The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของประชาชน เครือข่ายจังหวัดสงขลา

Development of the Nursing Service Management Model to Promote Self-Health among Palliative Care Patients and Caregivers in Songkhla Province Network

เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์*
Phensiri Atthawong*
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา*
Community Nursing Department Songkhla Hospital*

(Received: *January 3, 2022*; Revised: *October 5, 2022*; Accepted: *October 12, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อจัดบริการพยาบาล ตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง กลุ่มผู้ดูแล/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มผู้ดูแล/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบประเมินผลลัพธ์ทางด้านการพยาบาล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัย พบว่า

1. สภาพปัญหาและความต้องการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด คือ 4 S (Staff, Service, System, Support) และ 6 ด้าน คือ สภาพปัญหาสุขภาพ, ความเชื่อ, วัฒนธรรม, เศรษฐานะ, สภาพครอบครัว/ความพร้อมของผู้ดูแล การมีความร่วมมือของเครือข่าย, ความคาดหวังในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชน

2. รูปแบบแนวทางการสร้างเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) สำหรับพยาบาล ครอบคลุม 5 A คือ 1) แนวคิดผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต 2) ประเด็นปัญหา/ความต้องการในการดำรงชีวิต 3) แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล 4) เป้าหมายการดูแลระยะสั้น/ยาว 5) กิจกรรมที่ทำและผลลัพธ์ สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลครอบคลุม 6 steps 1)การประเมินความสามารถในการดูแล (Access) 2) ตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Balance and Agree) 3) วางแผนการดูแล/จัดการตนเอง (Create Collaboration Goals & Care Plan) 4) การพัฒนาทักษะและการสนับสนุน (Develop Skills & Support Nete Work) 5)วางแผนจัดการอาการเปลี่ยนแปลง/ฉุกเฉิน (Early Warning Signs & Acute Plan) และ 6) การนัดติดตาม (Follow Up)

3. ผลลัพธ์การจัดบริการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับความพึงพอใจปานกลางและมาก ร้อยละ 87 และ 89 ตามลำดับ และผลลัพธ์การจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีค่าคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) Score เพิ่มขึ้น 9 ราย (28.21%) Activities of Daily Living (ADL) เพิ่มขึ้น 12 ราย (37.50%) Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) อาการรบกวนลดลง 18 ราย (56.25%) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถการจัดการตนเองได้ดี 22 ราย (68.75%) เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี 2 ราย (6.25%)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phensi.attha@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2760504)

Abstract

This action research aimed to 1) manage a nursing service following the nursing service management model to promote self-health in palliative care patients and caregivers, and 2) study the result. The instruments consisted of a data collecting form, a focus group questionnaire, an assessment form on the ability for self-health, an assessment form on the outcome of nursing service and palliative care, as well as an assessment form on satisfaction. The collected data were analyzed using descriptive statistic information and qualitative information. The results showed as follows.

1. The problems and needs of the nursing service management model to promote self-health in palliative care patients and caregivers had 6 dimensions: health problems, beliefs, culture, finance, caregiver's family and Network participation, and expectation of self-management.

2. The nursing service management model to promote self-health has contributed to the guideline of self-management in palliative care and caregivers. This was the record that the nursing team can use as the individual daily care plan (ICP) for a nurse (SM F1), it has covered 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, and Arrangement), which are: a) the livelihood idea of service receiver and their family, b) The livelihood problem and needs, c) the guideline for taking care of each patient and family, d) short-term and long-term taking care target, and e) the activity and result have according to the target. In addition, the individual daily care plan (ICP) for palliative care and caregivers (SM F2), has covered 6 steps: a) taking care of ability assessment (assess), b) patient care's target assignment (balance and agree), c) self-care and self-management planning (create collaboration goals & care plan), d) skills development and support (develop skills & support network), e) changing management and emergency management planning (Early warning signs & Acute plan), and f) follow-up appointment.

3. The service has been assessed from the satisfaction of nurses who followed the home visit for the nursing service management model to promote self-health which can integrate with the home visit service that was easy to follow the instruction and can take to practical use. The results have shown the nurse's satisfaction with the nursing service management model to promote self-health was around a medium to high satisfaction level (87%-89%) and the nursing service management model to promote self-health has also shown qualitative information in which palliative care patients' PPS score has increased by 9 cases (28.12%), ADL has increased by 12 cases (37.50%), ESAS suffering has decreased by 18 cases, (56.25%), 22 cases have been good self- health and no complication(68.75%), 2 cases have been good dying (6.25%).

Keywords: Nursing Service Management Model, Promoting Self-health, Palliative Care Patient, Caregivers

บทนำ

นโยบายด้านระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ระบบบริการสุขภาพเป็น 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระดับบริการปฐมภูมิหรือการให้บริการในชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนและเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ และ 2) ระดับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป้าหมายเพื่อให้ "ประชาชนสุขภาพดี" ซึ่งการจะดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จนั้นการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพ

ตนเองร่วมกับได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล จะส่งผลให้ประชาชนทุกคนมีสภาวะสุขภาพสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง มีทักษะพื้นฐานในการจัดการอาการแสดงด้วยตนเองได้ และการสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในตัวผู้ป่วยให้มีทักษะในการจัดการตนเองในแต่ละวัน (Daily Activity Living) ให้อยู่กับความเรื้อรังของโรคได้อย่างมีความสุข (Chamchuri, 2019)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิตเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.50 หรือ โรคมะเร็งร้อยละ34 เป็นต้น (World Health Organization, 2016) ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมาน เช่น อาการเจ็บปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ (Ketwang, 2019) และในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดมากกว่าครึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Nakkhattara, Weerametacha & Bosittipichet, 2021) รวมทั้งยังมีผลกระทบด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องเผชิญ สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย พบว่าอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญ ได้แก่มะเร็งทุกชนิด ปอดอักเสบและโรคหัวใจขาดเลือด (Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2016) จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลสงขลา ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 7.60 และ 10.96) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อย (ร้อยละ 25.80 และ 23.36) (Pluemjai, 2020) ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 65.47 และมักพึ่งพาและคิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ต้องเข้ามาเยี่ยมให้การดูแล เพราะรู้สึกไม่มั่นใจหรือกังวลในการให้การดูแลผู้ป่วยเอง (รายงานการประชุมเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จังหวัดสงขลาปี 2563) ดังนั้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถตนเองในการจัดการสุขภาพ อาการ การรักษาสภาวะที่เปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งด้านร่างกายจิตสังคม จิตวิญญาณของตนเอง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตนเองให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งมีทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาวะตามบริบทของโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (Srichairatanakul, 2019) ความสำคัญของการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มประชาชน ครั้งนี้ และนำสู่การปฏิบัติในจังหวัดสงขลา ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง มีจำนวน 574 ราย (ข้อมูลปี 2560) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งถึง 94 ราย, ผู้ป่วยโรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 13 ราย, อำเภอที่มีผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดสงขลา คืออำเภอเมือง และอำเภอระโนด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในการดูแลค่อนข้างมาก รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Haruthai, Atthachaiwat, & Suwankesawong, 2016) และหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคได้นั้นจะต้องมีการจัดการตนเอง (Self- management) ที่ดี แนวคิดการจัดการตนเองนี้ นิยมใช้กันมากที่ต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการนำแนวคิดนี้มาใช้บ้าง ในการศึกษาวิจัยกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเช่นกัน แต่ยังไม่มีการใช้อย่าง แพร่หลายทั่วไป (Sathira-Angkura, Haruthai, Leelawong, SKladjompong, Janta-Um-Mou2, Suwonkesawong, et al, 2019) หากผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถสร้างเสริมการจัดการตนเอง สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ตามสภาวะโรค และจะลดภาระการดูแลของหน่วยบริการสุขภาพได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการตนเองเป็นสิ่งจำเป็น จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัย ในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับจังหวัดสงขลา Chief Nurse Officer Province (CNO-P) พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผ่านศูนย์ Palliative Care ของโรงพยาบาล และการพยาบาลจะเป็นลักษณะการจัดบริการให้แบบตั้ง

