



รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเอง

ขอรกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการ
การดูแลแบบเรื้อรัง
และผู้ป่วยดูแล



Chronic
Care



S
M
S
N

กองการพยาบาล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดย



รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

ISBN 978-616-11-4589-7

บรรณาธิการ

ดร.ธีรพร

สถิรอังกูร

นางศิริมา

ลีละวงศ์

ผู้เขียน

ดร.ธีรพร

สถิรอังกูร

นางศิริมา

ลีละวงศ์

นางสาวหทัยรัตน์

บุญแก้ว

นางสาวพัชรี

เนียมศรี

กองบรรณาธิการ

นางสาวขวัญณา

ขวัญสถาพรกุล

จัดพิมพ์โดย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1

พ.ศ. 2564 จำนวน 500 เล่ม

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิสย์

เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล

แบบเรื้อรังและผู้ดูแล.- นนทบุรี :

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2564

102 หน้า

1. การพยาบาล 2. การจัดการสุขภาพตนเอง 3. การดูแลแบบเรื้อรัง I.ชื่อเรื่อง

ISBN: 978-616-11-4589-7

คำนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) และกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นจึงมีนโยบายให้บุคลากรสุขภาพนำยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในระบบสุขภาพ ที่ใกล้ชิดกับประชาชนและให้บริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ รวมถึงในชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่การปฏิบัติ

กองการพยาบาลเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าว จึงมุ่งเน้นบทบาทพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน โดยมีการพัฒนางานการพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน การพัฒนาหลักสูตรผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนารูปแบบและกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้บริหารการพยาบาลเขตสุขภาพ เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2560 กองการพยาบาลได้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจงตามลักษณะของปฏิบัติกรพยาบาล 5 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง (Chronic care) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง (Intermediate care) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว (Long term care) และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ประชาชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล 5 กลุ่มเฉพาะดังกล่าว สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ จึงนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกรอบการพัฒนาเพื่อส่งเสริมให้

พยาบาลนำมาใช้สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะกลุ่มให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ด้วยเหตุนี้กองการพยาบาลจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล 5 กลุ่ม

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล นี้ เป็น 1 ใน 5 ของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะกลุ่มที่กองการพยาบาลพัฒนาขึ้น มุ่งหวังให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลในหน่วยงาน ส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสามารถจัดการตนเอง ทั้งนี้กองการพยาบาลขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนารูปแบบ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คณะทำงานจากกองการพยาบาล และคณะทำงานในพื้นที่จังหวัดระยอง ที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เพื่อใช้ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีในที่สุด

กองการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตของการพัฒนาและการใช้รูปแบบ	4
นิยามศัพท์	4
กระบวนการพัฒนารูปแบบ	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ	10
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	11
ทฤษฎีระบบ	12
แนวคิดการจัดการตนเอง	14
แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง	20
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง	21
แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง	24
บทที่ 3 รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง	27
ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล	
องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนการจัดการบริการพยาบาลในการ	29
สร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง	
องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง	34
1. การเตรียมเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมการจัดการ	35
สุขภาพตนเอง	
2. การจัดบริการพยาบาลตามกระบวนการสร้างเสริม	38
การจัดการสุขภาพตนเอง	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.1 กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการ สุขภาพตนเอง	38
2.2 กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง	41
3. โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเอง	45
องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	48
บทที่ 4 การนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการ สุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ	51
ขั้นตอนการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ	52
การสนับสนุนการดำเนินงานจากกองการพยาบาล	57
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	63
ก รายนามคณะกรรมการ คณะทำงาน และผู้ทรงคุณวุฒิ	64
ก – 1 รายนามคณะกรรมการและคณะทำงาน กองการพยาบาล	65
ก – 2 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาร่างรูปแบบ	68
ก – 3 รายนามคณะกรรมการและคณะทำงานทดลองใช้รูปแบบ	70
ก – 4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประชาพิจารณ์ร่างรูปแบบ	75
ข ตัวอย่างเครื่องมือ	77
ข – 1 ตัวอย่างแบบบันทึก “แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการ สุขภาพตนเอง”	78
ข – 2 ตัวอย่างแบบบันทึก “แผนการจัดการสุขภาพตนเอง”	83
ค ตัวอย่างตัวชี้วัด	85

สารบัญแนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1-1	ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล	9
3-1	รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล	28
3-2	กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล	38
4-1	ขั้นตอนการนำารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองสู่การปฏิบัติ	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) หรือ โรควิถีชีวิต เป็นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มจำนวนเป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก (World Health Organization, 2018) องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วนกับ 4 กลุ่มโรคหลัก ประกอบด้วย 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคมะเร็ง 3) โรคเบาหวาน และ 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559) สำหรับประเทศไทย มีรายงานเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 75 และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน (อรรถเกียรติกาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา, 2563) อย่างไรก็ตาม โรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น 300% ในปี พ.ศ. 2592 ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด (Pain) เปราะบาง (Debility) พิการ (Disability) พึ่งพิง (Dependence) สูญเสียหน้าที่ของการทำงานอวัยวะสำคัญ (Lost Physical Function) และความสามารถการเคลื่อนไหว (Less Mobility) และตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก เป็นภาระการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีกิจกรรมที่ปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพ ใฝ่ระวัง จัดการอาการรบกวน และความผิดปกติที่มีผลกระทบกับการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมหรือกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดการเพื่อได้รับการรักษาครบถ้วนเหมาะสม หากควบคุมโรคไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต จากรายงานแนวโน้มผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต

จากโรคเรื้อรังแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ จะสามารถส่งผลให้การเจ็บป่วยดีขึ้นในเชิงการควบคุมโรค การไม่เพิ่มความรุนแรงของโรค และอาจส่งผลให้เกิดการหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ และได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในวงการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 1996) ซึ่งการจัดการสุขภาพตนเองจะสำเร็จและได้ผลอย่างยั่งยืนนั้น เกิดจากการจัดการศึกษาและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ โดยการเพิ่มทักษะและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและประเมินผลความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนแผนและให้การสนับสนุนเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม

พยาบาล นับว่าเป็นบุคลากรสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ให้สามารถมีทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามบริบท รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสอดคล้องกับการเจ็บป่วยและ

ภาวะสุขภาพของตน เพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ และให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ปลอดภัย แก่กลุ่มผู้มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน ในปี พ.ศ. 2557 และพัฒนาบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้บริหารการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2559 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น กองการพยาบาลได้ศึกษาสถานการณ์และทบทวนรูปแบบการดูแลต่อเนื่องของบทบาทพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การให้บริการพยาบาลของพยาบาลส่วนใหญ่ ยังมีการดำเนินการในลักษณะกลวิธีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เต็มความสามารถของตนเอง จึงส่งผลให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคให้ลดลงหรือไม่ให้รุนแรงขึ้น กองการพยาบาลจึงนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) มาใช้เสริมสร้างให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยมีเป้าหมายให้การเจ็บป่วยดีขึ้น ในเชิงการควบคุมความก้าวหน้าของโรค และอาจส่งผลให้เกิดการหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ จึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ขึ้น เพื่อให้พยาบาลนำไปใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ควบคุมความก้าวหน้าของโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

2. เพื่อให้ผู้บริหารการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุน กำกับ ติดตาม ให้พยาบาลได้แสดงบทบาทในมิติการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

ขอบเขตของการพัฒนาและการใช้รูปแบบ

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้เงื่อนไข และขอบเขตการนำไปใช้ ดังนี้

1. ด้านเนื้อหา พัฒนาภายใต้บริบทของสถานบริการสุขภาพทุกระดับในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาโดยใช้แนวคิดสำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีระบบ แนวคิดการจัดการตนเอง แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง

2. ด้านพื้นที่ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน (Community-based) หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังที่บ้าน (Home-based) หากหน่วยงานอื่นประสงค์นำไปใช้ จำเป็นต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพ

3. ด้านประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ และสามารถดำเนินการได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกโรค

นิยามศัพท์

นิยามศัพท์เฉพาะของรูปแบบ มีดังนี้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เป็นยาวนาน (Long Duration) และมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ (Slow Progression) การเจ็บป่วยที่เป็นนานกว่า 3 เดือน ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้

การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่ยังมีภาวะเจ็บป่วยเหลืออยู่ และกลุ่มผู้ที่ต้องการ การพยาบาลแบบเรื้อรัง โดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี

การจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยตนเองร่วมกับ ครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพ ตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล หมายถึง ระบบการพยาบาล ที่ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล (Patient and Family Care Center) สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังมีความสามารถในการ จัดการสุขภาพตนเองร่วมกับผู้ดูแลหรือครอบครัวได้ รูปแบบการพยาบาลพัฒนา จากทฤษฎีระบบ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง และ แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง

กระบวนการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่ม ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกระบวนการในการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกิจกรรมดังนี้

1. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล (ภาคผนวก ก - 1) สํารวจ และคัดเลือกจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังที่เป็นที่ยอมรับจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งได้เป็นเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดน่าน

2. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต การบริการพยาบาลของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดน่าน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดน่าน

3. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล กำหนดกรอบแนวคิดและยกร่างขอบเขตเนื้อหาารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ได้ “ร่างกรอบแนวคิดรูปแบบ” นำเข้าสู่การพัฒนาเนื้อหาในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกิจกรรมดังนี้

1. ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และนักวิชาการพยาบาล (ภาคผนวก ก - 2) เพื่อระดมความคิด พิจารณาความสมบูรณ์และความเหมาะสมของเนื้อหา

2. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล พัฒนาร่างเนื้อหาในรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ “ร่างรูปแบบฉบับทดลองใช้”

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกิจกรรมดังนี้

1. แกนนำเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดระยอง วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังของจังหวัด คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบดำเนินการครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ และแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ (ภาคผนวก ก - 3) ซึ่งพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังเป็นอันดับต้นๆ มีความพร้อม และอาสาสมัครทดลองใช้รูปแบบได้แก่ พื้นที่เขตอำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง

2. พัฒนาศักยภาพคณะทำงานและทีมงานทดลองใช้รูปแบบของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดระยอง จำนวน 50 คน โดยจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยภาคทฤษฎี และฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 3 วัน

3. ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ระยะเวลาทดลองใช้ 6 เดือน

4. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ติดตาม นิเทศเสริมพลังคณะทำงานในพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบ

5. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ทบทวนประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบเป็น “ร่างรูปแบบฉบับประจำพิจารณา”

ขั้นตอนที่ 4 สรุปรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกิจกรรม ดังนี้

