

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Model of Self-Management Support for Intermediate Care and caregiver in the community Yangsisurat District, Mahasarakham Province

กาญจนา จันทะนุย, นงเยาว์ พละชัย, พัชรมาศ คุณวงศ์
Kanjana Chanthanuy, Nongyao Palachai, Pucharamas Kunwong
โรงพยาบาลอย่างสีสุราช
Yangsisurat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน ระยะเวลาศึกษา เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ โดยใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง แผนสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของพยาบาลวิชาชีพ และแผนการจัดการสุขภาพตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน ADL แบบประเมิน INHOME-SSS แบบประเมิน 2Q และ 9Q แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง แบบประเมินทักษะความสามารถในการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ซึ่งจะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 4 ครั้ง ภายใน 1 เดือน หลังจากนั้นจะติดตามเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ประเมินอาการและค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 3 ติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ พบว่า ภายหลังจากพัฒนา พยาบาลชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง มีทัศนคติในระดับมาก ผู้ป่วยและญาติมีทักษะความสามารถในการจัดการตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, $SD = 0.43$) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า และไม่มีผู้ป่วย Readmit จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นทุกราย โดย คะแนน ADL =16-20 คะแนน จำนวน 33 ราย (94.29%) คะแนน ADL =11-15 คะแนน จำนวน 2 ราย (5.71%)

คำสำคัญ : จัดการตนเอง, ผู้ป่วยระยะกลาง, ชุมชน

Abstract

The purpose of this research was to develop and evaluate a self-management support for Intermediate Care and caregiver in the community. Study period research October 2021 - September 2022. It consists of 3 steps: Step 1 Study the problem, Step 2 Development of self-management support model, and Step 3 Evaluation of the use of the model using the concept Self - management. Research tools are: 1) Instrument used in the experiment; Consists of a self-management support model manual, a professional nurse's self-management support plan, and a self-management health plan the content validity was verified with a CVI of 0.86. 2) The tools used to collect information; Interview/conversation group, ADL, INHOME-SSS, 2Q and 9Q, self-management behavior, self-management skills, self-management skills. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results of research is the Intermediate Care patient self-management support model in the community will be a follow-up visit to the patient 4 times within 1 month. Thereafter, a follow-up visit was once a month for 6 months. The activities are as follows: Activity 1 Assess symptoms and look for risks or health problems, Activity 2 Solve problems and support self-management of health, Activity 3 Monitor and evaluate the results of self-health management. Results found; after development Community nurses had a high level of knowledge, Have a high level of attitude, Patients and relatives had a high level of self-management skills ($\bar{x} = 4.21$, $SD = 0.43$). No complications were found in Intermediate Care patients such as urinary tract infections, pressure sores, depression, and no Readmit patients. From follow-up assessment of ADL at the end of 6 months, it was found that all patients had an increase in ADL scores, with ADL score =16-20 (94.29%) and ADL score =11-15 (5.71%).

keywords : Self - management , Intermediate Care , Community

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานทางด้านสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการ ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและระดับให้เป็นที่ไปตามขีดความสามารถที่กำหนดเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ (กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างหลังวิกฤตหรือเฉียบพลันและการดูแลที่บ้านหรือชุมชน นับเป็น Service Plan ใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์เป็นการพัฒนาระบบโดยการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพและสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบเวลา 6 เดือน หลังเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย เป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับ ภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกในชุมชนและการเยี่ยมบ้านขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน หลังเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย จึงมุ่งหวังว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้นและกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฝึกน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานน้อยกว่า ร้อยละ 20 ซึ่งถ้าเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวได้จริงนับเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในหลากหลายภาคที่เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ดีก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care) ต่อไป (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติเฉียบพลัน กึ่งวิกฤติและการดูแลที่บ้านหรือชุมชนให้การดูแลต่อเนื่องทั้งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุติยภูมิและปฐมภูมิ/หรือที่บ้านและชุมชน ดังนั้นจากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC) ทำให้ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลทุติยภูมิต้องเตรียมความพร้อมและจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านและสู่ชุมชนพร้อมทั้งจัดระบบบริการพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงนับได้ว่าพยาบาลมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย Service plan สาขา Intermediate care (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ของ Glasgow (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งเป็นการประเมินภาวะเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรในการสนับสนุนและสร้างเสริมความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในวงการด้านการแพทย์และ

สาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่ต้องจัดบริการพยาบาลในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยระยะกลางให้สามารถจัดการกับการฟื้นฟูสภาพตนเองด้วยการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเสริมทักษะการจัดการตนเองมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยการปรับแนวคิดอารมณ์ พฤติกรรมและความตั้งใจการใช้กลไกและมีทักษะที่จำเพาะ เพื่อการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ 5A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ของ Glasgow (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยมีทีมบุคลากรทางสุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวน 25,26,30 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็น โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22, 24, 27 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 3, 2, 3 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 2, 2, 2 ราย ตามลำดับ(โรงพยาบาลยางสีสุราช,2565) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ 5 ราย (6.17%) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 6 ราย (7.41%) มีแผลกดทับ 10 ราย (12.35%) มีปัญหาเรื่องข้อติด 5 ราย (6.17%) จากการทบทวนข้อมูลการดูแลพบว่าผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ เช่น ภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การเกิดการติดเชื้อจากแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีปัญหาเรื่องข้อติด รวมถึงการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทเกิดขึ้นในระยะ 3-6 เดือนแรก ถ้าหลัง 6 เดือนจะฟื้นตัวได้ช้า ดังนั้นช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรก จึงเป็นระยะเวลาที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จากการทำหน้าที่ผ่านมาพบว่าทำให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงเครือข่ายชุมชน แต่การจัดบริการดูแลดังกล่าวยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ยังไม่มีคู่มือในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลาง ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และประเมินผลของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาบทบาทพยาบาลชุมชนในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

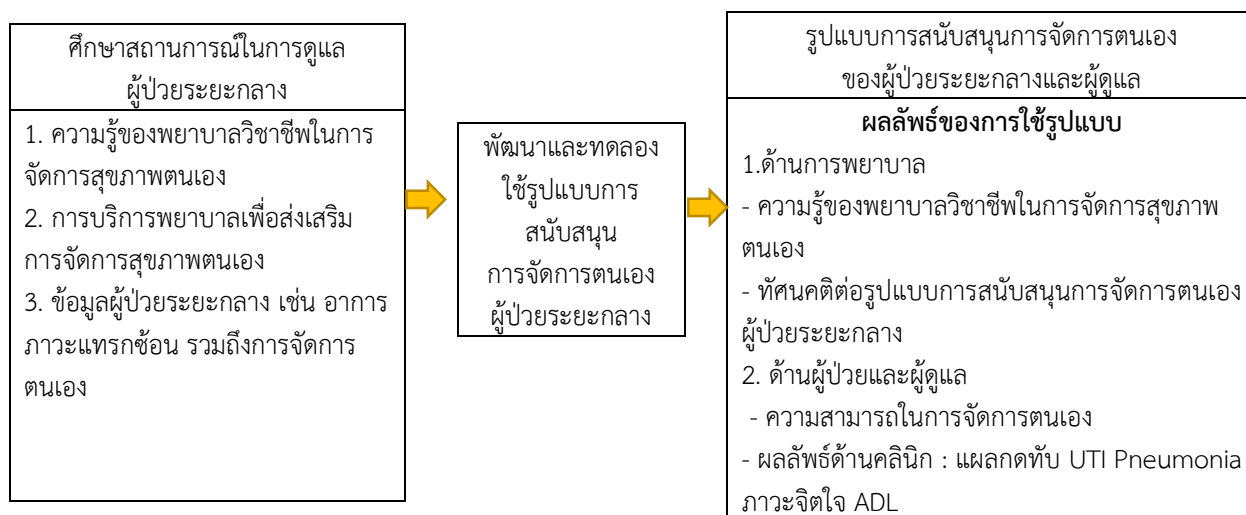
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล อำเภออย่างสี่สุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน อำเภอ อย่างสี่สุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการการวิจัยและพัฒนา (กิตติยา วงษ์ขันธุ์, 2561; รัตนะ บัวสนธ์, 2552 ; สุพักตร์ พิบูลย์ และคณะ, 2556) และแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Process) ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง (Self-Management) ตามแนวคิดของ Creer (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง คือ อำเภออย่างสี่สุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาลชุมชน ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 1 ปี ประกอบด้วย พยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 5 คน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน งานสุขภาพจิต 2 คน รวม 18 คน 2) บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย IMC ได้แก่ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย (PCT) และแพทย์หัวหน้าทีม Service Plan IMC รวม 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพ 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักโภชนาการ 1 คน ทันตแพทย์และทันตภิบาล 2 คน รวม 10 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก

(Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

2) กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (3 กลุ่มโรค) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments ที่ได้รับการดูแลจนครบ 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ รวมจำนวน 15 ราย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนครบ 6 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการสนับสนุนการจัดการตนเองในทุกระยะที่ผ่านมา โดยจากการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาลชุมชน รวม 18 คน สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย IMC เกี่ยวกับประเด็นการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทบทวนเวชระเบียน แพ้มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย IMC เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในขั้นตอนที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของ Glasgow ประกอบด้วย 5A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ร่วมกับแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง ของ Creer ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายร่วมกันการรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ทำการคืนข้อมูลและประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัย จึงทำให้เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วย IMC เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Process) และการจัดทำคู่มือการจัดการตนเอง หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปฝึกทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วย 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเอง เช่น การบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกพูด การฝึกกลืน การป้องกันแผลกดทับ การจัดการภาวะเครียด ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะข้อติด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะซึมเศร้า และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmit)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง แผนสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และแผนการจัดการสุขภาพตนเองของ Creer โดยมีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองของทีมสหวิชาชีพ และปัญหาอุปสรรค รวมถึงแบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง

2.2 แบบประเมิน INHOME-SSS ของกองการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละด้าน ได้แก่ I : Immobility (การเคลื่อนไหว) N : Nutrition (อาหาร) H : Home Environment (สภาพสิ่งแวดล้อม ในบ้าน/รอบบ้าน) O : Other people (สมาชิกในครอบครัว) M : Medication (การใช้ยา) E : Examination (การตรวจร่างกาย) S : Safety (ความปลอดภัย) S : Spiritual (จิตวิญญาณ) S : Service (แหล่งให้บริการ)

2.3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) คะแนนรวม ADL 20 คะแนน (10 ด้าน) ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า 3) การลุกนั่ง 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การก้มการถ่ายอุจจาระ 10) การกลืนปัสสาวะ

2.4 แบบประเมิน 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q มี 9 คำถาม (9Q) ในแต่ละข้อให้คะแนน 0-3 โดย 0 = ไม่มีอาการ 1= เป็นบางวัน 1-7 วัน 2 = เป็นบ่อย > 7 วัน 3= เป็นทุกวัน รวมคะแนนทั้ง 9 ข้อ < 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมาก, 7-12 คะแนน = มีอาการซึมเศร่าระดับน้อย, 13-18 = มีอาการซึมเศร่าระดับปานกลาง , > 19 คะแนน มีอาการซึมเศร่าระดับรุนแรง

2.5 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และแบบบันทึกแผนการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วย

2.6 แบบประเมินทักษะความสามารถในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย จำนวน 10 คำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ ระดับ 0 หมายถึง ไม่สามารถจัดการสุขภาพตนเอง และ ระดับ 5 หมายถึง สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

2.7 แบบรายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2.8 แบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพตนเองขณะติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุ เป็นผลของ

ข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า(Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