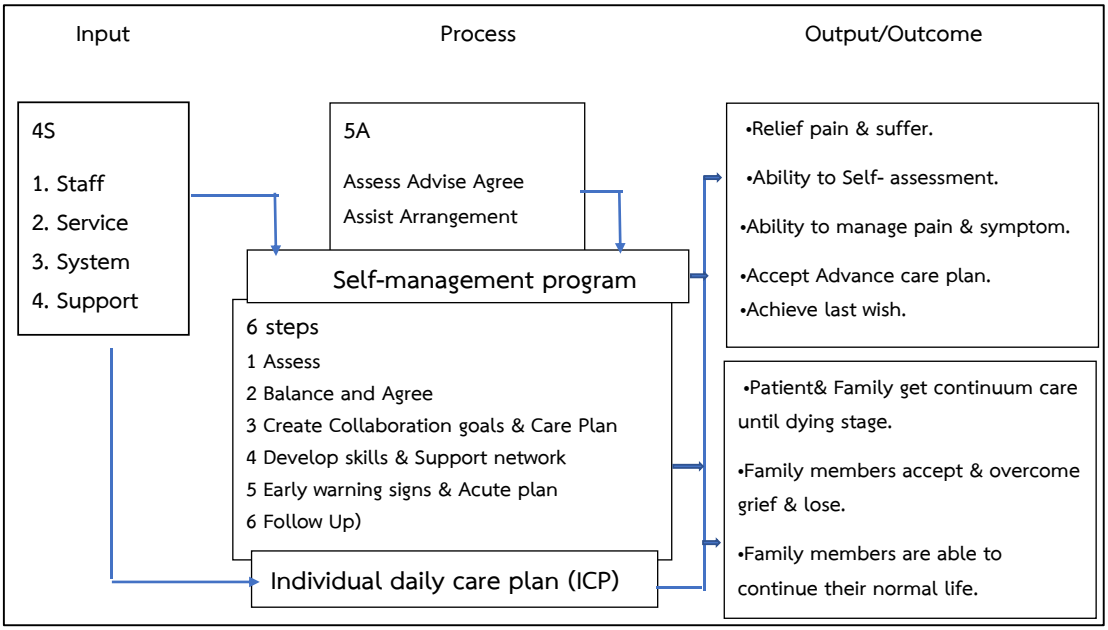
รับกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงต้องการพัฒนาการบริการพยาบาลตามรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดการแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นระบบชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยผู้วิจัยร่วมและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน (Chatakan, 2015) ผลของการวิจัยจะทำให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองที่มีคุณภาพที่เหมาะสมมีความเชื่อมโยงประสานการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ และการจัดบริการพยาบาลด้านการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอเมืองและอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิด 4S ซึ่งประกอบด้วย Staff บุคลากรด้านสุขภาพ Service การจัดบริการด้านสุขภาพ System ระบบการจัดการด้านสุขภาพ และ Support การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ถือเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ในการสร้างรูปแบบภายใต้กรอบแนวคิดเชิงระบบ (Wattana, 2015) กระบวนการ (Process) มี 3 ระยะ ระยะพัฒนารูปแบบ Self-Management Program ระยะทดลองใช้ และระยะปรับปรุงสร้างแบบบันทึกการจัดการตนเองรายบุคคล individual care plan (ICP) สำหรับพยาบาล (SM F1) ซึ่งประกอบด้วย 5 A คือ (Assess Advise Agree Assist Arrangement) และ แบบบันทึกการจัดการตนเองรายบุคคล Individual Care Plan (ICP) สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล (SM F2) ประกอบด้วย 6 steps (1 Assess 2 Balance and Agree 3 Create Collaboration Goals & Care Plan 4 Develop Skills & Support network 5 Early Warning Signs & Acute Plan 6 Follow Up) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output/Outcome) ประกอบด้วย Relief Pain & Suffer. Ability to Self- Assessment. Ability to Manage Pain & Symptom. Accept Advance Care Plan. Achieve Last wish. Patient & Family Get Continuum Care Until Dying Stage. Family Members Accept & Overcome Grief & Lose. Family Members are Able to Continue Their Normal Life. ดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตาม แนวคิดของ Kemmis & McTaggart, (1988) อ้างถึงใน (Chatakan, 2015) ดำเนินการ 3 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติ (Action: A) การสังเกต (Observation: O) และ การสะท้อนผล (Reflection: R) ประเมินผลลัพธ์ (Output) คือคุณภาพบริการพยาบาลที่เกิดกับตัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการ สนทนากลุ่ม ซึ่งดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ.2563 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพจากพื้นที่เป้าหมายอำเภอระโนดและอำเภอเมือง ประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 13 คน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง1 คน ประชาชนผู้ที่มีประสบการณ์เคยดูแลญาติผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 คน รวมจำนวน 17 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมประเด็นสภาพปัญหาสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรมเศรษฐานะ สภาพครอบครัว/ความพร้อมของผู้ดูแลบทบาทพยาบาลและความคาดหวังในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชน ปัญหาอุปสรรคและ ความต้องการพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและความเหมาะสม ด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยวงรอบที่ 1 รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ศึกษาเอกสารวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและบริบทการเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการสนทนากลุ่ม Focus group การจัดทำแนวคำถามการสนทนากลุ่มและเตรียมทีมนักวิจัยผู้ช่วย

2. ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกต (Action & Observation) ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประเด็นการจัดการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองในเรื่องต่างๆ เช่น การรับรู้เรื่องโรคการดำเนินของโรค ประเด็นการให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การตั้งเป้าหมายในการักษา การพยาบาลช่วยเหลือ และ การวางแผนติดตามเยี่ยม ฯลฯ โดยใช้เวลาในการสนทนา 2 ชั่วโมง และมีการบันทึกเทปเสียง เหตุการณ์ในระหว่างการสนทนากลุ่ม รวมทั้งทำการศึกษาสภาพการณ์

3. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการสนทนากลุ่มและการลงพื้นที่ศึกษา ดำเนินการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา สรุปสะท้อนผลการดำเนินการและการสังเกตการณ์เพื่อวางแผนออกแบบการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ในวงรอบที่ 2 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปจัดทำเป็นกรอบความคิด (Conceptual Frameworks) และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอสิงหนคร ซึ่งเป็นการทดสอบต่างบุคคล ต่างสถานที่และต่างเวลา

ระยะที่ 2 การพัฒนาและสร้างรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 เป็นกลุ่มที่ทำการสร้างรูปแบบฯ เป็นกลุ่มเดียวกับการดำเนินการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 และกลุ่ม 2 เป็นกลุ่มที่นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองและอำเภอระโนด) จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูล และแนวคำถามสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และปัจจัยสำเร็จในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ

เครื่องมือเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความสำคัญและประโยชน์ของรูปแบบฯเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5ระดับจำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และนำไปทดลองกับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และทดลองกับกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 5 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงรอบที่ 2 ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) เป็นการนำผลสรุปการดำเนินการวิจัยในวงรอบที่1 เสนอในที่ประชุมผู้ร่วมวิจัย เพื่อรับทราบพร้อมชี้แจงทำความเข้าใจในแผนการสร้างรูปแบบฯ และเตรียมการประชุมใช้กระบวนการ Focus Group มีการพัฒนาคำถามการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PICO (Patient (P) ในการศึกษาครั้งนี้ สนใจกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง Intervention (I) ทำการศึกษา คือการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ Comparison (C) มีการดำเนินการอื่นอีกหรือไม่ที่จะนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ และ Outcome (O) ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการศึกษานี้ (Jensen, 2021) โดยการศึกษากับทีมคณะทำงานพัฒนาการจัดบริการพยาบาล ฯ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรจัดการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดโดยกองการพยาบาล จำนวน 4 วัน เพื่อทำความเข้าใจ “การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามรูปแบบฯ” และมีการวัดผลความรู้ ความเข้าใจในเรื่องรูปแบบการพยาบาลการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกต (Action & Observation) ดำเนินการโดย

2.1.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน เพื่อจัดทำร่างรูปแบบฯ ซึ่งมีการพัฒนาเป็น self-Management Program ประกอบด้วย แบบบันทึกการจัดการตนเองรายบุคคล Individual Care Plan (ICP) สำหรับพยาบาล (SM F1) ครอบคลุม 5 A (Assess Advise Agree Assist Arrangement) และ แบบบันทึกการจัดการตนเองรายบุคคล individual care plan (ICP) สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล (SM F2) ครอบคลุม 6 Steps (1 Assess

2 Balance and Agree 3 Create Collaboration goals & Care Plan 4 Develop Skills & Support Network 5 Early Warning Signs & Acute Plan 6 Follow Up)

2.2. ทำการตรวจสอบและยืนยันรูปแบบฯที่ร่างขึ้น ในด้านความถูกต้อง ความสะดวกเหมาะสม ความมีประโยชน์ และความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่าน แพทย์ประจำครอบครัว1 ท่าน)

2.3. ดำเนินการปรับปรุงรูปแบบฯ ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และจัดทำการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของ ประชาชน เครือข่ายจังหวัดสงขลา นำรูปแบบที่สร้างขึ้นประชุมชี้แจงวิธีการนำสู่การปฏิบัติแก่ผู้ร่วมวิจัย

2.4. ทดลองใช้รูปแบบการจัดการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด ซึ่งเป็นอำเภอที่มีกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวนมาก นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบฯในระยะเวลา 2 สัปดาห์ในขณะทำการทดลองผู้วิจัยได้นิเทศ ติดตามสังเกตการณ์ ให้คำปรึกษาแนะนำอย่างใกล้ชิด มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังปัญหาที่พบและร่วมกันปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยบันทึกข้อมูลการปฏิบัติและสังเกตในแบบบันทึก

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) หลังจากการทดลองใช้รูปแบบฯ 6 เดือน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ประเมินรูปแบบด้วยการประเมินวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อวางแผนการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ในระยะที่ 3 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรูปแบบฯ เป็นการประเมินผลลัพธ์การจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองหลังการใช้รูปแบบฯ มีการติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบที่3 ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง และผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีการนำรูปแบบฯไปใช้ เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทีให้การพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองและอำเภอระโนดซึ่งเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลสงขลา ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลจัดโดย กองการพยาบาลจำนวน 4 วันและ 2) ยินดีและสามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้น

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 32 คน (ใช้จำนวนทั้งหมดที่มีการส่งต่อไปเพื่อการดูแลต่อเนื่องยังหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย) เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ ดังนี้1) ผู้ป่วยมะเร็ง Stage3&4 และผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง เช่นผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย 2) มีคะแนน (Palliative Performance Scale (PPS) คะแนน มากกว่า 30 % ซึ่งเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะเปลี่ยนผ่านและระยะคงที่ 3) ค่าคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และ 4) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถสื่อสารได้และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้น และหากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องการออกจากโครงการศึกษาสามารถออกจากการศึกษาได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS Score) เป็นการใช้เกณฑ์วัดความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วยแบ่งเป็น 11 ระดับ Activities of Daily Living (ADL) มี 10 ข้อคำถามเกณฑ์คะแนน 20 คะแนน) Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) การประเมินอาการรบกวน 9 อาการมีระดับการวัดแต่ละอาการมีหมายเลข 1-10 หมาย 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

(Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2008) Palliative Care Outcome Scale (POS) มี10 ข้อ คะแนนตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน (Sapinan, 2013) Advance Care Plan (ACP) คือ กระบวนการวางแผนจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละระยะ มีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล เน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (Office of the National Health Commission,2021) และการประเมินภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของ WHOQOL–BREF–THAI ประกอบด้วยข้อคำถามของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน 26 ข้อ (Mahatnirankul, 2016) ประเมินภาวะซึมเศร้า2 คำถาม (2Q) และการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Dead) (เป็นเครื่องมือวัดที่เป็นเกณฑ์กำหนดของการประเมินสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ) และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 10 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 (Wongsuwansiri, Chantaummao, Kladchompong, & Thepwong, 2019) (Office of Nursing, 2016)

เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถาม ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบฯ ไปใช้ความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ ทั้งด้านบุคลากรทางการพยาบาล ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งแนวคำถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย วงรอบที่ 3 รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) นำผลการทดลองใช้รูปแบบฯในระยะที่ 2 เสนอในที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองและอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา เพื่อรับทราบและชี้แจงทำความเข้าใจในแต่ละประเด็นปัญหาอุปสรรค การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ และเตรียมการนำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงสู่การปฏิบัติ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองและอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งชี้แจงแผนปฏิบัติการในวงรอบที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้นำประชุมชี้แจงคณะทำงาน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นทีมนำสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกต (Action & Observation) ดำเนินการดังนี้

1. นำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงแล้วในระยะที่ 2 สู่การปฏิบัติใน หน่วยบริการปฐมภูมิในสองอำเภอของจังหวัดสงขลา 11 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับการดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิทดลองนำร่องในระยะที่2

2. ประชุมร่วมกัน (Conference) ติดตามปัญหาอุปสรรคและผลการดำเนินการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองฯ นำเสนอ ผลการทบทวนรายกรณีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน

3. ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบฯ โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย /ผู้ดูแล ต่อ การพยาบาลการสร้างเสริมการจัดการตนเอง ความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบฯโดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 25 คน จัดสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง 1 ครั้ง และในอำเภอระโนด 1 ครั้ง มีการประเมินจากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเพื่อการสร้างเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลทุกวัน และ จากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านเพื่อการสร้างเสริมการจัดการตนเองสำหรับพยาบาลผู้ดูแลทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) นำผลลัพธ์และกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้ รูปแบบฯ จัดทำรายงานเพื่อเสนอต่อกองการพยาบาลผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ และมีการถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามรูปแบบฯ และนำสู่การใช้เป็นรูปแบบฯ ในหน่วยบริการปฐมูมิเครือข่าย รพ.สงขลาทั้ง 31 แห่งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลสงขลา รหัสรับรอง SKH IRB 2020-Nrt-IN3-02023 ลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ.2563 และผ่านการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลระโนด

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองและอำเภอระโนด คือ ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สรุปได้ 4 S คือ 1) Staff 2) Service 3) System 4) Support และ 6 ด้าน 1) ด้านสภาพปัญหาสุขภาพ 2) ความเชื่อ 3) วัฒนธรรม 4) เศรษฐานะ 5) สภาพครอบครัว/ความพร้อมของผู้ดูแลและ 6) ความคาดหวังในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

S1 Staff หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ตัวพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ซึ่งทั้งสองอำเภอ พบว่า กลุ่มเหล่านี้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยประคับประคอง สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ) ส่วนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบท) เทศบาลเมืองเขารูปช้างและนครสงขลา หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ) มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในอำเภอเมือง ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) มีส่วนร่วมในอำเภอระโนด สำหรับผู้นำชุมชน พระ ผู้นำศาสนา และหน่วยงานเอกชน มีส่วนร่วมจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งสองอำเภอ

S2 Service เป็นการจัดบริการของหน่วยงานของรัฐและเอกชน มูลนิธิต่างๆ จิตอาสา เพื่อการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เช่น มีการให้งบประมาณ “กองทุนตำบล”กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สนับสนุนอุปกรณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งสองอำเภอส่วนชมรมผู้สูงอายุจัดการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของอำเภอระโนด

S3 System หมายถึง ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวางแผนการจัดการสร้างเสริมการจัดการตนเองฯ การบันทึกข้อมูลเพื่อการส่งต่อ เพื่อการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลประคับประคองของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในอำเภอเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลามีระบบส่งต่อด้วยโปรแกรม COC Links ส่วนอำเภอระโนด เครือข่ายโรงพยาบาลระโนดมีการส่งต่อข้อมูลผ่านการ Scan และส่งทางระบบLine สำหรับการบันทึกข้อมูลแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน เพราะมีการจัดทำแบบบันทึกเพื่อความสะดวกในแต่ละพื้นที่

S4 Support หมายถึง การอำนวยความสะดวก เช่น จัดให้มีหมายเลขโทรศัพท์กลางเพื่อการติดต่อ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ วัด ศาสนาสถาน การจัดรถรับส่งต่อเมื่อจำเป็น ทั้งสองอำเภอใช้เบอร์โทรศัพท์1669 กรณีมีเหตุฉุกเฉิน และมีการขอใช้ยานพาหนะของท้องถิ่นในกรณีต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสภาพปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองของทั้งสองอำเภอ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่อง การวิตกกังวล ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง

2. ด้านความเชื่อ ผู้ให้ข้อมูลคิดว่า ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความเชื่อส่วนบุคคลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง กังวลว่าจัดการตนเองแล้วไม่ถูกต้อง เชื่อว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น “คนไข้มักบอกว่าดูแลไม่เป็น แล้วแต่หมอว่าอย่างไร ได้ทั้งนั้น” “คนไข้ระยะประคับประคอง มักมีอาการซับซ้อน แต่เค้ามีศักยภาพ”

3. ด้านวัฒนธรรม ที่แตกต่างกันมีการจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน เช่น “คนมุสลิม มีวัฒนธรรมการเยี่ยมเสริมกำลังใจจากคนศาสนาเดียวกัน”

4. เศรษฐานะ ครอบครัวผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะดีมีผลต่อการจัดการตนเอง เพราะหากเศรษฐานะ รายได้น้อย การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆก็ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง “บางครอบครัวมีฐานะได้จัดห้องแยกเป็นสัดส่วนให้ผู้ป่วย แต่ก็มีบางคนไม่มีเงินซื้ออาหารที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเลือกอาหารเองไม่ได้”

5. สภาพครอบครัว หากคนในครอบครัวมีกันหลายคนก็จะมีการช่วยเหลือกัน แบ่งหน้าที่กันการจัดการสุขภาพผู้ป่วยในครอบครัว หากเป็นครอบครัวเดี่ยวผู้ดูแลเพียงคนเดียว หรือ ผู้ป่วยประคับประคอง ตัวคนเดียว การจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองก็มักปล่อยไปตามวิถีของการดำเนินของโรคและมักรอคอยเวลาระยะท้ายแบบหมดหวัง หากครอบครัวที่ผู้ดูแล/ผู้ป่วยประคับประคองมีความพร้อม ก็จะสามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ดี

6. ความคาดหวังในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชน คิดว่า “น่าจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้อยู่กับครอบครัวไปนาน ๆ” จึงพยายามที่จะจัดการสุขภาพตนเอง

