

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี Standardization of Intermediate Care in Phetchaburi

ปิยนุช ศรีสุคนธ์ พ.บ.,
วว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด
ศิริประภา บุญมี วท.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (งานกายภาพบำบัด)
โรงพยาบาลบ้านลาด
ธัญพร ชื่นกลิ่น พย.ม., ปร.ด.
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

Piyanuch Srisukont M.D.,
Dip., Thai Board of Preventive Medicine, Public Health
Director of Banlat Hospital
Sirapapa Boonmee B.Sc.,
Division of Physical Medicine and Rehabilitation
Banlat Hospital
Thunyaporn Chuenklin M.N.S., Ph.D.
Prachomklao College of Nursing
Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาการดำเนินงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพระยะกลาง จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน ผู้ป่วยระยะกลาง 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง และบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นการอภิปรายกลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้านของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน, ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired t test, และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: สถานการณ์การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอ บ้านลาด พบปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ยอมกอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟู สภาพและระบบบริการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ประกอบด้วย 1) หลักการและวัตถุประสงค์ 2) ขั้นตอนการ ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง 3) การสนับสนุนการดำเนินงานของระบบ และ 4) การประเมินผล การประเมินผลลัพธ์ การดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ เท่ากับร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index: BI) สูงกว่าก่อนรับการดูแลตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับร้อยละ 0 ญาติและผู้ดูแลผ่านการประเมินความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายที่บ้านเท่ากับร้อยละ 100

สรุป: ระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาดที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นระบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง การพัฒนาระบบ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2565 ; 41(2) : 179–192.

Abstract

Objective: The purposes of this study were to investigate and develop a intermediate care system of Phetchaburi Province, Banlat network, and to evaluate the outcomes of the system.

Methods: Research and development methodology were used in this research. The samples consisted of three groups of intermediate-care stakeholders, 8 persons per group; 30 intermediate care-receivers with three-targeted diseases (stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury); and 30 caregivers. Purposive sampling was used. The focus group questions, questionnaires, an activity daily living assessment form, and a readiness of independent living assessment form were conducted. Statistics used were frequency, percentage, standard deviation, paired t test, and content analysis.

Results: The problems of the intermediate-care operation situation of Phetchaburi Province, Banlat network were inability to access the service, patients' denial to stay in hospital, lack of rehabilitation knowledge and skills of caregivers, and effects of COVID-19 pandemic on health service. Based on this situation, the new intermediate care system was developed including 1) principle and objectives 2) intermediate-care operation procedures 3) system operation support and 4) evaluation. The system outcome evaluation showed that the intermediate-care service accessible rate was 100 percent. The activity daily living score (Barthel index: BI) after receiving the intermediate-care service was higher than before with statistical significance ($p\text{-value} < .001$). The complication rate was 0 percent. Every caregiver (100 percent) was passed the examination of readiness of independent living.

Conclusion: This intermediate care system of Phetchaburi Province, Banlat network, which was developed, can be implemented practically and effectively. All patients are able to access the service, can depend on themselves in daily living more than before, and keep away from the complications. Moreover, the caregivers were ready to do the rehabilitation for the patients at home.

Keywords: intermediate care system, system development

Received: Dec 28, 2021; Revised: Jan 16, 2022; Accepted: Mar 3, 2022

Reg 4-5 Med J 2022 ; 41(2) : 179–192.

บทนำ

เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น การรักษาที่ทันสมัยส่งผลให้ผู้ป่วยที่ซับซ้อนมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากความต้องการใช้เตียงมีมาก เกิดความแออัด ดังนั้นเมื่อพ้นระยะวิกฤติหรือเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางส่วนยังต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่หลงเหลืออยู่จากการเจ็บป่วย หากพลาดโอกาสในการเข้าถึงบริการอาจเกิดผลเสียทางสุขภาพตามมา

ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงร้อยละ 43¹ อีกทั้งการให้บริการหลังระยะเฉียบพลันไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่² ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมและเพียงพอ กลายเป็นผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน

