การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง : แนวคิดสู่การปฏิบัติ

Self management support for chronically illness patients: Concept to practice.

บทความวิชาการ
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 39 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2559
Volume 39 No.4 (October-December) 2016

อัมพรพรรณ ธีรานุตร ปร.ด.* นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ Ph.D**
สุวิมล ทรัพย์เรืองศรี พย.ม.***
Ampornpan Theeranut Ph.D.* Nonglak Methakanjanasak Ph.D.**
Suwimol Supruangsri M.N.S.***

บทคัดย่อ

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายสนับสนุนว่ามีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและระบบสุขภาพ บทความนี้เน้นการประยุกต์แนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยรูปแบบ 5A's ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1.การประเมิน 2 .การให้ข้อมูลคำแนะนำ 3. การตกลงร่วมกัน 4. การให้ความช่วยเหลือ และ 5.การติดตาม และใช้กลยุทธ์สำคัญ 5 กลยุทธ์ในการดูแลผู้รับบริการ ได้แก่ 1. การเข้าถึงผู้ป่วย 2.การประเมินข้อมูล 3.การสื่อสาร 4.การมีส่วนร่วม และ 5.การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และให้การพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าวในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

คำสำคัญ: การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

Abstract :

Self-management support is a key component of the chronic care model. Much evidence supports the positive outcomes of implementing self-management support among the chronically ill including organizational and patient outcomes. This paper aims to introduce the application of self-management support in a clinical setting. The 5A's including 1.Assess 2. Advice 3. Agree 4. Assist 5. Arrange is used for facilitating self-management support. Five are also employed while implementing self-management support; they are 1.approach 2.evaluation 3.communication 4. collaboration and 5. continuity. The application of self-management support via the 5A's is demonstrated through a case study (uncontrolled diabetes mellitus). Positive clinical outcomes were shown after 6 weeks of application.

keywords : self-management support, chronic illness, uncontrolled diabetes mellitus

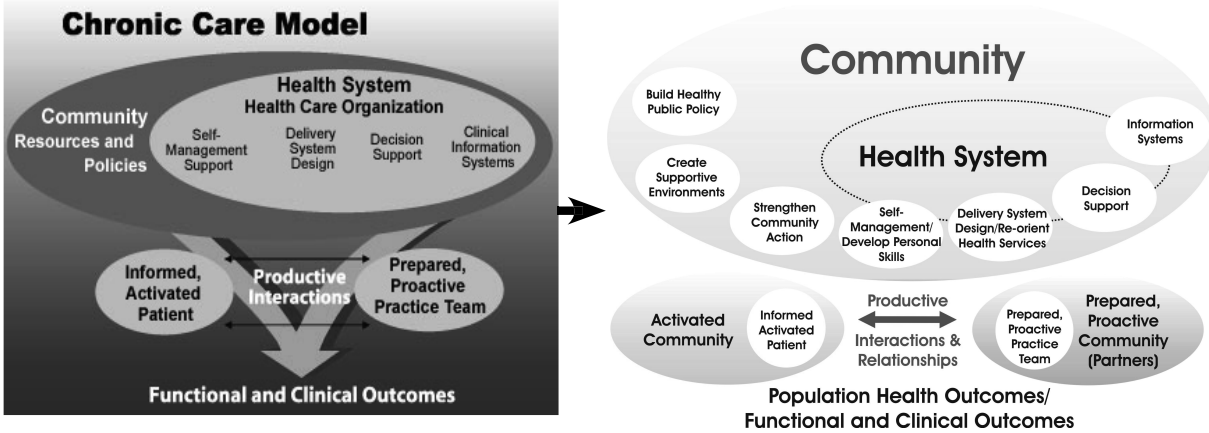
***Associate Professor Adult Nursing, Faculty on Nursing, Khon Kaen University**
****Assistant Professor Adult Nursing, Faculty on Nursing, Khon Kaen University**
*****Registered Nurse, Professional Level, Keangsanamnang hospital, Nakhonratchasima**

บทนำ

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย (self-management support) เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นโดยบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเรื้อรังให้สามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองได้โดยใช้วิธีการที่มากกว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยทั่วไป หากแต่เป็นความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพในอันที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง บทความนี้ผู้เขียนจะขอนำเสนอถึงบทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวาน โดยการสนับสนุนด้านของความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นหรือวิธีในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วย

