุด แรก ๆ อีหลีแม่นเปลี่ยนแพมเพิร์ส กับสายยางเนี่ย ยากอีหลี แพมเพิร์สนี่งึด (ประหลาดใจ) ว่าโอ้ยคุณหมอ สอนแล้วเฮ็ดจังได (ทำยังไง) ฉันสิเป็น....” (FCG10086601)

วิตกกังวลมาก: การรับรู้ในระยะเปลี่ยนผ่าน...เตรียมออกจากโรงพยาบาล

มีความวิตกกังวลถึงภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยในภาวะพึ่งพาที่บ้านโดยปราศจากบุคลากรสุขภาพดูแล

ผลจากการวิเคราะห์กรณีศึกษา 9 ราย ทุกรายผู้ดูแลและครอบครัวต่างมีความวิตกกังวลถึงสถานการณ์ที่ต้องรับผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้นี้กลับบ้าน ความรู้สึกไม่พร้อม ไม่มั่นใจ ไม่มีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เกรงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังตัวอย่างข้อมูล

“พอใกล้ได้ออกจากโรงพยาบาลพวกผมก็หนีหน้าหมอพยาบาล เพราะรู้ว่าเขาต้องมาพูดเรื่องการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน ขออยู่ต่ออีกสักระยะเพราะไม่พร้อมเลย ที่บ้านมีแม่อยู่คนเดียวจะดูแลยังไงไหว ทั้งให้อาหารทางสายยาง ทั้งดูดขี้เสลดจากคอที่ใส่ท่อ มันน่ากลัวมากว่าจะทำไม่ได้ ข้าวแกก้อกินเองไม่ได้ เตียงตั้งสองสามหมื่นไม่ไหวครับ” ลูกชาย นาย พ. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

“ตอนใกล้ออกจากโรงพยาบาล ทุกคนก็มองตากัน หนักใจมาก....เพราะว่า พอออกจากโรงพยาบาลก็ต้องเป็นหน้าที่ของเราเลย . . เขาเรียกเราไปหน่วยทำอาหาร หนูก็ทำได้เรื่องอาหาร. . .ทำได้ไม่ยากอะไรตามสูตรที่สอน ทีนี้เรื่องอาบน้ำก็ต้องช่วยกัน ทำคนเดียวไม่ไหว ให้แม่ช่วยยา ป้อนอาหาร แม่นอนเฝ้าพ่อตอนกลางคืน เราก็มีครอบครัว ลูกเต้าต้องดูแล...มีน้องชายอีกคน ถ้าเค้าไม่ได้ไปไหนก็เข้าบ้านมาช่วยดูแลคนป่วยช่วยกัน...เราครอบครัวต้องรับผิดชอบร่วมกัน” ผู้ดูแล นาย ที ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

“พอหมอให้ออกจากโรงพยาบาล บ้านเราคนไม่มากเนาะ คนดูแลก็ไม่พร้อมอะไร แม่เองก็ไม่แข็งแรง มีโรคความดัน ไขมัน น้ำตาลสูง กะเป็นห่วงอยู่แต่ไม่มีแรงพอที่จะดูแลแกได้ ให้ลูกชายพาแกไปอยู่ด้วยที่กรุงเทพฯ ซึ่งต่อมาแกเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 1 สัปดาห์ ลูกเขาเอาไปกรุงเทพฯ ไปได้หนึ่งวัน สายให้อาหารก็หลุดออก ทีนี้ที่บ้านลูกชายก็ไม่มีใครทำเป็น ทั้งยาอาหาร ก็พยายามป้อนเข้าทางปาก แกก็สำลัก อยู่ได้อาทิตย์เดียวแกก็เสีย” ภรรยานาย ก ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

“เนี่ย หมอบอกจะให้กลับแล้ว เค้าว่าโรคมันก็ไม่มีอะไร มีแต่ไปกายภาพที่บ้าน ทำอาหารให้ที่บ้าน ทีนี้ผมก็รับไม่ได้นะ . . .ผมก็เลยว่า ถ้ากลับไปบ้านก็พยาบาลรักษากันไม่ได้หรอกคุณหมอ เค้าก็บอกว่ามันก็ไม่มีอะไรแล้ว เค้าจะฝึกหัดให้ ฝึกกายภาพให้ ฝึกการให้อาหาร ถ้าคนไข้กินข้าวได้ข้าวต้มข้าวอะไรค่อยยังชั่วหน่อย แต่นี่ทางสายยาง ผมกลัวจะทำไม่เป็นหรอก...กลัวพากลับไปก็คือพาไปตาย” สามีนาง ล. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลนาน ๆ มีความคิดถึงบ้าน อยากกลับไปอยู่บ้าน ในขณะที่ครอบครัวรู้สึกว่ายังไม่พร้อมดูแล ตัวอย่างเช่น กรณีศึกษาที่ลูกชายผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