การดูแลระยะกลาง (intermediate care: IMC) เป็นหนึ่งใน service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ที่การตอบสนองต่อปัญหาการเข้าถึงการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเชื่อมรอยต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ให้แก่ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและเฉียบพลัน ที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ³ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน² ให้สามารถช่วยเหลือตนเอง กลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ ลดการเข้าสู่การดูแลระยะยาว⁴

จุดเน้นของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเบื้องต้นได้กำหนดเป้าหมายไว้ 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ที่มีความผิดปกติทางร่างกายได้แก่ 1) stroke 2) traumatic

brain injury (TBI) 3) spinal cord injury⁵ ต่อมามีการขยายไปยังกลุ่มโรคอื่น ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถานบริการ การให้บริการระยะกลางยังมีการดำเนินการที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ มีความแตกต่างกันในส่วนของการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเครือข่าย การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย กลุ่มวัยของผู้รับบริการและการกำหนดจำนวนวันนอนของการให้บริการ⁴ รวมทั้งยังมีการให้บริการที่แตกต่างตามความต้องการของผู้ป่วย² เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ A และ S การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ M และ F การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมบ้านและการให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูที่บ้าน รวมทั้งความแตกต่างในการให้บริการฟื้นฟู ซึ่งมีทั้งการดำเนินงาน IMC แบบเข้ม คือมีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละ 3 ชั่วโมง และแบบปานกลาง คือ มีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 1-2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง จากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index: BI) ของกลุ่มที่ให้บริการแบบเข้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าแบบปานกลาง⁶

จากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563 ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในเขต 5⁷ พบประเด็นปัญหาในการดำเนินนโยบาย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลและตัวชี้วัด พบว่าการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (BI) ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ต้องมีการชี้แจงให้เข้าใจตรงกัน มีความคลาดเคลื่อนซ้ำซ้อน ของข้อมูลผู้ป่วย IMC 2) ปัจจัยด้านบริการ การนัดหมายติดตาม พบว่าผู้ป่วยไม่สะดวกรักษาที่โรงพยาบาล ตามสิทธิ ย้ายที่อยู่ ย้ายสิทธิ ติดตามไม่พบปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล ญาติไม่สะดวกพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ 6 เดือน 3) ปัจจัยด้านบุคลากร (กำลังคนและองค์ความรู้) 4) ปัจจัยด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์

พบว่าขาดอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (plastic AFO/shoulder sling) 5) ปัจจัยด้านระบบสารสนเทศ พบว่าระบบการจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ 6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารในระดับโรงพยาบาล ยังไม่ทราบถึงความเชื่อมโยงในเชิงระบบระหว่าง node ในจังหวัดกับการดูแลแบบผู้ป่วยในแบบ intensive rehabilitation

จากผลการดำเนินงานตามนโยบายการจัดบริการการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) ในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี พบว่า จำนวนผู้ป่วย IMC ปี 2562 และ 2563 มีจำนวน 68 และ 96 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและติดตามจนครบ 6 เดือน ปี 2562 และ 2563 คิดเป็นร้อยละ 95.6 และ 98.9 ตามลำดับ ในปี 2564 (ตุลาคม 2563 – มิถุนายน 2564) จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.5⁹ โดยเป็นการดำเนินงานของเครือข่ายอำเภอบ้านลาด คิดเป็นร้อยละ 95.6⁹ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน IMC ของจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการยังไม่ครบถ้วนครอบคลุม⁹ ต้องการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี โดยเฉพาะในเครือข่ายอำเภอบ้านลาด บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ทั้งนี้ในการพัฒนาต้องสอดคล้องกับมาตรการหรือแผนงาน โครงการ และกิจกรรม New normal COVID-19 ประกอบด้วย 5 มาตรการ⁹ ได้แก่ มาตรการที่ 1 พัฒนาต่อยอดระบบบริหารจัดการ มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบฐานข้อมูล การส่งต่อ และติดตาม มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพของบุคลากร มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และมาตรการที่ 5 พัฒนาและปรับระบบบริการทางการแพทย์ในการดูแลระยะกลาง รวมทั้งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health System