ที่มาของแนวคิดนี้เป็นอย่างไร

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง เป็น 1 ใน 6 ขององค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ นายแพทย์ Edward H. Wagner เริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาในราว คศ.1990 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง(The Chronic Care Model) ที่นำเสนอเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้ได้ผลดีนั้นจะต้องประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์กรอย่างดีและเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่หาได้จากชุมชน ขณะเดียวกันภายในระบบสุขภาพจะต้องมีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง สิ่งเหล่านี้จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาทั้ง 2 ด้าน คือด้านผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสม และด้านบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการทำงานในเชิงรุก ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเพื่อให้บังเกิดผลลัพธ์ทั้ง 2 ด้านนี้เป็นสิ่งที่ประกันได้ว่าระบบการบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้จะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างแท้จริง [1] สำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ Wagner ริเริ่มนั้นได้เริ่มใช้ในราว คศ.1998 และมาปรับปรุงอีกครั้งใน ปี คศ. 2001 และต่อมาปรับอีกครั้ง เป็น expanded chronic care model โดย Barr, et al. เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนมากขึ้น แต่ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังใดก็จะมุ่งเน้นให้มีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (ภาพที่ 1)



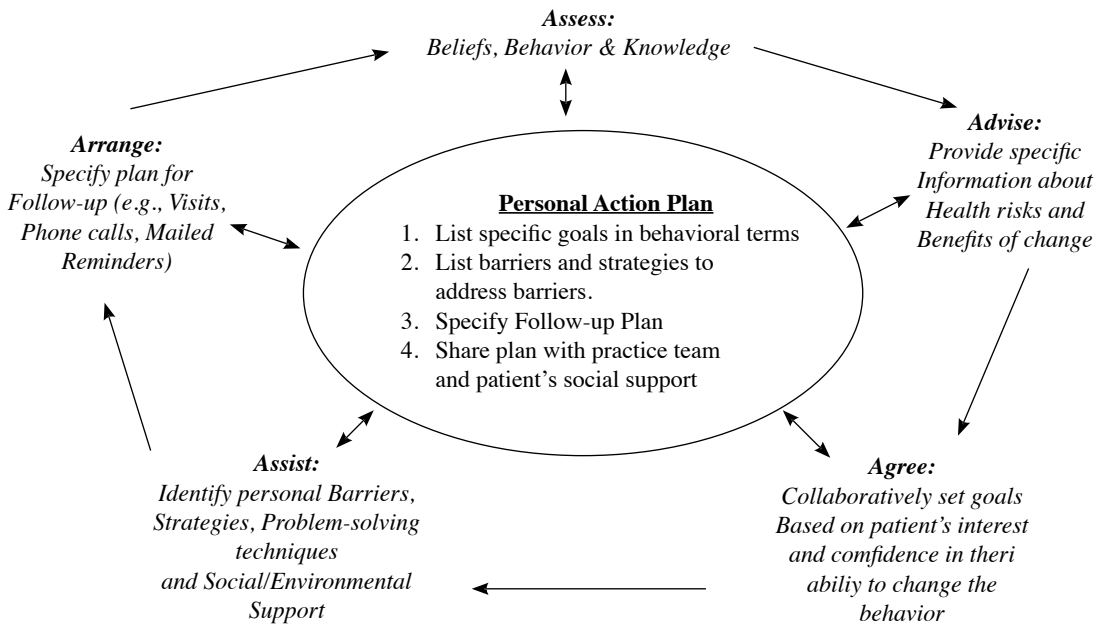
The Chronic Care Model[2] Expanded chronic care model[3]

ภาพที่ 1 พัฒนาการของ The Chronic Care Model

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ส่วนใหญ่มักจะมีชีวิตที่ต้องอยู่กับการดำเนินของโรคนั้น ๆอย่างถาวร ซึ่งตามธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ๆ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องปรับเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพและจัดการดูแลสุขภาพของตัวเองอาทิ เช่น การควบคุมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพภายใต้ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น แต่ผลจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต่อเนื่องยาวนานมักทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังสูญเสียพลังอำนาจ เบื่อหน่าย และท้อแท้ในการดูแลตนเอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยลดลง[4] จึงส่งผลด้านลบต่อสุขภาพของผู้ป่วย จากความจำเป็นของการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยนั้นบุคคลกรสุขภาพจำเป็นต้องสร้างจัดระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในอันที่จะช่วยสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องด้วยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก รับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพหรืออาการที่เกิดจากโรคไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง และได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพสนับสนุนแก้ไขปัญหา-อุปสรรคต่าง ๆที่ขัดขวางการดูแลสุขภาพ ซึ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตรงของตัวผู้ป่วยเอง เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5,6] จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังนี้ เป็นแนวคิดที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงเป็นแนวคิดที่พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทุกคนควรได้ทำความรู้จักและสร้างความเข้าใจถึงขั้นตอนในการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติได้ย่อมเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

