

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

กชพร เชื้อนธนะ พย.ม.

จินตนา แสงจันทร์ พย.บ.

รณิดา เชาว์ชาวเขต พย.บ.

ภัทรพล คู่ผัด วท.บ.

จุฑามาศ ชาวสำน พย.บ.

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลเชียงกลางอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

วันรับ: 28 ธ.ค. 2559

วันแก้ไข: 4 ก.ค. 2561

วันตอบรับ: 13 ก.ค. 2561

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ถึง 2559 ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก 6 ด้านเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา หมุนเกลียวกระบวนการพัฒนาทุกรอบปี จนได้ระบบและผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทั้งหมดจำนวน 290 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (2) ผู้พิการที่มีข้อจำกัด และ (3) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีทีมบุคลากรสาธารณสุขและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (จผบ.) จำนวน 96 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละในการแปลผลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาในการแปลผลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขและ จผบ. ที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรักและจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (2) บริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ (3) ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล (4) แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอและตำบล (5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานด้วยการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์แห่งความดีในหัวใจให้กับทีมงาน (6) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (7) ระบบการกำกับติดตามประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และ (8) ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยพบว่าการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพและใช้เวลายาวนานในการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.0 ของผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย เป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 68.0 มีความพิการร้อยละ 6.0 ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 21.0⁽¹⁾ แต่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างยืดเยื้อยาวนาน มุ่งยื้อชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน นำไปสู่การเสียชีวิตในโรงพยาบาลและเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย⁽²⁾ ครั้งหนึ่งของค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในช่วง 6 เดือนสุดท้ายมีมูลค่าสูงกว่าช่วงใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 10.0-29.0 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁽³⁾ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพึ่งพิงในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเครียด รวมถึงปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัว⁽⁴⁾ ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องอยู่คนเดียว ทูพพลภาพติดเตียง ขาดผู้ดูแล และเข้าถึงระบบบริการดูแลเพียงร้อยละ 56.7⁽¹⁾

การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า ลดเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม เชื่อมโยง และต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน ปัจจัยสำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการทำงานจากทุกภาคส่วนร่วมกับการใช้ศักยภาพของชุมชน โดยประสานความร่วมมือจากชุมชนมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ^(4,5)

โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2554-2556 มีจำนวน 49, 57 และ 86 ราย เป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองจำนวน 24, 31 และ

29 รายตามลำดับและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านมากที่สุดพบร้อยละ 77.9 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ร้อยละ 25.1 และเป็นผู้พิการที่มีข้อจำกัดร้อยละ 6.2 กลุ่มโรคที่ต้องดูแลมากที่สุด 3 อันดับแรกคือโรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้านแบบองค์รวมโดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการเผชิญกับความตายและการสูญเสียจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพของชุมชน ผู้ดูแลที่บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้

โรงพยาบาลเชียงใหม่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมาตั้งแต่ปี 2553 ดำเนินการในรูปแบบทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วยสหวิชาชีพภายใต้ทีมนำทางคลินิก เชื่อมโยงกับกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว มีการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ ประสานการดูแลและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่จากการวิเคราะห์ระบบการดูแล 3 ปีย้อนหลังพบว่าการดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่ผ่านการดูแลจากแผนกผู้ป่วยในเท่านั้นที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ยังมีผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงบริการคุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับต่ำ การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวมโดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ ขาดระบบสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่มีระบบการบริหารจัดการส่งต่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลการดูแลรักษาในเครือข่าย การประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในรพ.กับชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดทีมบูรณาการและเครือข่ายทางสังคมที่จะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย ทีมดูแลยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลมีความเครียด ท้อและทุกข์ ดังนั้น โรงพยาบาลเชียงใหม่จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการ

มีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ซึ่งผลจากการดำเนินงานจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ วางแผน (plan) ปฏิบัติ (act) ประเมินผลสะท้อนการปฏิบัติ (evaluation & reflection) และปรับปรุงแผน (revised-plan) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่อำเภอเชียงกลาง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556-เดือนพฤษภาคม 2559 จำนวน 3 กลุ่มได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (2) ผู้พิการที่มีข้อจำกัดที่ต้องดูแล และ (3) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 290 ราย ที่มบุคคลากรสาธารณสุขเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) จำนวน 25 คน และจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (จผบ.) ที่มาจากความสมัครใจและผ่านกระบวนการคัดเลือกจากแกนนำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลจำนวน 96 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุศาสตร์ศึกษากลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ 6 ด้านคือ (1) มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง (2) มีการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน (3) มีความต่อเนื่องในการดูแล (4) เป็นการดูแลเป็นทีม (5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล (6) เป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁷⁾ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.ขั้นการวางแผน สร้างความตระหนักรับรู้ปัญหา หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีขั้นตอนคือ

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้

SWOT Analysis เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน และภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน และศึกษาช่องว่างของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก 6 ด้านในกลุ่มทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน สร้างการมีส่วนร่วมคิดแล้วขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น

1.2 คืบข้อมูลข้อมูลสถานการณ์และปัญหาการดูแลในระดับอำเภอ ร่วมกับใช้เรื่องเล่าเจ้าพลังจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นตัวแทนชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 65 คน ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหานำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลร่วมกัน พร้อมกับการสนับสนุนงบประมาณ