“ลูกพี่สาวไปต่อว่าหมอว่า ทำไมถึงจะให้ครอบครัวเค้ารับผิดชอบผู้ป่วยเอง เขาพูดชวนทะเลาะกับหมอ เสียงดังเลย ว่าไม่เอากลับหรอก เป็นหน้าที่ที่หมอต้องให้การดูแล เอากลับไป ไม่มีใครดู กลับไม่ได้ ไม่ว่างมาเรียนรู้ดอก ผู้ป่วยเสียใจ อยากกลับแล้ว...” น้องชายนาง น. ผู้ป่วยติดเตียง (CS)

2.2 ครอบครัวคัดสรรผู้ดูแลในครอบครัวที่เหมาะสมอย่างรอบด้าน

ครอบครัวคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดย: 1) ครอบครัวเลือกคนที่ใช่ 2) ทำใจเมื่อให้เป็นคนดูแล 3) ไม่มีใครทำแทนคนในครอบครัวได้

คนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงานประจำมาดูแลหรือเป็นคนที่มีอาชีพที่ทำงานได้อย่างยืดหยุ่น เช่น เกษตรกรรมหรือรับจ้างตามโอกาสอำนวย สมาชิกครอบครัวอื่น ๆ อาจช่วยชดเชยเงินค่าจ้างเพื่อให้สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ คือ “มีแรงออกแรง มีเงินออกเงิน มีเวลาให้เวลา” ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการคัดเลือกคนที่เหมาะสมที่สุด แต่บางครอบครัวอาจไม่มีตัวเลือกมากนัก สำหรับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ดูแลเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น บางครอบครัวมีลูกหลายคนที่มีเงื่อนไขทางการเงิน แต่ละคนอาจสามารถช่วยเหลือในบางอย่าง เช่น ทำอาหารทางสายยางให้แก่ผู้ป่วย จัดซื้อเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบเงินค่าใช้จ่ายในการดูแล ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อมูล

“กะออกงานมาเบิ่ง มาดูแลเลา (ท่าน) บ่มีผุเบิ่ง....มีลูกสองคน น้องชายกะยากมีภาระหลาย” (FCG16086605)

“เพิ่มภาระกะค่าใช้จ่ายนี่ล่ะ ถ้าบ่ไปหารับจ้างกะบ่ได้กินแหล่ว” (FCG16086608)

ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นบิดา มารดา เป็นผู้สูงอายุไม่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพ มีเพียงเงินสวัสดิการของรัฐให้ ก็นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวสำหรับการดูแลลูกชาย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเรื่องผ้าอ้อมอนามัย ซึ่งมีความสิ้นเปลืองเดือนละ 700-1,000 บาท ต้องใช้เงินเก่า ใช้สมบัติเก่า

“ตอนที่เขาทำงานมีเงินเก็บมีทอง ก็เลยขายเอาออกมาใช้หมอ ขายหมดแล้วเขาชักบ่อยนะ” (FCG10086602)

“กะขายข้าว ควายหมดคอกนึง ควายหก เจ็ดโต เกลี้ยง” (FCG08086601)

2.3 การฝึกอบรมสาธิตและฝึกปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อร่วมกับการออกแบบคู่มือความรู้ที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย ช่วยเตือนความจำและสอดคล้องบริบทของครอบครัวเป้าหมาย

การเตรียมความรู้และทักษะการดูแลที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: 1) จัดอบรม ฝึกทักษะที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน พร้อมคู่มือที่เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบทที่บ้าน 2) อบรมความรู้ ฝึกทักษะ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ชีวิตในวิถีปกติใหม่ 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อน การติดตามรักษา การใช้ยา และ โปรแกรมด้านกายภาพและกิจกรรมบำบัดของผู้เชี่ยวชาญ และ 4) ทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงการต้องปรับตัวรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ดังนี้

ข้อมูลนำเข้าสู่การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลที่บ้าน: จากการสนทนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่พึ่งพากับแพทย์ประจำหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ระบุว่ามีเป้าหมาย เพื่อการฟื้นฟูสมรรถนะด้านกายภาพ โดยการฝึกกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วย

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพ และ ภาวะแทรกซ้อน 2) การจัดท่าและพลิกตะแคงตัว 3) การฝึกบริหารข้อ 4) การฝึกการเตรียมกล้ามเนื้อ 5) การฝึกการนั่งการทรงตัว 6) การฝึกการเคลื่อนย้าย 7) การฝึกยืนและเดิน 8) โปรแกรมการฝึกที่บ้าน (Home program) 9) จำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะพิจารณาเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูตามอาการ

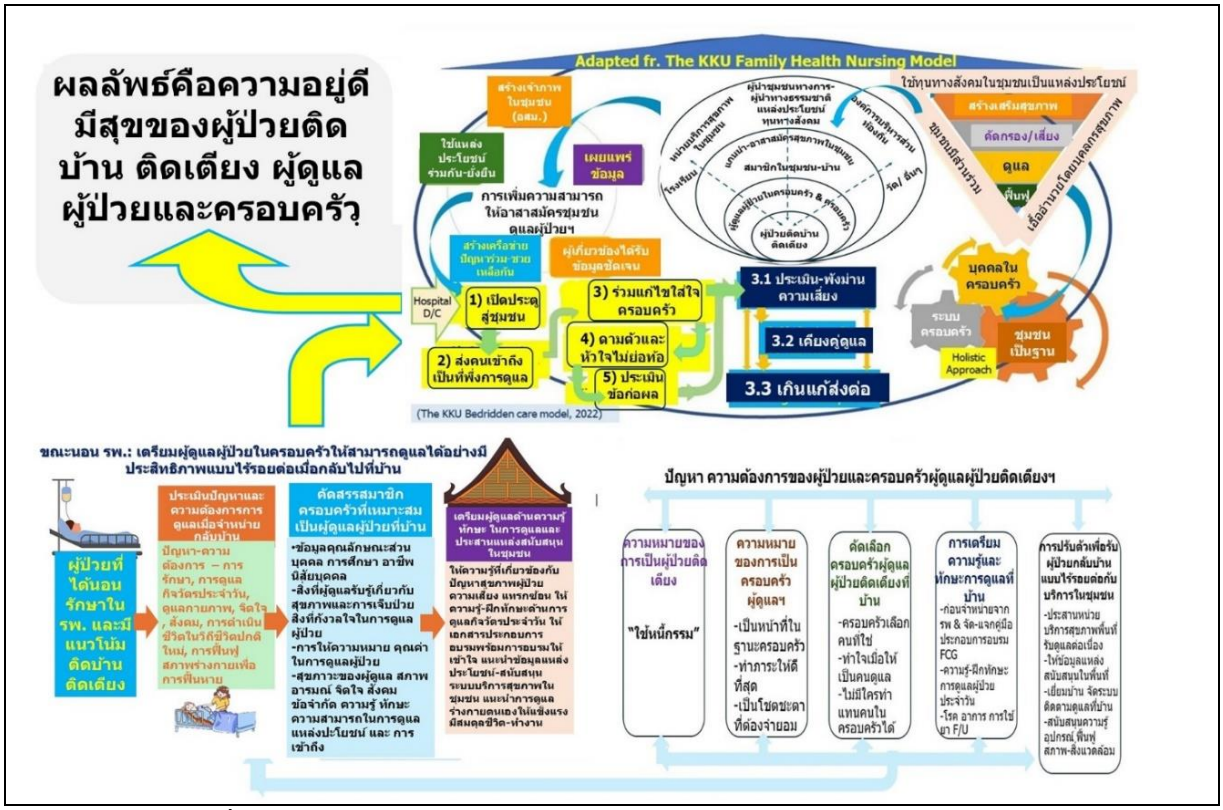
ลูกสาวระบุว่า “มันรู้สึกภูมิใจตัวเองที่ดูแลแกได้เพราะไม่มีใครมาช่วยเหลือเลย” (FCG10086602)

ผลกระทบด้านลบต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนจากการบอกเล่าถึงความเครียด ความกังวลใจ ที่ปรากฏตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ประเด็นที่กังวลใจ ได้แก่ อาการผู้ป่วย (เช่น จะดีขึ้นหรือไม่ จะช่วยตัวเองได้หรือไม่) การไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ความไม่แน่นอนกับระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลต้นทาง ความรู้และทักษะของผู้ดูแลเอง ซึ่งผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจะมีความกังวลมาก

การปรับตัวรับมือเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้านแบบไร้รอยต่อกับบริการในชุมชน: 1) ประสานหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่รับดูแลต่อเนื่อง 2) ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนในพื้นที่ 3) เยี่ยมบ้าน จัดระบบติดตามดูแลที่บ้าน 4) สนับสนุนความรู้ อุปกรณ์ ฟื้นฟูสภาพ สิ่งแวดล้อม