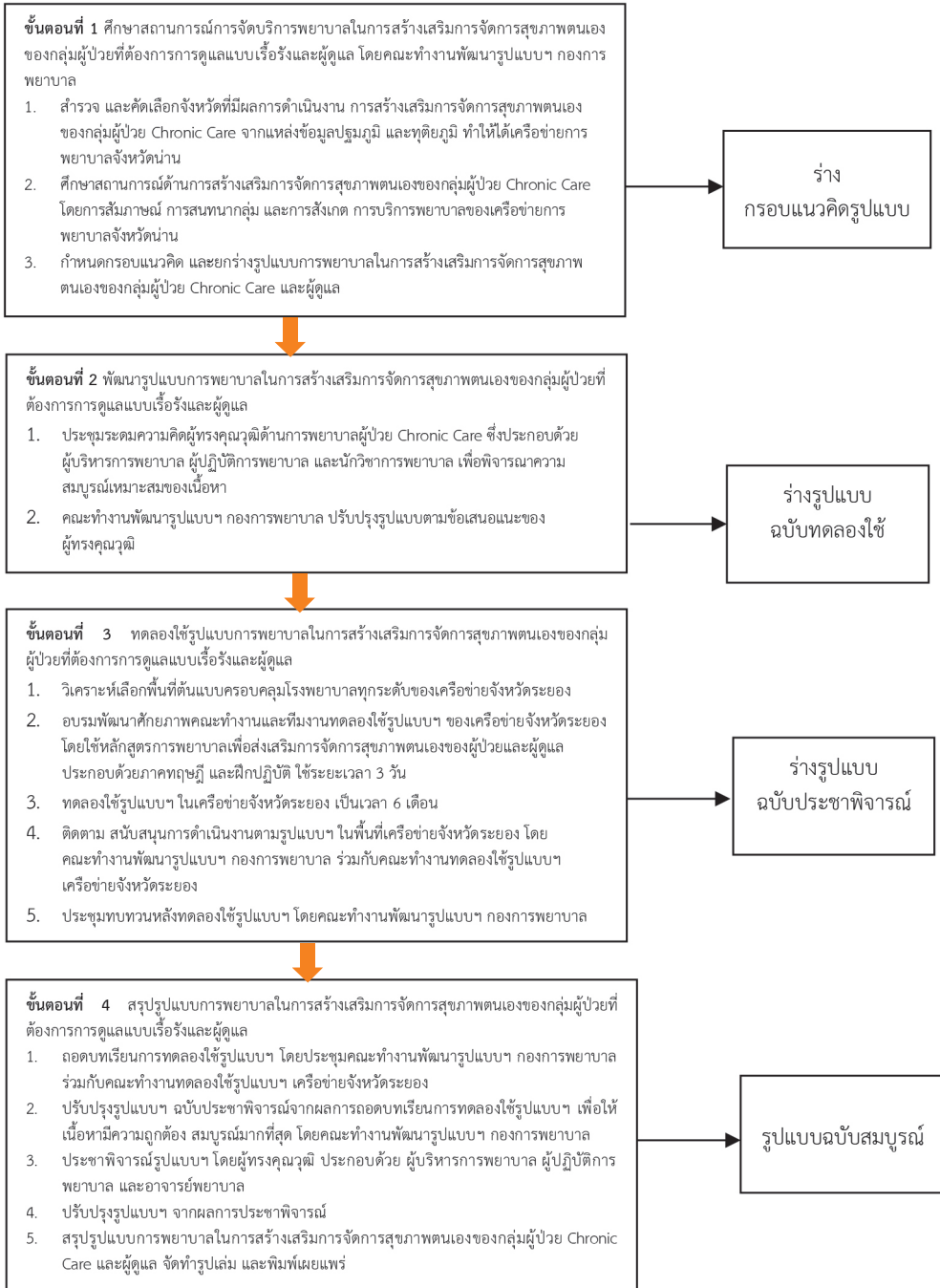
1. ถอดบทเรียนการทดลองใช้รูปแบบ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ร่วมกับคณะทำงานทดลองใช้รูปแบบ

2. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ปรับปรุงรูปแบบจากผลการถอดบทเรียนการทดลองใช้รูปแบบ เพื่อให้เนื้อหา “ร่างรูปแบบฉบับประชากรณ์” มีความถูกต้อง สมบูรณ์มากที่สุด

3. ประชากรณ์รูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และอาจารย์พยาบาล (ภาคผนวก ก - 4)

4. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน กองการพยาบาล ปรับปรุงและสรุปรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล จากผลการประชากรณ์ จัดทำรูปเล่ม และพิมพ์เผยแพร่

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีกระบวนการดังแผนภาพที่ 1 – 1



แผนภาพที่ 1 - 1 ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ

การนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ไปใช้ในการบริการพยาบาลของโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติ

1.1 พยาบาลสามารถปฏิบัติพยาบาลโดยนำหลักการจัดการสุขภาพตนเอง บูรณาการกับหลักการพยาบาล มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

1.2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเอง และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม มีสุขภาวะที่ดีในที่สุด

2. ระดับสถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงาน

มีบริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการ ส่งผลให้ลดต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อีกด้วย

3. ระดับประเทศ

ตอบสนองนโยบายสุขภาพ และยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ลดปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม ควบคุมความก้าวหน้าของโรค เผื่อระวังอาการผิดปกติ ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจัดการกับความเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพ ใส่ใจดูแล รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน โดยผสมผสานแนวคิดด้านการพยาบาล บุรณาการศาสตร์และศิลป์ในการเข้าถึง เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยและประชาชน ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรค และปัญหาสุขภาพ การพัฒนา “รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล” นี้ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเพิ่มศักยภาพความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันเหมาะสม ควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าของโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรคลุกลามไปสู่ความรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของตนเอง

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล นี้ เป็นการพัฒนารายละเอียด ทฤษฎีและแนวคิดหลักสำคัญ ดังนี้

1. ทฤษฎีระบบ
 2. แนวคิดการจัดการตนเอง
 3. แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง
 4. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง
 5. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง
- รายละเอียด ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ที่ทำให้เกิดความสมดุลในปัจจุบันและเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาล โดยมีคำถามก่อนอื่นว่า “ปัจจัยอะไรที่ต้องมีการจัดการก่อน” เพื่อเป็นส่วนสนับสนุน ก่อเกิด ปัจจัยเหล่านี้เรียกว่า “ปัจจัยนำเข้า” การทำให้เกิดลำดับขั้นตอนของการพัฒนางานที่ดี เรียกว่า “กระบวนการ” สำหรับผลที่ส่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและผู้ป่วย เรียกว่า “ผลผลิตและผลลัพธ์” และส่วนที่ทำให้เกิดการตรวจสอบในระบบ เรียกว่า “ข้อมูลย้อนกลับ” ซึ่งทั้งหมดเป็นวงจรการขับเคลื่อนของทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน (Cordon, 2013; Ivancevich et al., 2014; Von Bertalanffy, 1968; Von Bertalanffy, 1975) ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1.1 นโยบาย เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ซึ่งนโยบายที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของพื้นที่ในระดับต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับรูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นนโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และการดำเนินงานตามนโยบายจะเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ อันจะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

1.2 คน เป็นทรัพยากรสำคัญที่ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานตามเป้าหมาย คนในที่นี้ประกอบด้วย 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยการดึงสมรรถนะและความสามารถของกลุ่มประชาชนและผู้ป่วย ให้รับรู้ความสามารถของตนเอง 2) กลุ่มประชาชนและผู้ป่วย เป็นกลุ่มที่ต้องจัดบริการพยาบาลให้ได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพและความคาดหวังด้านสุขภาพ 3) กลุ่มสหวิชาชีพและบุคลากร

สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพให้บรรลุตามแผนงานที่กำหนด และ 4) กลุ่มภาคีเครือข่ายภาคเอกชน มูลนิธิ ที่สนับสนุนเพิ่มเติมจากระบบบริการสุขภาพปกติเพื่อประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ

1.3 วัสดุอุปกรณ์ เป็นเครื่องมือเครื่องใช้ในกระบวนการดำเนินงาน

1.4 งบประมาณ เป็นเงินที่ถูกกำหนดตามแผนกิจกรรมที่คาดว่าจะต้องใช้จ่าย โดยการวิเคราะห์ คำนวณล่วงหน้า เพื่อสนับสนุนให้กิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

1.5 เทคโนโลยีและสารสนเทศ เป็นการนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารและคอมพิวเตอร์มาจัดการข้อมูล โดยการรวบรวม จัดเก็บ ใช้งาน ส่งต่อ หรือสื่อสารระหว่างกันด้วยความรวดเร็ว รวมถึงวิธีการที่จะใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดบริการพยาบาล

2. กระบวนการ (Processes) เป็นขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ของระบบ

3. ผลผลิตและผลลัพธ์ (Outputs and Outcomes) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากระบบ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด

4. ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป็นการให้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผลผลิตหรือกระบวนการขององค์การในการกำหนดปัจจัยนำเข้า และปรับปรุงกระบวนการ ในการดำเนินการครั้งต่อไป

ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการพัฒนางานที่ช่วยให้ผู้พัฒนาดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะปฏิบัติก่อน - หลัง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนและผู้ป่วย

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่า ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สนับสนุนให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (Kanfer and Gaelick, 1986)

ความหมายของการจัดการตนเองโดยสรุปตามรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่เกิดจากความร่วมมือและสมัครใจ มีเป้าหมายเพื่อการป้องกัน ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้รุนแรง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของประชาชนและผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติกิจกรรมจะได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการจัดการตนเอง พร้อมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจจัดปัญหา และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะ อันจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี

แนวคิดการจัดการตนเอง จะเป็นบทกำหนดในการดำเนินงานสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง การที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายให้เกิดการจัดการตนเองได้นั้น พยาบาลต้องมีความเข้าใจในองค์ประกอบ และข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละแนวคิดที่จะนำไปใช้ ในที่นี้ขอเสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับการจัดบริการพยาบาล ดังนี้

1. การจัดการตนเองตามแนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) แนวคิดนี้เน้นการจัดการตนเองเป็นวงจรแบบพลวัตรของผู้ป่วย ที่พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในแต่ละขั้นตอน ครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดเป้าหมาย (Goal Selection) เป็นการนำเสนอข้อมูลสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการคัดเลือกรูปแบบสุขภาพที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต นำสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล เพื่อควบคุมภาวะของโรคในแต่ละระยะไม่ให้รุนแรงเพิ่มขึ้น

1.2 ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) เป็นการรวบรวมข้อมูลของทั้งพยาบาล ประชาชน และผู้ป่วย กล่าวคือ บทบาทของพยาบาลต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งบรรลุและไม่บรรลุตามเป้าหมาย ส่วนบทบาทของประชาชนและผู้ป่วย ต้องมีการเฝ้าระวัง ตรวจสอบสังเกตตนเอง และบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติตามแผนที่ร่วมกันกำหนด

1.3 ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและประเมินผลข้อมูล (Information Processing and Evaluation) เป็นการนำข้อมูลจากพยาบาล ประชาชน และผู้ป่วย ที่ได้จากการเก็บรวบรวมในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ พยาบาลอาจใช้วิธีเชิงสถิติหรือเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดเพื่อหาสาเหตุ ทั้งที่บรรลุเป้าหมายและไม่บรรลุเป้าหมาย และหากวิถีการจัดการตนเองที่ดียิ่งขึ้นเพิ่มเติมเพื่อจัดการกับผลของการเจ็บป่วย

1.4 ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการนำผลการวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 3 มาเป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยตัดสินใจภายใต้ข้อมูลสุขภาพของตนเองในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพได้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยตนเอง และกำหนดแผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมภาวะของโรค

1.5 ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมภาวะของโรคที่ได้จากขั้นตอนที่ 4

สู่การปฏิบัติโดยประชาชนและผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ภายใต้การได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมจากพยาบาล

1.6 ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินผลตนเองของประชาชนและผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามแผนจากขั้นตอนที่ 5 เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและควบคุมภาวะของโรคว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งประเมินความต้องการเพิ่มทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง และพยาบาลต้องตอบสนองความต้องการการเพิ่มความรู้และทักษะการจัดการสุขภาพตนเองให้ประชาชนและผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

2. การจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) แนวคิดนี้มีจุดเน้นการจัดการตนเองภายใต้กระบวนการทางจิต (Psychological Process) ในการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรค โดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิตสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายไว้ วิธีการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ ประกอบด้วย

2.1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการเตือนตนเอง โดยประชาชนและผู้ป่วยสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมอย่างเป็นระบบ รวมถึงบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากการพิจารณาตัดสินใจอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหาที่ผ่านมา และวางแผนปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาต่อไป วิธีการนี้มีการกำหนดเป้าหมายที่ประชาชนและผู้ป่วยต้องการจะทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การกำหนดเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของประชาชนและผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ วิธีการในการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (รัชนีวรรณ ตูแก้ว, 2550) ได้แก่

2.1.1 เลือกกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน

2.1.2 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน และฝึกให้สามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่

2.1.3 ฝึกการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองให้มีความแม่นยำ กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

