

การพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุก ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

นิยากร อินทะชั้น พย.บ.

วิรัชภรณ์ ทองมี พย.บ.

เจริญพงษ์ ประสิทธิ์เก พย.บ.

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วันรับ:	2 ต.ค. 2562
วันแก้ไข:	11 ม.ค. 2564
วันตอบรับ:	21 ม.ค. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา ระยะประเมินผล ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน (2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 30 คน (3) บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 19 คน (4) ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชนจำนวน 13 คน และ (5) บุคลากรในองค์กรของชุมชนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับอาสาสมัครชุมชน (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (3) แนวทางการสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ (5) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า (1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาที่มีผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ขาดการเข้าถึงบริการไม่ได้รับการดูแลและการจัดการอาการอย่างเหมาะสมและครอบคลุม (2) ระยะการพัฒนา ได้วางจรรยาบรรณคุณภาพเกี่ยวกับการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในชุมชน การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรผู้ให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการติดตามเยี่ยม/การส่งต่อ/การปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (3) ระยะประเมินผลพบว่า การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลและจัดการอาการไม่สบายอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงยาบรรเทาอาการปวดชนิด opioids คิดเป็นร้อยละ 90.9 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการ คิดเป็นร้อยละ 88.7 และครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการ คิดเป็นร้อยละ 90.2 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้บริการเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว และได้รับการจัดการอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบริการเชิงรุก; ผู้ป่วยระยะท้าย; การดูแลแบบประคับประคอง

บทนำ

ในปัจจุบันกลุ่มโรคเรื้อรังโรคมะเร็ง และผู้ป่วยระยะท้ายมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความต้องการกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน และเสียชีวิตอย่างสงบในประเทศไทยมีความพยายามขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557- 2559 โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾

การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังคงอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดูแล การบริการการดูแลแบบประคับประคองมีเฉพาะในบางพื้นที่⁽³⁾ การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วนและยังขาดความครอบคลุมการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการบริหารยาโดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น ข้อจำกัดในการนำยาแก้ปวดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น ออกไปใช้นอกโรงพยาบาลการควบคุมและกำกับการใช้ ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการจัดบริการแบบตั้งรับในสถานบริการ⁽³⁾ รับผู้ป่วยส่งกลับรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่งผลให้ประชาชนบางส่วนที่อยู่ในชุมชนและไม่ผ่านระบบการรักษาของโรงพยาบาลเข้าถึงบริการได้ยาก⁽⁵⁾ เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ขาดการเข้าถึงบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการอาการอย่างเหมาะสมและต้องเผชิญกับอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁶⁾ ได้แก่ อาการปวด อาการท้องผูก อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปากแห้ง อาการท้องมาน อาการไอ อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ อาการบวม อาการคัน การเกิดแผลกดทับ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นควรให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากโรคที่คุกคามต่อชีวิต ด้วยการให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

และครอบครัว ภายใต้การดูแลปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านกาย ใจ จิตวิญญาณ และครอบครัวผู้ป่วยไปพร้อมกัน⁽⁷⁾ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น สามารถทราบถึง และได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงาน เป็นบริการที่ทีมสหวิชาชีพเดินทางเข้าไปให้บริการในชุมชนเขตพื้นที่ห่างไกล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽⁸⁾ อาศัยความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการร่วมค้นหา คัดกรองค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการช่วยเหลือและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีงานวิจัยส่วนหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁹⁾ ได้ศึกษาและพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการ ขั้นการจัดทำแผนการมีส่วนร่วม และขั้นการนำไปสู่แผนการปฏิบัติ การศึกษาพบว่ามีการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ ผ่านการประชุมกลุ่มย่อย มีการกำหนดนโยบาย การจัดตั้งศูนย์การดูแลประคับประคอง และกำหนดทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย การให้บริการของศูนย์ที่มากที่สุดคือการสาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การดำเนินงานของศูนย์บริการมีจุดแข็งคือ มีนโยบายชัดเจน มีการสื่อสารที่ดี ซึ่งงานวิจัยนี้เน้นศึกษาและพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน แต่ไม่ได้กล่าวถึงการบริการเชิงรุกโดยการค้นหา คัดกรองโดยชุมชนเพื่อการส่งต่อรักษา การร่วมค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการ

แก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน โดยเฉพาะในชุมชนเขตพื้นที่ห่างไกลแต่ละชุมชนที่มีความต่างทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ⁽⁸⁾ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่แยกส่วนกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งในบางชุมชนมีความคิดว่าการให้ยามอร์ฟินทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับภาวะปวดและหอบเหนื่อยในวาระสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

โรงพยาบาลนาเชือกเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามขนาด 30 เตียง เริ่มให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 แต่ยังคงแนวทางการดำเนินงานและการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่ชัดเจน จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลระดับประคับประคองขึ้น โดยใช้ชื่อศูนย์ธรรมรักษ์ ในปีพ.ศ.2560 ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนขาดการเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลและการจัดการอาการอย่างเหมาะสม โดยปัญหาดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องการประเมิน คัดกรองและส่งต่อข้อมูลจากชุมชนเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา⁽¹⁰⁾ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของระบบการส่งปรึกษาหารือระหว่างเครือข่ายบริการระหว่างโรงพยาบาลนาเชือกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่แยกส่วนกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประสานความร่วมมือกับองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สดวกดีศรีความเป็นมนุษย์⁽⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การให้บริการและการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้ข้อมูล 2 ส่วนคือ

1. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้บริการเชิงรุกจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีงานวิจัยส่วนหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ศึกษาและพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ซึ่งงานวิจัยนี้เน้นศึกษาและพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลและประเด็นปัญหาต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากเอกสารรายงานต่างๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปประเด็นปัญหา พบว่า การดูแลที่มีอยู่เดิมเป็นการดูแลแบบตั้งรับตามการรับส่งต่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลอื่นๆ และจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่จะมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้ผ่านการส่งกลับรักษาจากโรงพยาบาลดังกล่าวและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่ยุติการรักษา ผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรมยังไม่มีมีการบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ความต้องการของผู้ดูแลต้องการการได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย⁽¹⁰⁾

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการดำเนินการพัฒนา ผู้วิจัยพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการนำผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลการวิเคราะห์สถานการณ์นำเสนอโดยการเสวนากลุ่มร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อตัดสินใจ

เลือกแนวทางแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และวางแผนการพัฒนาร่วมกัน พบว่า ได้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครชุมชนในการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล จึงเกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Plan, Acting, Observe, Reflecting: PAOR) ได้วงจรการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2 วงจรปฏิบัติการ (ภาพที่ 1) ดังนี้

วงจรที่ 1: วงจรการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) ชั้นวางแผน (Plan) ประชุมชี้แจงบุคลากรในองค์กรของชุมชนที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยการเสวนากลุ่ม ร่วมกันปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นปัญหาอุปสรรค เพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนา และวางแผนการพัฒนาร่วมกัน

2) ชั้นปฏิบัติ (Act) มีการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในชุมชน โดยมีการอบรมอาสาสมัครในการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลมายังศูนย์ดูแลระดับประคองโรงพยาบาลนาเชือก แบบคัดกรองตามข้อบ่งชี้การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคอง

สำหรับอาสาสมัครชุมชน ตามแนวทางของเขตบริการสุขภาพที่ 7 กำหนดข้อบ่งชี้ และสร้างช่องทางการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

3) สังเกตการณ์ (Observe) อาสาสมัครสามารถค้นหา คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในชุมชน เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้เพิ่มขึ้น