Framework) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ¹⁰ (six building blocks) คือ ระบบบริการ (service delivery) บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) ข้อมูลข่าวสาร (information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี (medical product, and technology) การเงิน (financing) และการนำและการอภิบาลระบบ (leading/ governance) อันจะส่งผลให้การพัฒนา ระบบบริการการแพทย์มีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรคเป้าหมายมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษารั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาสภาพการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การสังเคราะห์และพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) ของจังหวัดเพชรบุรีเครือข่ายอำเภอบ้านลาด ที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการจำเป็น และบริบทของพื้นที่ ภายใต้มาตรการหรือแผนงาน และแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก อัตราการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ป่วยเป้าหมายของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด เท่ากับ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยในระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง มีค่า Barthel index เพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้ที่บ้าน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี และเครือข่ายอำเภอบ้านลาด
- 2) เพื่อพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาดที่พัฒนาขึ้น

3.1. อัตราการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพพระยะกลางของผู้ป่วยเป้าหมายของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด เท่ากับ ร้อยละ 100

3.2. ผู้ป่วยในระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลาง มีค่า Barthel index (BI) เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนเข้าสู่ระบบ

3.3. ผู้ป่วยในระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลางไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3.4. ความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่บ้าน ของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เมื่อจำหน่ายออกจากกระบวนการดูแลพระยะกลาง

4) เพื่อนำเสนอระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) มีวิธีการดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลาง จังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด เป็นขั้นการศึกษาวิจัยขั้นต้น (research: R1)เป็นการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน IMC ของจังหวัดเพชรบุรี สถานการณ์การดำเนินงาน IMC ของเครือข่ายอำเภอบ้านลาด

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัดของจังหวัดเพชรบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 8 คน กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของโรงพยาบาลบ้านลาด ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ (ฟื้นฟู) พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวมจำนวน 7 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของเครือข่ายอำเภอบ้านลาด ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ พยาบาลวิชาชีพ (ฟื้นฟู) พยาบาลวิชาชีพหน่วยปฐมภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครหมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 8 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานสหสาขาวิชาชีพในระบบการดูแลพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี และเครือข่ายระดับอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี มีประสบการณ์ในดูแลพระยะกลาง อย่างน้อย 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาตามขั้นตอนที่ 1 มีเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

1) ประเด็นคำถามในการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67–1.00

2) แบบสอบถามความพร้อมของโรงพยาบาลและเครือข่ายการดูแลพระยะกลาง เครือข่ายอำเภอบ้านลาด เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์จาก แบบ checklist สำหรับการดูแลพระยะกลางแบบ IPD (IPD for intermediate bed/ward) สำหรับ โรงพยาบาลระดับ M และ F) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการอภิปราย

กลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นพัฒนาต้นแบบระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด เป็นขั้นการพัฒนาขั้นต้น (development: D1) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก¹⁰ (The WHO Health System Framework) มาสังเคราะห์ต้นแบบระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาดที่พัฒนาขึ้น เป็นขั้นการศึกษาวิจัยขั้นต่อมา (research: R2) เชิงปริมาณ โดยคณะผู้วิจัยนำต้นแบบระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด มาทดลองใช้ในเครือข่ายอำเภอบ้านลาด ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experiment, one group pre-test post-test design)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยในระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ได้แก่ เป็นผู้ป่วยในระยะกลาง 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง และบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ที่พ้นจากระยะวิกฤต เสียชีวิตแล้ว และมีอาการคงที่ แต่ยังมี ความบกพร่องของร่างกายบางส่วนส่งผลให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัด จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ ที่มารับบริการการดูแลระยะกลางจากเครือข่ายอำเภอบ้านลาดอย่างต่อเนื่อง อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ค่า Barthel index น้อยกว่า 15 และยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