2.1.4 ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.1.5 แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

2.1.6 ประเมินผลหรือวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งหากผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย สามารถนำมาใช้ในการเสริมแรงตนเอง

2.2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้น การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

2.3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการเสริมแรงจิตใจ (Motivation) หรือเป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้ ส่งผลให้มีความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเสริมแรงนี้มีทั้งที่เป็นการเสริมแรงจากภายในและการเสริมแรงจากภายนอก การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเสริมแรงทางบวก เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้นๆ สิ่งที่ทำให้ภายหลังพฤติกรรมนี้ เรียกว่า ตัวเสริมแรง และ 2) การเสริมแรงทางลบ เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วสามารถถอดถอน หรือหลีกเลี่ยงให้พ้นจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา

3. การจัดการตนเองตามแนวคิดของไรอันและซาวิน (Ryan and Sawin, 2009) เป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual

and Family Self-management) โดยเชื่อว่า ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน (Family as a unit) มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยมีกระบวนการจัดการตนเอง 3 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 องค์ประกอบที่ 1 ความรู้และความเชื่อ (Knowledge and Belief)

3.2 องค์ประกอบที่ 2 การกำกับและการควบคุมตนเอง (Self-regulation)

3.3 องค์ประกอบที่ 3 การช่วยเหลือทางสังคม (Social Facilitation) เป็นการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม

องค์ประกอบของการจัดการตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันภายใต้บริบทของปัจจัยเฉพาะโรค ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ระบบส่งต่อการดูแลรักษา สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว มีผลต่อการลดทอนการจัดการตนเอง เช่น ทักษะคิด ระยะเวลาพัฒนาการการรู้คิด และความผูกพันในครอบครัว เป็นต้น โดยการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคตามความเป็นจริง และมีความเชื่อในภาวะสุขภาพ มีการยอมรับภาวะหรือพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามความคาดหวัง มีการควบคุมตนเอง โดยมีทักษะและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถคิดพิจารณาถึงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยใด รวมทั้งหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal Setting) ร่วมกับการวางแผนดำเนินการด้วยตนเองและครอบครัว หลังจากดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว มีการประเมินและติดตามผลลัพธ์ด้วยตนเองเป็นระยะๆ ถึงพฤติกรรมที่ทำได้จริงเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงแผนการดำเนินงานต่อไป การช่วยเหลือทางสังคมเป็นการเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวกลงในสังคม ซึ่งการจะได้รับการสนับสนุนได้สะดวกมากหรือน้อย จะเกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่จะดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งการเข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกในสังคมนี้ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลและครอบครัว มีบทบาทร่วมกัน มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง

สำหรับผลลัพธ์ตามแนวคิดนี้ เป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงในบริบท ได้แก่ ปัจจัยเฉพาะโรค ปัจจัยทางกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยภายในกระบวนการ (ความรู้และความเชื่อทางสุขภาพ การควบคุมตนเอง การอำนวยความสะดวกจากสังคม) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

จะเห็นว่าการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของประชาชนและผู้ป่วย เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข การจัดการตนเองมีหลายแนวคิด เช่น แนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) แคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) และไรอัน และซาวิน (Ryan and Sawin, 2009) เป็นต้น ซึ่งนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล นี้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการควบคุมและจัดการสุขภาพตนเอง ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้อรุนแรง ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยตนเอง

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วย แนวคิดการจัดการตนเองทำให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิต และช่วยให้มีอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในมุมมองของการจัดการตนเอง คือ การเฝ้าสังเกต หรือจัดการอาการ และสัญญาณของความเจ็บป่วย ในขณะที่มุมมองกว้างมองว่า การจัดการตนเอง คือ สิ่งที่ตั้งใจบุคคลให้ปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน การส่งเสริมการรักษา และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งสามารถลดการพึ่งพาระบบสุขภาพได้ สำหรับการจัดการตนเองในมุมมองกว้างเป็นที่ยอมรับของกระบวนการดูแลสุขภาพ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างของการสนับสนุนและความสัมพันธ์ที่หลากหลาย เพื่อที่จะก้าวไปสู่การจัดการตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพสุขภาพต้องมีการสร้างความตื่นตัวในชุมชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลในการจัดการและรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง (Spearing, Eakin, and Wilson, 2005)

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) (Glasgow, et al., 2003; Glasgow, et al., 2006) เป็นปัจจัยประเมินภาวะส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถจัดการสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ในการสนับสนุนและสร้างเสริมความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้

1. Assess หมายถึง การประเมินปัญหา โดยประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมถึงความเชื่อ พฤติกรรม และความรู้
2. Advice หมายถึง การให้คำแนะนำ ในข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงในการจัดการตนเอง
3. Agree หมายถึง การตกลงบริการ โดยพยาบาลกำหนดเป้าหมายการจัดการสุขภาพตนเองร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ทั้งนี้เป้าหมายนั้นต้องเป็นเป้าหมายที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสำคัญ และ

เชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้ ไม่ใช่เป้าหมายที่พยาบาลประเมินปัญหาทางคลินิกตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย

4. Assist หมายถึง การช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือและการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยการสอน สาธิต เป็นที่ปรึกษา เสริมพลังให้กำลังใจ และสร้างใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. Arrange หมายถึง การติดตามผล เป็นการจัดการ และติดตาม เพื่อมุ่งหมายให้ผู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้จัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมสำคัญที่พยาบาลสนับสนุนให้ประชาชนและผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง จัดการกับความเจ็บป่วยภายใต้กระบวนการที่เป็นพลวัตร 5 ขั้นตอนดังกล่าว ซึ่งคณะผู้เขียนนำมาใช้เป็นองค์ประกอบกระบวนการของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันระหว่างพยาบาล ประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล ให้มีการจัดการสุขภาพตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

แนวคิดการดูแลแบบเรื้อรัง

แนวคิดการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) ในปัจจุบันและมีการใช้อย่างแพร่หลายรวมทั้งประเทศไทย คือ แนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือ The Chronic Care Model (CCM) พัฒนาโดยเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์และคณะในปี 1997 (Wagner, 1998; Wagner, et al., 2001; สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นรูปแบบที่บูรณาการในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น มีเป้าหมายในเชิงป้องกัน ควบคุมโรคทางคลินิก และเพิ่มคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการดูแลรักษา และส่งเสริมสุขภาพสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการช่วยสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายของ

การดูแล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญและเกี่ยวข้องกัน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ 1 ระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1 องค์การด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care Organization) หรือหน่วยบริการสุขภาพ เป็นองค์กรที่ผู้นำให้ความสำคัญและสนับสนุนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ บริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ขจัดอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนา สร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติด้วยความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ครอบคลุม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

1.2 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ แนวทางปฏิบัติสามารถเรียนรู้และนำไปใช้ได้ง่ายโดยเฉพาะในระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติตัดสินใจในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการจัดอบรมพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และช่องทางการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญของหน่วยบริการสุขภาพแม่ข่าย

1.3 การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Delivery System Design) หน่วยบริการสุขภาพมีการออกแบบการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยวิธีการที่หลากหลายช่องทาง เช่น การจัดบริการในคลินิก การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น รวมถึงการออกแบบการบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพตนเอง

1.4 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) หน่วยบริการสุขภาพ มีการจัดทำระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสมทั้งส่วนของฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ สารสนเทศควรแสดงข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพ และข้อมูลผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ส่วนที่ 2 ชุมชน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ ดังนี้

2.1 ทรัพยากรชุมชน (Community Resources) ในที่นี้หมายถึง ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนของผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานบริการด้านสังคมอื่นๆ ควรมีการดำเนินงานในรูปแบบของการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของการใช้ทรัพยากรและผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

2.2 การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Support) การดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น นอกจากการจัดการบริการด้านสุขภาพแล้ว ควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสอนด้วยวิธีการแบบเดิมอาจไม่เพียงพอ ควรเพิ่มขีดความสามารถ และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ วางแผน กำหนดเป้าหมาย จัดการกับปัญหาเหล่านั้น และประเมินผลลัพธ์ ซึ่งทักษะในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองดังกล่าว ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติผ่านวิธีการสาธิตและแสดงบทบาทสมมติ จึงจะเพิ่มความเชี่ยวชาญและนำทักษะการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยหน่วยบริการสุขภาพควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการทั้งผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพ (Functional Outcomes) และผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ (Clinical Outcomes) เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและตอบสนองปัญหาเฉพาะของภาวะเรื้อรัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ประสานการสนับสนุนจากชุมชนในด้านสภาพแวดล้อม และทรัพยากรอื่นๆ เพื่อการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะเรื้อรังได้ ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างความรู้ความสามารถให้ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถจัดการปัญหาจากภาวะเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พยาบาลต้องประสานความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้เกี่ยวข้องสำคัญ คือ ผู้ป่วย ชุมชน และทีมสุขภาพ (สำนักการพยาบาล, 2559)

บทบาทพยาบาลในการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ดังนี้ (สำนักการพยาบาล, 2559; สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. หน่วยบริการสุขภาพ (Health System Organization of Health Care)

ผู้บริหารการพยาบาลของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสนับสนุนให้มีการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พร้อมทั้งกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทของพยาบาลจะต้องมีความมุ่งมั่นสนับสนุน มีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดการ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย พัฒนารูปแบบและแนวทางการพยาบาลโดยประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงการจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management Support)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแล ให้มีความรู้และทักษะ มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย สามารถประเมินปัญหา อุปสรรคและความสำเร็จในการจัดการดูแลตนเองอย่างเป็นระยะและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ คู่มือ หรือวิธีการในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการตนเองด้านสุขภาพ

3. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design)

พยาบาลออกแบบระบบการให้บริการผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่มีการเชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล กำหนดบทบาทของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประสานการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการพยาบาลที่ซับซ้อน จัดระบบนัดหมาย ประสานการส่งต่อ และติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยพยาบาลใช้หลักฐานทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ดูแลสำหรับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยพยาบาลต้องให้คำปรึกษาให้ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง และประสานขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล

5. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems)

การจัดระบบสารสนเทศทางคลินิก โดยพยาบาลมีบทบาทในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงให้สามารถติดตามการดูแลและการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการแจ้งเตือนสำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วย เช่น การแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การแจ้งเตือนการเยี่ยมบ้าน และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการ

ปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลทางคลินิก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มาตรฐาน

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community)

การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการประสานความร่วมมือเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดความช่วยเหลือและร่วมมือภายในชุมชน สนับสนุนทรัพยากรในชุมชนเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล

สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล นี้ คณะผู้เขียนได้นำทฤษฎีและแนวคิดหลัก ได้แก่ ทฤษฎีระบบ แนวคิดการจัดการตนเอง แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มาใช้ โดยบูรณาการกับทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล เช่น แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง การบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล คุณภาพการพยาบาล เป็นต้น และทฤษฎีและแนวคิดทางสังคม เพื่อให้รูปแบบนี้นำไปปฏิบัติกับประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล เกิดประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลดีต่อระบบสุขภาพของประเทศ

บทที่ 3

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล พัฒนาจากทฤษฎีและแนวคิด ได้แก่ ทฤษฎีระบบ แนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง เพื่อเป็นรูปแบบที่พยาบาลนำไปใช้ในการสร้างเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเอง สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนี้ เหมาะสำหรับนำไปใช้ในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการพยาบาลในชุมชน

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญคือ

องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนการจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย นโยบายการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง บุคลากรสุขภาพ สิ่งสนับสนุน และภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย

2.1 กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Process) เป็นการจัดทำแผนการพยาบาล

สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Care Plan) และกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Process) เป็นการจัดทำแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ร่วมกับการจัดทำแผนปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