ขั้นตอนในการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในการปฏิบัติ

ในการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในทางปฏิบัตินั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การประยุกต์ The Stanford Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) ที่พัฒนาโดยลอริค (Lorig) ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือ การประยุกต์แนวคิด motivational Interview การประยุกต์ The Flinders Model[7] ในการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของ NGC (The National Guideline Clearinghouse) ของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งออนตาริโอ[5] ซึ่งถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศที่รวบรวมมาจากงานวิจัยที่มีคุณภาพหลายเรื่อง แต่ละรูปแบบส่งผลดีต่อผู้รับบริการและระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามบทความนี้ขอเสนอขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งออนตาริโอ ซึ่งใช้ขั้นตอน 5A's เป็นหลัก ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้นมีชื่อเรียกตามอักษรตัวแรกของคำภาษาอังกฤษใน 5 ขั้นตอนหลักเพื่อใช้สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดง self-management model with 5As [8]

มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของแต่ละA ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (A-ssess) เป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความเชื่อด้านภาวะสุขภาพ ความรู้ และทักษะต่าง ๆที่ต้องครอบคลุมสอดคล้องกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และสิ่งที่ต้องการจัดการดูแลในระยะเริ่มแรกและมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆตามความจำเป็น ในการประเมินควรมีการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1) ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2) ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดำเนินของโรค

3) การทำหน้าที่ของครอบครัว

4) บริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ในขั้นตอนการประเมินนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความเสี่ยงที่จะขัดขวางผลลัพธ์สุขภาพ และความเสี่ยงที่จะส่งผลให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับในขั้นตอนที่ 1 นี้ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลควรทำการประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ อาชีพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการตรวจตา เท้า ฟัน ในรอบปีที่ผ่านมา ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว ส่วนสูง ประเมิน BMI วัดรอบเอว รอบสะโพก ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ประเมินอุปสรรคทั้งด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ และประเมินความเชื่อและความมั่นใจของผู้ป่วยที่จะทำให้บรรลุพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลคำแนะนำ (A-dvise) เป็นการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ และเป็นประโยชน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในขั้นตอนที่

2 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน จะเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ดังนี้

- ให้รับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

- ให้รับรู้ประโยชน์ในการควบคุมเบาหวาน

ข้อมูลที่ให้ครอบคลุมถึงการแนะนำการดูแลตนเองในระยะแรก ได้แก่ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและการลดความเครียด เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นจึงเป็นการให้คำแนะนำการดูแลตนเองในระยะหลัง ได้แก่ การดูแลเท้า การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ การเลิกสูบบุหรี่ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การพักผ่อน การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ในขั้นตอนนี้พยาบาลควรประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับไปแล้วด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การตกลงร่วมกัน (A-gree) เป็นการตกลงร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อร่วมมือกันในการกำหนดเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพฤติกรรม ระดับความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนทำหน้าที่ช่วยในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบคลุมถึงการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในขั้นตอนที่ 3 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน กิจกรรมที่ปฏิบัติในขั้นตอนนี้ได้แก่ 1.การตัดสินใจแก้ไขปัญหาร่วมกัน (decision making) โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง ค้นหาปัญหาอุปสรรครวมถึงวิธีจัดการกับปัญหาสุขภาพ (problem solving) 2. พยาบาลและผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (goal setting) 3. วางแผนการปฏิบัติ (action plan) ที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือพยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองถึงความมั่นใจว่าจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ระดับไหน

ขั้นตอนที่ 4 การให้ความช่วยเหลือเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการรับมือกับปัญหาโดยบุคลากรสุขภาพจะช่วยในการระบุอุปสรรคของผู้ป่วย เสนอกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาอุปสรรค สนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์ในสังคม รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านความรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งความรู้ที่ให้ต้องจัดให้แบบเฉพาะรายบุคคลเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1) การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ เช่น การบันทึก การใช้เครื่องมือติดตามตนเอง

2) การช่วยให้ผู้ป่วยมีแผนการปฏิบัติการจัดการตนเอง (action plan) เช่น การจัดโปรแกรมปฏิบัติตามเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ซึ่งแผนหรือโปรแกรมที่เกิดขึ้นตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

3) การช่วยผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดได้ โดยการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

4) การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทบทวนการปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์การดูแลด้วยการโทรศัพท์สอบถาม จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ อีเมล์ หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ในขั้นตอนที่ 4 นี้เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน กิจกรรมการปฏิบัติในขั้นตอนนี้ได้แก่ 1. การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การควบคุมอาหาร ได้แก่ การคำนวณพลังงาน การใช้ธงโภชนาการ การควบคุมสัดส่วนอาหาร การแบ่งจานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนเมนูอย่างง่าย การเลือกอาหาร เป็นต้น 2.ให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองถึงความ

มั่นใจของตนเองที่จะสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3.สอนและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติติดตามอาการของตนเอง (self-monitoring) ต่อที่บ้าน โดยให้บันทึกการกินอาหารใน 1 สัปดาห์ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องประเมินซ้ำถึงความเข้าใจของผู้ป่วยถึงข้อมูลที่ได้รับไปแล้ว 4.ทบทวนการฝึกทักษะกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยทำซ้ำเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร ได้แก่ การคำนวณพลังงาน การใช้ธงโภชนาการ การควบคุมสัดส่วนอาหาร การแบ่งจานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนเมนูอย่างง่าย การเลือกอาหาร เป็นต้น 5.ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองซ้ำอีกครั้งถึงความมั่นใจว่าจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 6.ทบทวนทักษะการลงบันทึกการกินอาหารที่บ้านใน 1 สัปดาห์ 7. แนะนำแหล่งประโยชน์ในการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมและแหล่งช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย 8.ให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสื่อการสอน เช่น คู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน 10. ขอและให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกับผู้ป่วย พร้อมนัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง นัดเยี่ยมบ้าน อาทิตย์ละ 1 ครั้งและนัดตรวจซ้ำที่คลินิกเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 5 การติดตาม (A-rrange) เป็นการติดตามเพื่อทบทวนการปฏิบัติและวางแผนการปฏิบัติใหม่ ซึ่งการจัดการตนเองต้องมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งจากผู้ป่วยเองและประเมินซ้ำร่วมกับบุคลากรสุขภาพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ และช่วยแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยได้ ในขั้นตอนที่ 5 นี้ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน กิจกรรมการปฏิบัติมี ดังนี้ 1.โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 2. ติดตามเยี่ยมบ้าน 3.นัดตรวจซ้ำที่คลินิกเบาหวานหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. เชื่อมโยงข้อมูลลงสู่ชุมชน ด้วยการส่งข้อมูลผู้ป่วยไปที่รพ.สต. และบูรณาการในการให้บริการผู้ป่วยร่วมกัน

ขั้นตอนตามกลยุทธ์5A's ที่นำเสนอมาข้างต้นและยกตัวอย่างประกอบในผู้ป่วยเบาหวานนั้น จากการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการอาการตนเอง คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด[6,7]

กลยุทธ์สำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง

แม้ว่าขั้นตอนทั้ง 5 จะถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติไปถึงผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องมีกลยุทธ์ขณะประยุกต์ใช้แนวคิด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลผู้จัดระบบการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองควรมีการใช้กลยุทธ์สำคัญต่าง ๆ เพื่อช่วยสนับสนุนในการปฏิบัติของผู้ป่วยและสามารถช่วยให้ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์เป็นข้อความรู้ใหม่ได้ 5 กลยุทธ์สำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนี้

1. การเข้าถึงผู้ป่วย

การเข้าถึงผู้ป่วย หมายถึง วิธีการที่ช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อันจะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อระบบการพยาบาลเพื่อการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง อีกทั้งเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจทักษะต่าง ๆได้อย่างดีขึ้น ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ พร้อมจะให้ความร่วมมือ[5]

2. การยึดหลักการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่มากกว่า[4,9,10]

3. การให้ความรู้ตามหลักฐานที่ปรากฏและเป็นลักษณะเฉพาะรายบุคคล เนื่องมาจากปัญหาและความแตกต่างของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นการให้ความรู้จึงเป็นความรู้เฉพาะรายบุคคลมากกว่าการให้ความรู้แบบกลุ่ม[5,8,10,11]

4. การใช้ทักษะที่หลากหลายในการฝึกและต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย[10]

5. การนำคอมพิวเตอร์มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าเมื่อนำคอมพิวเตอร์มาช่วยสอนให้ความรู้ผู้ป่วยมีการปฏิเสธการรักษาลดลง[10,12]

2. การประเมินข้อมูล

การประเมินข้อมูลเป็นเทคนิคที่ทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และบุคลากรสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลง ควรจะเป็นการประเมินพฤติกรรมเฉพาะด้าน เช่น ด้านอาหาร ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นต้น การประเมินจะช่วยให้การให้คำแนะนำหรือการให้กิจกรรมการพยาบาลมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย[5,8] และเป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดกับผู้ป่วย[10] ในการประเมินความพร้อมพร้อมและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นพยาบาลอาจใช้แบบประเมินที่มีลักษณะ rating scale (คะแนน1-10) จากคะแนนระดับ 1 ไม่พร้อมเปลี่ยนแปลงที่สุดไปสู่ระดับ 10 พร้อมเปลี่ยนแปลงมากที่สุดนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. ประเมินความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะด้านและการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วย อาจใช้แบบประเมินที่มีลักษณะ rating scale เช่นกัน (คะแนน1-10) ข้อมูลที่ได้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน[5,8,13-14] และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลได้[10]