- 2.ญาติหรือผู้ดูแล ของผู้ป่วยระยะกลาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน อายุ 20 ปีขึ้นไป อ่านออก เขียนได้ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาตามขั้นตอนที่ 3 มีเครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุด ดังนี้

- 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการการดูแลระยะกลาง มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel index: BI) และส่วนที่ 3 ภาวะแทรกซ้อน

- 2) แบบสอบถามความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้ที่บ้าน ของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เมื่อจำหน่ายออกจากระบบการดูแลระยะกลาง เครื่องมือทั้ง 2 ชุด เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) มีคะแนนระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (ชุดที่ 2) เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาในขั้นตอนที่ 3 มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง (inferential statistics) ได้แก่ dependent t test

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นนำเสนอระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอ บ้านลาด เป็นขั้นการพัฒนาเพื่อการปรับปรุง (development: D2) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงต้นแบบ ให้เป็นระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ที่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และนำเสนอระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง

ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ด้วยแผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของระบบ

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 023/2564 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง จังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

1.1 สภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอ บ้านลาด มีการดำเนินงานแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วย (IMC bed) จำนวน 2 เตียง และการให้บริการที่บ้าน พบว่า มีปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้

1.1.1 การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม แก่ผู้ป่วยทุกคน ยังมีผู้รับบริการที่พ้นระยะเฉียบพลันที่ แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ไม่ได้รับการฟื้นฟูจากหลายปัจจัย เช่น ไม่รู้ว่าจะสามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ ไม่เชื่อมั่นในบริการของสถานบริการระดับอำเภอ หรือตำบล ไม่ได้รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลที่ไปรับการรักษา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “มันอยู่ที่การสื่อสาร บางทีเขามาเกรตศูนย์ ญาติเขาก็กลับบ้านแบบงงๆ ถ้าเราอธิบายให้เข้าใจเขาก็ยอมรับได้...” “เวลาบอกให้เขาไปรักษาต่อที่ รพช. เขาก็ไม่ไป...” “บางทีลงเยี่ยมบ้าน พบคนไข้ stroke มาพักฟื้นที่บ้านแต่ไม่ได้รับแจ้ง.. ”

1.1.2 ผู้ป่วยไม่อยากจะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากกลับบ้าน และมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แต่บางรายก็ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่มีรถในการเดินทาง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “แต่บางคนเขาก็ขอลับบ้านก่อน เขาไม่พร้อมที่จะอยู่โรยบาลนาน” “ญาติไม่สะดวกไม่พร้อม มีค่าใช้จ่าย อยู่ยากอยู่กับลูกหลาน ครอบครัว”

“ส่วนน้อยที่เขาจะมานอนที่เราเพื่อฟื้นฟู” “แต่พอเป็น OPD case เขาไม่มีรถ ไม่มีคนพามา...”

1.1.3 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะ ในการฟื้นฟูสภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “...ก็สอนให้ญาติเขาทำ ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ปัญหา คือเปลี่ยนญาติ เปลี่ยนคนเฝ้า เราก็สอนทุกคนที่มาเฝ้า” “CG (caregiver) ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของ long term care แต่ของผู้ป่วย IMC ต้องเพิ่มเรื่องการประเมินการกลืน การฟื้นฟู ...”

1.1.4 ระบบบริการได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “นัดคนไข้มา สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เว้นระยะห่างของเตียง มีการถามประวัติวัคซีน ประวัติความเสี่ยง ถ้าเสี่ยงก็พักไว้ก่อนค่ะ” “มีการดูประวัติ swab จะขึ้น pop up ใน HOSxP ก็จะต้องดูสภาพไปก่อน”