การปรับเปลี่ยนหน้าที่ เป็นการที่สมาชิกครอบครัวบางคนต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ จากเดิมกลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เปลี่ยนบทบาทจากการทำงานหาเลี้ยงครอบครัว (เช่น ค้าขาย หรือ เป็นลูกจ้าง) มาเป็นผู้ดูแล “เจ้าสิบ่ได้ไปหาเงิน” ซึ่งครอบครัวที่จำเป็นต้องให้สมาชิกบางคนมาเป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีภาวะพึ่งพาเต็มตัว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่น ขณะที่สมาชิกครอบครัวคนอื่นมีงานประจำที่มีเวลาแน่นอน ทำให้ดูแลไม่ได้

“ลูก (ผู้ป่วย) มันสิคืน (ร่างกายฟื้นหาย) ให้บ่ หรือบ่คืนสั้นเด้ กะคิดยามเมื่อคืนแหมลูกแม่กะนอนบ่ค่อยหลับเท่าได๋ คิดนำ (วิตก) อยู่จักว่าสิเฮ็ดจั่งได๋... ยามเมื่อคืนคิดมาก โอ๊ยพ่อใหญ่ข้อยนอนบ่หลับ แต่เพิ่นมาได้เดือนสองเดือนเนาะ...แม่สิบ่คิดจั่งได๋หล้า นอนได้หกทุ่ม ฮอดตีสี่นอนกะบ่หลับ กะได้ลุกขึ้นมานึ่งข้าวนึ่งน้ำเอาโลด มันเป็นจั่งได๋ เจ้าสิคิดอีหยังกะด้อ (มาก) แท้...น้อยใจคิดมากแหล่ว กะห่าพ่อแม่บ่ยังบ่หยังผู้ได๋สิมาเลี้ยงมาเกีย (เลี้ยงดู) กะคิดไป หรือสิอยู่ไปฮอดมื่อได๋นอนกินนั่งกินอยู่นี่ มีแต่ว่าจั่งสั้นล่ะ พ่อแม่ตายไปผู้ได๋สิมาดูแลเฒ่าเอ้ย กะห่าพ่อห่าแม่ตาย (ถ้าพ่อแม่ตายไป) กะสิพี่ชายเขาหั่นล่ะสิหา กะเว่ากันกับลูกน่ะ” (FCG11086603)



รูปที่ 1 รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนขยาย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ต้องพึ่งพาในการดูแลที่บ้าน ขออภิปรายผลการวิจัยตามกลยุทธ์ 3 เสาหลัก และจุดแข็งรวมทั้งข้อจำกัดของรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ฉบับดั้งเดิมและส่วนขยาย เพื่อพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่บ้าน[40-42] ดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่บ้านและความเป็นไปได้ รวมถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน

สภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหรือที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเมื่อรักษาในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะระดับตติยภูมิ มีความต้องการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มได้รับข้อมูลให้เตรียมตัวจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้การพัฒนาความสามารถผู้ดูแลที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ซึ่งขั้นตอนนี้มีความสำคัญเนื่องจากเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การออกแบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้เหมาะสมเฉพาะราย ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย 5 ด้านหลัก คือ ด้านกาย ด้านกิน (และขับถ่าย) ด้านใจจิต ด้านกิจวัตร และด้านจัดการเคลื่อนไหว เป็นต้นซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น อาทิ งานที่ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วย ซึ่งอาจครอบคลุมตั้งแต่การช่วยเหลือทางกายภาพไปจนถึงการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ[40] ทั้งนี้ ต้องประเมินความสามารถ และข้อจำกัดของผู้ดูแลอย่างละเอียด ความพร้อมด้านต่าง ๆ เช่น ความแข็งแรงทางกายภาพ

ปัญหาด้านสุขภาพ เวลาที่มีให้ในการดูแล ความสามารถในการจัดการและฟื้นตัวทางอารมณ์ตนเอง กระบวนการประเมินความสามารถของผู้ดูแลนี้ จะช่วยลดผลกระทบจากปัญหาที่ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้จนอาจนำไปสู่ผลเสียทางสุขภาพกายและจิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วย[43-45]