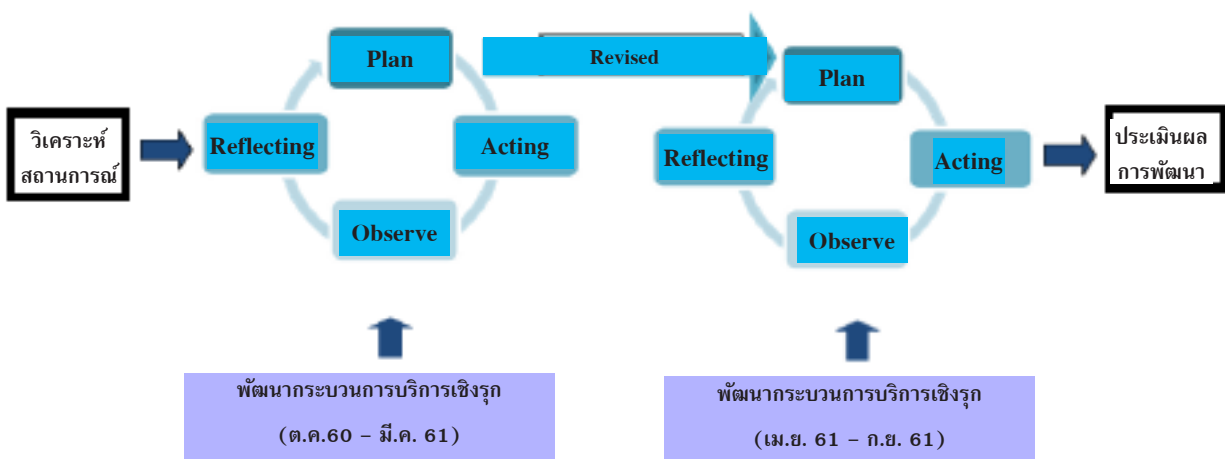
4) สะท้อนผล (Reflect) พบว่า อาสาสมัครในชุมชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ญาติยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ญาติผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ยังมีความไม่ชัดเจนในระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและการขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง

วงจรที่ 2: วงจรการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เมษายน 2561 – กันยายน 2561) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) ชั้นวางแผน (Plan) มีเวทีการประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับชุมชน

2) ชั้นปฏิบัติ (Act) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองในชุมชน แนะนำช่อง

ภาพที่ 1 วงจรการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



ทางการช่วยเหลือโดยประชาสัมพันธ์เชิงรุกช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยกู้ชีพในการบริการนำส่งผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉินได้ทั่วถึงและรวดเร็วในพื้นที่ห่างไกล

3) สังเกตการณ์ (Observe) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีระบบการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์

4) สะท้อนผล (Reflect) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีการจัดตั้งไลน์กลุ่มในการส่งต่อปรึกษาผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพ คอยรับคำปรึกษาและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ลดระยะเวลาการรอคอย ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแก่ผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการและปฏิบัติกิจกรรมตามการวางแผนการปฏิบัติโดยการเสวนากลุ่มร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ติดตามการปฏิบัติงาน ทุกเดือนร่วมกันปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นปัญหาอุปสรรค ประเมินผลขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมและปรับปรุงการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติการประเมินผลกระบวนการในการปฏิบัติงานเป็นระยะและประเมินผลลัพธ์ มีการสะท้อนถึงกระบวนการและปัญหาในการปฏิบัติการนำปัญหาร่วมปรับปรุงแก้ไข

ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย

1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 30 คน

2) บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 19 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทยจำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกคลินิกพิเศษดูแลผู้ป่วยโรคไตจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ-

ตำบล จำนวน 12 คน

3) อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในเขตอำเภอ นาเชือก จำนวน 13 คน

4) บุคลากรในองค์กรของชุมชนที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชนจำนวน 13 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 ในพื้นที่อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพัฒนารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล นาเชือก เอกสารรับรองเลขที่ EC 2560-001

ผลการศึกษา

1) จากการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโดยอาสาสมัครในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสม

2) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลจัดการอาการรบกวนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100.0

3) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับยา opioids ในการจัดการอาการปวดและหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 90.9

4) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100.0

5) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ร้อยละ 88.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 90.23

ผลลัพธ์คุณภาพด้านกระบวนการจัดการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า

1) บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายมี

ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 100.0

2) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตามแนวทางที่กำหนด

3) มีการประชุมพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาและหาทางช่วยเหลือรายกรณีชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

4) มีการจัดตั้งไลน์กลุ่มทำให้สะดวกรวดเร็วในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

5) มีระบบการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้สามารถเยี่ยมได้บ่อยทุกวันและทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการอาการไม่สบายได้อย่างรวดเร็ว

6) มีช่องทางการขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ไม่สามารถจัดการอาการได้ โดยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และกู้ชีพ อบต. ในพื้นที่

7) มีการบูรณาการวัฒนธรรม ประเพณีในชุมชน พิธีกรรมการต่อชีวิตในชุมชนโดยปราชญ์ชาวบ้าน ผสมผสานวิถีชาวบ้าน ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

8) เกิดกระบวนการการดูแลเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การสร้างความร่วมมือ (collaborative networks)
2. การร่วมค้นหาปัญหา/ความต้องการบนพื้นฐานของชุมชน (identify problems and needs)
3. ร่วมคิดและวางแผนการแก้ไขปัญหา (advance care plan agreement and approach)
4. การสร้างแกนนำชุมชน (community leaders)
5. บูรณาการความเชื่อวัฒนธรรม วิถีชาวบ้าน (integrative holistic care)
6. การร่วมปฏิบัติและประเมินผล (collaborative team care and evaluation)
7. การดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ (seamless care) การเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาระบบการการ

ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แสดงไว้ในตารางที่ 1

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการค้นหา การคัดกรอง และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ครอบครัวมองคร่อมผลการวิจัยการพัฒนาระบบการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลก่อเกิดความร่วมมือร่วมใจในทุกภาคส่วน มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการเพิ่มช่องทางในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการจัดการอาการอย่างเหมาะสมอย่างครอบคลุม ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนต่อไปได้ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปใช้สามารถอภิปรายดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลและจัดการอาการรบกวน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับดี ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลจัดการอาการรบกวนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เกิดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีวิธีทำงานที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม และมีอุปกรณ์ เครื่องมือช่วยในการดูแล

2. ด้านคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการดูแลจัดการอาการไม่สบายอย่างเหมาะสม โดยการค้นหา คัดกรองส่งต่อจากอาสาสมัครชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ

การพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การเข้าถึงบริการ	มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ / ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเชือก	- มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ / ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเชือก - มีการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัครและคนในชุมชน
2. การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย	ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ / ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเชือกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจะได้รับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่โรงพยาบาลก่อนที่จะส่งกลับไปยังชุมชน	ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่มีข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล จะมีทีมสหวิชาชีพออกพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้านโดยมีการประสานความร่วมมือไปยังพื้นที่ อบต. อสม. ผู้นำชุมชน ในการให้การช่วยเหลือ ดูแลต่อเนื่อง
3. การเข้าถึงยากลุ่ม opioids	- ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความกลัวและกังวลในการให้ยากลุ่ม opioids - ยังไม่สามารถนำยาออกนอกโรงพยาบาลได้	- มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในการให้ยาออกนอกโรงพยาบาล opioids มีการให้คำแนะนำ ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยาออกนอกโรงพยาบาล opioids ให้มีความมั่นใจในการให้ยาภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ - ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นเมื่อได้รับการจัดการอาการปวด/หอบเหนื่อยโดยใช้ยาออกนอกโรงพยาบาล opioids - มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานให้ทราบถึงความสำคัญของการใช้ยาออกนอกโรงพยาบาล opioids ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จนสามารถนำยาออกนอกโรงพยาบาลได้
4. การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	มีการส่งต่อข้อมูลลงไปยังพื้นที่เพื่อให้พื้นที่ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ - มีแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