1.2 ความพร้อมการให้บริการ IMC ของ จังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด จากการประเมิน พบว่า โรงพยาบาลบ้านลาดและเครือข่าย อำเภอบ้านลาด สามารถจัดเตียง IMC ได้ 2 เตียง ไม่มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฟื้นฟูสภาพ 5 วัน จำนวน 1 คน ยังไม่มีพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรฟื้นฟูสภาพ 4 เดือนหรือ เฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง มีนักกายภาพบำบัด 3 คน เฉพาะที่โรงพยาบาลบ้านลาด ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายไม่มีนักกายภาพบำบัด ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด ไม่มีนักกายอุปกรณ์ มีนักสุขภาพจิต 1 คน สรุปได้ว่า เครือข่ายอำเภอบ้านลาด สามารถจัดระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางได้แบบ IMC bed โดยผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง มีการทำงานอย่างเป็นระบบเป็นส่วนใหญ่ และบางกิจกรรมสามารถพัฒนาให้เป็นระบบได้

ส่วนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ผลการสังเคราะห์สรุปว่า

องค์ประกอบของระบบมี 4 ส่วน คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์ 2) ขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง 3) การสนับสนุนการดำเนินงานของระบบการดูแลระยะกลาง (ภายใต้แนวคิด ระบบสุขภาพ six building blocks) และ 4) การประเมินผล ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการและวัตถุประสงค์

หลักการ ระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด มุ่งเน้นการพึ่งพาตนเองได้ของผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคหลัก และญาติผู้ดูแล โดยมีทีมสหวิชาชีพส่งเสริมสนับสนุน ติดตามให้ความช่วยเหลือ การบูรณาการงานภายในเครือข่าย และการค้นหาเชิงรุก

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ในการดูแล ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเขตอำเภอบ้านลาดเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทุกคน สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (มีค่า BI เพิ่มขึ้น) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ที่บ้าน

องค์ประกอบที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง มี 3 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1 การดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD intermediate bed) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์เวรรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล และส่งปรึกษาตามปัญหาที่แพทย์ตรวจพบ
2. ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ได้รับการทำการรักษาทางกายภาพบำบัด วันละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ จนแพทย์เห็นควรอนุญาตให้กลับบ้าน นักกายภาพบำบัดจะนัดผู้ป่วยมาเป็นแบบผู้ป่วยนอก (OPD)
3. ส่งปรึกษานักโภชนาการ กรณีมีปัญหาทางด้านโภชนาการ
4. ส่งปรึกษานักสุขภาพจิต ได้รับการปรึกษาโดยนักสุขภาพจิต
5. ส่งผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้าน

แบบที่ 2 การดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (OPD) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลอื่นๆ
2. พบแพทย์ ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ
 - 2.1 นักกายภาพบำบัด: ได้รับการฟื้นฟูครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วงเดือนแรก เดือนต่อไป 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันครบ 6 เดือนหรือจน BI = 20
 - 2.2 แพทย์แผนจีน: ได้รับการฝังเข็มตามแพทย์นัด
 - 2.3 นักสุขภาพจิต: ปรึกษาครั้งแรกของการรักษา และครั้งต่อไป กรณีมีปัญหาสุขภาพจิตจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด
 - 2.5 ส่งผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้าน

แบบที่ 3 การดูแลระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน (HHC) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
2. จัดเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ นัดวันเวลาก่อนลงเยี่ยม
3. นัดผู้ป่วยที่มีปัญหา เข้าระบบการรักษาที่โรงพยาบาล ให้ญาติหรือผู้ดูแลทำกายภาพเองที่บ้าน ทุกวันๆ ละ 1 ชั่วโมง ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมทุกเดือน โดยให้การฟื้นฟูครั้งละ 1 ชั่วโมง จนครบ 6 เดือนหรือจน BI = 20
4. เตรียมความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้าน ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ติดตามการกายภาพจากญาติหรือผู้ดูแล ทุกสัปดาห์ ทางโทรศัพท์หรือไลน์

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดำเนินงานของระบบการดูแลระยะกลาง มีดังนี้

1. ระบบบริการ (service delivery) จัดระบบการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเชิงรุก ระบบการส่งต่อหรือส่งกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ระบบบริการดูแลระยะกลางทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและ

การดูแลที่บ้านที่เน้นการควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 การประสานงานกับองค์การส่วนท้องถิ่นในการรับ-ส่งผู้ป่วย

2. บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) จัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพเครือข่ายอำเภอบ้านลาด
3. ข้อมูลข่าวสาร (information) จัดเตรียมสื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์ การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้กลุ่มไลน์
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยี (medical product, and technology) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ
5. การเงิน (financing) มอบหมายผู้รับผิดชอบในการกรอกข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันแห่งชาติ (สปสช.) ที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
6. การนำและการอภิบาลระบบ (leading/governance) จัดระบบและผู้รับผิดชอบติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบออนไลน์ของผู้ป่วยและญาติ ระบบการรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุมประจำเดือน

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินอัตราการเข้าถึงบริการการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยเป้าหมาย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ค่า BI) การประเมินภาวะแทรกซ้อน การประเมินความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้

ส่วนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาดที่พัฒนาขึ้น

3.1 อัตราการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพพระยะกลางของผู้ป่วยเป้าหมายของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด พบว่า ในช่วงเดือน สิงหาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565 มีผู้ป่วยเป้าหมายในเครือข่ายอำเภอ บ้านลาด จำนวน 30 คน สามารถเข้าถึงบริการครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่พบผู้ป่วยเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูแต่เกิน 6 เดือน (พันธะระยะการดูแลระยะกลาง) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพพระยะกลาง เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลางจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

รายการ	ก่อนการใช้ต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลาง (ตุลาคม 2563–กรกฎาคม 2564)		หลังการใช้ต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลาง (สิงหาคม 2564–มีนาคม 2565)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	22	95.6	26	86.7
มารับบริการโดยไม่มีนัด (walk-in)	0	0.0	1	3.3
พบจากพื้นที่ (ไม่เกิน 6 เดือน)	0	0.0	3	10.0
พบจากพื้นที่ (เกิน 6 เดือน)	1	4.3	0	0.0
รวมผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการฯ	22	95.6	30	100.0
รวมผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการฯ	1	4.3	0	0.0
รวมทั้งสิ้น	23		30	

3.2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน (ค่า BI)

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลาง
ที่มารับบริการที่เครือข่ายอำเภอบ้านลาด พบว่า ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และมารับบริการแบบการดูแลที่บ้าน และผู้ป่วยนอกมากกว่าแบบผู้ป่วยใน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการที่เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ระหว่าง สิงหาคม 2564-มีนาคม 2565 (n=30 ราย)

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	14	46.7
60 ปี ขึ้นไป	16	53.3
โรค		
stroke	29	96.7
traumatic brain injury (TBI)	0	0.0
spinal cord injury	1	3.3
แบบการรับบริการ		
ผู้ป่วยใน	2	6.7
ผู้ป่วยนอก	8	26.7
ดูแลที่บ้าน	16	53.3
ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก	1	3.3
ดูแลที่บ้าน/ผู้ป่วยนอก	3	10.0

3.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน (ค่า BI) พบว่า หลังจากผู้ป่วยมารับ
การดูแลระยะกลางสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ได้มากขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน BI สูงกว่าก่อนรับ
การดูแลตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการใช้ต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลางจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Paired t test	P-value
หลังได้รับการฟื้นฟู	16.31	5.12	7.65	.000*
ก่อนได้รับการฟื้นฟู	8.34	5.62		

*p-value < 0.01

3.2.3 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ใด ๆ ทั้งผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 0 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบการดูแลระยะกลาง (n = 30)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผลกดทับ	0	0.0
ปอดอักเสบ	0	0.0
ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	0	0.0

3.2.4 ความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่บ้านของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เมื่อจำหน่ายออกจากระบบการดูแลระยะกลาง พบว่า ญาติและผู้ดูแลทุกคนสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยการช่วยข้อต่อ เคลื่อนย้ายตัว และพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยบนเตียงได้