1.3 หาแนวร่วมในการตัดสินใจดำเนินการโดยการคืบข้อมูลและทบทวนความเป็นไปได้ของแผนก่อนนำลงสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรที่รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องทุกรพ.สต.จำนวน 20 คน ได้ข้อสรุปตอบรับแผน แกนนำชุมชนค้นหาคนที่มีความตั้งใจในการทำงานจากทุกหมู่บ้าน

1.4 ค้นหาแนวร่วมตัวจริงเพื่อเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (จผบ.) นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในมิติทางจิตวิญญาณสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าจากการทำงานด้วยหลักสูตรความรู้สู่ความสุขในการเยียวยาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จนเกิดความตระหนักตัดสินใจเข้าร่วม

1.5 บุคลากร จผบ. และภาคีเครือข่ายที่ผ่านกระบวนการในข้อ 1.4 สมัครใจเข้าร่วมทีม ร่วมออกแบบจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาจาก best practice ระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำแผนเดิมมาทบทวนออกแบบให้เหมาะกับบริบท จนได้แผนกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้างบทบาทของทีม การพัฒนาศักยภาพ พัฒนาระบบงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

และพัฒนาระบบสนับสนุน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ SWOT analysis การระดมสมอง การวิเคราะห์ gap analysis แผนที่ความคิด (mind map) เครื่องมือการเรียนรู้ทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ (meditation) การฝึกสติ (mindfulness) การเจริญจิตภาวนา การใคร่ครวญไตร่ตรองและการสะท้อนความคิด (reflection) การฟัง (listening) การชื่นชม (appreciation) การเล่น (play) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านวงสนทนา (dialogue) และใช้วิทยากรกระบวนการกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรม

2. ชั้นปฏิบัติการ เป็นการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม เน้นการพัฒนาศักยภาพ ด้วยความรู้ควบคู่ด้วยความรัก เสริมพลังสร้างคุณค่า เสียสละใจคนทำงาน เรียนรู้จากการปฏิบัติ (on the job training) ควบคู่กับการพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาล และชุมชน เช่น คู่มือแนวปฏิบัติ การวางแผนจำหน่าย การให้คำปรึกษา การส่งต่อข้อมูล เป็นต้น พัฒนาระบบสนับสนุน ได้แก่ ฐานข้อมูล ศูนย์อุปกรณ์ กองทุนดูแลผู้ป่วย การขยายจิตอาสาและภาคีเครือข่าย บูรณาการกับงาน family medicine, long-term care (LTC), palliative care และ service plan ในสาขาที่เกี่ยวข้อง หมุนวงจรกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการฝึกทักษะการดูแลที่บ้าน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องเชิงวัตถุประสงค์ (item objective congruency: IOC) นอกจากนี้ยังใช้การประเมิน after-action review (AAR) สรุปการดูแลรายกรณี การฝึกทักษะพื้นฐานในการดูแลที่บ้าน การระดมสมอง การปฏิบัติการกลุ่ม ใบบางกลุ่ม เครื่องมือเรียนรู้ทางจิตวิญญาณ กล้องถ่ายรูป กลุ่ม LINE เยี่ยมบ้านในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในแต่ละพื้นที่

3. การประเมินผลสะท้อนการปฏิบัติในชั้นที่ 2 โดย

การประเมิน AAR หลังการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อสรุปผลและปรับแผนการดูแลเป็นรายกรณี และปรับแผนเชิงระบบ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงาน และเรื่องเล่าความดีของศูนย์การดูแลต่อเนื่องทุกตำบล การติดตามถอดบทเรียนในแต่ละพื้นที่ โดยร่วมกันพิจารณาจุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงระบบการดูแลร่วมกันทุกรอบปี รวมทั้งประเมินผลลัพธ์การดูแล ก่อนที่นำไปสู่การปรับแผนเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มอย่างแท้จริง (re-connaissance)

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ ซึ่งมีระดับ 1-3 หมายถึงพึงพอใจน้อย ปานกลาง และมาก ของโรงพยาบาลผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบวัดการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (good death) ของไพรินทร์ สมบัติ มีจำนวน 4 ข้อผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบวัดคุณภาพชีวิตนำมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL⁽⁸⁾ ประกอบด้วยมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ 5 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนน 1-5 ตั้งแต่แย่มากไม่พอใจอย่างยิ่ง ไปจนถึงพอใจอย่างยิ่ง/มากที่สุด มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอร์นบาค 0.84 แบบประเมินความสุขนำมาจากแบบประเมินดัชนีชีวิตสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความทางด้านบวก 12 ข้อ และข้อความทางด้านลบ 3 ข้อ ประกอบด้วยมาตรประเมินแบบเรียงอันดับแบบ 4 ระดับ ซึ่งมีระดับ 1-4 หมายถึงไม่เลยไปถึงมากที่สุด และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าความภาคภูมิใจในตนเอง นำมาจากแบบประเมินของ Rosenberg Self Esteem Scale ฉบับภาษาไทย⁽⁹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอร์นบาคเท่ากับ 0.85 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความ

ทางด้านบวกและข้อความทางด้านลบอย่างละ 5 ข้อ ประกอบด้วยมาตรประเมินแบบเรียงอันดับแบบ 4 ระดับ ซึ่งมีระดับ 1-4 ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกต และบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาและความสอดคล้องเชิงวัตถุประสงค์ใช้ SWOT analysis mind map เพื่อสรุปวิเคราะห์ระบบ

4. ขั้นปรับปรุงแผนจากการประเมินผลสะท้อนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในขั้นที่ 3 โดยกลุ่มเป้าหมายประเมินความพึงพอใจกิจกรรมที่กระทำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การสนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็น และสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินผลระบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในขั้นปรับปรุงก็จะเสริมจุดแข็ง ปิดจุดอ่อนเพื่อก้าวต่อ พัฒนาทักษะการสื่อสารเสริมพลังบวก สร้างคุณค่าขยายเครือข่าย

ข่ายทีม จพบ. รักษาคนเก่า ค้นหาค้นใหม่และภาคีเครือข่ายเพิ่ม บูรณาการกับงานที่เกี่ยวข้องเช่น FM, LTC, Palliative care, service plan เป็นต้น โดยปรับแผนกิจกรรมไปสู่ ขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ปฏิบัติกิจกรรมและสะท้อนกิจกรรมที่ปรับปรุง หมุนวงจรกระบวนการพัฒนาต่อยอดทุกรอบปี จนได้ระบบและผลลัพธ์ที่พึงพอใจ โดยใช้เวลาศึกษามากกว่า 3 ปี ตั้งแต่เดือน พ.ค. 2556 จนถึงปัจจุบัน กระบวนการดำเนินการพัฒนาดังสรุปในภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

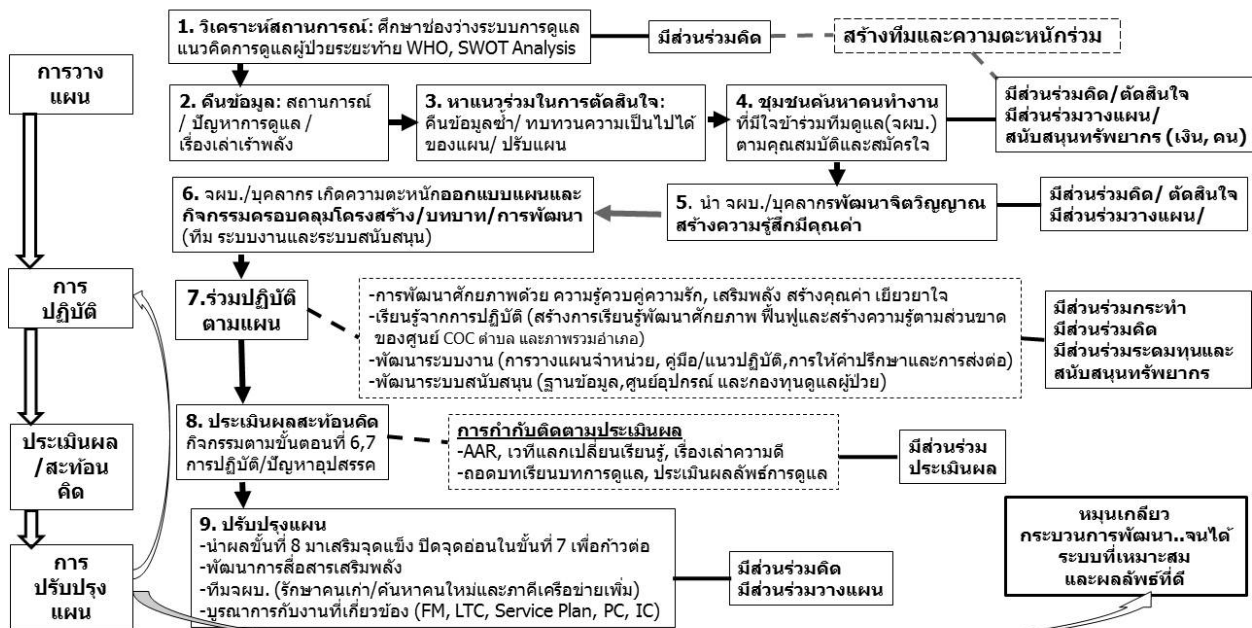
ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อย- ละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูล (content analysis) โดยนำข้อค้นพบจากการวิจัยมาเชื่อมโยงสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนา

จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน



กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ขององค์การอนามัยโลก 6 ด้าน พบว่ามีประเด็นปัญหาที่ ต้องพัฒนาดังนี้

1.1 การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่าการวินิจฉัยไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมน้อย ไม่มีระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ยังมีผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงบริการ

1.2 การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน พบว่า การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ แนวทางการประเมินมีความหลากหลายไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม การดูแลในขณะใกล้เสียชีวิตและหลังเสียชีวิตแล้วยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ทีมดูแลยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ

1.3 ความต่อเนื่องในการดูแล พบว่าการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ไม่มีเกณฑ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชัดเจน ไม่สามารถให้การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีมดูแลไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน

1.4 การมีส่วนร่วมของทีม พบว่าการประสานการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดทีมบูรณาการและเครือข่ายที่จะดูแลร่วมกัน ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข จิตอาสาบางส่วนและญาติผู้ป่วยเท่านั้น ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย

1.5 การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล พบว่า การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดระบบสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการดูแล การประสาน

ความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนยังน้อย ยังไม่มีระบบการบริหารจัดการส่งต่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลการดูแลรักษาในเครือข่าย

1.6 เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่ายังไม่มีระบบประเมินตัวชี้วัดที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.1 ข้อมูลทั่วไป/คุณลักษณะกลุ่มเป้าหมายทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบ่งตามบทบาทหน้าที่ 3 กลุ่มดังนี้ คือ (1) บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลและรพ.สต.เครือข่าย (2) ทีมในชุมชน ประกอบไปด้วย แกนนำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย คนในชุมชน ที่สมัครใจเข้ามาร่วมทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (จผบ.)รวมทั้งสิ้นจำนวน 96 คนและ (3) กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบไปด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พม.จ.) การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ผู้นำศาสนา (พระสงฆ์) เครือข่ายโรงเรียน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) สโมสรไลออนเซียกลาง-น่าน กิ่งกาชาดอำเภอ เชียงกลาง ที่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสังคมโดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิต

2.2 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

กระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่

1) การมีส่วนร่วมคิดในขั้นตอนประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค และช่องว่างการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแลที่บ้าน ในเวทีคิณข้อมูลซ้ำๆ หลายครั้งด้วยเรื่องเล่า

เร้าพลังและร่วมทบทวนผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลจนเกิดความตระหนักเป็นปัญหาของชุมชน นำไปสู่ตัดสินใจ กำหนดแผนการดูแล สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมและค้นหาคนจิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implement) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สนับสนุนทรัพยากรในการดูแล การประสานขอความช่วยเหลือ เพื่อศึกษาเพื่อจัดปัญหาให้กับผู้ป่วยและญาติ และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติการดูแลทั้งเป็นรายกรณี และภาพรวมเพื่อนำไปสู่การปรับแผนกิจกรรม นำลงสู่การปฏิบัติจนได้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พึงพอใจ

2.3. บทบาทและระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

เป็นการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนที่มีบทบาทชัดเจน คือ

1) ทีมสหวิชาชีพมีบทบาทการดูแลตามสายวิชาชีพ ตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัย ดูแลรักษาแบบองค์รวม บริหารยา และฟื้นฟูสภาพ

2) พยาบาลของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอ ตำบล เป็นผู้ให้คำปรึกษา ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนา จัดการและกำกับการดูแล เป็นที่

เลียงในการปฏิบัติ ติดตามประเมินผล

3) จผบ. ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยต้องการ ส่งต่อข้อมูลให้กับศูนย์ COC ระดับตำบล อำเภอ

4) ภาศึเครือข่าย มีบทบาทตามหน้าที่รับผิดชอบ เช่น ผู้นำชุมชนส่งเสริมให้มีกิจกรรม สนับสนุนทรัพยากร ติดตามเยี่ยมเมื่อมีปัญหาซับซ้อนหลายมิติ อปท. สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม โรงเรียนมีบทบาทในการร่วมทีมดูแลมิติจิตใจและสังคม องค์การสงฆ์ มีบทบาทเป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณให้คำปรึกษาแนวทางดำเนินชีวิต สวดมนต์ ให้พร เป็นผู้นำในการทำพิธีกรรมตามความเชื่อเพื่อตอบสนองทางจิตวิญญาณ

5) ครอบครัว/ผู้ดูแล ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ตามตารางที่ 1

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่าย สาธารณสุขอำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 1 บทบาทและระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามลักษณะของบุคลากร จผบ. และภาศึเครือข่าย

บทบาทและระดับการมีส่วนร่วม	สหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ ส.ธ.	พยาบาลศูนย์ COC ตำบล อำเภอ	จผบ./ แกนนำชุมชน	ภาศึเครือข่าย
การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - มีส่วนร่วมคิดและวางแผน โดยเป็นที่ปรึกษา - มีส่วนร่วมปฏิบัติ โดยเป็นที่ปรึกษา - สนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีส่วนร่วมคิดและร่วมวางแผน ปฏิบัติติดตามประเมินผล - การดูแลแบบองค์รวมทุกมิติ - เป็นที่ปรึกษา ประสานงาน เป็นที่เล็งการจัดการดูแล - จัดเวทีเสริมพลังสร้างคุณค่าคนทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีส่วนร่วมคิดวางแผน ปฏิบัติและสะท้อนคิดประเมินผล - การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลที่บ้าน ประสานส่งต่อ - การดูแลไปยัง COC ระดับตำบล อำเภอ - สนับสนุนทรัพยากร 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์การสงฆ์ : มีส่วนร่วมคิดวางแผน ปฏิบัติและประเมินผลการดูแลในชุมชน - เยียวยาใจและจิตวิญญาณ - โรงเรียน: ร่วมทำกิจกรรมการดูแล - อปท. NGOs: มีส่วนร่วมคิดวางแผนสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดกิจกรรม

ประกอบด้วย

1) มีทีมดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และ จพบ. ที่มาจากแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. พระสงฆ์ ผู้สูงอายุ NGOs โรงเรียน เป็นต้น ที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรัก และจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ

2) เกิดบริการและทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านตามบริบท มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่กัน ออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยตามแผนและปัญหาความต้องการ และสรุปการเยี่ยมร่วมกัน สะท้อนผลการปฏิบัตินำไปสู่การปรับแผนการดูแลทั้งรายบุคคล และภาพรวม

3) เกิดศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านทุกตำบล ตั้งอยู่ที่ รพ.สต. เครือข่ายทุกแห่งมีบทบาททั้งการประสาน ส่งต่อ ระดมทุนจัดตั้งกองทุนดูแลช่วยเหลือ และจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งการประสานงานส่วนใหญ่ผ่านระบบกลุ่ม LINE

4) มีการพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาลเชื่อมสู่ชุมชน ดังนี้ การพัฒนาคู่มือ/แนวปฏิบัติและเครื่องมือต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับอำเภอ การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้าน รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานแต่ละตำบล

5) มีการพัฒนาศักยภาพทีมดูแล โดยการพัฒนาความรู้ควบคู่ความรัก ด้านความรู้มีการพัฒนาทีมดูแลโดยใช้กระบวนการ context based learning (CBL) โดยเฉพาะการนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาเรียนรู้โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน และใช้กระบวนการ CBL, KM ในการสร้างการเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่และส่วนขาด

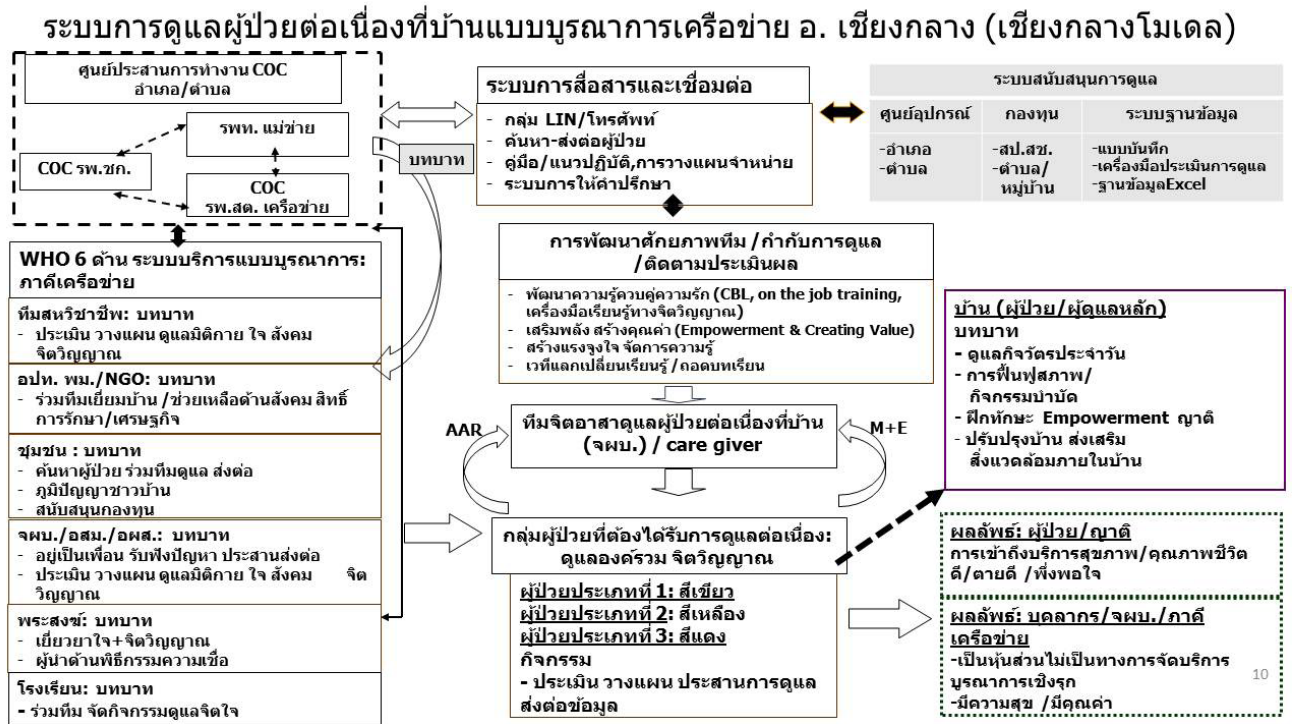
โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (on the job training) ด้านความรักเป็นการพัฒนามิติทางจิตวิญญาณ เสริมพลังสร้างคุณค่า เยียวยาใจ โดยใช้เครื่องมือเรียนรู้ทางจิตวิญญาณแทรกอยู่ในทุกหลักสูตร สร้างขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจเพื่อธำรงรักษาทีมให้สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืน และมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านอย่างครบวงจร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและใช้ชุมชนเป็นฐาน จนเกิดบุคคล พื้นที่ และภาคีเครือข่ายต้นแบบให้เป็นพื้นที่เรียนรู้และขยายค้นหาแนวร่วมในการทำงานเพิ่มขึ้น

6) มีทีมและ nurse manager ของศูนย์ COC ระดับอำเภอ ได้ปรับบทบาทเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (educating and coaching) ประสานการดูแล การจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และชุมชนในการร่วมกันดูแลทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงจัดเวทีเสริมพลังสร้างคุณค่าจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง

7) มีระบบการกำกับติดตามประเมินผล โดยใช้ AAR จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งในระดับอำเภอและตำบล การถอดบทเรียนการทำงานทุกพื้นที่ เพื่อนำมาปรับแผนการพัฒนาดังอย่างต่อเนื่อง

8) มีระบบสนับสนุนการดูแล ได้แก่ มีศูนย์อุปกรณ์ที่มีอุปกรณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งอำเภอ ได้รับสนับสนุนจากญาติผู้ป่วย อปท. อบจ. NGOs มีกองทุนดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการระดมทุนของชุมชนร่วมกับการจัดสรรเงินกองทุนฌาปนกิจศพบริจาคเข้ากองทุน และกองทุนพระเยี่ยมโยมเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีช่องทางระบบการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนือง และมีการพัฒนาเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลในการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและชุมชนให้เป็นปัจจุบันผ่านโปรแกรม Microsoft Excel Hos-xp WINscp และในปี 2560 เริ่มเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล COC Link เขต 1 สรุปรายละเอียดไว้ดังในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน



4. ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการดูแล

4.1 ด้านผู้รับบริการ

ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงปัจจุบัน จำนวน 290 ราย พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด จำนวน 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 77.25 ปี กลุ่มโรคที่พบ 3 อันดับแรกคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะ 4 โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.86 มีอายุเฉลี่ย 77 ปี กลุ่มโรคที่พบ 3 อันดับแรกคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และการหักของกระดูกจากการหกล้มตามลำดับ พบกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.72 มีอายุเฉลี่ย 50.75 ปี กลุ่มโรคที่พบ 3 อันดับแรกคือ โรคมะเร็ง อัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจล้มเหลวตามลำดับ กลุ่มผู้พิการที่มีข้อจำกัดพบน้อยสุดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 มีอายุเฉลี่ย 45.50 ปีกลุ่มโรคที่พบคือโรคอัมพฤกษ์

อัมพาตจากอุบัติเหตุ และโรคหลอดเลือดสมอง ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.3, 96.2, 95.6 เป็น 98.78 ในปี 2557-2560 ตามลำดับ สาเหตุที่ผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงบริการเนื่องจากการปกปิดข้อมูล การเจ็บป่วยจึงแสวงหาการรักษาด้วยตนเองจนกระทั่งเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งไม่มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ผลลัพธ์ทางคลินิกพบอัตราการตายของแผลกดทับอยู่ที่ร้อยละ 72.1, 71.4 และ 77.8 อัตราการ readmission ลดลงจาก 38.1, 21.0 และ 16.3 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ออกซิเจนที่บ้าน ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟู (ADL เพิ่มขึ้นเปลี่ยนกลุ่มจาก 3 เป็น 2 และ 1) ร้อยละ 58.3, 58.3 และ 66.7 ในปี 2558-2560 ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิต การตายดีและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2)

4.2 ด้าน จชม. และภาศีเครือข่าย

จชม. และภาศีเครือข่ายจำนวน 96 คน พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 41-50 มากที่สุด จำนวน 39 ราย คิดเป็น

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านจากระบบที่พัฒนาขึ้นตามตัวชี้วัด

ผลลัพธ์การพัฒนา	ปี					
	2555	2556	2557	2558	2559	2560
อัตราตายดี	83.33	85.71	95.45	96.43	97.91	98.91
อัตราความพึงพอใจ	85.19	89.81	95.30	98.15	98.88	99.39
คะแนนคุณภาพชีวิต	64.50	89.92	92.00	98.15	98.34	99.98
ระดับ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี

ร้อยละ 40.63 เป็นเพศหญิงจำนวน 72 คนคิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 25.00 มีอายุเฉลี่ย 45 ปี ภายหลังจากพัฒนาระบบมีความสุขเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 71.67 เป็นร้อยละ 89.67 และความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75.56 เป็นร้อยละ 96.94 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งพบว่า จฉบ.และภาคีเครือข่ายรู้สึกมีคุณค่าและเกิดปีติสุขจากภายในจากการเป็นผู้ให้

จฉบ. และภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน มีภาคีเครือข่ายต้นแบบในการมีส่วนร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน จำนวน 1 ภาคี คือ โรงเรียนบ้านดอนแทน มีจฉบ.ต้นแบบจำนวน 35 คนโดยมีอัตลักษณ์ของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านว่า “จฉบ. จิตอาสา ดูแลผู้ป่วย ต่อเนืองที่บ้าน ทำงานด้วยใจรักและจิตที่เมตตา” ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบข้อจำกัดคือวิถีชีวิตของชนเผ่าพื้นที่สูง เมื่อออกเรือนแล้วจะละทิ้งครอบครัวเดิมไปดูแลครอบครัวใหม่ จฉบ. จึงรับภาระที่หนักมากในการดูแลผู้ป่วย

4.3 ด้านบุคลากร

ภายหลังจากพัฒนาระบบบุคลากรมีความสุขเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 70.78 เป็นร้อยละ 95.42 และความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.42 เป็นร้อยละ 97.26 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งพบว่า บุคลากรรู้สึกมีความสุขที่เกิดทีมและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกัน มีบุคลากรต้นแบบ 6 คน มีศูนย์ COC ระดับ

