

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

ศาสตรา เข้มบุบผา, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างวันที่ ตุลาคม 2563-กันยายน 2564 ขั้นตอนประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการฯ ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนาระบบ และระยะที่ 5 การประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 167 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินความสามารถตามดัชนีบาร์เฮลเอตี้แอล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมฯ ใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการฯ ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร ด้วยการอบรมฯ การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ เชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.37 และผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นเป็นผู้ป่วยติดบ้านร้อยละ 20.00 และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ อยู่ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 60.47) ดังนั้นการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว จะดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผล

คำสำคัญ : พัฒนาระบบ; เชื่อมโยงการให้บริการ; การดูแลระยะกลาง; การดูแลระยะยาว

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author: ศาสตรา เข้มบุบผา Email: sastra265@gmail.com

รับบทความ: 4 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 11 ก.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ก.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 ก.ย. 65

The Development in Network of Intermediate Care to Long-Term Care System in Bandan District, Buri Ram Province

Sastra Khemboobpa, MD^{*a}

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate a new networking system that connected intermediate care to long-term care for patients at Bandan district, Buriram province. The study was conducted during October 2020 and September 2021 and was consisted of 5 main steps. step 1: situational and problem analysis of the existing system; step 2: designing and developing the new networking system; step 3: implementing and testing of the new system; step 4: adjusting the system based on findings from step 4; and step 5: evaluating the effectiveness and efficacy of the system. The samples included 167 persons selected purposively from the pool of health-care providers clients and stakeholders. The data were collected using knowledge test, participation questionnaire, home visit record, and Barthel ADL assessment before and after the implementation of the system. The data were analyzed using percentages, means, and standard deviations for descriptive purpose and paired t-test to determine differences between before and after the intervention. The significant level was set at $p\text{-value} < 0.05$. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The study showed that the development of the service linkage system was consisted of personnel development, an integrated home visiting process and create participation in providing services to connect with the community. Knowledge level among participants improved significantly after implementation the system ($p < 0.05$). There was a 70.37% increase in the number of patients who improved to independency while 20% reported improving from complete dependence to partial dependence. About 60.47% reported having good to very good levels of participations to the system. This study demonstrates that the intermediate to long-term health network system will be effective with participations from all sectors in the planning, implementation, and evaluation of the process.

Keywords : System development; Networking of care; Intermediate care, Long-term care

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Bandan Hospital, Buriram Province

^a Corresponding author: Sastra Khemboobpa Email : sastra265@gmail.com

Received: Aug. 4, 22; Revised: Sep. 11, 22; Accepted: Sep. 11, 22; Published Online: Sep. 26, 22

บทนำ

จากการที่อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลง บวกกับการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประชากรที่เกิดในยุคคนที่มียุคคนที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 58 ปี หรือคนที่เข้าสู่วัยเกษียณ (Baby boomers) ได้เข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้หลายประเทศในโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญ นั่นคือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ฝรั่งเศส สวีเดน ญี่ปุ่น⁽¹⁾ ข้อมูลของประเทศไทยพบว่า ในปี 2565 ประเทศไทย ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นงานรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการเตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันให้ได้มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อพ้นระยะวิกฤติ จะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าญาติไม่พร้อมในการดูแล ขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานแก่ผู้ป่วย การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัย ทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร จนเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว แนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อหวังที่จะ เต็มเต็มช่องว่างของระบบบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้ เต็มศักยภาพ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติหรือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรง ในการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง โดยรับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแล “เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง” เพื่อลดการนอนโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น มีแผนให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความพิการและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและมีการสนับสนุนต่อไปอีกเพื่อการคงสภาพผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการ ระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว⁽⁴⁾ ซึ่งการดูแลระยะยาวจะเป็นการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ ซึ่งหากมีระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวที่ดี

จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปีงบประมาณ 2561-2563 โรงพยาบาลบ้านด่าน มีจำนวนผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เฉลี่ย 23 รายต่อปี โดยพบผู้ป่วย Ischemic stroke มากที่สุดร้อยละ 80.88 และจำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.08 โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านด่าน ได้มีการวางระบบที่เน้นการให้บริการแบบ“บ้านด่าน โมเดล” ตั้งแต่ในโรงพยาบาล โดยพิจารณาการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ ในการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาวไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสภาพ หรือได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมถึงผู้ดูแลหลัก/ญาติของผู้ป่วยขาดความพร้อมในการดูแล สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม ขาดภาคีเครือข่ายที่จะร่วมบูรณาการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก/ญาติดีขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยไม่เป็นการะของครอบครัวและสังคมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว

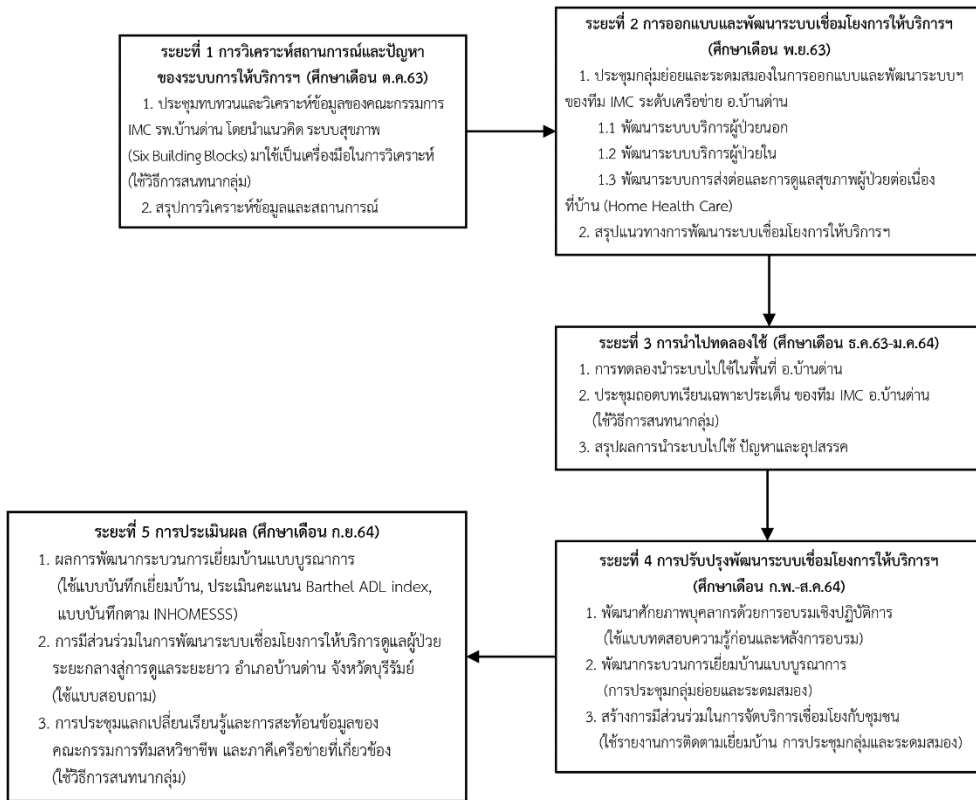
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้นศึกษาการพัฒนาระบบและผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2563–กันยายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลฟื้นฟู พยาบาลปฐมภูมิ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย รวม 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม มีประเด็นคำถามตามหลักการ Six Building Blocks⁽⁷⁾ และปัญหาที่พบในด้านต่างๆ รวมถึงผลการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาว ตั้งแต่ปี 2561–2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการให้บริการดูแลระยะกลาง แนวทางการให้บริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล ร่วมกับคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อยและระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 40 คน และผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 9 คน รวมทั้งหมดจำนวน 49 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยดูแลระยะกลางในช่วงเดือนธันวาคม 2563-มกราคม 2564 แนวทางการสนทนากลุ่ม

โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลระยะกลาง การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ระบบการส่งต่อการประสานงานและสถานที่ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 4 ปรับปรุงพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว โดยดำเนินการ ดังนี้

1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และ Caregiver ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางหรือระยะยาว ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งสิ้น 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลระยะยาว และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการให้บริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ฯ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2) พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate care in community)⁽⁹⁾ และประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

3) สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสิ้น 167 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)⁽⁹⁾ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ และประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายและแนวทาง

การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 5 การประเมินผล ได้แก่

1) ผลการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ จะติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 22 คน ผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว 5 คน ในเขตพื้นที่ อำเภอบ้านด่าน รวมทั้งสิ้น 27 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือใช้ ได้แก่ แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางและระยะยาว ที่ประกอบด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลดี แอล (Barthel activities of daily living: Barthel ADL index) และแบบบันทึกเยี่ยมบ้านตาม INHOMESSS ของโรงพยาบาลบ้านด่าน โดยแบบประเมิน Barthel ADL index จะมีคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวม ADL 20 คะแนน⁽¹¹⁾ การแปลผลคะแนน 12 คะแนนขึ้นไปอยู่ในกลุ่มติดสังคม 5-11 คะแนน อยู่ในกลุ่มติดบ้าน และ 0-4 คะแนน อยู่ในกลุ่มติดเตียง โดยในการศึกษาของ กษกร สายบุญศรี และอัครนิ วันชัย⁽¹¹⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินกิจวัตรประจำวันโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ขณะออกเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2) ผลการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว จะประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale)⁽¹²⁾ มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนการมีส่วนร่วม แบ่งได้ 5 ระดับ⁽¹³⁾ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด แบบสอบถามการมีส่วนร่วมฯ สร้างขึ้นโดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ 26 คน กลุ่มผู้รับบริการ 8 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 133 คน รวมทั้งสิ้น 167 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ที่มีความสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย เป็นญาติ/ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย IMC และ/หรือ LTC ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดการวิจัย เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 167 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3) ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ พยาบาลปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยมีประเด็นคำถาม/เนื้อหาในการสนทนากลุ่ม อาทิเช่น สิ่งที่ได้ดีแล้ว สิ่งที่ได้ยังไม่ดี ปัญหา/อุปสรรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ BRO 2020-030 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2563 และเลขที่โครงการ BRO 2020-030 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของระบบการให้บริการฯ โดยอ้างอิงกรอบแนวคิด Six building blocks⁽⁷⁾ มีดังนี้

1. **ระบบบริการ** ปัญหาที่พบ คือ 1) ระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 2) ปัญหาด้านโครงสร้างอาคารสถานที่คับแคบและจำกัดจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยดูแลระยะกลาง 3) ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ มาถึงโรงพยาบาลบ้านด่านนอกเวลาราชการ ทำให้ไม่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่วันแรกที่มาถึงโรงพยาบาล และ 4) ผู้ป่วยบางรายที่นอนโรงพยาบาล 5-7 วันแต่อาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยหรือญาติไม่มีความพร้อมในการดูแลที่บ้าน ที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม

2. **กำลังคนด้านสุขภาพ** ปัญหาที่พบ คือ 1) ไม่มีนักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัดมาร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย 2) มีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่มารับงานใหม่ยังขาดความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. **ระบบข้อมูลสารสนเทศ** ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HOSxP บันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกในแบบฟอร์ม IMC

protocol, Standing doctor order sheet, Team meeting report และ Activities protocol for intermediate care ซึ่งไม่พบปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ

4. **สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์** ปัญหาที่พบ คือ โรงพยาบาลจัดให้มีศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) รถเข็นนั่ง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งบางครั้งอุปกรณ์มีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนจำกัด หรือชำรุดรอซ่อม

5. **ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ** ปัญหาที่พบ คือ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล ที่ยังไม่มีระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (On top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

6. **ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล** ปัญหาที่พบ คือ คณะกรรมการ IMC และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องขาดการประชุมเพื่อทบทวนปัญหาร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากมีหลากหลายวิชาชีพที่มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษา และมีเวลาว่างที่ไม่ตรงกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์

สถานการณ์ผู้ป่วยดูแลระยะกลาง ของโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วย IMC รวมทั้งสิ้น 68 ราย พบผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 42 ราย เพศหญิง 26 ราย ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยเสียชีวิตรวม 10 ราย และจำหน่ายเป็น Long term care จำนวน 2 ราย โดยปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วย IMC มากที่สุด จำนวน 32 ราย ในส่วนของ 4 กลุ่มโรค พบว่า กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ Stroke จำนวน 55 ราย รองลงมาเป็น Traumatic brain injury จำนวน 8 ราย และ Spinal cord injury จำนวน 5 ราย และไม่พบผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักในอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Urinary tract infection ร้อยละ 7.35 รองลงมาคือ Pressure sore ร้อยละ 2.94 และ Aspirate pneumonia ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด ร้อยละ 22.22 และพบผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (IMC) ที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (LTC) จำนวน 2 ราย โดยในปีงบประมาณ 2561 เป็นผู้ป่วยโรค Traumatic brain injury จำนวน 1 ราย และปีงบประมาณ 2562 เป็นผู้ป่วยโรค Hemorrhage จำนวน 1 ราย