3.1 ผลลัพธ์

3.2 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ของทั้ง 3 องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล แสดงได้ดังแผนภาพที่ 3 - 1



แผนภาพที่ 3-1 รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง
ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นองค์ประกอบแรกที่สำคัญเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามนโยบายของหน่วยงาน เป็นการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้การดำเนินงานบรรลุตามนโยบายและเป้าหมายโดยไม่มีอุปสรรค หรือหากพบข้อติดขัด การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนจะช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน ระบบสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วย ผู้ดูแล มีรายละเอียด ดังนี้

1. นโยบายการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

ผู้บริหารการพยาบาลทั้งส่วนของการจัดบริการพยาบาลในโรงพยาบาลและส่วนของการจัดบริการพยาบาลในชุมชน ต้องกำหนดและประกาศใช้นโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้หน่วยบริการพยาบาลนำมาขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ การกำหนดนโยบายต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลอย่างชัดเจน เมื่อผู้บริหารการพยาบาลกำหนดนโยบาย แนวทางการสนับสนุน และระบบการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นต่างๆ ชัดเจนแล้ว ต้องมีการมอบหมายงาน สนับสนุนการดำเนินงาน ควบคุมกำกับความก้าวหน้าของการดำเนินงาน เป็นที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยง และติดตามงานอย่างเป็นระยะและต่อเนื่อง หน่วยบริการพยาบาลหลักที่ต้องมีการประกาศนโยบายการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง คือ

1.1 หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก นโยบายสนับสนุนที่สำคัญสำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้แก่ การกำหนดให้มีคลินิกการพยาบาลสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลักษณะของคลินิก คือ มีสถานที่ชัดเจน จัดเป็นส่วนตัวหรืออาจเป็นคลินิกที่จัดร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายให้เป็นคลินิกสำหรับให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และวางแผนการจัดการ

สุขภาพตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องกำหนดกลไกการดำเนินงาน จัดระบบนัดหมาย และกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังครั้งแรก (First Diagnosis)

1.2 หน่วยบริการพยาบาลในชุมชน นโยบายสนับสนุนที่สำคัญสำหรับงานการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ชัดเจนตามบริบทหรือปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

2. บุคลากรสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ ดังนี้

2.1 พยาบาลวิชาชีพ แบ่งตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1.1 พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยบริการพยาบาลในชุมชน และพยาบาลที่ผู้บริหารการพยาบาลมอบหมายให้จัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้จำเป็นต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งพัฒนาโดยกองการพยาบาล และต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีหน้าที่ ดังนี้

1) ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และฝึกทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อการควบคุมโรคและความเจ็บป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

3) จัดทำคู่มือการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล พร้อมทั้งเผยแพร่เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

4) วางแผนและกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

5) ให้การพยาบาล ช่วยเหลือ สนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

6) เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ค้นหาต้นแบบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7) จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และแหล่งประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

8) ประสานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

9) ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลด้านอื่น ๆ

10) นัดติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแผนการจัดการสุขภาพตนเองรายบุคคล และประเมินผลร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

11) วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และนำผลลัพธ์มาปรับปรุง พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

12) รายงานผลการดำเนินงาน อุปสรรค และปัญหาในการดำเนินงานให้กับผู้บริหารการพยาบาลเป็นประจำและต่อเนื่อง

2.1.2 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานการพยาบาล

2.2 สหวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ สหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และสหวิชาชีพอื่นๆ โดยกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลรักษาเป็นไปตามแนวปฏิบัติทางคลินิกโรคเรื้อรังและกิจกรรมการสนับสนุนเป็นไปตามบทบาทเฉพาะของวิชาชีพนั้นๆ ทั้งนี้สหวิชาชีพจะเป็นทีมงานที่สนับสนุนการดำเนินงานของพยาบาลในการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

3. สิ่งสนับสนุน

สิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ได้แก่

3.1 แนวทางและเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ซึ่งเป็นคู่มือให้พยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่มือการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นสื่อที่พยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมความก้าวหน้าของโรค เป็นต้น

3.2 แหล่งสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ศูนย์หรือหน่วยวัสดุ เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและชุมชน เป็นต้น โดยพยาบาลเป็นผู้ติดต่อประสานงาน เพื่อนำสิ่งสนับสนุนเหล่านี้มาช่วยในการ

สร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและ ผู้ดูแล

3.3 เทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น

3.3.1 ฐานข้อมูล เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อใช้ในการค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3.3.2 Tele-consult สำหรับพยาบาลเมื่อต้องการ การปรึกษาหรือประสานงานกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดผู้ให้การฟื้นฟูทางกายภาพกับผู้ป่วย เป็นต้น

3.3.3 Tele-nursing สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบเรื้อรังและผู้ดูแล เมื่อต้องการการปรึกษากับพยาบาลในเรื่องภาวะสุขภาพและ การจัดการสุขภาพตนเอง

3.3.4 Application line เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่าง ทีมสุขภาพด้วยกัน และทีมสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ทีมสุขภาพและผู้ป่วยสามารถ สื่อสารข้อมูล ขอคำปรึกษา รวมทั้งเป็นช่องทางในการให้กำลังใจและเสริมพลัง แก่ทีมพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เพิ่มความ ต่อเนื่องและง่ายต่อการสนับสนุน ช่วยให้การจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น

3.3.5 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นโปรแกรม สำเร็จรูปในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสร้างเสริมการจัดการ สุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

4. ภาคีเครือข่าย

ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายภาคสังคมและภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน โดยพยาบาลชุมชนดำเนินการสำรวจชุมชนเพื่อค้นหาและประสาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของความร่วมมือและร่วมสนับสนุนทรัพยากร สำหรับการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและ ผู้ดูแล จัดกิจกรรมพบปะพูดคุยอย่างเป็นกันเองและสร้างความไว้วางใจ หรือ

ร่วมกับภาคีเครือข่ายถึงแนวทางที่ภาคีสามารถสนับสนุนช่วยเหลือได้ตามบทบาทและความสามารถ เพื่อให้การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลเป็นไปได้ด้วยความราบรื่นและบรรลุเป้าหมาย บทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

4.1 ภาคีเครือข่ายภาคสังคม ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ให้การสนับสนุนและช่วยเหลืองบประมาณด้านการสังคมสงเคราะห์แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย ประสบความเดือดร้อนหรือไร้ที่พึ่ง เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียง ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่ขาดแคลน นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ หรืออาสาดูแลผู้ป่วยในช่วงระหว่างวันกรณีผู้ดูแลหลักติดภารกิจจำเป็นและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

4.2 ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ มูลนิธิที่ให้การช่วยเหลือ นำส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีฉุกเฉิน พระภิกษุที่ให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล และสมาชิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมถึงสมาคม ชมรมอื่นๆที่อาสาสมัครให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย สิ่งของต่างๆ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลให้บรรลุได้ตามเป้าหมาย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นองค์ประกอบกลุ่มกระบวนการที่สำคัญต่อการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ได้แก่

1) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self- management Supportive Nursing Process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่กำหนดขึ้นโดยพยาบาลเพื่อปฏิบัติการพยาบาล ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล โดยกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองต้องสอดคล้องไปกับกระบวนการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลแต่ละราย พยาบาลต้องจัดทำแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self- management Supportive Nursing Care Plan) โดยแยกออกจากแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติให้ชัดเจน และ 2) กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self- management Process) เป็นกระบวนการปฏิบัติของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล กระบวนการดังกล่าวจะกำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล จัดทำเป็นแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด พฤติกรรมที่ระบุในแผนต้องมีความเป็นไปได้ และเกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล พยาบาลต้องเข้าใจแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง หลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง และทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมพลัง การโน้มน้าว การจูงใจ และการฟังอย่างตั้งใจ เป็นต้น เพื่อใช้ในการสื่อสารกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล รายละเอียดการดำเนินงานตามองค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง มีดังนี้

1. การเตรียมเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

การสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีความเหมาะสมอย่างมากสำหรับการจัดบริการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการพยาบาลในชุมชน โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการพยาบาลดังกล่าวและผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารการพยาบาล มีบทบาทในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย

ที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองเป็นไปตามแผนที่กำหนด พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของประเด็นสำคัญและสิ่งที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 กำหนดกลุ่มผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1.1.1 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง พยาบาลต้องใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อจำแนกกลุ่มผู้ป่วยในการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1) หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก จัดให้มีคลินิกการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง พยาบาลกำหนดกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังครั้งแรก ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคจิตเวช เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องกำหนดกลไกการดำเนินงาน ตั้งแต่การคัดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้าโปรแกรม การดำเนินการตามโปรแกรม และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

2) หน่วยบริการพยาบาลในชุมชน พยาบาลชุมชนต้องกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังให้ชัดเจน โดยกำหนดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ในความรับผิดชอบของแต่ละสถานบริการสุขภาพ และควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับการบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจจัดในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ ทีมคลินิกหมอบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มีการกำหนดตารางการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลในชุมชน และเชื่อมโยงการดูแลจากหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

1.1.2 ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความสะดวก รวมถึงการให้ความสำคัญกับบริการพยาบาลในการ สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง

1.2. ตกลงเข้ารับบริการ

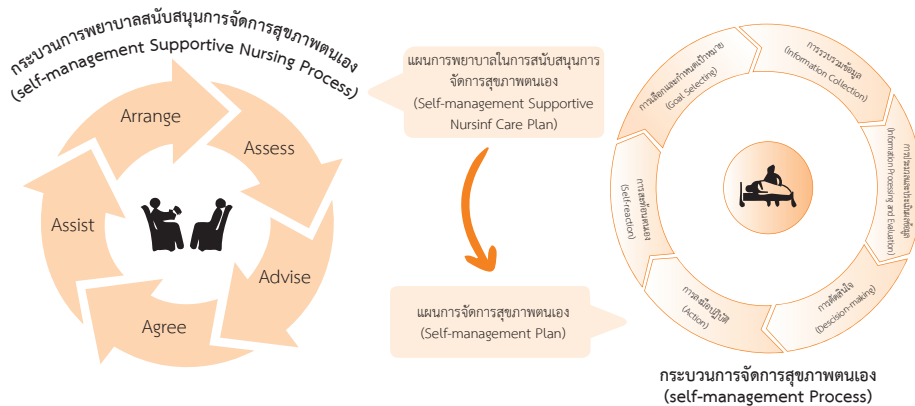
1.2.1 ให้ข้อมูลบริการ

พยาบาลผู้ป่วยนอกและพยาบาลชุมชนผู้ให้บริการ พยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบเรื้อรังและผู้ดูแล ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเองว่าเป็นการจัดบริการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเข้าใจบริบทการเจ็บป่วยของตนเอง กำหนดและเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ประจำวันของตนเอง จัดการสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ สุขภาพของตนเองดีขึ้นตามเป้าหมายและความมุ่งมั่นของผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลจะให้ การดูแลตลอดระยะเวลาการรับบริการ โดยนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือติดตาม เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการ สุขภาพตนเอง (ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป)

1.2.2 ลงทะเบียนเข้ารับบริการพยาบาล

พยาบาลต้องจัดระบบทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองแยกจากทะเบียนผู้ป่วยปกติ แต่ระบบ ยังคงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเมื่อต้องการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ มีการ จัดระบบการบันทึก ระบบการนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกอย่างต่อเนื่องและ ตรงกับวันนัดพบแพทย์เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย และระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับ บริการพยาบาลตามโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่ม ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลในชุมชน

2. การจัดการบริการพยาบาลตามกระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ดังแผนภาพที่ 3 – 2 อธิบายได้ดังนี้



แผนภาพที่ 3-2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย
ที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัดและผู้ดูแล