3. ประเมินความต้องการและการปฏิบัติของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการทำกิจกรรมต่าง ๆ (action plan) โดยใช้คำถามที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (อะไร / เท่าไหร่ / เมื่อไหร่ / บ่อยแค่ไหน / อย่างไร) เป็นการเริ่มจากทีละน้อย ๆแล้วค่อย ๆเพิ่มคำถามคุณภาพขึ้นเรื่อย ๆ เป็นการประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าของเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการดูแลตนเองต่อไป[8,10,11,15,16]

3. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มพลังอำนาจ ความมั่นใจ แรงจูงใจในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยย่อมได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการได้ กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับสื่อสารกับผู้ป่วยแบบต่าง ๆ มีดังนี้

1. การสื่อสารแบบ ask – tell – ask (ถาม – บอก - ถาม) เป็นเทคนิคพื้นฐานในการติดต่อสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจด้วยตัวเองโดยไม่มีการโน้มน้าวใด ๆจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนคำตอบให้ผู้ป่วยเห็นภาวะสุขภาพของตนเอง แล้วให้ผู้ป่วยคิดต่อเองว่าอะไรคือปัญหาของผู้ป่วย ในช่วงเวลานั้นจะไม่มีการสอนหรือให้คำแนะนำใด ๆ แต่จะให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง ผู้ให้บริการสุขภาพเพียงช่วยชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาจากการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ และสุดท้ายต้องถามผู้ป่วยว่ามีอะไรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ต้องการจะรู้อีกหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นและตรงกับความต้องการ เทคนิคถาม-บอก-ถามนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง [5]

2. การสื่อสารแบบ closing the loop เทคนิคนี้เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ โดยการอธิบาย เน้นย้ำ และให้ผู้ป่วยพูดย้อนกลับตามความเข้าใจของผู้ป่วย ในสิ่งที่บุคลากรสุขภาพพูด อีกครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ เป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับอีกครั้ง และช่วยให้ผู้ป่วยแน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ[5]

4. การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมสามารถใช้ได้กับทีมบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์และกระตุ้นให้เกิดพลังอำนาจในการคิด การตัดสินใจ ผ่านทักษะต่าง ๆเช่น การสะท้อนคิด การวิพากษ์ปัญหาร่วมกัน การค้นหาที่มาของปัญหาจากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจหาทางออกของปัญหาบนพื้นฐานของการคิดไตร่ตรองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การเปิดโอกาสให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง[14,17,18] และสามารถหวังผลลัพธ์ที่ดีในการสนับสนุนการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยได้ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย มีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยกับชุมชน เช่น ส่งข้อมูลไปที่ รพ.สต.ใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เกิดการบูรณาการในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดกับผู้ป่วยซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตดีขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ[8,10,11,13]

2. การตัดสินใจบนความร่วมมือกัน ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา (shared decision making) โดยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น สร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ภายใต้การกำหนดเป้าหมายที่เป็นได้ร่วมกัน เห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจนในระยะสั้น มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม ความรุนแรงทางคลินิก ปัญหาของผู้ป่วยและเป้าหมายที่ตั้งไว[5,8,10,11]

5. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามการดำเนินโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาและสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. การติดตามอาการตนเองและมีการบันทึกของการติดตามตนเองอยู่เสมอ (self-monitoring) [5,10]

2. การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง[12]และสูงสุดได้ถึง 4-6 ครั้ง[10] เพื่อช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเองของผู้ป่วย (self-efficacy) การศึกษาพบว่าการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น เพิ่มการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น[5,8,10,14]

3. การติดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมตามนัดสม่ำเสมอ[5] เยี่ยมเป็นรายบุคคล[8] มีการให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วย มีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นราย ๆ เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด[7] และมีการลงเยี่ยมบ้าน[9]โดยเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาเยี่ยม 30-45 นาที[13]เพื่อติดตามถึงเป้าหมายที่วางไว้ การแก้ไขปัญหา - อุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น และลดจำนวนการนอนโรงพยาบาล[5,8,10,17]

ตัวอย่างการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ

กรณีศึกษา : หญิงไทยคู่วัย 52 ปี เป็นโรคเบาหวานมานาน 12 ปี การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม อาศัยอยู่กับสามีตามลำพัง การ