ระยะที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ วงรอบที่ 1 แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. **พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก** โดยทีมนักกายภาพบำบัดนัดผู้ป่วยให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับแพทย์แผนไทย เดือนละ 2 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 45 นาที จนครบ 6 เดือน หรือ Barthel ADL index เท่ากับ 20 ซึ่งในวันที่ทีมกายภาพบำบัดมาที่โรงพยาบาล จะมีการประสานทีมเยี่ยมบ้าน (Home health care)

ให้การดูแลทางการแพทย์ (Nursing care) 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 45 นาที หากในกรณีที่ผู้ป่วยส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ แล้วมาถึงโรงพยาบาลบ้านด่านนอกเวลาราชการ ทางโรงพยาบาลเพิ่มการจัดเวรให้บริการกายภาพบำบัดนอกเวลาราชการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่วันแรกที่มาถึงโรงพยาบาล

2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยใน โดยจะให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL index < 15 หรือ Barthel ADL index ≥ 15 แต่มี Multiple impairment โดยแรกเริ่มจะมีการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยใน Thai COC หากพบปัญหาการส่งต่อข้อมูล จะประสานโรงพยาบาลบุรีรัมย์ลงทะเบียนผู้ป่วย ระบบบริการผู้ป่วยในจะให้บริการ Intermediate ward ทั้งหมด 14 เตียง โดยให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) เน้นการทำกิจกรรม Team meeting ของทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหากสหวิชาชีพมีเวลาว่างที่ไม่ตรงกัน จะกำหนดให้อย่างน้อยต้องมีแพทย์ พยาบาล IMC และนักกายภาพบำบัดที่จะสรุปประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และแผนการดูแลต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายนอนโรงพยาบาล 5-7 วันแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น ญาติไม่มีความพร้อมในการดูแลที่บ้าน รวมถึงสถานที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม อาจพิจารณาในพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่อง โดยเน้นที่ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care: HHC) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมรับผิดชอบเป็นศูนย์ HHC ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่รพ.สต. เยี่ยมบ้านตามเขตรับผิดชอบ เป็นสหสาขาวิชาชีพจะให้บริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ HCC เป็น Care manager และผู้ประสานงาน โดยจะมีการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้บริการรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การติดตามการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ

ระยะที่ 3 ผลการนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ในช่วงที่ศึกษา (ธันวาคม 2563-มกราคม 2564) มีผู้ป่วยดูแลระยะกลาง จำนวน 9 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 66.67) เป็นเพศหญิง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 33.33) อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 19-89 ปี โดยพบเป็นผู้ป่วย Stroke จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 77.78) โดยเป็นกลุ่ม Ischemic stroke จำนวน 5 ราย Hemorrhagic stroke จำนวน 2 ราย Traumatic brain injury จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 22.22) ไม่พบผู้ป่วย Spinal Cord Injury วันนอนเฉลี่ย 12.8 วัน เมื่อนำระบบบริการผู้ป่วยนอก ระบบบริการผู้ป่วยใน และระบบการส่งต่อและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้

และติดตามผู้ป่วย (ยังไม่ครบ 6 เดือน) พบว่ามีค่า Barthel ADL index เพิ่มขึ้น จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 88.89) เท่าเดิม จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) ไม่พบผู้ป่วยที่มีค่า BI ลดลงหรือเสียชีวิต แต่จากการประชุมถอดบทเรียนเฉพาะประเด็นของทีม IMC ยังพบว่า 1) ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลระยะกลางที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว ขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวัน 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่ได้เข้าร่วมทุกครั้ง ทำให้การประสานขอรับสนับสนุนอุปกรณ์หรืองบประมาณล่าช้า และ 3) บุคลากรขาดการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน

ระยะที่ 4 ผลการปรับปรุงพัฒนาระบบฯ ประกอบด้วย

1. **ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร** พบว่า ก่อนการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลระยะยาวเท่ากับ 9.48 และหลังการอบรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.07 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมและหลังอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยที่คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลระยะยาว ก่อนและหลังการอบรมฯ (n=40)