2. ครอบครัวคัดสรรผู้ดูแลหรือทีมผู้ดูแลในครอบครัวที่เหมาะสมอย่างรอบด้าน

ในการคัดสรรผู้ดูแลหลักบางครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน สามารถมีตัวเลือกมากมีโอกาสดีกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวจำนวนน้อย หรือที่อยู่ในพื้นที่ต่างกัน การคัดเลือกผู้ดูแลเป็นการตัดสินใจเฉพาะบุคคลซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ครอบครัวมักเผชิญกับทางเลือกที่ยากลำบากในการตัดสินใจว่าใครในระบบครอบครัวหรือระบบเครือญาติที่สามารถสนับสนุนภายนอกได้อย่างเหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในแง่ความเหมาะสมทางกายภาพ อารมณ์ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะพึ่งพามักเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีอาจนำไปสู่การดูแลที่มีความเข้าใจ เห็นใจและทุ่มเทกายใจแก่งานที่ต้องใช้พลังในการทำงานเช่นนี้[46] อย่างไรก็ตามอาจมีข้อจำกัดเรื่องเงื่อนไขติดขัดที่ครอบครัวไม่สามารถคัดสรรผู้ดูแลได้เต็มที่จากหลายปัจจัย อาทิ แหล่งพำนักที่อยู่ต่างพื้นที่ ภาระส่วนบุคคล ภาระครอบครัว อาชีพ ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องร่วมกันประเมินสถานการณ์และคัดสรรผู้ดูแล หรือทีมดูแล อย่างเป็นองค์รวมให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทุกฝ่ายและไม่ทำให้ใครเสียโอกาสในชีวิตตน[44-46]

3. การฝึกอบรมสาธิตและฝึกปฏิบัติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ร่วมกับการออกแบบคู่มือความรู้ที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย ช่วยเตือนความจำและสอดคล้องบริบทของครอบครัวเป้าหมาย

ในการให้ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การจัดฝึกอบรมภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธิตช่วยทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย การดูแลประจำวัน เช่น การให้อาหาร การอาบน้ำ และการให้ยา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความมั่นใจและความสามารถของผู้ดูแล[17] นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ได้จัดทำคู่มือการดูแลในรูปแบบปฏิทินติดผนังที่ให้ความรู้สั้น ๆ มีภาพประกอบในการดูแล 5 ฐาน คือ ฐานใจ ฐานกาย ฐานกิน (และขับถ่าย) ฐานกิจวัตร และ ฐานจัดการเคลื่อนไหว (และฟื้นฟู) ถือว่าเป็นการจัดหาคู่มือความรู้ที่อ่านง่ายและเข้าใจได้ซึ่งปรับให้เหมาะกับบริบทของครอบครัว ซึ่งจะช่วยเพิ่มการส่งมอบหลักประกันคุณภาพการดูแลอีกระดับหนึ่ง และเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะในการดูแลทางสุขภาพเต็มไปด้วยศัพท์เทคนิคเฉพาะต่าง ๆ มากมายหากไม่ปรับให้เข้าใจง่ายก็ไม่สามารถสร้างประโยชน์เป็นคู่มือการดูแลแก่ผู้ดูแลได้[18] คู่มือการดูแลที่มีประสิทธิภาพควรเรียบง่าย สอดคล้องในชีวิตประจำวัน และใช้งานได้จริงจะช่วยทำให้มั่นใจได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีพื้นฐานทางด้านการแพทย์ ก็สามารถช่วยให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพได้[19]

สรุปได้ว่ากลยุทธ์ทั้งสามนี้ คือ การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเลือกผู้ดูแลอย่างรอบด้าน และการฝึกอบรมภาคปฏิบัติ ทำงานร่วมกันเพื่อเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมสำหรับบทบาทที่สำคัญของพวกเขา มาตรการดูแลในอนาคตควรเน้นย้ำประเด็นเหล่านี้เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยและคุณภาพโดยรวมของการดูแลที่บ้านดีขึ้น

4. จุดแข็งและข้อจำกัดของรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. ฉบับดั้งเดิมและส่วนขยายเพื่อพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่บ้าน

รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข. มีแนวทางการดูแลแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลบุคคลในบริบทของครอบครัวและชุมชน มีจุดแข็งและจุดอ่อน ดังนี้

มีจุดแข็ง (strengths): 1) เป็นการใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (holistic family-centered care) คือ การมุ่งเน้นไปที่สุขภาพครอบครัวแบบองค์รวม โดยพิจารณาไม่เพียงแต่ผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงหน่วยครอบครัวทั้งระบบด้วย แนวทางนี้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพปัจจุบันที่มีแนวโน้มไปสู่การดูแลแบบผสมผสานและอิงการดำรงอยู่ของชุมชน 2) ความสามารถในการปรับใช้ (adaptability) มีความสามารถในการปรับใช้ได้ง่ายเพราะรูปแบบฯมีความยืดหยุ่นมาก สามารถปรับให้เข้ากับระบบการรักษาพยาบาลของประเทศต่าง ๆ ได้ ทำให้นำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง 3) นำการดูแลโดยพยาบาล (nurse-led care) เป็นการดูแลที่พยาบาลเป็นผู้นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากโรคเรื้อรังและประชากรสูงอายุ[47-48]