วินิจฉัยโรคจากแพทย์ของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ คือ Hyperglycemia, DM, HT, DLP ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS)= 383 mg% ค่าน้ำตาลสะสมบนเม็ดเลือดแดง (HbA_1C) =9.7 % การทำงานของไต (BUN)= 21 mg% ค่าCr.= 0.8 mg% ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)= 80.1 mL/min CKD stage 2 Micro albuminuria= 506.17 mg/g crea ไขมันในเลือด(CHO)= 204 ค่าไตรกลีเซอร์ไลน์(TRI)= 106 ไขมันHDL= 36 ไขมัน LDL= 146.8

การรักษาในปัจจุบันได้รับยา GB(5) 2 x 2@ac, MF(500) 1x3@pc, Amlodipine(5) 2x1@pc, Enalapril(5) 2x2@pc, Simvastatin(10) 1 Tab@hs, ASA(gr1) 1x1@pc

ผู้ป่วยรายนี้ตรวจพบเบาหวานครั้งแรกเมื่อ 12 ปีก่อน แพทย์เริ่มให้ยารับประทาน แต่ผ่านไป 1 ปี ผู้ป่วยหยุดยาเองและใช้วิธีดื่มน้ำสมุนไพรและคุมอาหารเอง ไม่ได้มาตรวจที่โรงพยาบาลนาน 7 เดือน ปัจจุบันพบว่า มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ในปีที่ผ่านมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 5 ด้วยอาการสำคัญคือ hyperglycemia จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 300 mg% ต่อเนื่อง แพทย์มีการปรับยาและเพิ่มขนาดยาเบาหวานให้หลายครั้ง และครั้งนี้ผู้ป่วยได้มารับยาต่อและมีอาการตาพร่ามัว มึนชาขา 2 ข้าง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร(FBS) = 383 mg% แพทย์จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้เขียนได้คัดเลือกผู้ป่วยรายนี้เพื่อศึกษาและดำเนินการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยการนำกลยุทธ์ 5A's มาสู่การปฏิบัติ มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน เพื่อสร้างความตระหนัก เพิ่มแรงจูงใจ และดูความเชื่อมั่นของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยหลังจากการประเมินข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประเมินความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินอุปสรรคของการจัดการดูแลตนเองแล้ว ได้ประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า(QRISK2)[19] ได้น้อยกว่า 10% ซึ่งหมายถึงมีความเสี่ยงต่ำ การพยาบาลเริ่มจากการเข้าถึงผู้ป่วยด้วยการแสดงภาพภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยให้รับทราบโดยการจุดกราฟระดับน้ำตาลลงในสมุดคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ได้พัฒนาขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวานแล้ว คู่มือนี้ใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและจะมอบให้ผู้ป่วยตอนกลับบ้าน ผู้เขียนได้พบว่าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจที่เห็นกราฟระดับน้ำตาลของตัวเองอยู่ในระดับโซนสีแดง ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกลัวจะเป็นโรคแทรกไตวาย อัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนั้นจึงอยากให้ระดับน้ำตาลของตนเองลดลงมาอยู่ในระดับโซนสีเหลืองและสีเขียว เช่นเดียวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า แม้ว่าขณะนี้พบความเสี่ยงต่ำน้อยกว่า 10% แต่ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากให้การประเมินครั้งต่อไปอยู่ในระดับโซนสีเหลืองและแดงเช่นกัน เนื่องจากกลัวว่าถ้าป่วยเพิ่มขึ้นจะไม่มีใครดูแลในอนาคต ตามด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร รวมถึงการซักถามถึงเรื่องส่วนตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่ออยู่บ้าน ทำให้ได้ทราบและเข้าใจถึงแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ซึ่งแรงจูงใจของผู้ป่วยรายนี้คือ "กลัวเป็นไตวายเพิ่ม ไม่อยากฟอกไตอีก ทั้งเห็นคนอื่นเป็นอัมพาตเยอะ ไม่อยากเป็นเหมือนเขา จึงอยากคุมระดับน้ำตาลให้ได้" เมื่อประเมินความเชื่อมั่นของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย (rating scale 1-10) พบว่าผู้ป่วยให้ 5 คะแนน แปลความหมายได้ว่าผู้ป่วยน่าจะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมได้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล ในขั้นตอนนี้พยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาสุขภาพและการพยากรณ์ของโรค ได้ให้ข้อมูลเพื่อให้มองเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเริ่มต้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเกิดโรค/ภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอันจะมีผลชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ภายหลังการให้คำแนะนำพบว่าผู้ป่วยเองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานมาบ้าง เพราะในอดีตเคยได้รับคำแนะนำในทำนองนี้มาพอควร แต่ผู้ป่วยจำรายละเอียดต่าง ๆ ไม่ได้มากดังนั้นเมื่อกลับบ้านจึงไม่สามารถปฏิบัติต่อได้ ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพเหมือนเดิน เช่น กินอาหารแบบตามใจตนเอง ผู้ป่วยเล่าว่าเคยพยายามเปลี่ยนการกินจากข้าวเหนียวมาเป็นข้าวสวยแทนแต่รู้สึกเหนื่อย ไม่อิ่ม นอนไม่หลับ จึงเลือกกลับมาปฏิบัติเหมือนเดิมคือกินข้าวเหนียวเพราะอิ่มกว่าและแอบกินอาหารทอดบ่อย ๆ ผู้ป่วยเล่าว่า “ที่ผ่านมาพยาบาลบอกว่าให้กินอาหารจืด ๆร่วมด้วยเพราะเป็นความดันสูง ก็ทำยาก พยายามจะงดผงชูรส รสดี น้ำปลา แต่ไม่อร่อยก็เอามาใส่เพิ่มเหมือนเดิม” ในขณะให้คำแนะนำผู้ป่วยมีท่าทีสนใจรับฟังการให้ข้อมูลจากผู้เขียนเป็นอย่างดี การให้ข้อมูลภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ประเมินได้โดยใช้การจุดกราฟต่อเนื่องเป็นตัวช่วยกระตุ้นความสนใจและแรงจูงใจ ผู้เขียนพบว่าสามารถช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดได้เป็นอย่างดี การใช้สัญลักษณ์การ์ตูนหน้าบึ้งในระดับโซนสีแดงแทนความหมายของระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์สูงมากซึ่งหมายถึงไม่ดีเพราะเป็นระดับโซนที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆทั้งไตวาย ตาบอด เป็นอัมพาตได้ สัญลักษณ์การ์ตูนหน้ายิ้มระดับโซนสีเขียวแทนความหมายของระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ดีหมายถึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้กระจ่างชัดเจนมากขึ้นและเกิดความรู้สึกหรือแรงจูงใจที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองลดลงมาอยู่ในช่วงการ์ตูนหน้าเฉยและหน้ายิ้มให้ได้ เช่นเดียวกับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำอยู่ในสัญลักษณ์การ์ตูนหน้ายิ้มระดับโซนสีเขียว ผู้ป่วยก็เกรงกลัวว่าจะไปอยู่ในระดับโซนสีเหลืองและสีแดงต่อไปได้จึงอยากให้การประเมินครั้งต่อไปมีความเสี่ยงต่ำแบบนี้ตลอดไป สำหรับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับถ้าหากคุมระดับน้ำตาลได้ดี รับรู้ถึงโอกาสที่จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้และมีชีวิตที่มีความสุขไม่ต้องเสียเวลากับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นเมื่อประเมินความเชื่อมั่นของความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจึงพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีความเชื่อมั่นว่าตนเองว่าจะควบคุมอาหารได้เหมือนผู้ป่วยคนอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การตกลงร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ได้ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองด้านการควบคุมอาหาร โดยผู้เขียนนำข้อมูลมาจากแบบประเมินพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ประเมินได้แล้วให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตัวเองลงในคู่มือที่มอบให้ผู้ป่วย กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสมด้านการควบคุมอาหารได้ โดยภายหลังที่ผู้ป่วยวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเองแล้ว พยาบาลได้ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเองว่าพร้อมหรือไม่ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหารใหม่ ในที่สุดผู้ป่วยได้ตกลงตัดสินใจด้วยตัวเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการกินอาหารและมีการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์พฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสม/ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยนี้ มีเทคนิคว่าไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยตนเองตามลำพังเพราะอาจจะไม่ได้ปัญหาที่แท้จริงหรือทั้งหมดของผู้ป่วย ดังนั้นผู้เขียนจึงต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการตั้งคำถามนำและในบางหัวข้ออาจมีการซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดชัดเจนยิ่งขึ้น และข้อมูลนี้จะถูกนำไปใช้ต่อในขั้นตอนต่อไป หลังจากการกำหนดและทราบถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ผู้เขียนคอยให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนการปฏิบัติ (Action plan) การควบคุมอาหารเพื่อทำให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ประสบผลสำเร็จต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การให้ความช่วยเหลือ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยผู้เขียนได้สอนทักษะการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารให้กับผู้ป่วยเป็นเฉพาะรายบุคคล ให้มีการปฏิบัติให้ทำซ้ำ ๆ นำสื่อคอมพิวเตอร์มาช่วยเพิ่มความสนใจในการให้ความรู้และนำสื่ออื่น ๆเช่นโมเดลอาหารมาประกอบการฝึกทักษะ ภายหลังจากฝึกทักษะเรื่องการควบคุมอาหารแล้ว พยาบาลได้ประเมินความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ (rating scale 1–10) อีกครั้ง หากพบว่าผู้ป่วยให้คะแนน 7 คะแนนขึ้นไปหมายถึงผู้ป่วยมีความมั่นใจพร้อมลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้พยาบาลยังได้ฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการตนเองต่อที่บ้านได้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่าง ๆเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน และสุดท้ายได้มอบคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประกอบการเรียนรู้ต่อที่บ้านด้วย ในขั้นตอนนี้พยาบาลพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ไปอย่างดีแล้ว พบว่าเป็นการเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 การติดตาม ในขั้นตอนสุดท้ายนี้เป็นการติดตามผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามและมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามเป็นการกระตุ้นผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องที่ฝึกทักษะไปแล้วและแนะนำเพิ่มในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การลดความเครียด รวมถึงคำแนะนำการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปด้วย มีการสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งให้แนวทางแก้ไขปัญหาที่พบ รวมถึงการให้กำลังใจ และจากการประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมครั้งสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนที่ 9 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความมั่นใจสูงในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลเมื่อครบ 2 และ 6 สัปดาห์