ความรู้การให้บริการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางและระยะยาว	ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้			
	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	9.48	1.88	-10.22	0.00*
หลังการอบรม	13.07	1.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. **ผลการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ** โดยจะพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ 1) เครือข่ายภายในโรงพยาบาล มีช่องทางการปรึกษา สื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผ่านกิจกรรมของ Team meeting เพื่อให้เกิดกิจกรรมเสริมพลังผู้ป่วย ญาติ หรือ Caregiver และ 2) เครือข่ายภายนอกโรงพยาบาลผ่านทางช่องทางไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ และเอกสารส่งตัวในการประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ให้ลงเยี่ยมต่อเนื่องและตอบกลับภายใน 14 วัน ประสานยืมอุปกรณ์ในผู้ป่วยที่จำเป็น และประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อนำส่งในกรณีไม่มีรถกลับบ้าน นอกจากนี้มีช่องทางการปรึกษา/สื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายผ่านศูนย์ HHC และกลุ่มไลน์ IMC อำเภอบ้านด่าน เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร

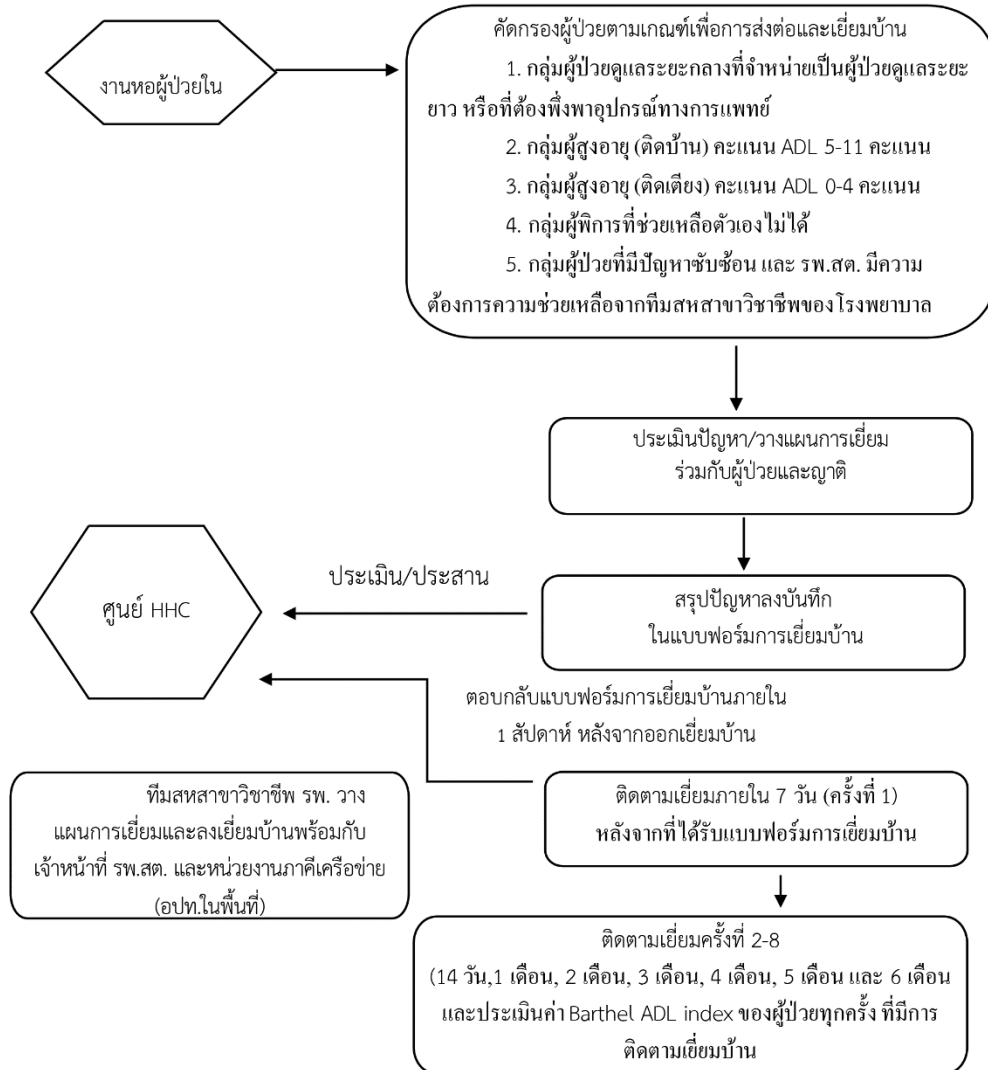
วางแผนและนัดเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งรับปรึกษา หรือให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่รักษาตัวที่บ้าน ในส่วนของหน่วยงานภาคีเครือข่าย จะมีการกำหนดเป็นวาระในการประชุมในระดับอำเภอทุกครั้ง ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลบ้านด่าน เพื่อรายงานข้อมูลและวางแผนการจัดทำแผนงานโครงการระดับอำเภอและตำบลร่วมกัน รวมถึงการขอสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

3. ผลการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ได้แก่ รูปแบบคนบ้านเดียวกัน ดูแลกันในหมู่บ้าน และต่างหมู่บ้านภายในตำบลเดียวกัน โดยทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. Caregiver และ อสม. มีการไขว้กันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยดูแลระยะกลาง/ระยะยาวอยู่ในหมู่บ้านใกล้เคียงกัน เน้นการเยี่ยมเสริมพลัง สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จะเป็นการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองเหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งก่อนที่จะมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะประสานผู้นำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้ชาวบ้านในชุมชนได้รับทราบทั่วกัน และเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวด้วยความสมัครใจ ได้พบปะพูดคุยกัน เยี่ยมให้กำลังใจคนบ้านเดียวกัน และบทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น หลังจากออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงราวจับห้องน้ำที่บ้านผู้ป่วย เพื่อช่วยลดภาระผู้ดูแลหลัก และ Caregiver รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในโครงการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยติดเตียง และได้วางแผนร่วมกับทีมในการจัดทำโครงการในปีต่อไป เพื่อจัดหาที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องผลิตออกซิเจน และอุปกรณ์ที่จำเป็นกับผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาที่พบของผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปผลการปรับปรุงพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ (วงรอบที่ 2) ดังภาพที่ 2

ระยะที่ 5 การประเมินผล

1. ผลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 27 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.30) ช่วงอายุ 19–94 ปี อายุเฉลี่ย 62.30 ปี มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.00) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 66.70) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 1–7 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.67 คน ผู้ให้การดูแลหลักคือ คู่สมรส (ร้อยละ 37.00) สิทธิการรักษาพยาบาลคือ บัตรทอง (ร้อยละ 92.60) การวินิจฉัยโรคคือ Ischemic stroke (ร้อยละ 44.40) มีโรคร่วม (ร้อยละ 55.60) ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 66.7) ไม่มีการใช้วัสดุ/อุปกรณ์การแพทย์ (ร้อยละ 81.50) โดยผลการประเมิน Barthel ADL index ของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.37 ในส่วนของกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้านลดลงทั้ง 2 กลุ่ม โดยหลังการพัฒนาผู้ป่วยดูแลระยะยาวที่อยู่ในกลุ่มติดเตียงมีผลการประเมินดีขึ้นได้จัดให้อยู่ในกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20) ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า Barthel ADL index ในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มผู้ป่วย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		เพิ่มขึ้น/ลดลง
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
กลุ่มติดเตียง	13	48.15	5	18.52	ลดลง
กลุ่มติดบ้าน	10	37.04	3*	11.11	ลดลง
กลุ่มติดสังคม	4	14.81	19	70.37	เพิ่มขึ้น
รวมทั้งสิ้น	27	100.00	27	100.00	

* LTC เพิ่มขึ้น 1

2. ผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 60.47 การมีส่วนร่วมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (SD=0.69) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว หลังการพัฒนา (n=167)

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด	32	19.16
มาก	69	41.31
ปานกลาง	56	33.53
น้อย	8	4.79
น้อยที่สุด	2	1.19
$\bar{X}=3.63$, SD=0.69, Min-Max=1.50-5.00		

3. ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนข้อมูล พบว่า ในช่วงการพัฒนาในรอบที่ 2 สิ่งที่ได้ดีแล้ว ได้แก่ มีการประสานการทำงานเป็นเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สถานที่ยังไม่พร้อมสำหรับผู้ป่วยดูแลระยะยาว สิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไปคือ การพัฒนาเครือข่ายให้มีความยั่งยืนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ในการดำเนินงาน ความต้องการบุคลากร เช่น นักโภชนาการ และต้องการให้มีพยาบาลฟื้นฟู/ นักกายภาพบำบัดมาเพิ่มทักษะกิจกรรมบำบัด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาครั้งนี้ พบปัญหาในระบบบริการส่งต่อ ปัญหา ด้านโครงสร้าง สถานที่คับแคบ กำลังคนด้านสุขภาพไม่มีนักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่ มารับงานใหม่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ปัญหาด้านการเงินและงบประมาณ ซึ่งได้เพิ่ม การสื่อสารข้อมูลการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล วางแผนงบประมาณการก่อสร้างอาคารสถานที่ มีแผนจัดสรร พยาบาลเข้าอบรมด้านกิจกรรมบำบัด และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งปัญหาที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ(14) ที่ทำการศึกษาความสำเร็จของการดำเนินการ การดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าปัญหาอุปสรรคคือ ขาดแคลน อัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุน ทั้งด้านการเงิน งบประมาณ สถานที่ และค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา ระบบการส่งต่อ และฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ โดยอาจจะต้องใช้การแก้ไขในเชิงนโยบายในการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร ที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม พัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ ซึ่งเป็น สิ่งสำคัญที่จะยกระดับการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น

จากผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว ด้วยวิธี การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่คะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม แสดงว่าหลังการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร มาลาศรี⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of care: COC) และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล/ ภาศิเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾ แต่ทั้งนี้การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการดำเนินการทุกปีเพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะ พื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ ของผู้ให้บริการ

การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ทำให้มีผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.37 และผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ร้อยละ 20.00 อธิบายได้ว่า การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และภาศิเครือข่ายอย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง และระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ภริญา พินิจกลาง⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพร่วมกับชุมชน เกิดการรวมพลังของภาศิเครือข่ายในชุมชน เกิดการจัดการระบบการเยี่ยมบ้านในรูปแบบบูรณาการ

การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ อยู่ในระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ 60.47) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางและ/หรือการดูแลระยะยาวในชุมชน ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.86$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชรินทร์ พูนนอก⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันวางแผนและดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีบริการเยี่ยมบ้านสูงถึงร้อยละ 96.2 แต่ไม่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการกำหนดและการวางแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ/หรือ การดูแลระยะยาว ($\bar{X}=3.03$, $SD=1.15$) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจากบริบทของอำเภอบ้านด่าน ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการเป็นผู้จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแยกกันดำเนินการกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทำให้พบปัญหาแผนงาน/โครงการซ้ำซ้อน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะยาวประสบความสำเร็จได้ ดังเช่นการศึกษาของ ปรีชา พิงเจริญ และอุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ตลอดจนการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนประสบความสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการขับเคลื่อนของทีมสหวิชาชีพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน โดยเริ่มจากความต้องการของชุมชน หาวิธีการ/กิจกรรมที่ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและเกิดความรู้สึกเป็นญาติพี่น้องกับผู้ป่วย ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้ใช้เครื่องช่วยเดิน และกายอุปกรณ์เสริมได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระกับผู้ดูแล และแนะนำแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนจากองค์กรเอกชน มูลนิธิต่างๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าในการบริหารจัดการงบประมาณที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และหน่วยบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวย่างของประเทศไทยสู่'สังคมผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
2. TNN ONLINE. ปี 2565 ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว สสส.เสวนาอภิปรายรับมือชีวิตบั้นปลาย ห่วง ผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น หนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือขับเคลื่อน [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnnthailand.com/news/health/103902/>
3. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังใจคนด้านสุขภาพ (สวค.) มุานิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. โครงการวิจัยเรื่องการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะ กลาง. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
6. ศักดา เอกัคคตาจิต. การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง/Best Practice. 2561;262-4.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27833>
8. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะ กลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ฑู ปี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
9. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลาง ในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2563.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

11. กษกร สายบุญศรี, อศนี วันชัย. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น. 2560;11(3):174-83.
12. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development. Department of Parks, Recreation and Tourism Management: Clemson University; 2006.
13. รังสรรค์ สิงหาเลิศ. สถิติและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2550.
14. นงนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นกัศ แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย. ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):81-101.
15. สุนทร มาลาศรี. ผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560;1(1):91-113.
16. ภิญญา พินิจกลาง. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขสำราญ ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.r2rthailand.org/resources/detail/19114>
17. บุชรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2563.
18. ปรีชา พึ่งเจริญ, อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์. แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):502-11.