มีข้อจำกัด/ จุดอ่อน (weaknesses): 1) มีข้อจำกัดในการใช้รูปแบบฯเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรค สำหรับบางพื้นที่ (limited focus on prevention) โดยมีการวิจัยระบุว่ามีข้อจำกัดในการป้องกันโรค การประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวในปัจจุบันมีประสิทธิภาพต่ำกว่าในแง่ของการป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันโรคในบางประเทศที่มีความเฉพาะทางวัฒนธรรม อาทิ ในสังคมตะวันตก มีข้อจำกัดในกรอบการทำงานในการจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพของประชากรบางบริบท 2) มีช่องว่างของความรู้สู่การปฏิบัติการ (implementation gaps) เป็นช่องว่างในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้วยความเข้าใจในการเข้าถึงครอบครัวมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ หากใช้ต้องมีการจัดอบรมความรู้ก่อน และโดยธรรมชาติในระบบการบริการสุขภาพทั่วโลก พยาบาลไม่ใช่ผู้นำในการบริการ 3) ทำงานแบบแยกส่วน (fragmentation) มีผลการวิจัยที่ระบุว่า มีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งทำให้การบริการแบบต่อเนื่องมีปัญหาได้[48]

ข้อเสนอแนะและโอกาสในการพัฒนา

รูปแบบ FHN นี้ มีแนวคิดที่สอดคล้องในการพัฒนาประเทศไทย คือ การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยประชาชน ครอบครัว และ ชุมชนที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยฉพาะในสถานการณ์ที่การเจ็บป่วยเรื้อรังและการสูงวัยของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้น และหากจะใช้แนวคิดดังกล่าวควรมีการจัดการเรียนการสอนที่มีความเข้าใจถึงความรู้ในการเข้าถึงครอบครัว หรือ มีการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพของกรอบการทำงานให้สูงสุด[49]

การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้ในประเทศไทย มีความสอดคล้องกับปัจจัยสนับสนุน เช่น ปัจจุบันสภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้พยาบาลโดยเฉพาะผู้อยู่นอกระบบราชการดำเนินการคลินิกชุมชนอบอุ่น และในการปฏิบัติจริงพยาบาลดำเนินงานในฐานะผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ การนำรูปแบบนี้มาใช้ควรมีการอบรมพยาบาลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้รูปแบบ FHN และต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลในระดับครอบครัวมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[40,45-51] กล่าวคือ

1. การสนับสนุนของสภาการพยาบาลและการทำคลินิกชุมชนอบอุ่น: รูปแบบ FHN เน้นการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของสภาการพยาบาลที่สนับสนุนให้พยาบาลจัดตั้งคลินิกชุมชนอบอุ่น พยาบาลสามารถใช้รูปแบบนี้เพื่อพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการสุขภาพได้ดีขึ้น
2. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: สปสช. ส่งเสริมการทำงานของพยาบาลในชุมชนในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การนำรูปแบบ FHN มาใช้จะช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือในการประเมิน

สุขภาพของครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและยั่งยืน

3. การเชื่อมโยงกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care): รูปแบบ FHN มีความสำคัญในบริบทของการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะการช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยเรื้อรังหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลสามารถใช้รูปแบบนี้เพื่อประเมินความต้องการในการดูแลระยะยาวและช่วยให้ครอบครัวได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน

4. การใช้เทคโนโลยีและการดูแลในครอบครัวชุมชน: ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการดูแลในครอบครัวชุมชน เช่น telehealth หรือแอปพลิเคชันที่ช่วยในการติดตามสุขภาพ ซึ่งรูปแบบ FHN สามารถนำมาใช้ร่วมกับเทคโนโลยีเหล่านี้ในการสนับสนุนการดูแลที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global burden of disease 2021 (GBD 2021) results [Internet]. Seattle: University of Washington; 2021 [updated 2024; cited 2025 Feb 2]. Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/
2. Wangler J, Jansky M. Prerequisites for providing effective support to family caregivers within the primary care setting-results of a study series in Germany. BMC Fam Pract 2021;22(1):252.
3. Ahmad Zubaidi ZS, Ariffin F, Teoh Cy Oun C, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross-sectional study. BMC Palliat Care 2020;19:186.
4. Lobo EH, Frølich A, Abdelrazek M, Rasmussen LJ, Grundy J, Livingston PM, et al. Information, involvement, self-care and support-the needs of caregivers of people with stroke: a grounded theory approach. PLoS One 2023;18(1):e0281198.
5. Utaisang A, Cheumnok W, Pomsakha N, Sakongnakhon N, Junsevg K, Dumrongpakapakorn P. Bedridden patients care through family caregiving and community-based model in new normal. J Royal Thai Army Nurses [internet]. 2023 Dec 10 [cited 2025 Feb 19];24(3):415-23. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/264504 (in Thai)
6. Peachpunpisal C, Intarakamhang U, Sombatwattana P. Environmental health literacy: applying to practice via caregivers for bedridden patients. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi 2021;32(1):291–302. (in Thai)
7. Wray CM, Jones CD. Bridging the know-do gap in hospital care transitions. JAMA Intern Med 2023;183(5):424-5.
8. Rusch SC. Continuity of care: from hospital unit into home. Nurs Manage 1986 Dec;17(12):38-41.
9. Yang X, Li X, Jiang S, Yu X. Effects of telemedicine on informal caregivers of patients in palliative care: systematic review and meta-analysis. JMIR Mhealth Uhealth 2024;12:e54244.