2.1 กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง

กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่พยาบาลกำหนดขึ้นเพื่อปฏิบัติการพยาบาล ให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัดและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือผู้ดูแลกับพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต และกระบวนการนี้สอดคล้องกับกระบวนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย และแยกประเด็นออกจากแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกระบวนการในแต่ละขั้นตอนแต่อาจเรียงหรือไม่เรียงลำดับของขั้นตอน ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและสถานการณ์ อย่างไรก็ตามในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละครั้งต้องเริ่มต้นด้วยขั้นตอนในการประเมินปัญหาและความต้องการ (Assess) รายละเอียดของแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

2.1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการ (Assess)

พยาบาลเริ่มต้นกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ หลังจากนั้นพยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมถึงความเชื่อ พฤติกรรม และความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น การประเมินการรับรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรค การประเมินความสามารถและข้อจำกัดในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (Social Support) ประเมินสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.1.2 ให้คำแนะนำ (Advise) พยาบาลต้องให้คำแนะนำ

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประโยชน์ของการควบคุมโรค เช่น การให้ข้อมูลเรื่องโรค และการดำเนินของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการพยากรณ์โรค แนะนำการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการที่ถูกต้องและเหมาะสม ทบทวนความรู้โดยใช้คู่มือประกอบ แนะนำสื่อที่สามารถสืบค้นข้อมูลความรู้ แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม แนะนำแหล่งประโยชน์หรือหน่วยงานที่สามารถขอรับความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยพยาบาลใช้ทักษะทางสังคมที่หลากหลายในระหว่างการให้บริการ เช่น เทคนิคการฟัง การเสริมพลัง การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลเห็นประโยชน์และความสำคัญของการจัดการสุขภาพตนเอง

2.1.3 ตกลงบริการ (Agree) โดยหลังจากพยาบาลได้ให้

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองและควบคุมความก้าวหน้าของโรคแล้ว พยาบาลต้องพูดจาโน้มน้าวให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เป้าหมายดังกล่าวต้องเป็นเป้าหมายที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสำคัญ และเชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายที่ได้จากการประเมินปัญหาทางคลินิกของพยาบาลหรือเป้าหมายเพื่อการจัดการกับพยาธิสภาพของโรคที่สำคัญ คือ พยาบาลต้องกระตุ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดทำแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) พร้อมทั้งให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกกิจกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติได้ในแต่ละวันลงในแผนการจัดการสุขภาพตนเอง ในขณะเดียวกันพยาบาลต้องบันทึกแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Care Plan) เช่นกัน เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้พยาบาลต้องแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงกำหนดการนัดหมายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของการจัดการสุขภาพตนเองที่กำหนด

2.1.4 ให้การช่วยเหลือ (Assist) พยาบาลต้องช่วยเหลือและให้การพยาบาลสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยการสอน สาธิต ฝึกทักษะเป็นที่ปรึกษา เสริมพลัง ให้กำลังใจ จูงใจ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ การช่วยเหลือด้านต่างๆ มีดังนี้

1) การช่วยเหลือด้านร่างกาย ได้แก่ ฝึกทักษะและสอนวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การฉีดยา การชั่งน้ำหนัก การสังเกตอาการบวม เทคนิคในการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2) การช่วยเหลือด้านจิตใจ ได้แก่ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่อนคลาย ลดความเครียด เช่น ธรรมบำบัด หรือให้ผู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทำสิ่งที่ชอบและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นต้น

3) การช่วยเหลือด้านสังคม-เศรษฐกิจ ได้แก่ ประสานเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุน เป็นต้น

4) การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับการควบคุมโรคและการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นต้น

2.1.5 ติดตามผล (Arrange) พยาบาลต้องติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) ที่ผู้ป่วยกำหนดร่วมกับพยาบาล และดำเนินการสอบสวนกิจกรรมการจัดการสุขภาพตนเองที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ในแผนการจัดการสุขภาพตนเอง โดยสอบสวนจากการบันทึกพฤติกรรมหรือกิจกรรมในแต่ละวันทั้งกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติและปฏิบัติได้ และทบทวนข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง รวมถึงจัดให้มีการติดตามก่อนถึงวันนัดตรวจสุขภาพหรือนัดเยี่ยมเสริมพลังในรูปแบบต่างๆ เช่น การติดตามหรือเตือนทางโทรศัพท์ ไลน์ อีเมล เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลควรเยี่ยมเสริมพลัง กระตุ้น ให้กำลังใจ สปีดคำหละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องจึงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัดและผู้ดูแล ทั้งนี้ต้องพิจารณาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามความเหมาะสมในการติดตามเยี่ยม และควรมีช่องทางการติดต่อให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น โทรศัพท์ ไลน์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

2.2 กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง

พยาบาลต้องดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง 6 ขั้นตอนตามแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองของแครีย์ กระบวนการจัดการสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัดและผู้ดูแลเป็นผู้ดำเนินการ มีพยาบาลช่วยเหลือและสนับสนุนในแต่ละขั้นตอน (Creer, 2000) ดังนี้

2.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal Selection) หลังจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการควบคุมความก้าวหน้าของโรค รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเองและซักถามข้อสงสัยแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะตัดสินใจร่วมกับพยาบาลในการระบุปัญหาสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะของโรคเรื้อรังในแต่ละระยะไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น การตั้งเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองต้องกำหนดทั้งกิจกรรมและความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ตามที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติและบรรลุเป้าหมายได้ จากนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจะบันทึกและจัดทำเป็นแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ ติดตามประเมินตนเอง และปรับเปลี่ยนเป้าหมายการปฏิบัติในแต่ละวันตามผลการประเมินต่อไป ขั้นตอนการตั้งเป้าหมายร่วมกันจะดำเนินการไปพร้อมกับขั้นตอน Agree (ตกลงบริการ) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง

2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) เป็นขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง ผู้ดูแล และพยาบาล กล่าวคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และสังเกตเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต้องรวบรวมเป็นข้อมูลที่แสดงสุขภาพดีและปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุ สนับสนุน หรืออุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาบันทึกให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Selecting) เพื่อนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป การรวบรวมข้อมูลจึงเกิดขึ้นเมื่อพบปัญหาและมีเป้าหมายใหม่ หรือเมื่อปัญหาเดิมยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งพยาบาลต้องฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ไปพร้อมๆกับการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ดี และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ผู้ป่วยสามารถแยกความแตกต่าง

อย่างง่ายได้ นำไปสู่การดูแลตนเองเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น สำหรับพยาบาลต้องมีการรวบรวมข้อมูลสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ และเป้าหมายในทางกายภาพ พยาธิสภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม เพื่อทวนสอบ ให้คำแนะนำ และสนับสนุนขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ครบถ้วน ถูกต้องยิ่งขึ้น ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสอดคล้องกับขั้นตอน การช่วยเหลือ (Assist) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ดังกล่าวข้างต้น

2.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล

(Information Processing and Evaluation) เป็นขั้นตอนที่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนำข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละวัน ซึ่งเก็บรวบรวมด้วยการบันทึกไว้ในแผนการจัดการสุขภาพตนเองมาวิเคราะห์และ ประเมินความผิดปกติ ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติและ เมื่อปฏิบัติแล้วสามารถจัดการกับปัญหาและความเจ็บป่วยนั้นๆได้ พยาบาลอาจใช้ วิธีเชิงสถิติหรือเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบผลกับเป้าหมายที่กำหนดเพื่อหาสาเหตุของ การจัดการสุขภาพตนเองทั้งที่บรรลุเป้าหมายและไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อเสนอแนะ กลวิธีเพิ่มเติมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและให้เกิดผลลัพธ์ของการจัดการ สุขภาพตนเองที่ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลต้องติดตาม ปฏิบัติการพยาบาล ให้การ ช่วยเหลือ เสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายการจัดการ สุขภาพตนเองได้ตามแผนที่กำหนด ขั้นตอนการประมวลผลและประเมินผลข้อมูลของ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลจะสอดคล้องกับขั้นตอนการช่วยเหลือ (Assist) และการติดตามผล (Arrange) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการ สุขภาพตนเอง ดังกล่าวข้างต้น

2.2.4 ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ (Decision Making)

เป็นขั้นตอนที่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนำผลการวิเคราะห์ จากขั้นตอนที่ 3 มาเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้แผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองและการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน

วิธีการดำเนินชีวิตประจำวันเหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและสามารถควบคุมภาวะของโรคได้ ขั้นตอนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลจะสอดคล้องกับขั้นตอนการช่วยเหลือ (Assist) และการติดตามผล (Arrange) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ดังกล่าวข้างต้น

2.2.5 ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการนำแผนการปฏิบัติสำหรับการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมภาวะของโรคที่ได้จากขั้นตอนที่ 4 สู่การปฏิบัติโดยกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด ภายใต้การได้รับข้อมูล การสนับสนุน ส่งเสริม ให้การช่วยเหลือ และเสริมพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) กิจกรรมการปฏิบัติ เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลให้โรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นต้น พยาบาลต้องสะท้อนปัญหาและแนวทางแก้ไขในขณะที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินผลกิจกรรมและผลลัพธ์ทุกสัปดาห์ด้วยตนเอง เพิ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในบางครั้งที่การปฏิบัติไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย พยาบาลต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจ เสริมแรงผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะพยายามต่อไปในการจัดการสุขภาพตนเอง จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่คาดหวังและมุ่งมั่นตั้งใจ ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลจะสอดคล้องกับขั้นตอนการช่วยเหลือ (Assist) และการติดตามผล (Arrange) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ดังกล่าวข้างต้น

2.2.6 ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนในขั้นตอนที่ 5 ด้วยตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ซึ่งการประเมินเป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมภาวะของโรคกับเป้าหมาย

ที่กำหนดไว้ในแผนการจัดการสุขภาพตนเอง หากการปฏิบัติเป็นไปตามแผนและภาวะสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายแสดงถึงการบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะประเมินเพื่อจัดการกับปัญหาอื่นๆต่อไป หากการปฏิบัติและภาวะสุขภาพไม่บรรลุเป้าหมายหรือไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ผู้ป่วยจะประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุปรับเปลี่ยนแผนการจัดการสุขภาพตนเอง และดำเนินการตามแผนต่อไป นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการประเมินความต้องการเพิ่มทักษะเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่ และพยาบาลวิชาชีพต้องตอบสนองความต้องการเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมแรงจูงใจและกำลังใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลยังคงต้องดำเนินการตามแผนและการประเมินผลแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ ขั้นตอนการสะท้อนตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสอดคล้องกับขั้นตอนการติดตามผล (Arrange) ในกระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ดังกล่าวข้างต้น

3. โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองเป็นโปรแกรมที่งานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกำหนดขึ้นเพื่อจัดบริการพยาบาลให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และสนับสนุนให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น รายละเอียดของโปรแกรม มีดังนี้

3.1 เมื่อพยาบาลงานผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลชุมชนรับผู้ป่วยไว้ในโปรแกรม พยาบาลจะจัดโปรแกรมตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยต้องได้รับการบริการพยาบาลสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันอย่างน้อย 4 ครั้ง อาจเป็นการนัดติดตามเยี่ยมบ้าน หรือ

การนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละครั้งใช้เวลาในการรับบริการประมาณ 30-45 นาที กรณีนี้ผู้ป่วยเข้ารับบริการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก ควรกำหนดวันนัดให้เป็นวันเดียวกันกับวันนัดพบแพทย์ เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความถี่และจำนวนครั้งของการนัดติดตามหรือเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ตามโปรแกรมการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ ปัญหาการจัดการสุขภาพตนเอง และเป้าหมายที่ผู้ป่วยและพยาบาลกำหนดร่วมกัน นอกจากนี้อาจยืดหยุ่นได้ตามความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.2 โปรแกรมการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง มุ่งเน้นกระบวนการพยาบาลในการสนับสนุน (Self-management Supportive Nursing Care Process) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามกระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง 6 ขั้นตอน