3. ด้านองค์กร เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่ายและองค์กรของชุมชนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะและการนำผลการดำเนินการไปใช้ประโยชน์

การบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลก่อเกิดความร่วมมือร่วมใจในทุกภาค

ส่วน ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการจัดการอาการอย่างเหมาะสมอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นผลมาจากการความร่วมมือจากชุมชน ที่มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางเป้าหมายการดูแล ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป
บทเรียนที่ได้รับ

1. การร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการบนพื้นฐานของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการสร้างแกนนำ อาสาสมัครชุมชนจิตอาสาสู่การทำงานเชิงรุก โดยร่วมค้นหาปัญหา วางเป้าหมายการดูแล ร่วมวางแผนแก้ไข

ปัญหาในชุมชนร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ตามบริบทของชุมชน

2. การพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว และได้รับการจัดการอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ชัดเจน ชุมชนสามารถค้นหา คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยได้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว และได้รับการจัดการอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การมีส่วนร่วมของทีมวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการบริการเชิงรุกในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคามทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะท้าย ญาติผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพอาสาสมัครชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานครั้งนี้ และขอขอบคุณ ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย ที่ให้ความรู้และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Home-base palliative care making it happen. ใน: ลักษณ์มี ชาญ เวชช์, ตุลิต สถาวร, บรรณาธิการ. The dawn of palliative care in Thailand. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 67-76.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์

ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.

- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2016;26(3):40-50.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2550.
- อัญญา พลตเปลื้อง. ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
- คิพร อึ้งวัฒนา, พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ. การพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง; 2555.
- ประพิณ วัฒนกิจ. การจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2543.
- สุภาพร เสือรอด, อารีวรรณ อ่วมตานี. การให้บริการสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ติดชายแดนภาคตะวันตก. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;2(16):79-87.
- อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(2):1021-30.
- อุษนันท์ อินทมาสน์. การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.

Abstract: Development of Proactive Service Processes in End-Stage Patients by Community Participation in Na Chuak District, MahaSarakham Province, Thailand

Niyakorn Inthakhan, B.N.S.; Watcharaporn Thongmee, B.N.S.; Charoenphong Praseerake, B.N.S.
Na Chuak Hospital, Na Chuak District, Mahasarakham Province, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(5):845-53.

This action-research aimed to develop a proactive service process in the end-stage patients using community participation in Na Chuak District, Maha Sarakham Province. The research process consisted of 3 phases: (1) analysis phase, (2) development phase, and (3) evaluation phase. Altogether 105 individuals were included in the study: (1) 30 end-stage patients, (2) 30 caregivers, (3) 19 public health personnel, (4) 13 community leaders and community volunteers, (5) 13 personnel in relevant community organizations. It was conducted from October 2017 – September 2018. The study tools included (1) end-stage patient screening form for community volunteers, (2) satisfactory assessment form of patients and families, (3) guidelines for interviewing patients and caregivers, (4) group discussion questions, (5) end-stage patient data recording forms. Data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis. The results revealed that the end-stage patients in the community still lacked of access to services, did not receive proper care and symptom management in the analytic phase. For the development phase, implementation of the development cycles and quality cycle included (1) searching and screening for the patients by community volunteers, (2) developing the competency of service providers, (3) developing end-stage patients guidelines, and (4) follow-up/referral/consultation through the application LINE. The evaluation phase to access the services, proper care and discomfort revealed that the searching and screening of patients by community volunteers had reached all the end-stage patients, and were followed up via a home visit. Around 90.9% of the end-stage patients had good access to opioids medication. Majority of patients and their family members were satisfied with the service, 88.7% and 90.2%, respectively. The results of the study suggested that proactive services through community's participation could help finding out the patients who did not have access to the services. Thus, immediate care as well as appropriate and effective discomfort management services could be readily provided.

Keywords: proactive service; end-stage patients; palliative care