

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

รพ.สต.สุขสำราญ ต.ดงเมือง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

Development of community-based Home Visit Guidelines for Patients with Complexity Problem Suksamran Health Promoting Hospital Dongmaung Sub-district Yangsisurach district, Mahasarakham province

(Received: September 25,2020 ; Accepted: November 10,2020)

ภริยา พินิจกลาง¹,กาญจนา จันทะนุย ²,พิศสมัย ไลออน²,ปรมาภรณ์ ดานา³
Piriya Pinijklang ¹,Kanjana Chanthanui ²,Pissamai Lion²,Paramaporn Dana³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.สุขสำราญ อ.ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.พังคี่ อ.ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ระยะเวลาวิจัยเดือน ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2562 ดำเนินการพัฒนาตามวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1)กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.,ทีมสหวิชาชีพ,ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 40 คน 2)ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 31 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน,แบบประเมิน INHOME-SSS,แบบประเมิน ADL, แบบประเมินPPS –score, แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation Data) และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (2) การมีคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชน (3) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) (4) มีคู่มือการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน (5) พัฒนาวัดกรรมในการเยี่ยมบ้าน เกิดนวัตกรรมป้องกันและลดผลกระทบ (6) เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ

2) ประเมินผลผลลัพธ์การดูแล พบว่า (1) ผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะ HbA1C<7 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40 เป็น ร้อยละ 50,การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ลดลง จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 25,มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 0 (2) ผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 (3) ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตรา Success rate ร้อยละ 100 (4) ผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะกำเริบลดลงจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 0 (5) ผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน จากร้อยละ0 เป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : แนวทางเยี่ยมบ้าน,ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน,ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstracts

The objective of this research was to develop a community-based approach to home visits guidelines in patients with complex problems within the Suksamran Health Promoting Hospital , between October 2017 and March 2019. Developed according to the Kemmis & Mc Taggart action research which consisted of 4 steps: planning, acting, observing, evaluating and applying the concept framework of Holistic Nursing and Home visit. Sampling that divided

into 2 groups 1) group that developed guidelines for the care of patients with complex problems, including public health workers, multidisciplinary teams, caregivers and community network partners ; 202 people. 2) 31 patients with complex problems. Research tools were included with INHOME-SSS, ADL assessment, PPS –score assessment, observation form. Data Analysis by qualitative are triangulation data and content analysis and quantitative data are descriptive statistics such as mean and percent .

The results of this study were :

1) The home visit guidelines that, (1) development the sub-district cooperation center for connecting the data of complexity health problem patients, (2) appointment of working group members for setting the role and responsibilities for the community, (3) setting up the community participatory action combining with the nursing process, (4) home visit hand book (5) development the home visit innovation; the wet wound prevention bag (6) setting up the “friend support friend fund”.

2) Intermis of clinical outcomes, there were the better changes in; (1) the number of the patients who could control HbA1C<7 was increasing from 40% to 50%, (2) the disease complications related to eyes, kidneys, and feet was decreased from 40% to 25%, Hypo-Hyperglycemia symptoms was decreased from 20% to zero. (3) Moreover, the number of good dead patients in palliative group was increased from 50% to 100% (4) the success rate was 100% in of TB patients, the number of disease recurrence in psychiatry was decreased from 20% to zero (5) the bedridden patients was being to patient at home increasing from zero to 100%.

Keyword: home visit guidelines, patients with complexity Problem, community participation

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20ปีด้านสาธารณสุข : ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : Service Plan สาขา การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ในประเด็น สาขา ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอได้กำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจนถึงระยะสุดท้าย(กระทรวงสาธารณสุข ,2560) และยุทธศาสตร์ กองการพยาบาลด้านคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านการดูแลที่บ้าน เช่น ความครอบคลุมและทันเวลาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน, ผู้ป่วยและครอบครัวของกลุ่มเป้าหมาย สำคัญที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้รวมถึงการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2561)

จากนโยบายและตัวชี้วัดดังกล่าวจึงทำให้รพ.สต.ทุกแห่งได้มีการให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รพ.สต.สุขภาพ สำคัญก็เช่นเดียวกัน จากสถานการณ์การติดตามเยี่ยมบ้าน เดือน ต.ค.60- ก.ย.61 พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่มี ปัญหาหลายด้าน ยากต่อการแก้ไขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ เบาหวาน วัณโรค จิตเวช ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย

และเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ภาวะ Pneumonia ร้อยละ10, ภาวะกำเริบทางจิต ร้อยละ 10 , UTI ร้อยละ10 ,Bed sore ร้อยละ 5 ,readmit ร้อยละ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถดูแลตนเองได้มีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง ปฏิเสธการรักษา รวมถึงขาดผู้ดูแล ด้านภาคีเครือข่ายพบว่า มีทักษะการดูแลไม่เพียงพอ/ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย และแหล่งประโยชน์มีเพียงภาครัฐ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและกำเริบจากการ ทบทวน พบว่าการจัดบริการเยี่ยมบ้านในพื้นที่เป็นบทบาทของ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเท่านั้น แนวทางการเยี่ยมบ้านยังไม่ ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ที่นอนลม/เครื่องวัด BP/Syringe driver และจากการทบทวนวรรณกรรม(พิศสมัย บุญเลิศ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แก้วเพ็ญ ,2562) พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการ พัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนา ช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายประเมินหลังการ ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบและส่งผลให้ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น และจากแนวคิดของการ แก้ไขปัญหาโดยการให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมโดยการได้ เข้ามาร่วมกันในการศึกษาชุมชนวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล(ทนต์ เลิศศรีมงคล ,2560;

จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอกและจะก่อการสร้างความรู้จากประสบการณ์ความรู้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งยังเกิดการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน แนวทางที่มีการร่วมประสานกันระหว่างเครือข่ายชุมชนหรือทีมหมอครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้รับการในการจัดการดูแลเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการต่างๆ เนื่องจากข้อเสนอแนะมาจากกลุ่มไม่ใช่เฉพาะบุคคล(จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) จากการทบทวนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด วางแผน ในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยครอบครัวได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติส่งผลให้กลับมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญได้แก่ ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)(ไพโรจน์ ชลารักษ์,2548;ศิริพร จิรวัดนกุล,2548; เกษราวัลณ์ นิลวรานุ,2558) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,251;จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2562 ดำเนินการ 2 วนรอบ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ รพ.สต.สุขสำราญ ต.ดงเมือง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น(Key Informant) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต, ผู้นำชุมชน, อสม. ,อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ อบต, ทีมสหวิชาชีพรพ., รวม คน 40 คน 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รวม 31 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจน สิ้นสุดโครงการอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอด การศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลมีผู้ป่วยซับซ้อน การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล 2) **แบบประเมิน AAR ,แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน** 3) **แบบสังเกต** โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพข้างต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ5ท่าน ได้ค่าIOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง 4) **แบบประเมิน INHOME-SSS** ของกองการพยาบาล(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2561) ได้แก่ การประเมิน การเคลื่อนไหว,อาหาร,สภาพบ้านเพื่อนบ้าน,การใช้ยา,การตรวจร่างกาย,แหล่งให้บริการ,ความปลอดภัย,จิตวิญญาณ 5) **แบบประเมิน PPS** ฉบับสวนดอก(ศรีเวียง ไพโรจน์กุล ,2559; ศศิกานต์ นิมนารัตน์ ,2550) ใช้ประเมิน 5 หัวข้อ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกร่างกาย เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) 6) **แบบประเมิน ADL** ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการวิจัย

วนรอบที่ 1 เดือน ต.ค.2560-ก.ย.2561 มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด Holistic Nursing,Home visit และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติภายใต้บริบทของครอบครัวให้ได้มากที่สุด 2)

ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากบทวนการดูแลผู้ป่วยรอบด้าน จากการสัมภาษณ์จ.รพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อทราบความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์การดูแลตามกรอบแนวคิด Holistic Nursing, Home visit เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ 3) คืบข้อมูลผ่านการประชุมระดมสมองกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ภาคีเครือข่ายชุมชนทำให้เกิดคู่มือการเยี่ยมบ้าน การใช้แบบประเมินรายโรคที่มีปัญหาซับซ้อน/การแบ่งระดับ/ความถี่/กำหนดบทบาทหน้าที่/การสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น,เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพ Care giver ในการดูแล tracheostomy care, Foley's cath, Bedsores, ภาวะการบาดเจ็บ เกิดนวัตกรรมป้องกันแผลเปื่อย/ไม่เท้าพุงเดิน นำแนวทางต่างๆที่พัฒนาขึ้น ทำการยกย่องให้ผู้ป่วยเชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 ราย แล้วพบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จึงนำไปใช้จริง 4) ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น 19 ราย ร่วมกับภาคีเครือข่าย ติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะดูแลผู้ป่วย ประเมินผล พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายขาดความยืดหยุ่น และไม่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ขาดช่องทางด่วนในการติดตามผู้ป่วย ขาดผู้ประสานความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยครอบครัว, ทีมสหวิชาชีพ, ภาคีเครือข่าย จึงทำให้ยังขาดปัญหาผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม และเป็นเหตุให้ไม่สามารถยุติการเยี่ยมบ้านได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังได้รับการแก้ไขไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยจึงได้บทวนและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาและนำปัญหาจากวงรอบ ที่ 1 สู่การพัฒนาในวงรอบ 2