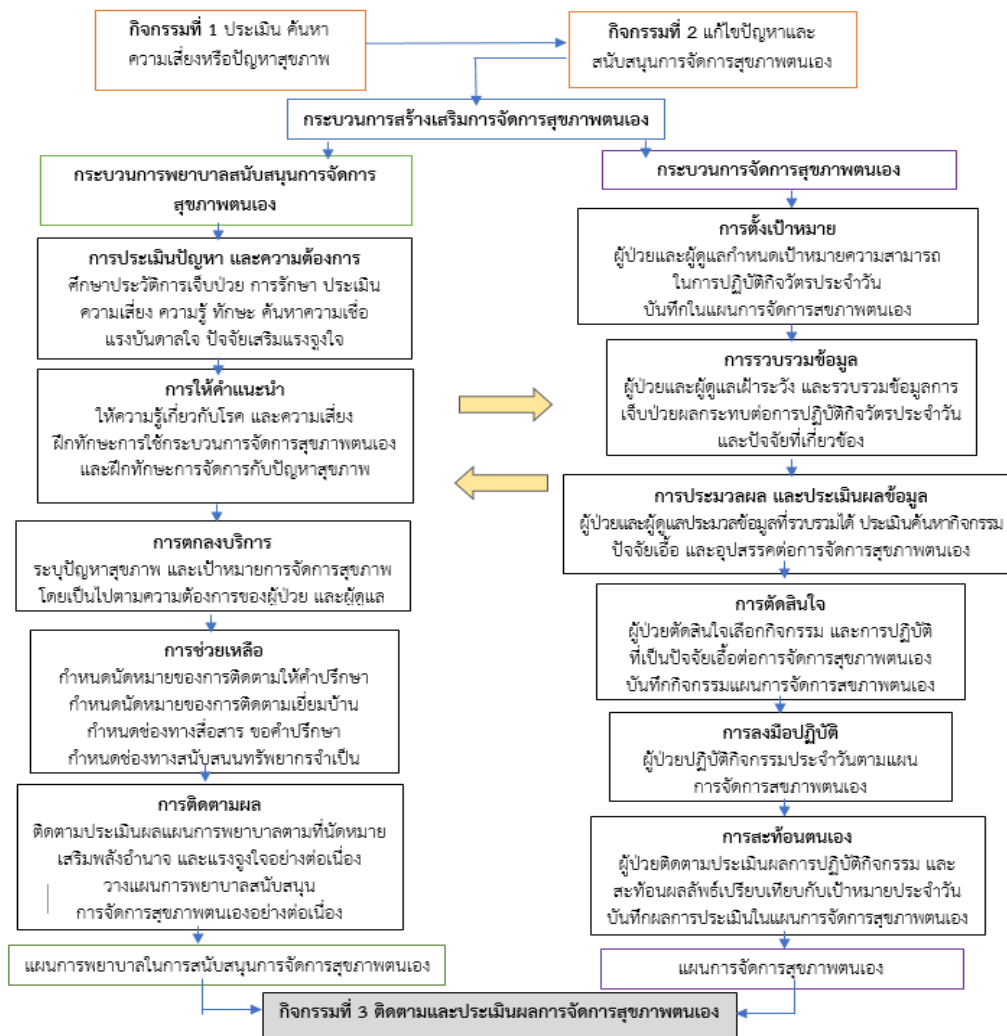
การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 12/2564 ลงวันที่ 15 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และ Creer บูรณาการร่วมกับกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งต่อข้อมูลมายังย้งงาน พยาบาล IMC เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้มีการสนับสนุนการจัดการตนเองขณะติดตามเยี่ยมอย่างเข้มข้น 4 ครั้งใน 1 เดือน หลังจากนั้นทุก 1 เดือนจนครบ 6 เดือน หรือขึ้นกับการประเมินผู้ป่วยแต่ละกรณี และในแต่ละครั้งมีระยะเวลาของการให้บริการพยาบาล 30 - 45 นาที ความถี่และระยะเวลาของการติดตามเยี่ยมบ้านขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามและความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แผนการพยาบาลสอดคล้องกับทีมสุขภาพ โดยกำหนดดูแลต่อเนื่องในชุมชนภายใน สัปดาห์แรก หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย **กิจกรรมที่ 1** ประเมินอาการและค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้แบบประเมิน INHOME-SSS ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะคุกคามสุขภาพอื่นๆ 2Q, 9Q เป็นต้น รวมทั้งประเมินความสามารถและข้อจำกัดในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัญหา เช่น การเคลื่อนไหว การกินอาหาร และการขับถ่าย มีแผลเจาะคอ ต้องใช้เครื่องดูดเสมหะ ใส่สายยางให้อาหารใส่สายสวนปัสสาวะ บกพร่องด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัด ขาดทักษะเฉพาะสำหรับจัดการกับปัญหาสุขภาพ วิตกกังวลสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่พร้อมสำหรับการฟื้นฟูสภาพบางรายผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยเมื่อค้นหาปัญหาแล้วทำการโน้มน้าว สร้างแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดทำแผนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง **กิจกรรมที่ 2** แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2-4 โดยทบทวนความรู้ ทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ติดตามความก้าวหน้าของการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมทักษะและแรงจูงใจเพิ่มเติมโดยร่วมกับประเมินผล ปรับแผนสนับสนุนและแผนการจัดการสุขภาพตนเองตามความเหมาะสม หากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะเพียงพอและสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปอย่างน้อยทุก 1 เดือน โดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินผลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและติดต่อขอความช่วยเหลือทันทีเมื่อพบปัญหาอุปสรรค สำหรับในกรณีผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่สามารถหรือไม่

มั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเอง พยาบาล IMC จะติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์จนกว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติได้ตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง จะติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปอย่างน้อยทุก 1 เดือน โดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนครบ 6 เดือน **กิจกรรมที่ 3** ติดตามและประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองจนปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หมดไป ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีคะแนน ADL > 15 คะแนน และไม่มี Impairment พยาบาลประเมินผลและทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แจ้งยุติการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำช่องทางขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้ป่วย มีคะแนน ADLs < 15 คะแนน และยังคงมี Impairment หลงเหลือ ส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) โดยรายละเอียดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน



2. ประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (57.14%) รองลงมาเพศหญิง (42.16%) อายุ 45-59 ปี มากที่สุด (42.86%) รองลงมา 60-69 ปี (37.14%) น้อยที่สุดคือ 35- 44 ปี (8.57%) แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 33 ราย(94.29%) บาดเจ็บไขสัน 1 ราย (2.86%) บาดเจ็บทางสมอง 1 ราย (2.86%) มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง (42.86%) เบาหวาน (22.86%) เบาหวานและความดันโลหิตสูง (20.00%) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (51.43%) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (28.57%) น้อยที่สุดคือค้าขาย (8.57%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (45.71%) น้อยที่สุดระดับปริญญาตรี (8.57%) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลาง

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| - ชาย | 20 | 57.14 |
| - หญิง | 15 | 42.86 |
| อายุ | | |
| - 35- 44 ปี | 3 | 8.57 |
| - 45-59 ปี | 15 | 42.86 |
| - 60-69 ปี | 13 | 37.14 |
| - 70 ปี ขึ้นไป | 4 | 11.43 |
| ประเภทของผู้ป่วยระยะกลาง | | |
| - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 33 | 94.29 |
| - ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสัน | 1 | 2.86 |
| - ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง | 1 | 2.86 |
| โรคประจำตัว | | |
| - ไม่มีโรคประจำตัว | 5 | 14.28 |
| - เบาหวาน | 8 | 22.86 |
| - ความดันโลหิตสูง | 15 | 42.86 |
| - เบาหวานและความดันโลหิตสูง | 7 | 20.00 |
| อาชีพ | | |
| - เกษตรกรรม | 18 | 51.43 |
| - รับจ้างทั่วไป | 10 | 28.57 |
| - ค้าขาย | 3 | 8.57 |
| - ข้าราชการเกษียณ | 4 | 11.43 |
| การศึกษา | | |
| - ประถมศึกษา | 16 | 45.71 |
| - มัธยมศึกษาตอนต้น | 12 | 34.29 |
| - มัธยมศึกษาตอนปลาย | 4 | 11.43 |
| - ปริญญาตรี | 3 | 8.57 |

2.2 ประเมินผลการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน

2.2.1 ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยระยะกลางของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลก่อนการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 44.44 หลังจากการอบรม ความรู้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยระยะกลางของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนสูง ร้อยละ 77.78 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 22.22 โดยไม่พบผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง

| ระดับคะแนนความรู้ | ก่อนการอบรม | | หลังการอบรม | |
|----------------------|-------------|--------|-------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ต่ำ (1-7 คะแนน) | 9 | 50.00 | 0 | 0 |
| ปานกลาง (8-14 คะแนน) | 8 | 44.44 | 4 | 22.22 |
| สูง (15-20 คะแนน) | 1 | 5.56 | 14 | 77.78 |

2.2.2 ทักษะคติของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล อยู่ในระดับมาก ทุกด้าน โดยด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 4.46$, $SD = 0.51$) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.59$) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 4.44$, $SD = 0.58$) คะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.58$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทักษะคติต่อรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล

| ทักษะคติ | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง | 4.46 | 0.51 |
| ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง | 4.45 | 0.59 |
| ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง | 4.44 | 0.58 |
| รวม | 4.45 | 0.56 |

2.2.3 ด้านผู้ป่วยและญาติ ผลการใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ โดยภายหลังได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้มีทักษะความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{x} = 4.21$, $SD = 0.43$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน

| การจัดการตนเอง | ก่อนดำเนินการ | | หลังดำเนินการ | |
|-----------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD |
| การดูแลสายสวนปัสสาวะ | 3.40 | 0.40 | 4.40 | 0.45 |
| การพลิกตะแคงตัว | 3.10 | 0.45 | 4.35 | 0.40 |
| การดูแลแผลกดทับ | 2.50 | 0.45 | 4.00 | 0.42 |
| การฝึกพูด | 2.80 | 0.50 | 4.20 | 0.45 |
| การให้อาหารทางสายยาง | 2.60 | 0.45 | 4.10 | 0.42 |
| การดูแล tracheostomy | 2.30 | 0.45 | 4.10 | 0.50 |
| การใช้เครื่องดูดเสมหะ | 2.20 | 0.42 | 4.10 | 0.40 |
| การฟื้นฟู | 2.80 | 0.40 | 4.30 | 0.43 |
| การจัดการภาวะเครียด | 3.00 | 0.44 | 4.30 | 0.45 |
| การปรับสภาพบ้าน | 2.70 | 0.40 | 4.20 | 0.40 |
| รวม | 2.74 | 0.44 | 4.21 | 0.43 |

3. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังจากการดำเนินงานไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า และไม่มีผู้ป่วย Readmit จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นทุกราย โดย คะแนน ADL =16-20 คะแนน จำนวน 33 ราย (94.29%) คะแนน ADL =11-15 คะแนน จำนวน 2 ราย (5.71%) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินคะแนน ADL ผู้ป่วยระยะกลาง

| คะแนน ADL | ก่อนดำเนินการ | | หลังดำเนินการ | |
|---------------|---------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - 0-5 คะแนน | 7 | 20.00 | 0 | 0 |
| - 6-10 คะแนน | 11 | 31.43 | 0 | 0 |
| - 11-15 คะแนน | 17 | 48.57 | 2 | 5.71 |
| - 16-20 คะแนน | 0 | 0 | 33 | 94.29 |

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้มี ผลการวิจัย ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนโดย กำหนดให้มีการสนับสนุนการจัดการตนเองขณะติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง ใน 1 เดือน หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน มีกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ประเมินอาการและค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 แก้ไขปัญหาและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองกิจกรรมที่ 3 ติดตามและประเมินผลการ

จัดการสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ พบว่า ภายหลังจากพัฒนา พยาบาลชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง มีทัศนคติในระดับมาก ผู้ป่วยและญาติมีทักษะความสามารถในการจัดการตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 4.21$, $SD = 0.43$) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะ Pneumonia การเกิดแผลกดทับ ภาวะซึมเศร้าและไม่มีผู้ป่วย Readmit จากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นทุกราย โดย คะแนน ADL =16-20 คะแนน จำนวน 33 ราย (94.29%) คะแนน ADL =11-15 คะแนน จำนวน 2 ราย (5.71%) สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสฐียรพงษ์ ศิวินา (2565) ที่ได้ศึกษา รูปแบบการบริหารลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในระยะแรก มุ่งเน้นผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและบาดเจ็บทางไขสันหลัง 5 ขั้นตอน (ARRER Model) ประกอบด้วย 1) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ จะมีการประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกายเพื่อวางแผนการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ 2) โรงพยาบาลแม่ข่ายจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare เพื่อติดตามดูแลและสื่อสารข้อมูลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) หรือได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกายและไม่ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกคือได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน (Rehabilitate by sub-node Hospital ; R) 4) ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับนัดติดตามและประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูสภาพในโปรแกรม Nemocare เพื่อให้ทีมสุขภาพได้ใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Monitoring and Evaluation Health Status: E) และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความจำเป็นและขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด ตามกำหนดการฟื้นฟูสภาพและตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (Data Retrieval on Visited: R) และการศึกษาของถาวรธณ บุญเต็ม และคณะ(2565) ที่ได้ศึกษาผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่ากระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงการรับบริการและตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถจัดทีมผู้ให้บริการที่มีทักษะในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตรงตามปัญหาของผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม รพ.สต. ตามเกณฑ์การประเมิน เน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำเมื่อครบ 6 เดือน หลังเกิดโรค และการฟื้นฟูเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประเมินและฟื้นฟูอีกครั้งในเดือนที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลางและผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- กิตติยา วงษ์ชันธ์. (2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา(R&D)และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564.จากเว็บไซต์:http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012262188.pdf
- ถกถาวรณ บุญเต็ม และคณะ. (2565). ผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(3), 519-529.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552).การวิจัยและพัฒนา.ในประมวลสาระชุดวิชาการระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. หน่วยที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โรงพยาบาลยางสีสุราช.(2565). รายงานการดำเนินงานประจำปี ของโรงพยาบาลยางสีสุราช. มหาสารคาม : โรงพยาบาลยางสีสุราช.
- วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ, รุจิรา จันทร์หอม, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2565). รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*,15(2), 119-132.
- สุพักตร์ พิบูลย์ และคณะ.(2556). การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ(R&D). [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564./ จากเว็บไซต์:<https://nakhonsawanresearch.blogspot.com>