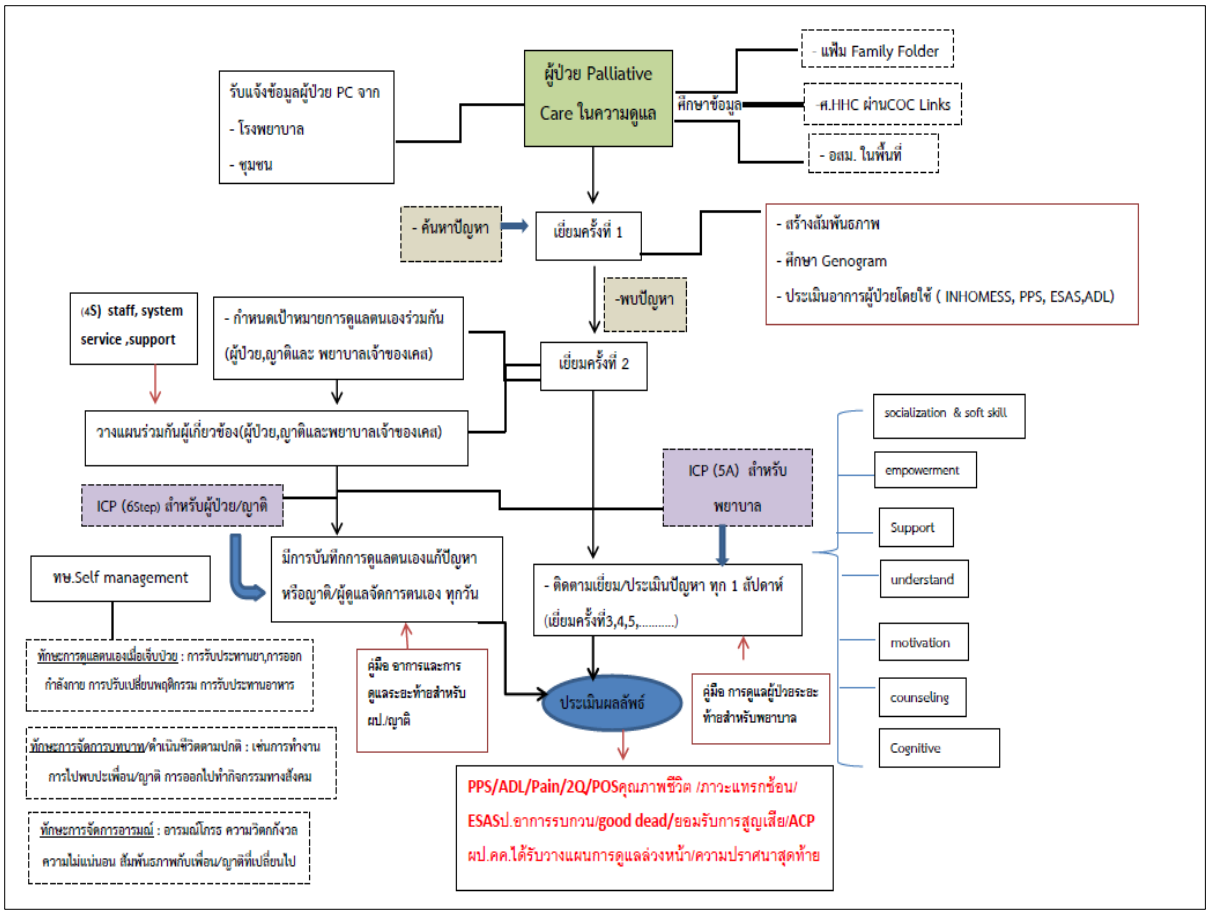
ดังนั้นข้อสรุปจากกลุ่ม การจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง self-management Program ในการศึกษานี้ ต้องประกอบด้วย 4 S ที่มุ่งเน้นบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการระบบบริการสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดความสามารถในจัดการสุขภาพตนเองได้ และต้องออกแบบให้คำนึงสอดคล้องกับทั้ง 6 ด้าน ด้วย

2. รูปแบบแนวทางการสร้างเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) ผลการวิจัย พบว่า เกิดแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และ ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดครอบคลุมสอดคล้อง ทั้ง 4 S และ 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. รูปแบบFlow chart การเยี่ยมบ้านเพื่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของทีมเพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติ

2. แบบบันทึกของพยาบาลผู้ดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เรียกว่า Individual Daily Care Plan (ICP SM F1) มีรายละเอียดครอบคลุม 5 A คือ (Assess ประกอบด้วย แนวคิดผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตและประเด็นปัญหา/ความต้องการในการดำรงชีวิต Advise/Agree แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล การตั้งเป้าหมายการดูแลระยะสั้น/ยาว Assist บริการจากบุคคลอื่น และ Arrangement กิจกรรมที่ทำเกิดผลลัพธ์สอดคล้องกับเป้าหมายแผนดำเนินการมีระบุระยะเวลาชัดเจน และนำไปใช้เยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ จำนวน 24 ครั้ง/ราย

3. แบบบันทึกสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เรียกว่า Individual Daily Care Plan (ICP SM F2) ที่มีรายละเอียด ครอบคลุม 6 Steps คือ 1) การประเมินความสามารถในการดูแล (Assess) 2) ตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Balance and Agree) 3) วางแผนการดูแล/จัดการสุขภาพตนเอง (Create Collaboration Goals & Care Plan) 4) การพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม (Develop Skills & Support Network) 5) วางแผนจัดการอาการเปลี่ยนแปลง/ฉุกเฉิน (Early Warning Signs & Acute Plan) 6) การนัดติดตามส่งต่อ (Follow Up) การบันทึก ICP SM F2 สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกวัน



ภาพ 2 Flow Chart รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา

4. การประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองกลุ่มผู้ดูแล/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีผลการวิจัย ดังนี้

4.1. ผลลัพธ์การปรับแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้วยแบบบันทึก Individual Daily Care Plan Self-Management Form 1 (ICP SM F1) และ Individual Daily Care Plan Self- Management Form2 (ICP SM F2) ให้ง่ายต่อการปฏิบัติเพราะพบปัญหาอุปสรรค จากการที่ไม่สะดวกในการบันทึก และ ให้สอดคล้องกับรายบุคคลแต่ละราย มีการปรับ Flow Chart ที่ใช้เป็นแนวทางให้ทีมพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติ

4.2. เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ในชุมชน ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เช่น ผู้นำศาสนาช่วยเยี่ยมเสริมพลังใจ ใช้หลักธรรมสอนการปล่อยวาง ทำจิตใจให้สงบ มีสมาธิลดอาการเจ็บปวดของโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ เป็นต้น

4.3. มีการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วย/ผู้ดูแล ผู้ป่วยประคับประคอง เช่น Line Group เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา มีช่องทางประสานความช่วยเหลือให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้

พยาบาลมีความพึงพอใจกับการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและมาก คะแนนร้อยละ 87 และ 89 ตามลำดับ โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าง่ายต่อการปฏิบัติ และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ต่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ดังตัวอย่าง ข้อมูล “เป็นการวางแผนการจัดการตนเอง ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล” และตัวผู้ป่วยเอง