วงรอบที่ 2 เดือน ต.ค.2561-ก.ย.2562 ได้ดำเนินการดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาข้อมูลและระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนจึงเกิดการระดมทุนในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้เกิด “กองทุนเพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ และเกิดการพัฒนาต่อยอดแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยการประเมินผลและรายงานผลผ่านทางไลน์ 2) เกิดศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) ทำให้เกิดการรวมกันเป็นทีมและปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจของแต่ละทีมภายใต้กลไกการทำงานที่มีความยืด

หยุ่น ปฏิบัติหน้าที่ทดแทนกันได้ 3) ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน 12 ราย ร่วมกับภาคีเครือข่าย หลังจากนั้นทำการประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนาโดยจำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2548)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 16/2560 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2560 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. **ข้อมูลลักษณะสำคัญของผู้ป่วย** เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 31 ราย แยกตามกลุ่มโรคเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (มะเร็ง) 10 ราย (32.26%), ผู้สูงอายุติดเตียง 8 ราย (25.81%), ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 6 ราย (19.35%), วัณโรค 4 ราย (12.90%), จิตเวช 3 ราย (9.68%) มีอายุ 30-40 ปี 1 ราย (3.23%), 50-60 ปี 5 ราย (16.13%), 60 ปีขึ้นไป 25 ราย (80.64%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี 22 ราย (70.97%), 5 ปีขึ้นไป 9 ราย (29.03%)

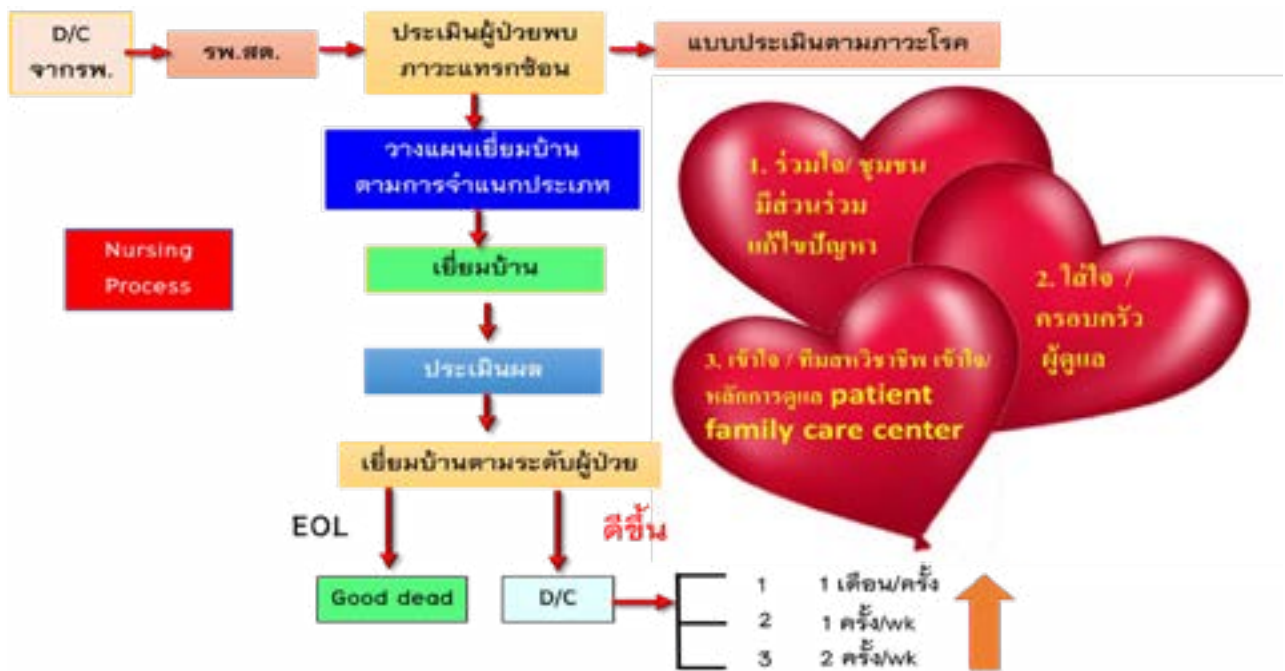
2. **ด้านแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน**

โดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขภาพราษฎร์ ประกอบด้วย

1) การพัฒนาศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 2) การมีคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) 4) มีคู่มือการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ในการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5 โรค ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง, ผู้ป่วย

จิตเวชที่ตั้งครรภ์,ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้,ผู้ป่วยระยะท้าย,ผู้ป่วยโรค5)พัฒนานวัตกรรมในการเยี่ยมบ้าน เกิดนวัตกรรมอุปกรณ์แผ่นเปียกน้ำ 6) เกิดกองทุนเพื่อนช่วย

เพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวยาด้านเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่1 แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลรพ.สต.,ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทและระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามลักษณะบุคลากร และภาคีเครือข่าย

บทบาทและการมีส่วนร่วมของทีม	สหวิชาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	พยาบาลรพ.สต.	ภาคีเครือข่ายชุมชน	ครอบครัวและญาติ
บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	-มีส่วนร่วมคิดวางแผนและร่วมปฏิบัติโดยเป็นที่ปรึกษา -สนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	-เป็นแกนหลักในการวางแผน,ปฏิบัติ,ติดตามประเมินผลแบบองค์รวมทุกมิติ -ประสานงานเป็นพี่เลี้ยงการจัดการดูแล จัดเวทีเสริมพลังสร้างคุณค่าแก่คนทำงาน	-มีส่วนร่วมคิดวางแผนปฏิบัติประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลที่บ้าน ประสานส่งต่อการดูแลไปยังศูนย์ COC ระดับตำบล อำเภอ สนับสนุนทรัพยากร	-มีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่จำเป็นแก่ทีมเพื่อนำสู่การวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหามาให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ

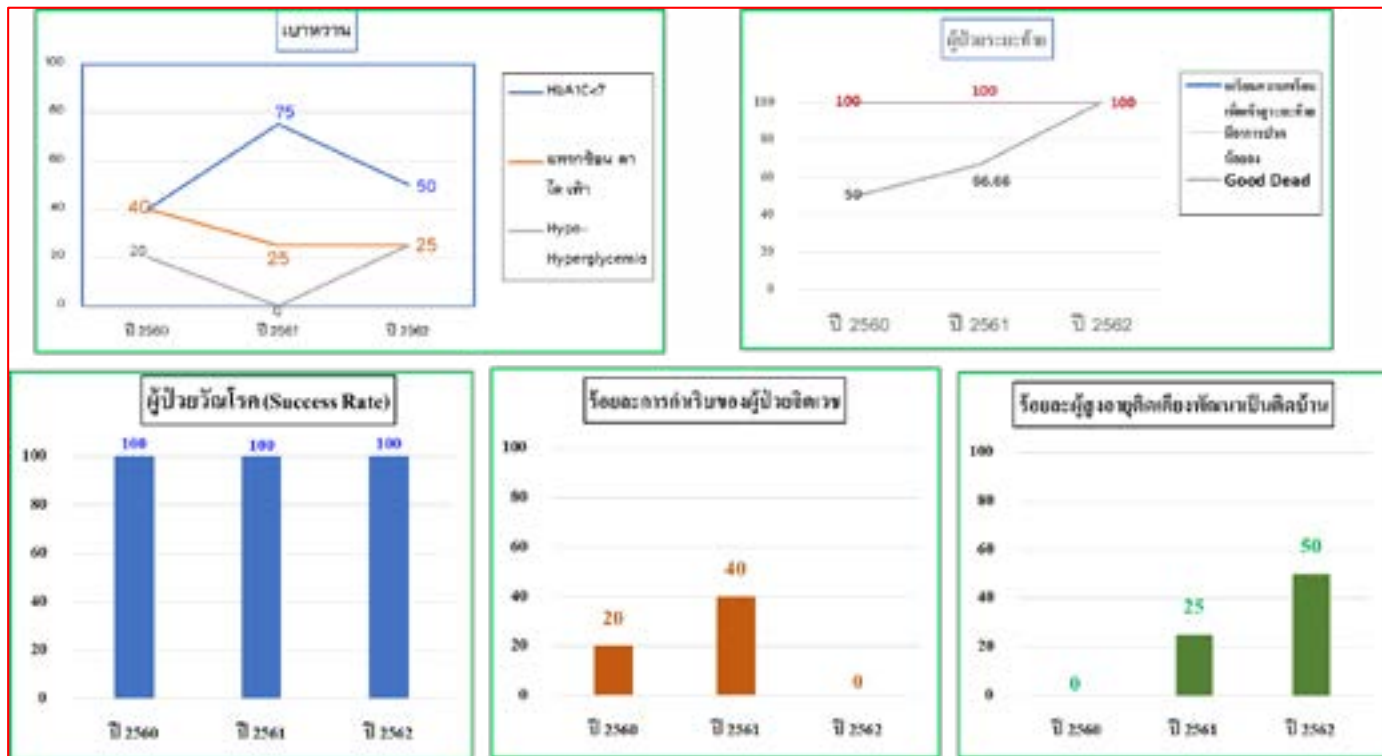
พบว่า ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.65 เป็นร้อยละ 92.35 ปี 2560-2562 พบว่า