จากการนำรูปแบบ 5A's มาสู่การปฏิบัติการสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเองในระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปอยู่ในระดับสูง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด คือ ค่า DTX อยู่ในช่วง 180–250 mg% และยังส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงเช่นเดียวกัน (มีค่า < 130/80 มิลลิเมตรปรอท)

สรุป

การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นกระบวนการ กลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เพิ่มทักษะ มีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และยังเป็นการเพิ่มพลังอำนาจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินของโรค สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความ

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีผลต่อความเสื่อม การทำหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข รวมถึงการสนับสนุนให้มีความต่อเนื่องในการประเมินความก้าวหน้าของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการรับมือกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยนั้นจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้และเข้าใจถึงกลยุทธ์ของการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

References

1. Suwanna C, et.al. Analysis of cost and benefit of delivery care system for the aged :case study on chronic illnesses. Bangkok : Primary Health Care Division, Ministry of Public Health ; 1999. (in Thai)
2. Improving chronic illness care. The chronic care model. Retrieved April 24, 2013,from http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_
3 Barr, et al. The expanded chronic care model : An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Healthcare Quarterly 2003; 7(1): 73-82
4. Veerapun K. Mechanical of chronic complication . In Sarut S, Patinut B, editors. Textbook of diabetic mellitus. Bangkok: Chulalongkorn university publish; 2012. (in Thai)
5. McGowan P. Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario; 2010.
6. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2010). Strategies to support self-management in chronic condition: Collaboration with clients. Clinical best practice guidelines. Retrieved April 3, 2013, from http://www.rnao.org
7. Battersby M W, Kit J A, Prideaux C, Harvey P W, Collins J P, Mills PD. Research implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: Findings from a pilot study. Australian Journal of Primary Health 2008; 14(1) : 66-74.
8. Glasgow RE, Davis C L, Funnell M M. Implementing Practical Interventions to support chronic illness self-management. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2003; 29(11): 563-74.
9. Thailand Diabetic Mellitus Association. Diabetic guidelines for medical practitioners Bangkok : Srimoung Publish ; 2011. (in Thai)
10. Battersby M, Korff MV, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. The Joint Commission 2010; 36(12): 561-70.
11. Kawi J. Self-management support in chronic illness care: A concept analysis. An International Journal 2012; 26(2): 108-25.
12. Goldberg HI, Lessler DS, Mertens K, Eytan TA, Cheadle A D. Self-management support in a web-based medical record: A pilot randomized controlled trial. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2004; 30(11): 629-35.

13. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. American Family Physician 2005; 72 (8) : 1530-10.
14. Pettit J. Empowerment and participation: bridging the gap between understanding and practice. Institute of Development Study: UK; 2012.
15. Piasupun P, Methakanjanasak N. Self management of diabetes mellitus patients with co morbidities. Journal of Nursing Science and Health 2012; 35(3): 26-36. (in Thai)
16. Siriwatanamethanon J, Buatee S. Healthy living : Self management of elderly Thai people with type 2 diabetes mellitus. Journal of Nursing Science and Health 2013; 36(1): 113-22. (in Thai)
17. Theeranut A, Surit P , Saerai M. The development of a age-centered health care model for the elderly living in the community. Research report. Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
18. Buatee S. Empowerment and chronic illness in a rural contest. Journal of Nursing Science and Health 2011; 34(4): 85-92.
19. Nuttiwan P, Nittaya P, Linda J. Guidelines for assessment the cardiovascular risk. Bangkok : The War Veterans Organization Press ; 2011. (in Thai)