10. Bekdemir A, Ilhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. J Nurs Res 2019;27(3):e24.
11. Burgdorf JG, Wolff JL, Chase JA, Arbaje AI. Barriers and facilitators to family caregiver training during home health care: a multisite qualitative analysis. J Am Geriatr Soc 2022;70(5):1325-35.
12. Kim Y, Carver CS, Ting A. Family caregivers' unmet needs in long-term cancer survivorship. Semin Oncol Nurs 2019;35(4):380-3.
13. Longo UG, Matarese M, Arcangeli V, Alciati V, Candela V, Facchinetti G, et al. Family caregiver strain and challenges when caring for orthopedic patients: a systematic review. J Clin Med 2020;9(5):1497.
14. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs 2008;108(9 Suppl):23-7.
15. Fox A, Sharp J, Fruhauf C. Exploring the association between family dynamics and preraredness for family caregiving at the end of life. Innov Aging 2022;6(Suppl 1):101.
16. Kayaalp A, Page KJ, Rospenda KM. Caregiver burden, work-family conflict, family-work conflict, and mental health of caregivers: a mediational longitudinal study. Work Stress 2021;35(3):217-40.
17. Tasseron-Dries PEM, Smaling HJA, Nakanishi M, Achterberg WP, van der Steen JT. What are best practices for involving family caregivers in interventions aimed at responsive behaviour stemming from unmet needs of people with dementia in nursing homes: a scoping review. BMJ Open 2023;13(12):e071804.
18. Chen Q, Zhang H, Yuan S, Liu W, Lyu T. Perceived training needs of the informal caregivers of older adults: a cross-sectional study. Healthcare (Basel) 2024;12(23):2369.
19. Hu C, Kung S, Rummans TA, Clark MM, Lapid MI. Reducing caregiver stress with internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. J Am Med Inf Assoc 2015;22(e1):e194–209.
20. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. Asian Pacific journal of cancer prevention 2014;15(23):10367-74.
21. Jongudomkarn D, Chantawong N, Ratchachai L, Thumkaew W, Buakhao W. Construct validity of the Khon Kaen university family health needs and problems assessment tool (KKU FHeNPAT): case studies of the informal sector families in Isan. Journal of Nursing Science and Health 2010;33(1):22-32. (in Thai)
22. Jongudomkarn D, Klangsang K, Prapannpong P, Kotchompoo N, Jamsaeng S, Srikongphan S, et al. Reducing alcohol consumption in the community: application of family health nursing concepts in participatory research. Journal of Nursing Science and Health 2010;33(4):38-41. (in Thai)

23. Jongudomkarn D, Poonthong S, Pongsiri K, Newalisant P, Singhawara P, Chanchom K, et al. The experiences of practice according to the KKU family health nursing model for reducing alcohol drinking problems in communities: a qualitative study of the family health leaders. Journal of Nursing Science and Health 2013;36(3):81-94. (in Thai)
24. Jongudomkarn D, Baokhamphai Y, Chumphain C, Diowtrakool A, Panamhom M, Pheangkes S. Results of knowledge translation into action: application of the Khon Kaen university family health nursing model toward knowledge, attitudes in practices for prevention, caring, and rehabilitation of stroke. Journal of Nursing Science and Health 2013;36(2):9-24. (in Thai)
25. Jongudomkarn D, Prungkhamma P, Kaewprom Y, Khomkham S, Kensila U. The construct validity of Khon Kaen university family quality of life scale: an exploratory factor analysis. Journal of Nursing Science and Health 2011;34(1):38-49. (in Thai)
26. Jongudomkarn D, Chantawong N, Ratchachai L, Thumkaew W, Buakhao W. Structural Chatjuntek R, et al. Development of village health volunteers' knowledge and skills in caring for diabetes patient and their families at Koksung sub–district, Nongki district, Buriram. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21(1):65-72. (in Thai)
27. Suwarno, Jongudomkarn D. Effect of a training program on the Use of the Khon Kaen University family health assessment tool on nurses' perception in primary health service units in Bantul, Yogyakarta, Indonesia. Journal of nursing and health care. 2016;34(3):104-9. (in Thai)
28. World Health Organization. Family health nursing: context, conceptual framework and competencies. Geneva: WHO;2000.
29. Mooljunda T, Jongudomkarn D. Competency development as to perception of healthcare personnel in sub-district health promotion hospital, amphur Pathum Ratchwongsa, Amnat Charoen province in using the Khon Kaen university family health assessment tool. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21(2):88-101. (in Thai)
30. Sombathom W, Jongudomkarn D. Development of the abilities of registered nurses to use the KKU family health assessment tool in a health care services: the inpatient department, Ban Khwao hospital, Ban Khwao district, Chaiyaphum province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21(1):113-22. (in Thai)
31. Wongpatimaporn W, Jongudomkarn D. Development of nurse competency in using the Khonkaen university family health assessment in the emergency department: a case study of stroke patients and families, Khonsawan Hospital, Khonsawan District, Chaiyaphum Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2017;20(3):207-20. (in Thai)
32. Theelak S, Jongudomkarn D. Development of health personnel capacity in using the khon kaen university family health assessment: a case study at sub-district health