หรือผู้ดูแล ช่วยให้การดำเนินการมีการพัฒนาศักยภาพที่ตัวผู้ป่วยเอง ตรงกับประเด็นปัญหาจริงๆ และ “เป็นการสร้างให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าด้วยตนเอง” และ ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การนำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วย ตรงกับความชอบหรือความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และ พบว่า 1) การติดตามการดำเนินงานของทีมพยาบาลที่นำแนวทางการสร้างเสริมการจัดการตนเองไปใช้จริงกับผู้ป่วย/ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเยี่ยมเสริมพลังถึงบ้านผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการ Pre-Post Conference จำนวน 2 ครั้ง 2) ทำให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียนรายกรณี กับทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติ 1 ครั้ง และถอดบทเรียนรายกรณีกับผู้ดูแล/ผู้ป่วยประคับประคอง 1 ครั้ง 3) จัดการประชุมสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ Buddy พี่ช่วยน้อง ซึ่งมีถึง 9 รูปแบบ เกิดการสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น Line Group เพื่อให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ 4) ประเมินผลการจัดบริการฯโดยวัดความสามารถในการจัดการตนเอง เมื่อมีอาการปวด, อาการเหนื่อย หรืออาการรบกวนอื่น ๆ จาก Individual Daily Care Plan สามารถแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลแต่ละรายจัดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างไร และมีการบันทึกใน ICP รายวัน เห็นถึงปัญหาความต้องการ การวางแผนการจัดการเพื่อลดปัญหา อาการรบกวน และเห็นถึงการวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ หรือ คนในครอบครัวที่จะได้จัดการกับปัญหาได้ตรงตามความต้องการจริงๆ 5) จัดทำคู่มือ ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้นำไปใช้เป็นแนวทางได้อย่างถูกต้อง ลดการเข้าใจไม่ตรงกันค

5. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ป่วยมี PPS Score เพิ่มขึ้น 9 ราย (28.12%) ADL เพิ่มขึ้น 12 ราย (37.50%) ESAS อาการรบกวนค่าคะแนนเพิ่มขึ้น 18 ราย (56.25%) POS เพิ่มขึ้น 10 ราย (31.251%) ACP มีการวางแผนร่วมกันกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่ในการจัดการตนเองทุกราย(100%) สามารถการจัดการตนเองได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 22 ราย (68.75%) เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี Good dead 2 ราย (6.25%)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ การประเมินผลลัพธ์หลังการใช้นำแนวทางการสร้างเสริมการจัดการตนเองไปใช้

แบบการประเมิน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ค่าเพิ่มขึ้น (ราย) (ร้อยละ)	ค่าลดลง(ราย) ร้อยละ/ไม่มี	คงเดิม(ราย) ร้อยละ
PPS score	32	9 (28.12)	-	23 (71.88)
ADL	32	12 (37.50)	1 (3.13) /-	19 (59.37)
ESASE	32	18 (56.25)	12(43.75)/-	-
POS	32	10 (31.25)	-	22 (68.75)
ACP	32	-	-	32 (100)
2Q	32	-	2 (6.25)/-	30 (93.75)
ภาวะแทรกซ้อน	32	1 (3.13)	- /22 (68.75)	9 (28.12)
Good Dead*	2 ราย	-	-	-

*ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบประเมิน

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและความต้องการจัดการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอเมือง และ อำเภอระโนด พบว่า มี 4 S คือ S1 (Staff) ตัวพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดกิจกรรมบนหลักการของการสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยเหลือให้มีกิจกรรมด้านสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจให้เกิดความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klunklin, Wichaikhum, Kunaviktikul, & Jaiwilai (2015) Sekse, Hunskar & Ellingsen (2017) และ Atthawong (2010) บทบาทของพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิตแบบประคับประคองเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจจิตวิญญาณ อีกทั้ง การสนับสนุนของคนในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข

(อสม.) จิตอาสาชมรมผู้สูงอายุ ช่วยเหลือให้การสร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลทำได้ การจัดบริการ S2 (Service) มีหน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการที่ใกล้ชิดประชาชน (Division Strategy and Plans, 2018) การพัฒนาระบบสาธารณสุขระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับผู้ป่วยประคับประคอง ระบบบริการที่จำเป็นสำหรับช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้มากขึ้น จะช่วยให้การลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งภาพครัวเรือนและระดับประเทศ รวมทั้ง S3 (System) ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการรวบรวมข้อมูล การบันทึก การส่งต่อ เพื่อการพัฒนาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วย/ผู้ดูแล สอดคล้องกับ Creer & Holroyd (1997) กล่าวว่าการเก็บรวมรวมข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ประกอบด้วยการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-Observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) การจัดการกับโรคที่เป็น ระบบการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพจะสามารถช่วยให้การสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองได้มากยิ่งขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและครอบครัวสอดคล้องกับ Meenongwa (2013) ศักยภาพการจัดการโดยครอบครัว และแนวทางการดูแลของชุมชน ระบบบริการสุขภาพ มาตรฐาน และคุณภาพของการดูแลรักษา รวมทั้งS4 (Support) การมีส่วนร่วมของชุมชนอำนวยความสะดวก เช่น องค์กรปกครองส่วนตำบลสนับสนุนรถรับส่งไปโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยร้องขอหรือจำเป็นเร่งด่วน สอดคล้องกับ Chirarattanawana, Wattanaamorn, & Rasmeepong (2019) การมีส่วนร่วมสนับสนุนของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคประชาชน อสม. ให้คำปรึกษา ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ของแต่ละหน่วยงานและเป็นไปตามวิถีชีวิตของชุมชน เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการติดเตียงแบบเชิงรุกถึงบ้าน

อีกทั้งในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล พบว่า ต้องสอดคล้องกับ ด้านสภาพปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่อง การวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับ (Faculty of Medicine Mahidol University, 2015) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ การไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งปัจจุบันคนส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้สัมผัสกับประสบการณ์ของการเสียชีวิตของคนใกล้ตัว หรือผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง สอดคล้องกับ Jaingam, Chusri, Pongkiatchai, & Marapen (2017) ปัจจัยเฉพาะโรค เช่น การเปลี่ยนแปลง ปัจจัยทางสรีรวิทยา ความซับซ้อนของโรคและการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในด้านความเชื่อ เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเองผู้ป่วย/ผู้ดูแล เชื่อว่าจัดการตนเองแล้วไม่ถูกต้อง ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นสอดคล้อง (Faculty of Medicine Mahidol University, 2015) กล่าวว่าตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพราะมองว่าเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน ยากเกินกว่าคนทั่วไปจะเข้าใจ “คนไข้ระยะท้ายมักมีอาการซับซ้อน แต่เค้ามีศักยภาพ” การสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ “ตายดี” โรคบางโรคจากที่เคยป่วยแล้วไม่มีทางรักษาต้องเสียชีวิต ก็สามารถรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ดี แต่ในมุมกลับกันสังคมเริ่มมีความคาดหวังกับการแพทย์มากขึ้น จนมองข้ามความจริงที่ว่าผู้ป่วยแต่ละคนควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแนวทางการรักษาของตนเอง ด้วยจัดการสุขภาพตนเองได้เพราะแต่ละคนก็มีความเชื่อ ค่านิยม และบริบทอื่นๆของชีวิตที่แตกต่างกัน อีกทั้ง ด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีการจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่างกัน เช่น “คนมุสลิม มีวัฒนธรรมการเยี่ยมเสริมกำลังใจจากคนศาสนาเดียวกัน” สอดคล้องกับ (Meenongwa, Kaewmart, Moongsin, Wansree, Prapasano, Erbboon, et.al. 2015) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ญาติและคนในชุมชนมีการบอกกล่าวและชักชวนกันมาร่วมให้กำลังใจ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อชุมชน การปฏิบัติการสร้างเสริมการจัดการตนเองกับของรักษาของตน เป็นระยะที่ผู้ป่วยกราบไหว้บูชาสิ่งที่ตนนับถือ ในขณะที่ครอบครัวและชุมชนหันหน้าเข้าหากัน เพื่อปรึกษาหาทางเลือกการดูแลทางจิตใจและจิต-วิญญาณควบคู่ไปกับการดูแลความไม่สุขสบายทางกาย มุ่งการทำความดีงาม และลดความบาดหมางในครอบครัว การเตรียมการตายและหมดห่วง คนในชุมชนยิ่งมีความเอาใจใส่ มีการหมุนเวียนเยี่ยมเยียนถามไถ่ เมื่อใกล้ถึงระยะสุดท้ายเป็นการตายงาม ระยะนี้ ครอบครัวและชุมชนมักร่วมกันตัดสินใจ และทำตามประเพณีวัฒนธรรม

การพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองจึงควรออกแบบการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม และหากครอบครัวผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะมีรายได้น้อย การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆก็ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง บางคนไม่มีเงินซื้ออาหารที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเลือกอาหารเองไม่ได้" (Jaingam, Chusri, Pongkiatchai, & Marapen, 2017) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจัดสรรเวลาเพื่อให้สามารถดูแล ผู้ป่วยได้ การพักงานชั่วคราว บางรายต้องปิดร้าน และมีบางรายต้องเปลี่ยนงานและลาออกจากงานเพื่อมาผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถแบ่งเวลาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกับการประกอบอาชีพได้ และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ ความต้องการข้อมูลในการ จัดการดูแล การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการ และให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยแทนตนเองและความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งเหล่านี้จึงนำมาร่วมในการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการตนเอง อีกทั้งสภาพครอบครัว รูปแบบครอบครัวในสังคมที่เปลี่ยนไป จากครอบครัวขยาย (Extended Family) ก็กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มากขึ้น ทำให้เด็ก ๆ ที่โตขึ้นมาอาจจะไม่เคยได้มีประสบการณ์ (Meenongwa, Kaewmart, Moongsin, Wansree, Prapasano, Erbboon, et.al. 2015) การช่วยเหลือกันแบ่งหน้าที่กันในการจัดการสุขภาพผู้ป่วยในครอบครัวและหากตัวคนเดียว แนวทางการสนับสนุจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองจะต้องให้สอดคล้องเหมาะสม สำหรับความคาดหวังในการสร้างเสริมการจัดการตนเองของประชาชน เช่น คำกล่าวผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย "ถ้าดูแลตนเองดี การเสื่อมของไตระยะสุดท้ายจะดีขึ้น" หากการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานระหว่างบุคคลากรสาธารณสุขหลายสาขา เพื่อให้สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากที่สุด และที่สำคัญควรตระหนักไว้เสมอว่าครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของทีม (Faculty of Medicine Mahidol University, 2015)

2. การสร้างรูปแบบแนวทางการสร้างเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) จากการวิจัย พบว่า เกิดแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ 1) รูปแบบ Flow Chart การเยี่ยมบ้านเพื่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของทีมเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งได้สะดวกและเข้าใจง่าย 2) แบบบันทึกของพยาบาลผู้ดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ICP SM F1) เป็นแบบบันทึกที่ใช้บันทึกทุกสัปดาห์ มีรายละเอียดสอดคล้องกับ (Ryan & Sawin) กล่าวในการวิจัย (Jaingam, Chusri, Pongkiatchai, & Marapen, 2017) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self- efficacyเพิ่มการสร้างเสริมการจัดการตนเองได้ (Creer, 2000) (Wattana, 2015) กล่าวว่า การจัดการตนเองมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตาม ความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลใช้แบบบันทึก (ICP SM F1) ที่ช่วยให้ เตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและมีการจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assess) การประมวล และประเมินข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง. การตัดสินใจ เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการตนเอง การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ (Arrangement) และการสะท้อนตนเอง สอดคล้องกับ (Creer, 2000) แนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจ 2) การเก็บรวมรวมข้อมูล และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จ ในการจัดการตนเอง 3) การประมวลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวม ข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการ ตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและ ประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว 4) ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมิน (Creer & Holroyd, 1997) บุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วย มีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของ การปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารแบบบันทึก ในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันที ดังนั้น Individual Daily Care Plan (ICP) สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล (SM F2) ใช้เป็นแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ บันทึกทุกวัน เป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วย/ผู้ดแลสามารถปฏิบัติในการวางแผนการจัดการตนเองได้ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ Jaingam,

Chusri, Pongkiatchai, & Marapen (2017) การใช้หลักการจัดการตนเอง (Self-Management) ช่วยทำให้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และปฏิบัติ ตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถควบคุมอาการของ โรคได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ต้องปฏิบัติเป็นประจำทำให้ เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต

3. การประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ฯ ผลการวิจัยมีแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง เกิดเป็น แบบบันทึก ICP SM F1 และ ICP SM F2 เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ ของทั้งตัวพยาบาลและ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เพราะ พบปัญหาอุปสรรค จากการที่ไม่สะดวกในการบันทึกในช่วงแรก และ ให้สอดคล้องกับรายบุคคลแต่ละราย มีการจัดทำ Flow Chart ที่ใช้เป็นแนวทางให้ทีมพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติ เมื่อพยาบาลไปเยี่ยมบ้านทั้งในครั้งแรกและครั้งถัดไปตามนัดหมาย ซึ่งเมื่อพยาบาลจัดการสร้างเสริม (Self - Management) ได้ดึงศักยภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ เช่น ผู้นำศาสนาช่วยเยี่ยมเสริมพลังใจ ใช้หลักธรรมสอนการปล่อยวาง ทำจิตใจให้สงบ มีสมาธิลดอาการเจ็บปวดของโรค ให้แก่ผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับ (Meenongwa, Kaewmart, Moongsin, Wansree, Prapasano, Erbboon, et.al. 2015) และ Chirarattanawana, Wattanaamorn, & Rasmeepong (2019) พบว่า ส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยในชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น และการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย Line Group เป็นช่องทางประสานความช่วยเหลือ ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วย มีผลดีเห็นเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและมาก โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าง่ายต่อการปฏิบัติ และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ต่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง และ ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การนำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ตรงกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วย ตรงกับความชอบหรือความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanprasert, Chuamthong, & Sriplawong (2016) พบว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองทำให้เกิดผล ลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 และ พบว่า การติดตามการดำเนินงานของทีมพยาบาลที่นำแนวทางไปใช้กับผู้ป่วย/ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่าง ยังเกิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบ Buddy พี่ช่วยน้อง ซึ่งมีถึง 9 รูปแบบ และ การประเมินผลการจัดบริการฯโดยวัดความสามารถในการจัดการตนเอง จากแบบบันทึก ICP แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลแต่ละรายจัดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างไร และมีการบันทึก เป็นรายวัน เห็นถึงปัญหาความต้องการ การวางแผนการจัดการ และการวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ หรือ คนในครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหาได้ตรงตามความต้องการจริงๆ และมีคู่มือ นำไปใช้เป็นแนวทางได้อย่างถูกต้อง