ตำบลต้นแบบ 3 พื้นที่ จากกระบวนการจัดการความรู้โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเล่าความดีผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีนำมาถอดบทเรียนรวมเล่มเป็นเรื่องเล่าสีขาว และถอดประสบการณ์การใช้ธรรมะเยียวยาผู้ดูแลชีวิตที่เป็นสุขของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ตีพิมพ์ในหนังสือกล้าที่จะเปลี่ยนเผยแพร่ทั่วประเทศ

วิจารณ์

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นระบบที่สร้างความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขจฉบ. ที่มาจกคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาทีมดูแลโดยใช้กระบวนการ context based learning (CBL) โดยเฉพาะการนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาเรียนรู้โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐาน⁽¹¹⁾ และใช้กระบวนการ CBL, KM, PCA ในการสร้างการเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่และส่วนขาด สนับสนุนการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจเพื่อธำรงรักษาทีมให้สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืนและมีคุณค่า⁽¹²⁾ เกิดความร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านอย่างครบวงจร โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยชุมชน (community-based rehabilitation - CBR) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ควบคู่ไปกับการพัฒนาชุมชน

เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง⁽¹³⁾ เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และชุมชนในการร่วมกันดูแลทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางจิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการตายดี ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของฉัตรวิทย์ องค์กรสิ่ง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การรวมคนในชุมชนที่มีใจ มีจุดมุ่งหมาย มีจิตสำนึก และอุดมการณ์ร่วมกัน และการสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคนในชุมชนให้ความสำคัญกับหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัดและบทบาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น มามีส่วนร่วมเป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพชุมชน อีกทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบไปด้วย

1. การสร้างการมีส่วนร่วม โดยการคืนข้อมูลช่องว่างของการพัฒนา และเรื่องเล่าเร้าพลังที่กระทบความรู้สึกผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีสู่ชุมชนโดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ทรงอิทธิพลต่อการตัดสินใจได้ ก่อให้เกิดความตระหนัก เห็นเป็นปัญหาของชุมชน นำไปสู่การตัดสินใจ ร่วมคิดวางแผนนำลงสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผล

2. ความยั่งยืนของระบบการดูแลเกิดจากการพัฒนาศักยภาพด้วยความรู้ควบคู่ความรัก เป็นการเสริมสร้างพลัง (empowerment) สร้างคุณค่าคนทำงานโดยการให้มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับการพัฒนามิติทางจิตวิญญาณด้วยการปลูกฝังแนวคิดและเสียสละใจด้วยธรรมะ เริ่มจากกลุ่มเล็ก ๆ มาร่วมกันทำงานขยายผลเป็นพลังบวก (synergy) เพราะจิตวิญญาณ คือจุดเริ่มต้น คือแก่นกลาง และเป็นทั้งหมดของความงามของมนุษย์ ถ้าเมล็ดพันธุ์แห่งความดีเกิดขึ้นในใจก็จะเป็นคนที่มีคุณค่ามีความสุข และให้ประโยชน์กับทั้งตนเองและผู้อื่น

3. การกำกับติดตามประเมินผล ร่วมกันสะท้อนคิด นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

เป็นระยะ ทำให้เกิดการพัฒนาร่วมกัน รวมถึงการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้การทำงานร่วมกันกับชุมชน

4. การจัดบริการแบบองค์รวมที่มีส่วนร่วมตามบทบาทของบุคลากร จวบ.และภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะการดูแลในจิตใจและจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายโดยใช้ธรรมะเยียวยาเกิดผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และตายดีในที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ดี ธีระวงษ์ และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้ายมีอาการเสียชีวิตโดยสงบสูง ผู้ป่วยลดความกลัวต่อการเจ็บป่วยมีความพึงพอใจต่อการบำบัดดูแลสูงประหยัดค่าใช้จ่ายและเป็นทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีชีวิตที่ยืนยาว⁽¹⁵⁾ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจึงมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ⁽¹⁶⁾

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแบบองค์รวมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดระบบและผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ จากกระบวนการพัฒนาคนที่เน้นการพัฒนาความรู้ควบคู่ความรักจนมีทีมบุคลากรสาธารณสุข จวบ. ที่ทำงานด้วยหัวใจและจิตที่เมตตาทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านครอบคลุมทุกพื้นที่ ก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจร ต่อเนื่องและยั่งยืน กลุ่มคนทำงานเกิดปิติสุขจากภายในกับการเป็นผู้ให้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) คือ UCARE (1) โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมเป็นหนึ่งเดียว (Unity District Health Team) (2) ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางการ

ทำงาน (community participation) (3) ผ่านกระบวนการ
 ชื่นชม ยกย่องให้เกียรติ เสริมกำลังใจให้กันและกัน (ap-
 preciation) (4) มีการพัฒนาบุคลากรและร่วมกันแบ่งปัน
 ทรัพยากร (resource sharing and human development)
 (5) เน้นสิ่งที่ปัญหาสุขภาพในบริบทพื้นที่(essential
 care) ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันเป็นปัญหาที่ซับซ้อน
 มีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมสิ่ง-
 แวดล้อมและความเป็นอยู่ ดังนั้น ในการแก้ปัญหาสุขภาพ
 จึงมีความจำเป็นบูรณาการไปพร้อมกับการพัฒนา
 คุณภาพชีวิตทั้งด้านสังคมความเป็นอยู่โดยให้ส่วนราชการ
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคเอกชนและภาคีภาค
 ประชาชนร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือคุณภาพชีวิต
 และสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณณัด ไบยา สำนักงานสาธารณสุข
 จังหวัดน่าน ดร.นภดล สุดสม โรงพยาบาลบ้านหลวง กลุ่ม
 พระอาสาศานาธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่
 สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ บุคลากรสาธารณสุขในโรง-
 พยาบาลเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 เครือข่ายทุกแห่ง ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน จิตอาสาดูแล
 ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอก
 ชุมชนที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ชี้แนะและให้ความร่วมมือ
 ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุต, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล,
 ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลีลี อิงศรีสว่าง. รายงานผลการศึกษา
 เบื้องต้นการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556
 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรม
 อามัย ร่วมกับ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
 ด้านสุขภาพ (HITAP); 2557 [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค.2559].
 แหล่งข้อมูล: [http://www.hitap.net/wp-content/up-
 loads/2014/09/prelim_elderly_survey.pdf](http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/prelim_elderly_survey.pdf)
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ
 แบบ palliative care. ใน: กิตติพล นาควิโรจน์, บรรณาธิการ.

คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพ-
 มหานคร: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 3-7.

3. ชุตติมา อรรถสิทธิ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคอง
 สาย, จิตปราณี วาศวิท, อรรถศรี อินทามิ, อาทิตยา เทียมไพโร
 วัลย์. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้าน
 สุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. สถาบันวิจัย
 ระบบสาธารณสุข; 2550.
4. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อีรพร สติธองกุล, ทิพย์สุดา ลาภภักดี.
 การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์
 การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
5. รัชฎาพร สีลา, สุกัญญา หังสพฤกษ์, สาคร ภูน้ำเย็น, ชาลีมาศ
 ต้นสุเทพวิรวงศ์, จุฑาทิพย์ พิทักษ์, สายใจ วอนขอพร. คู่มือ
 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีม
 หมอครอบครัว. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง;
 2558.
6. World Health Organization. National cancer control pro-
 grammes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed.
 Geneva: World Health Organization; 2000.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rd ed.
 Victoria: Deakin University; 1988.
8. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory factor
 analysis of Rosenberg self-esteem scale: a study of Thai
 student sample. J Psychiatr Assoc Thailand 2011;56:59-
 70.
9. ไพรินทร์ สมบัติ. แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่า
 งามหรือการตายดี (dead with dignity/good dead). น่าน:
 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว; 2555.
10. WHO Programme on Mental Health. Measuring quali-
 tyof life: the World Health Organization quality of life
 instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.
11. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธา-
 ราชสุข. ทีมหมอครอบครัว (family care team). กรุงเทพ-
 มหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
12. เดชา แซ่หลี, กฤตพงษ์ ไรจนวิภาต, สุกัญญา หังสพฤกษ์,
 ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, ทศนีย์
 ญาณะ, บรรณาธิการ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพ
 ระดับอำเภอ (รสบอ.). นนทบุรี: โครงการพัฒนาองค์ความรู้
 แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบ
 สุขภาพระดับอำเภอมูลนิธิแพथ์ชนบทภายใต้การสนับสนุน
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.

13. นริสา วงศ์พนารักษ์, ศิรินาถ ตงศิริ. การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6:6-10.
14. ฉัตรวิทย์ องคสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
15. ณรงค์ศักดิ์ ธีระวงษ์, ศิริโรจน์ กิตติสารพงษ์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ปพนพัชร ภิบาลพัทตร์. ผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งระยะโรครายปี 2551. สกลนคร: วัดคำประมง พรรณานิคม; 2555.
16. วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

Abstract: Development of Home Health Care for Patient with Continuing Care Needs Using Community Participation Approaches in Chiang Klang District, Nan Province

Kochaporn Khueantana, M.N.S.; Jintana Sangjan, B.N.S.; Ramida Chaochawakhet, B.N.S.; Patharapol Duphat, B.Sc.; Jutamas Chaosan, M.N.S.

Continuing of Care, Chiang Klang Hospital, Chiang Klang District, Nan Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:273-85.

This study aims to develop home health care system for patient with continuing care needs using community participation approaches. Between 2013 and 2016, using the concept of palliative care patients, the WHO 6 concept is oriented content. The action research and participatory framework is to drive the development process. Screw the development process every year, until the system and the results are satisfactory. A total of 290 patients were divided into three target groups (dependent elders, disabled people and palliative care patients). Home health care services were conducted by public health team and continuing care volunteer (n=96). The quantitative data was analyzed using percentage and the qualitative data was analyzed using content analysis. The findings show that the home health care system for patient with continuing care needs using community participation approaches consist of (1) building humanized health care network (public health team and continuing care volunteer), (2) integrated health care services and teams, (3) setting-up the care coordination center in sub district level, (4) developing district guidelines for care coordination center, (5) supporting the empowerment of health care network to cultivate the seeds of goodness, (6) setting-up the COC district center for complex continuing care patients, (7) continuously monitoring and evaluation by using knowledge sharing forum, and (8) supporting COC systems such as equipment, funding and data base system of continuing care patient. This approach could improve patient access to continuing care services and increase their quality of life, satisfaction and good death.

Keywords: home health care system, community participation