Promoting Hospital, Waeng Yai District Health Office, Khon Kaen Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2017;20(1):33-43. (in Thai)

33. Krachangchit Y, Jongudomkarn D. Development of knowledge and skills of village health volunteers in caring for hypertension patients and their families in the community, Donmon Sub-district, Satuek District, Buriram Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2017;20(1):54-67. (in Thai)
34. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage;2011.
35. Dewar B, Mackay R. Appreciating and developing compassionate care in an acute hospital setting caring for older people. Int J Older People Nurs 2010;5:299-308.
36. Umar U, Purwanto M, Al Firdaus M. Research and development: as the primary alternative to educational research design frameworks. Journal of English Language and Literature [Internet]. 2023 Mar 2 [cited 2024 Oct 7];8(01):73-2. Available from: https://journal.stibaiec-jakarta.ac.id/ojs/index.php/jell/article/view/172
37. Cho J, Trent A. Validity in qualitative research. Qualitative Research 2006;6:319-40.
38. Bryman A. Social research methods. Oxford: Oxford University Press;2001.
39. Raksuthi S. Phaya (Isan). Bangkok: Thanawatch Karnpim; 2010. (in Thai)
40. Panpanit L, Jongudomkarn D, Doungmungkorn A, Boontoch K. Neelasmith S, Manorat M, et al. Implementing a care model for bedridden stroke survivors: a qualitative study in Northeastern Thailand. Patient Preference and Adherence 2025:19;345–58.
41. Mamom J, Daovisan H. Listening to caregivers' voices: the informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. Int J Environ Res Public Health 2022;19(1):567.
42. Haley WE, Roth DL, Hovater M, Clay OJ. Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: a population-based case-control study. Neurol 2015;84(13):1323-9.
43. Katsarou A, Intas G, Pierrakos G. Investigating the needs of caregivers of patients suffering from chronic diseases: a mixed-method study. Indian J Palliat Care 2023;29(3):285-91.
44. Schulz R, Eden J. Families caring for an aging America. Washington, DC: National Academies Press; 2016.
45. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA 2014;311(10):1052-9.
46. Huang HL, Liao YT, Kung PC, Shyu YIL, Hsu WC, Hsu JL. Caregiving management needs and predictors for family caregivers of persons with dementia: a cross-sectional study. BMC Geriatrics 2024;24(1):724.
47. Gasperini G, Renzi E, Longobucco Y, Cianciulli A, Rosso A, Marzuillo C, et al. State of the art on family and community health nursing international theories, Models and frameworks: a scoping review. Healthcare (Basel, Switzerland) 2023;11(18):2578..

48. Sasso L, Passarelli M, Manganello F, Alvino S, Dagnino FM, Mazzarino B, et al. Development of a European curriculum for family and community nurses. NY: SpringerLink; 2021.
49. National Health Security Office. Press release on the “warm community nursing clinic” establishing to serve as a primary healthcare service unit [Internet]. Nontaburi: National Health Security Office;2023 [updated 2023 May 28; cited 2024 Feb 15]. Available from: https://www.nhso.go.th/news/4022 (in Thai)
50. Thailand Nursing and Midwifery Council. Press release on the “warm community nursing clinic” in collaboration with NHSO establishing to serve as a primary healthcare unit [Internet]. Nontaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council;2023 [updated 2023 May 28; cited 2024 Feb 16]. Available from: https://www.tnmc.or.th/news/407 (in Thai)
51. Lakanmaa RL, Suominen T, Perttilä J, Puukka P, Leino-Kilpi H. Competence requirements in intensive and critical care nursing-still in need of definition? A delphi study. Intensive & critical care nursing 2012;28(6):329-36.