ในด้านข้อมูลเชิงปริมาณ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จะเห็นจากผลการประเมิน PPS Score และ ADL เพิ่มขึ้น ESAS อาการรบกวนลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถการจัดการตนเองได้ดี และมีผู้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี จากการที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความปวด ความทุกข์ทรมานได้ทำให้อาการรบกวนต่างๆลดลงอย่างชัดเจน และในรายที่ต้องจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2 รายโดยทั้งสองรายครอบครัวสามารถใช้ชีวิตหลังการสูญเสียได้ สอดคล้องกับ (Meenongwa, Kaewmart, Moongsin, Wansree, Prapasano, Erbboon, et al, 2015) และ (Chirarattanawana, Wattanaamorn, & Rasmeepong 2019) พบว่า หากมีการเตรียมความพร้อม และจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง สะท้อนการเตรียมการตายและหมดห่วงเป็นการตายงาม (Good Dead)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ตามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เครือข่ายจังหวัดสงขลา ตลอดจนมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแนวทางที่นำไปขยายผลสู่หน่วยงานปฐมภูมิในทุกอำเภอต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพแบบการส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เครือข่ายจังหวัดสงขลา

3. ศึกษาผลลัพธ์ ในระยะยาวของการจัดบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนเครือข่ายจังหวัดสงขลา

References

Atthawong, P. (2010). *Competency of Professional Nurses Working in Community Health Centers, Songkhla Hospital Network*. Social Medicine Documents Songkhla Hospital. (in Thai)

Chamchuri, D. (2019) *Documents for Nursing Training Program to Promote Self-Management of Patients and Caregivers*, March 26, 2019, Chaophya Park Conference Room, Bangkok.

Chanprasert, S., Chuamthong, T., & Sriplawong, S. (2016). *The Development of a Palliative Nursing Service System Produces Good Outcomes for Patients and Their Families*. Lopburi Cancer

Chatakan, W. (2015). Action Research. *Surat Thani Rajabhat Journal*, 2(1), 29-49.

Chirarattanawana, N., Wattanaamorn, S., & Rasmeepong, S. (2019). Community Participation in Health Promotion. *Mahachula Academic Journal*, 6(Special Issue), 365-381. (in Thai)

Creer, L. T. (2000). *Self-Management of Chronic Illness*. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbook of Self-ฑegulation. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). *Selfmanagement*. In Baum, A., McManus, C., Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.). Cambridgehandbookofpsychology, Health, and Behavior. pp. 255-258. Cambridge: Cambridge University Press

Faculty of Medicine Mahidol University. (2015). *Palliative Care*. March 10, 2020 from https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/palliative-care

Haruthai, C., Leelawong, S., Atthachaiwat, A., & Suwankesawong, S. (2016). *The Palliative Nursing Service System*. Nonthaburi: Tawan Media.

Jaingam, N., Chusri, O., Pongkiatchai, R., & Marapen R. (2017). A Concept of Health Management for an Individual and Families Who Have Members with Chronic Diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *27*(3), 1-9. (in Thai)

Jensen, A. K. (2021). *7 Steps to Find the Perfect Pico*. Evidence-Based Nursing Practice Guidelines. Retrieved March 10, 2020 from https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191 /files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper-TH.pdf

Ketwang, W. (2019). A Study of the Result from Palliative Care Program in Terminal Stage Patients, Bangpahan Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 9*(2), 150-165.

Klunklin, A., Wichaikhum, O., Kunaviktikul, W., & Jaiwilai, W. (2015). Nurses' Role on Developing Health Promotion Innovation in Northern. *Nursing Journal*. 42(Special Issue), 177-186. (in Thai)

Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2008). *Palliative Performance Scale for adult Suandok.* March 10, 2020 from http://web.lpnh.go.th/lphc/file/pps.pdf

Mahatnirankul. S. (2016). *Quality of Life Indicators*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. March 10, 2020 from https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17

Meenongwa, J. (2013). The Meaning and Management of Depression Among Persons Living with Uncontrolled Diabetes in North-east Thailand : A Phenomenological Study. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *23*(1), 30-43. (in Thai)

Meenongwa, J., Kaewmart, P., Moongsin, S., wansree, U., Prapasano, Y., Erbboon, P., et.al. (2015). The Palliative Care for End-of-Life Patients in Northeast Socio-culture. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *24*(2), 37-47. (in Thai)

Nakkhattara, S., Weerametacha, S., & Bosittipichet T. (2021). Prevalence of Pain and Outcomes of Home-Based Palliative Care in Patients with Advanced Cancer: Primary Care of Saraburi Hospital, Descriptive Study. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, *4*(2), 182-191 (in Thai)

Office of Nursing. (2016). *The Palliative Nursing System of Ministry of Public Health*. Nonthaburi: Tawan Media. (in Thai)

Office of the National Health Commission. (2021). *Palliative Care for Thailand.* March 10, 2020 from https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf

Pluemjai, T. (2020). Management Model for Nursing Service Quality Developingof Palliative Care in Songkhla Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, *3*(1) 73-94. (in Thai)

Ryan, P. & Sawin, K. J. (2009) The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217-225.

Sapinan, L. (2013). *Manual for the Use of the Palliative Care Outcomes Assessment (Palliative care Outcome Scale : POS).* Chiang Mai: Klang Wiang Printing Co., Ltd.

Sapinan, L., (2013). *Manual for the Use of the Palliative Care Outcomes Assessment*. Chiang Mai: Klang Wiang Printing Company. (in Thai)

Sathira-Angkura, T., Haruthai, C., Leelawong, S., Kladjompong, P., Janta-Um-Mou2, U., Suwonkesawong, S. et.al. (2019). Nursing Curriculum Development to Promote Healthcare Self-managementin Patients and Caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *20*(3) 104-113. (in Thai)

Srichairatanakul, J. (2019). *Boromarajonani College, Bangkok*, *Training Materials on Nursing to Promote Self-Health Management of Patients and Caregivers, Organized by the Nursing Division*, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health 2019

Wattana, C., (2015). The Concept of Self-Management. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, *Chanthaburi, 26*(Supplemental Issues), 117-127 (in Thai)

Wongsuwansiri, S., Chantaummao, U., Kladchompong, P. & Thepwong, C., (2019). *Guidelines for Collecting Indicators for the Development of Nursing Service Quality.* Fiscal Year 2020, Nonthaburi: Trawan Media.