3.1 ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ปี 2560-2562 พบว่า 1) ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.95 เป็น 92.35 2) ผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะ HbA1C<7 เพิ่มขึ้นจาก 40% เป็น 50% 3) การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ลดลง จาก 40% เป็น 25% 4) มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง จาก 20% เป็น 0 5) ผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น จาก 50% เป็น

100% 3) ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตรา Success rate จาก 66% เป็น 100% 4) ผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะกำเริบลดลงจาก 20% เป็น 0 5) ผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน จาก 0% เป็น 100% ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 2

3.2 เกิดการรวมพลังของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.3 เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ



ภาพที่ 2 แสดงผลลัพธ์การเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ

อภิปรายผล (Discussions)

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ประกอบด้วย 1) มีแนวทางการดูแล (flow chart) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแลของรพ.สต.พร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละภาคีเครือข่าย 2) เกิดคู่มือการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5 โรค ได้แก่ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่ดื้อดื้อ, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ได้, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 3) เกิดนวัตกรรมในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ไม่

เท้าพุงเดินและถุงป้องกันแผลเปื่อยน้ำ 4) เกิดศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) 6 เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้บริหารจัดการด้านต่างๆ ได้ ลดภาวะแทรกซ้อน, สามารถควบคุมภาวะโรคได้รวมถึงได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา^{13,14} ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่หนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย 2) บริการและทีมดูแลแบบ

บูรณาการ3)ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุม 4)แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอและตำบล 5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานให้กับทีมงาน 6) การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และ8)ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น และการศึกษา³ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีทีมเจ้าหน้าที่, ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนา เชื่อมโยงกับเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น และการศึกษา(นิสาชล นาคกุล ,2560 ; อุมารณ กาลังดี และคณะ ,2560) ที่พบว่าทีมผู้ให้บริการ พัฒนารูปแบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง,กลุ่มติดบ้านติดเตียง, ที่ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3)การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นและ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินดังกล่าวการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รพ.สต.สุขสำราญ ในแนวทางเดิมได้ผลน้อย เนื่องจากขาดความเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชนที่ชัดเจน แนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ มีการ

กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เกิดพลังในชุมชนที่ร่วมผลักดันให้เกิดการแก้ไขและขจัดปัญหา จะก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามรักษาที่เหมาะสม และกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนจนก่อให้เกิดพลังชุมชนที่จะร่วมผลักดันการแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถขจัดปัญหาได้ ดังนั้นจึงควรมีนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
2. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะต้องมีความเข้าใจ ภูมิหลังของผู้ป่วย บริบทของครอบครัวชุมชน รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใยและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์การใส่ใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและครอบครัว พร้อมครอบครัวรวมถึงทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทุกท่านของรพ.สต.สุขสำราญอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan, 2561
- พิศสมัย บุญเลิศ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แฉวเพี้ย ,การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.23 (2) : 79-87,2562.
- ชวิทนทร์ เลิศศรีมงคล. เวชปฏิบัติครอบครัวฉบับปรับปรุง เชียงใหม่. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
- จินตวีร์ เกษมสุข, บรรณาธิการ. หลักการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย,2515.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้าน ประเมินภาวะโรค และสุขภาพประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพประชากรไทย. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization 2007. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- ไพโรจน์ ชลารักษ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารราชภัฏตะวันตก, 2548.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.ขอนแก่น, 2548.
- เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.โครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม opioids ในผู้ป่วย ระยะท้ายในพื้นที่สสข.เขต 7.2559.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. Pain & Pain management in special Population. ใน:ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ.สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์;2550.หน้า16-25
- กาญจนา จันทะนุญ และคณะ. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยาสีสุราช จ.มหาสารคาม. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 8(1): 129-145, 2563.
- กชพร เชื้ออนนะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน.วารสารวิชาการสาธารณสุข.26 (3) : 41-51,2019.
- ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ; 28(3): 36-50 ,2560.
- อุมาภรณ์ กำลั้งดี และคณะ. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้; 4(ฉบับพิเศษ): 34-45 ,2560.