3.3 การนัดครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการรับบริการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงประเมินสภาพผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ หากพยาบาลประเมินพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมซึ่งอาจได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และแผนการจัดการสุขภาพตนเองได้ตั้งแต่การนัดครั้งแรก

3.4 การนัดครั้งที่ 2 เป็นการระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และแผนการจัดการสุขภาพตนเอง หรือการทบทวนแผนการจัดการสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้จัดทำแผนไว้แล้วตั้งแต่การนัดครั้งแรก

3.5 การนัดครั้งที่ 3 เป็นการติดตามการปฏิบัติตามแผนการจัดการสุขภาพตนเองและแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและอาจมีการทบทวนปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

3.6 การนัดครั้งที่ 4 เป็นการประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการจัดการสุขภาพตนเอง ความต้องการทักษะเพิ่มเติม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตามเป้าหมาย รวมถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนกลวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

3.7 ในองค์ประกอบกระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ยังต้องมีกระบวนการย่อยของการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างพยาบาลผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อสะท้อนข้อมูล (Reflection) ในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ได้โปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับความสามารถและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงนำไปปรับแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) ในแต่ละวันให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้ โดยมีตัวอย่างเครื่องมือดังภาคผนวก ข อธิบายได้ดังนี้

3.7.1 แผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการระบุปัญหาสุขภาพและกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาล รวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติในแต่ละวันต่อสัปดาห์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับ 1) ระดับความมั่นใจจากการให้คะแนนตนเอง 1 - 10 โดยคะแนน 1 - 3 หมายถึง มั่นใจน้อย คะแนน 4 - 7 หมายถึง มั่นใจปานกลาง และคะแนน 8 - 10 หมายถึง มั่นใจมาก 2) ผลสำเร็จตามเป้าหมาย กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ สำเร็จทั้งหมด สำเร็จบางส่วน และไม่สำเร็จ และ 3) ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหา

3.7.2 แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Care Plan) เป็นเครื่องมือประเมินสภาพผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ข้อมูลการจัดการสุขภาพตนเอง และแบบบันทึกปัญหาและกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว ระดับความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และสภาพแวดล้อมที่บ้าน และ 2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการสุขภาพตนเอง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล แบบบันทึกประเมินผลการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองที่พบจากการติดตามครั้งที่ 1 - 4

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้บริหารการพยาบาลต้องกำหนดระบบการนิเทศติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามเป้าหมาย สนับสนุน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดขององค์ประกอบที่ 3 มีดังนี้

1. ผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สะท้อนความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นผลลัพธ์ตามเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล และเป็นการจัดการกับผลลัพธ์ที่ยังไม่สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน ผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ประกอบด้วยผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว (ภาคผนวก ค) ดังนี้

1.1 ผลลัพธ์ระยะสั้น ประกอบด้วย

- 1.1.1 ความสามารถในการควบคุมความก้าวหน้าของโรค
- 1.1.2 ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย
- 1.1.3 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล
- 1.1.4 การปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

1.1.5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

1.2 ผลลัพธ์ระยะยาว ประกอบด้วย

1.2.1 การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาสภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

1.2.2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

1.2.3 การลดต้นทุนบริการ

2. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นรูปแบบที่พัฒนาโดยบูรณาการทฤษฎีระบบ ดังนั้น จึงต้องมีการคืนข้อมูล (Feedback) ให้กับผู้เกี่ยวข้องในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อการปรับปรุงแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการนำหลักการ PDCA หรือ Deming Cycle (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการดำเนินงานกิจกรรม มาพัฒนาการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นข้อมูลสะท้อนกลับในด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล แสดงปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลต้องร่วมกันวางแผน ดำเนินการตามแผน วัดและประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ส่งผลให้มี

สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ อีกทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลอีกด้วย

สรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนี้ มี 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนการจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ที่ประกอบด้วย การเตรียมเข้าสู่กระบวนการ การจัดการพยาบาลตามกระบวนการหลัก คือ 1) กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง และ 2) กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง และโปรแกรมการจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง และองค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้บริหารการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องร่วมกันดำเนินการทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าว เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลสู่การปฏิบัติ ซึ่งกล่าวถึงในบทต่อไป

บทที่ 4

การนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนี้ กองการพยาบาลพัฒนาขึ้น เพื่อมุ่งหวังให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล มีความสามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยตั้งศักยภาพในตนเองออกมาใช้ในการควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าของโรค ป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินโรคไปสู่ความรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล ด้วยการนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ด้วยตนเอง และมีการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ภายใต้การสนับสนุนของทีมการพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่นำรูปแบบนี้ไปใช้ ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มทักษะการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยรับการอบรมตามหลักสูตร “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล” หรือศึกษาด้วยตนเองจาก Application “P&P Nurse” ที่พัฒนาโดยกองการพยาบาล หรือศึกษาเอกสารที่สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกองการพยาบาล

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลนี้ พัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง และประเมินผลการทดลองใช้พร้อมทั้งผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้รูปแบบนี้สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง และสามารถขยายผลไปยังงานการพยาบาลชุมชน ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ

ขั้นตอนการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ

การนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ในขั้นตอนนี้ มีขั้นตอนย่อย ดังนี้

1.1 ศึกษาทำความเข้าใจ

ศึกษา “รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล” และหลักสูตร “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล” อย่างถ่องแท้ โดยอ่าน ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แนวคิดที่ใช้ในรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองสู่การปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลของหน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ผู้ปฏิบัติ ให้มีสมรรถนะตามหลักสูตร “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล” ซึ่งสามารถถ่ายทอดโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จาก Application “P&P Nurse” และเว็บไซต์ของกองการพยาบาล และทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของรูปแบบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ระบบการสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง และองค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเรียนรู้จากเอกสารเหล่านี้ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของรูปแบบ และนำไปวางแผนการดำเนินงานต่อไป

1.2 กำหนดนโยบาย

หัวหน้าพยาบาล หรือผู้บริหารการพยาบาลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้นำทางการพยาบาล มีหน้าที่ในการแปลงนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กรสู่การปฏิบัติ และต้องศึกษาพัฒนาวิธีการที่สนับสนุนให้งาน

บรรลุเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรืออาการของโรคเบาบางลง โดยกำหนดเป็นนโยบายเฉพาะสำหรับการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ที่มุ่งเน้นการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.3 วางแผนดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานได้มาจากการวิเคราะห์และพัฒนาส่วนขาดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ที่ต้องสนับสนุนให้เกิดการจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งประเด็นที่ระบุในองค์ประกอบที่ 1 ระบบการสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ในแผนต้องระบุถึงหน่วยงานพยาบาลที่รับผิดชอบ ทีมงานพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรม เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากิจกรรม พื้นที่ดำเนินการ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ และผลลัพธ์ รวมถึงกลไกการติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

1.4 ปรึกษาผู้บริหารของโรงพยาบาล

ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารของโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เพื่อขออนุมัติการเปิดบริการ และขอสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น เอกสาร สื่อ อุปกรณ์ สถานที่ การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น

1.5 สร้างทีมงาน

การปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยทีมการพยาบาลเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่ง จำเป็นต้องมีการสร้างความร่วมมือกับทีมงานต่างๆ ทั้งทีมพยาบาลชุมชน ทีมพยาบาลจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง และทีมสหวิชาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างทีมงาน และการทำความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้บริหารกับทีมงานเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้บริหารการพยาบาล

ต้องจัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันถึงวัตถุประสงค์ องค์ประกอบของรูปแบบ แนวทาง
การพยาบาล และประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.6 จัดเตรียมเครื่องมือ

เครื่องมือที่สำคัญสำหรับรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริม
การจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล
เช่น แผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan) และแผนการพยาบาล
สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing
Care Plan) และสื่อความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล รวมถึงแบบประเมินเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง

2. ขั้นตอนการ ในขั้นตอนนี้ มีขั้นตอนย่อย ดังนี้

2.1 ดำเนินการตามแผน

ทบทวนความเข้าใจและดำเนินการตามแผนการจัดการบริการ
พยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล
แบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่ระบุในขั้นเตรียมการ และติดตามการดำเนินงานตามแผน
ที่มอบหมายให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด

2.2 ดำเนินการตามรูปแบบ

การดำเนินการตามรูปแบบมีบุคลากรเกี่ยวข้อง 2 ส่วน ได้แก่

2.2.1 พยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรม

พยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมจำเป็นต้องผ่านการอบรมหรือ
ศึกษา และมีความรู้ ความสามารถ ตามหลักสูตร “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการ
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล” และดำเนินการตามองค์ประกอบที่ 2 และ
องค์ประกอบที่ 3 ของรูปแบบ ซึ่งได้กล่าวรายละเอียดขององค์ประกอบทั้งสองไว้ใน
บทที่ 3

2.2.2 ผู้บริหารการพยาบาล

ในที่นี้หมายถึง ผู้บริหารการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล
และในชุมชน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้า

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจะเป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุน องค์ประกอบที่ 1 ของรูปแบบ คือ ระบบการสนับสนุนการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้การดำเนินงานตามรูปแบบบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องนิเทศติดตาม สนับสนุน เสริมพลังอำนาจให้พยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมดำเนินงานตามรูปแบบ

2.3 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของการจัดการสุขภาพตนเองตามกิจกรรมที่กำหนดในแผน ข้อมูลปัจจัยเอื้อ และโอกาสพัฒนาของการดำเนินการตามแผนการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล และการดำเนินงานตามรูปแบบ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลจะได้จากแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Supportive Nursing Care Plan) และแผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan)

3. ชั้นประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้ มีขั้นตอนย่อย ดังนี้

3.1 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

ประเมินผลตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ระบุในรูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

3.2 ประเมินผลการจัดการพยาบาล

ประเมินผลการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

3.2.1 มิติผู้รับบริการ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นต้น

3.2.2 มิติผู้ให้บริการ เช่น ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นต้น

3.2.3 มิติองค์กร เช่น ต้นทุนต่อหน่วยของการจัดบริการพยาบาล ความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล เป็นต้น

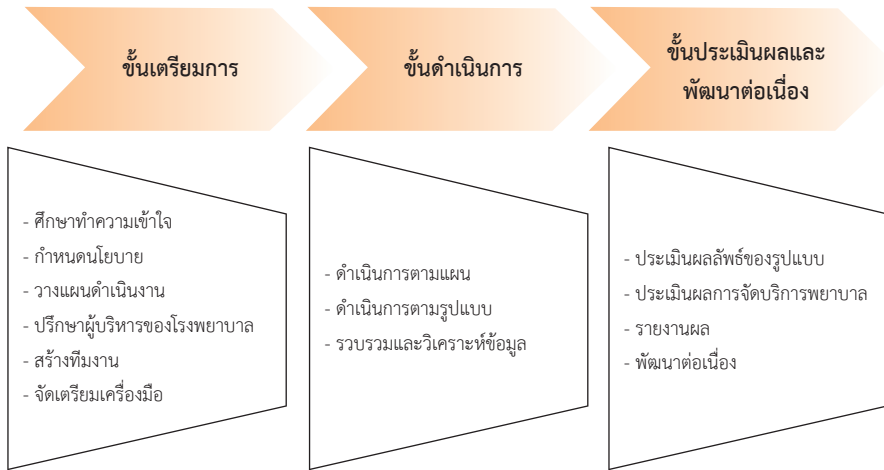
3.3 รายงานผล

รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการ Service Plan ของโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

3.4 พัฒนาต่อเนื่อง

การดำเนินงานตามรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล หลังจากการประเมินผลเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด หากไม่บรรลุเป้าหมาย จะต้องสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหาหรือความคาดหวังเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากสามารถจัดการสุขภาพตนเองและบรรลุเป้าหมาย พยาบาลต้องติดตาม สนับสนุน ให้กำลังใจ และเสริมแรงในการจัดการสุขภาพตนเองจนเป็นวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนการนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ แสดงผังแผนภาพที่ 4-1



แผนภาพที่ 4-1 ขั้นตอนการนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการ สุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ

การสนับสนุนการดำเนินงานจากกองการพยาบาล

กองการพยาบาลสนับสนุนให้โรงพยาบาลทั่วประเทศจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล โดยสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดทำเอกสาร “รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล” ให้กับองค์กรพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลที่เน้นการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล

2. จัดทำเอกสารหลักสูตร “การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล” ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ใช้สำหรับจัดการอบรม เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถให้การพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้

3. Application “P&P Nurse” เป็น Application ที่กองการพยาบาล พัฒนาขึ้นสำหรับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถศึกษาด้วยตนเองในประเด็น เกี่ยวกับการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนและ ผู้ดูแล

4. นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล เป็นที่ปรึกษา และผู้สนับสนุน การจัดบริการพยาบาลที่เน้นการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และผู้ดูแล ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตบริการสุขภาพ

กองการพยาบาลมุ่งหวังว่าองค์กรพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วประเทศ จะขับเคลื่อนรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สู่การปฏิบัติ เป็นการพัฒนางาน การพยาบาลมิติการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วย และขยายบทบาทการพยาบาล ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพ ตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สามารถควบคุมโรค เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ฮีลท์ จำกัด.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **หลักสูตรการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล**. กรุงเทพมหานคร: หางทุนสวนจำกัดเทพเพ็ญวานิสัย.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579)**. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- ชดช้อย วิฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริม การควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26 (Suppl. 1), 117-127.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(2), 154-159.
- รัชวรรณ ตู่แก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการ ปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และคณะ. (2558). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4368?locale-attribute=th>
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน กิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะบรรณาธิการ. (2559). รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 "Kick off to the Goals". นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (บรรณาธิการ). (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- Cordon, C. P. (2013). System theories: An overview of various system theories and its application in healthcare. *American Journal of Systems Science*, 2(1), 13-22.
- Creer, L.T. (2000). *Self-management of chronic illness: Handbook of self-regulation*. California: Academic.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., and Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission journal on quality and safety*, 29(11), 563–574.
- Glasgow, R. E., Emont, S., and Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245–255.
- Halladay, J. R., DeWalt, D. A., Wise, A., Qaqish, B., Reiter, K., Lee, S. Y., Lefebvre, A., Ward, K., Mitchell, C. M., and Donahue, K. E. (2014). More extensive implementation of the chronic care model is associated with better lipid control in diabetes. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(1), 34–41.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Hariharan, J., Tarima, S., Azam, L., and Meurer, J. (2014). Chronic care model as a framework to improve diabetes care at an academic internal medicine faculty-resident practice. **The Journal of ambulatory care management**, 37(1), 42–50.
- Ivancevich, J. M., Konopaske, R., and Matteson, M.T. (2014). **Organizational Behavior and Management** (10th). New York: McGraw-Hill Education.
- Kanfer, F. H. (1996). Kanfer's programmatic approach. In A.B. McBride (Eds.), **Psychiatric Mental Health Nursing, Integrating the Behavioral and Biological Science** (pp. 37-38). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kanfer, F. H., and Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer and A. Goldstein (Eds.), **Helping People Change: A Textbook of Methods** (3rd) (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
- Lorig, K. R., and Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine**, 26(1), 1–7.
- Ryan, P., and Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. **Nursing outlook**, 57(4), 217–225.e6.
- Spearing, N., Eakin, E., and Wilson, A. (2005). **Self-Management Support Framework**. Centre for Primary Health Care, Brisbane: UQ.
- Von Bertalanffy, L. (1968). **General system theory: Foundations, development, applications**. New York: George Braziller.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Von Bertalanffy, L. (1975). **Perspectives on General Systems Theory – Scientific and Philosophical Studies**. New York: George Braziller.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., and Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. **American journal of preventive medicine**, 22(4), 267–284.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., and Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank quarterly**, 74(4), 511–544.
- World Health Organization. (2018). **Noncommunicable diseases 2018**. Geneva Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนาม

คณะกรรมการ

คณะทำงาน

และผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ก - 1

รายนาม

คณะกรรมการและ

คณะทำงาน

กองการพยาบาล

รายนามคณะกรรมการบริหารโครงการรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

- | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------|
| 1. นางธีรพร สติธอังกูร | พยาบาลวิชาชีพ
ทรงคุณวุฒิ
(ด้านการพยาบาล) | ผู้จัดการ |
| 2. นางศิริมา ลีละวงศ์ | ผู้อำนวยการ
กองการพยาบาล | ผู้ช่วยผู้จัดการ |
| 3. นางสาวไศษิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ | นักวิชาการพยาบาล
กองการพยาบาล | คณะกรรมการ |
| 4. นางสาวขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล | นักวิชาการพยาบาล
กองการพยาบาล | คณะกรรมการและ
เลขานุการ |

คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

1. นางธีรพร สติรอังกูร	พยาบาลวิชาชีพ ทรงคุณวุฒิ (ด้านการพยาบาล)	ประธาน
2. นางศิริมา ลีละวงศ์	ผู้อำนวยการ กองการพยาบาล	รองประธาน
3. นางสาวไศภิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการ
4. นางสาวขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการ
5. นางสาวอุไรพร จันทะอุ่มเม้า	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการ
6. นางสาวพัชรี เนียมศรี	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการ
7. นายนครินทร์ สุวรรณแสง	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการ
8. รตอ.หญิงยุรีพรรณ วณิชโยบล	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการและ เลขานุการ
9. นางสาวหทัยรัตน์ บุญแก้ว	นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ภาคผนวก ก - 2

รายนาม

ผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาร่างรูปแบบ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิร่วมระดมความคิด และพิจารณาร่างรูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบเรื้อรังและผู้ดูแล

ภาค
ผนวก

- | | | |
|-----|-----------------------------------|--|
| 1. | พันตำรวจโทหญิงกาญจนาถ โทณวิรัตน์ | โรงพยาบาลตำรวจ |
| 2. | พันตำรวจโทหญิงนลินรัตน์ ทองเสฐียร | โรงพยาบาลตำรวจ |
| 3. | นางประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ | โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี |
| 4. | นางสุมาลัย วรรณกิจไพศาล | โรงพยาบาลปากช่องนานา
จังหวัดนครราชสีมา |
| 5. | นางสาวปิยวรรณ หมั่นแสน | โรงพยาบาลปากช่องนานา
จังหวัดนครราชสีมา |
| 6. | นางประภัสสร สมศรี | โรงพยาบาลสกลนคร |
| 7. | นางสาววันเพ็ญ ทิพม่อม | โรงพยาบาลสกลนคร |
| 8. | นางสาวปิยฉัตร บุญสนิท | โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา |
| 9. | นางผกาวรรณ เลขวัฒนานุกิจ | โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา |
| 10. | นางสาวอุไร จั้งโล่ง | โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 11. | นางสาวสุธิดา พุดทอง | โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 12. | นางพรรณวดี ยศทวี | โรงพยาบาลแพร่ |
| 13. | นางกรรณิการ์ ชัยนันท์ | โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ |
| 14. | นางพรศิลป์ อุปนันท์ | โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย |
| 15. | นางเพ็ญศรี วงษ์พุด | โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย |
| 16. | นางวันเพ็ญ เรืองเกษม | โรงพยาบาลท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 17. | นางญาติกา อีระเวช | โรงพยาบาลท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |

ภาคผนวก ก – 3

รายนาม

คณะกรรมการและ

คณะทำงาน

ทดลองใช้รูปแบบ

รายนามคณะกรรมการและคณะทำงานทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบเรื้อรังและผู้ดูแล เครือข่ายการพยาบาลจังหวัดระยอง

ภาค
ผนวก

คณะกรรมการอำนวยการ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นายไชยสิทธิ์ เทพชาตรี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง |
| 2. นางธนิศา ฉิมวงษ์ | รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลระยอง |
| 3. นางสาวท้าววรรณ ผาสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลระยอง |
| 4. นางวรวิร์ คำแหง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลระยอง |
| 5. นางกฤษณา พึ่งแพง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลระยอง |
| 6. นายอนุกุล เปล่งปลั่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 7. นางนันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 8. นางธิดารัตน์ นันทพงศ์ไพศาล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 9. นางสุรางคณา สุขขมहा | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 10. นางระพีภัทร์ โสสถิบัติเพ็ญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 11. นางธนพร สุดยอดสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 12. นางเพ็ญศิริ พรหมฮวด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 13. นางสาวลัดดา ถนอมปรีชาชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |
| 14. นางสาวณีย์ อู่ยตระกูล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลระยอง |
| 15. นางสาวนิตาชล ชมภูพล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง |

- | | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 13. | นางสรวงสุดา ธรรมวิไลย์พันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.เนินพระ อำเภอเมืองระยอง |
| 14. | นางสาวสุทธิพร โคกสนั่น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.บ้านแลง อำเภอเมืองระยอง |
| 15. | นางสาวดวงดาว เหล่าห้วน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.ตะพง อำเภอเมืองระยอง |
| 16. | นางยุพิน เมืองศิริ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.กะเฉด อำเภอเมืองระยอง |
| 17. | นางฟ้ารุ่ง เลาหะนะวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง |
| 18. | นางอรอุมา โกมาสถิตย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 19. | นางจัญจรา พลายเวช | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.ระยอง |
| 20. | นางสาวณัฐปัทม์ แก้วเงิน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.ระยอง |
| 21. | นางสาวจันทร์จิรา พรคต | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.ระยอง |
| 22. | นางสาววันนิสา รัตโน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 23. | นางสาวโชติกา ทองหล่อ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.ระยอง |
| 24. | นางระพีภัทร์ สไตติบำเพ็ญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 25. | นางเพ็ญศิริ พรหมฮวด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 26. | นางสาวลัดดา ถนอมปรีชาชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 27. | นางจรรุวรรณ เอี่ยมสอาด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 28. | นางदनยา เนียมเตี้ยง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 29. | นางสุพัตรา ช้างทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 30. | นางจุฑาทิพย์ ทรงกำพลพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 31. | นางวไลลักษณ์ ก้องวุฒิเวช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 32. | นางรินทร์นภา ทองคำ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
รพ.สต.หนองจอก |
| 33. | นางสาวจุฑารัตน์ เหมราช | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.สต.เพ |

- | | | |
|-----|---------------------------|--|
| 34. | นางวรรณภา ฟักสอด | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.สต.เพ |
| 35. | นางสาวจรรยา ใจสุข | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
รพ.สต.เกาะเสม็ด |
| 36. | นางสาวสุกานดา วรพิทย์พงศ์ | พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.ยายดา |
| 37. | นางสุธิศา จันทะคาด | พยาบาลวิชาชีพ รพ.ระยอง |
| 38. | นางวิไลวรรณ พรหมปัญญา | พยาบาลวิชาชีพ รพ.ระยอง |
| 39. | นางสาวนิตาชล ชมภูพล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |
| 40. | นางธนพร สูดยอดสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง |

ภาคผนวก ก - 4

รายนาม

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ประชาพิจารณ์ร่างรูปแบบ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิร่วมประชาพิจารณ์ร่างรูปแบบการพยาบาลในการ สร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบเรื้อรังและผู้ดูแล

ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล

1. นางสาวรณมา วิภาคสงเคราะห์ สถาบันประสาทวิทยา
2. นางธนิศา ฉิมวงษ์ โรงพยาบาลระยอง
3. นางสาวณีย์ อยู่ตระกูล โรงพยาบาลระยอง
4. พันเอกหญิงรัชนีกร บุญยโชติมา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการพยาบาล

5. ผศ.ดร.ศรัณยา ไชยสิทธิ์มงคล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ดร.วัฒนา บรรเทียงสุข
7. รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
8. นางราตรี อร่ามศิลป์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
9. ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี

ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล

10. นางธัญพิมล เกณสาคุ สถาบันประสาทวิทยา
11. นางระวีวรรณ พิสิฐพงศ์ธร สถาบันประสาทวิทยา
12. นางสาวทัศนวรรณ เทพพิทักษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
จังหวัดสมุทรสงคราม
13. นางศรีรินดา เกตุนิล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
จังหวัดสมุทรสงคราม
14. นางสาวนิตาชาล ชมภูพล โรงพยาบาลระยอง
15. นายศิวกร ศรีสมอ่อน โรงพยาบาลศิริราช
16. นางสาวณัฐภัสสร เต็มขุนทด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
17. นางปวีณา งามสิงห์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
18. นางลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
19. ร้อยโทหญิงวารารณ์ เสือคง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือ

ภาคผนวก ข – 1

ตัวอย่างแบบบันทึก

แผนการพยาบาลสนับสนุน

การจัดการสุขภาพตนเอง”

ตัวอย่าง แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง
(Self-management Supportive Nursing Care Plan)
สำหรับพยาบาลชุมชน

ภาค
ผนวก

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... สกุล..... เบอร์โทร.....
เพศ ชาย หญิง
บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... ชุมชน.....
สถานภาพในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว
รายได้.....บาท/เดือน
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....วันที่จำหน่าย.....
รวมอยู่โรงพยาบาล.....วัน

ข้อมูลสภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ระดับความรู้สึกรู้ตัว

- รู้สึกรู้ตัว สับสน
 ซึม ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว

อุปกรณ์การพยาบาลที่ติดตัวกลับบ้าน

- ไม่มี
 มี ได้แก่
 T.T tube NG tube
 Foley catheter อื่นๆระบุ.....

ความสามารถในการดูแลตนเอง

- Barthel index 0 – 20 ระดับความสามารถน้อยมาก
 Barthel index 20 – 45 ระดับความสามารถน้อย
 Barthel index 50 – 70 ระดับความสามารถปานกลาง
 Barthel index 75 – 90 ระดับความสามารถมาก
 Barthel index 100 ระดับความสามารถปกติ

MRS =

ภาวะโภชนาการ

- BMI = ชั่งน้ำหนักไม่ได้
แปลผล น้อย ปกติ มาก

- สภาพแวดล้อมที่บ้าน เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....
- ผู้ดูแล มีคนดูแล ไม่มีคนดูแล
- การใช้ยา มี ไม่มี

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาระบุ.....

- ความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ มี ระบุ..... ไม่มี
- ดื่มสุรา ดื่ม ไม่ดื่ม
- สูบบุหรี่ สูบ ไม่สูบ

ประเมินความรู้

- ความรู้เรื่องโรค
- ความรู้เรื่องยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา
- ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค
- ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย
- ความรู้เรื่องดูแลตนเอง เช่น การทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติ
- ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ
- ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด

การมาตรวจตามนัด

- ไม่นัด นัดครั้งต่อไปวันที่.....เวลา.....น. ห้องตรวจ.....

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยและการพยาบาลผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วย.....

เป้าหมายของผู้ป่วย.....

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่	วันที่	ประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
1
2			
3			
4			

ตัวอย่าง แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง
(Self-management Supportive Nursing Care Plan)
สำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอก

ภาค
ผนวก

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... สกุล..... เบอร์โทร.....
เพศ ชาย หญิง
บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... ชุมชน.....
สถานภาพในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว
รายได้..... บาท/เดือน
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย..... วันที่จำหน่าย.....
รวมอยู่โรงพยาบาล..... วัน

ความสามารถในการดูแลตนเอง

- Barthel index 0 – 20 ระดับความสามารถน้อยมาก
 Barthel index 20 – 45 ระดับความสามารถน้อย
 Barthel index 50 – 70 ระดับความสามารถปานกลาง
 Barthel index 75 – 90 ระดับความสามารถมาก
 Barthel index 100 ระดับความสามารถปกติ

MRS =

ภาวะโภชนาการ

 BMI = ชั่งน้ำหนักไม่ได้แปลผล น้อย ปกติ มากสภาพแวดล้อมที่บ้าน เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....ผู้ดูแล มีคนดูแล ไม่มีคนดูแลการใช้ยา มี ไม่มี

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาระบุ.....

ความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ มี ระบุ..... ไม่มีดื่มสุรา ดื่ม ไม่ดื่มสูบบุหรี่ สูบ ไม่สูบ

ประเมินความรู้

- ความรู้เรื่องโรค
- ความรู้เรื่องยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา
- ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค
- ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย
- ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เช่น การทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติ
- ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ
- ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัด

การมาตรวจตามนัด

- ไม่นัด นัดครั้งต่อไปวันที่.....เวลา.....น. ห้องตรวจ.....

พยาบาลที่ห้องตรวจ(บันทึก)

มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 วันที่คะแนน Barthel index.....MRS.....

มาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 วันที่คะแนน Barthel index.....MRS.....

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยและการพยาบาลผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วย.....

เป้าหมายของผู้ป่วย.....

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่	วันที่	ประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล
1
2			
3			
4			

ภาคผนวก ข – 2

ตัวอย่างแบบบันทึก

แผนการจัดการ

สุขภาพตนเอง

ตัวอย่าง แผนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management Plan)
 แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
 ที่อยู่.....โรค..... (ภาษาไทย)

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มวันที่.....		✓ ในวันที่ปฏิบัติ ✗ ในวันที่ไม่ได้ปฏิบัติ							ระดับความมั่นใจ								
เป้าหมาย ของฉันทัน	สิ่งที่ฉันท้องทำ	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9
									ไม่มั่นใจ			มั่นใจ			มั่นใจมาก		
ปัญหา	1..... 2.....								ระดับความมั่นใจ..... ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย () สำเร็จทั้งหมด () สำเร็จบางส่วน () ไม่สำเร็จ ปัญหา - อุปสรรค การแก้ไขปัญหา								
.....								ระดับความมั่นใจ..... ผลความสำเร็จตามเป้าหมาย () สำเร็จทั้งหมด () สำเร็จบางส่วน () ไม่สำเร็จ ปัญหา - อุปสรรค การแก้ไขปัญหา								

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1 ความสามารถในการควบคุมความก้าวหน้าของโรค

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล</p> <p>สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจสุขภาพและมีค่าผลการตรวจดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโรค เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าการกรองของไต ค่าสมรรถนะปอด เป็นต้น เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง</p>
วิธีการรวบรวมข้อมูล และ สূত্র	<p>1. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p> <p>2. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย</p> <p>3. วิเคราะห์ผลสำเร็จความสามารถในการควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้</p> $C = (A * 100)/B$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p> <p>C = ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรคได้ตามเป้าหมาย</p>
ขั้นตอนและระบบการรายงาน	รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน ตามลำดับขั้น

ตัวชี้วัดที่ 2 ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผน ดำเนินการตามแผน และผลการประเมินตามแผนการจัดการสุขภาพตนเองบรรลุเป้าหมายทุกรายข้อที่กำหนดไว้ในแผน
วิธีการรวบรวมข้อมูล และสูตร	1. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 2. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย 3. วิเคราะห์ผลสำเร็จความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ $C = (A * 100)/B$ A = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย B = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด C = ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย
ขั้นตอนและระบบการรายงาน	รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ทุกเดือน ตามลำดับขั้น

ตัวชี้วัดที่ 3 การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษา
 ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
เกณฑ์	ร้อยละ 5 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายกลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันนับจากวันจำหน่ายก่อนหน้า หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น มีภาวะน้ำเกิน ค่าความดันโลหิตสูง ค่าน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เป็นต้น และต้องรับการรักษา
วิธีการรวบรวมข้อมูล และสูตร	1. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 2. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 3. วิเคราะห์ผลการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ $C = (A * 100)/B$ A = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ B = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด C = ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน หรือรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
ขั้นตอนและระบบการรายงาน	รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน ตามลำดับขั้น

ตัวชี้วัดที่ 4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล</p> <p>มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยอยู่ในระดับดี หรือประเมินตามเกณฑ์การใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถาม ได้คะแนน 96 - 130 คะแนน</p>
วิธีการรวบรวมข้อมูล และสูตร	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถาม ทั้งหมด 2. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการประเมินและรวบรวมข้อมูลคะแนนจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถาม 3. วิเคราะห์ผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายคำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ $C = (A * 100)/B$ <p>A = จำนวนแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีคะแนน 96 - 130 คะแนน B = จำนวนแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด C = ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี</p>
ขั้นตอนและระบบการรายงาน	รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน ตามลำดับชั้น

ตัวชี้วัดที่ 5 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายต่อการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล</p> <p>ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลที่มีต่อบริการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือการพยาบาลที่บ้านในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองเกี่ยวกับ การพยาบาลและการเอาใจใส่ การมีส่วนร่วม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำแหล่งประโยชน์ โดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินความพึงพอใจ</p>
วิธีการรวบรวมข้อมูล และสูตร	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสอบถาม ประเมินความพึงพอใจทั้งหมด 2. พยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังหรือพยาบาลชุมชน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลคะแนนจากแบบสอบถาม ประเมินความพึงพอใจ 3. วิเคราะห์ผลสำเร็จความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ $C = (A * 100)/B$ <p>A = คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม B = คะแนนเต็มจากแบบสอบถามทั้งหมด C = ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง</p>
ขั้นตอนและระบบการรายงาน	รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน ตามลำดับขั้น

ตัวชี้วัดที่ 6 การปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการ
สุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	<p>พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถที่กำหนดไว้ในรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล ร่วมกับให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่งานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังและงานการพยาบาลที่บ้าน</p> <p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล</p> <p>ปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด หมายถึง หน่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังและงานการพยาบาลที่บ้านนำรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลไปจัดทำแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล และพยาบาลนำแนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติครบถ้วนทุกรายข้อ</p>

<p>วิธีการรวบรวมข้อมูล และสูตร</p>	<p>1. องค์กรพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังและงานการพยาบาลชุมชน</p> <p>2. องค์กรพยาบาลดำเนินการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนดของพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาล</p> <p>3. วิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้</p> $C = (A * 100)/B$ <p>A = จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด</p> <p>C = ร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำหนด</p>
<p>ขั้นตอนและระบบการรายงาน</p>	<p>รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกเดือน ตามลำดับขั้น</p>

ตัวชี้วัดที่ 7 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล
เกณฑ์	ร้อยละ 80 (ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดความท้าทายของพื้นที่)
นิยาม	<p>พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถที่กำหนดไว้ในรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่งานผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังและงานการพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล</p> <p>ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อแนวทางการจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ป่วยดูแล เกี่ยวกับ ความเหมาะสมของการปฏิบัติ และประโยชน์ของการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ</p>

<p>วิธีการ รวบรวม ข้อมูล และ สูตร</p>	<p>1. องค์กรพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลผู้ให้บริการ พยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรค เรื้อรังทั้งหมดทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาล ชุมชน</p> <p>2. องค์กรพยาบาลดำเนินการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนน จากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ</p> <p>3. วิเคราะห์ผลความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการ พยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้</p> $C = (A * 100)/B$ <p>A = คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม B = คะแนนเต็มจากแบบสอบถามทั้งหมด C = ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการจัดบริการ พยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลแบบเรื้อรังและผู้ดูแล</p>
<p>ขั้นตอนและ ระบบการ รายงาน</p>	<p>รายงานกลุ่มงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ทุกเดือน ตามลำดับขั้น</p>



กองการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



S
M
S
N

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6267 โทรสาร 0 2590 6295
www.don.go.th