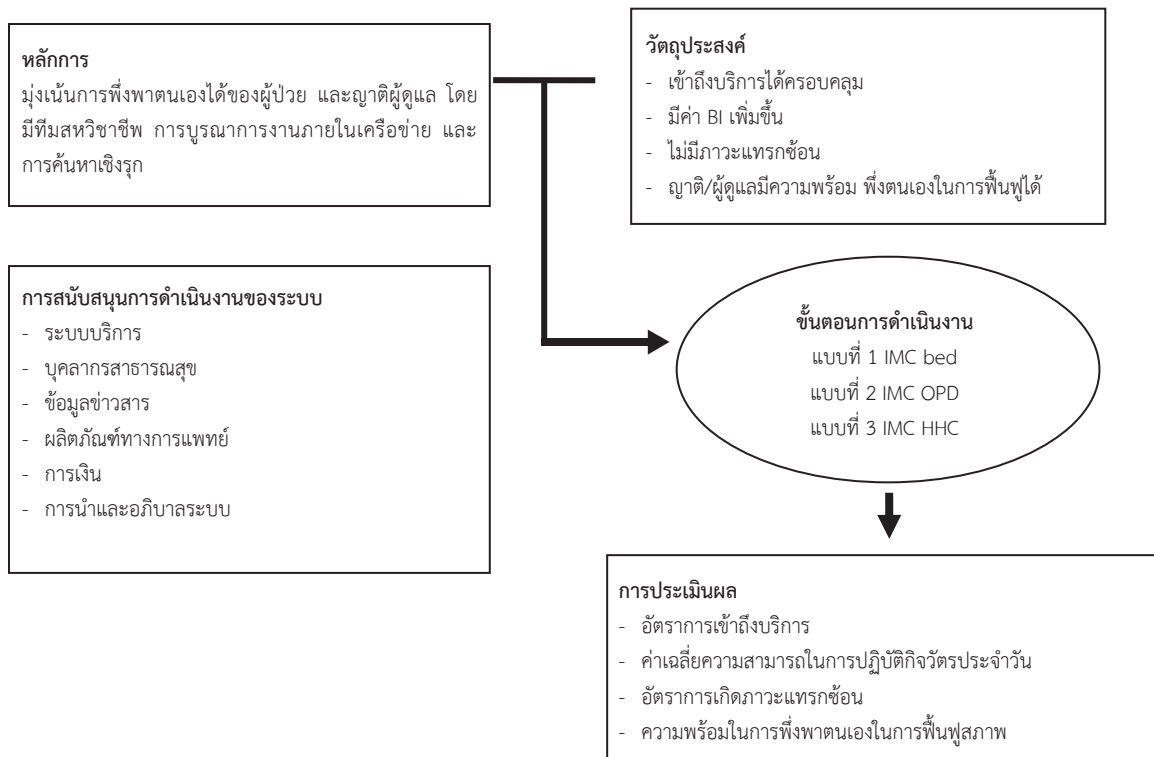
ส่วนการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งข้างเตียง ลุกยืน และเดินได้นั้น ไม่สามารถประเมินญาติและผู้ดูแลบางส่วนได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการอ่อนแรง ไม่สามารถลุกได้ จึงสรุปได้ว่า ญาติและผู้ดูแลทุกคนผ่านการประเมินตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองได้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่บ้านของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เมื่อจำหน่ายออกจากระบบการดูแลระยะกลาง (n = 30)

หัวข้อการประเมิน	จำนวน (ราย)			จำนวนผู้ที่ผ่านการประเมิน	ร้อยละผู้ที่ผ่าน
	ทำได้ดี	ทำได้ไม่ดี	ไม่สามารถประเมินได้		
1. การช่วยเคลื่อนข้อต่อให้ผู้ป่วย	30	0	0	30	100
2. การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงให้ผู้ป่วย	30	0	0	30	100
3. การพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย	30	0	0	30	100
4. การลุกขึ้นนั่งข้างเตียงให้กับผู้ป่วย	19	0	11	19	100
5. การลุกขึ้นยืน	12	0	18	12	100
6. การเดิน	12	0	18	12	100

ส่วนที่ 4 ระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัด เพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด จากการสังเคราะห์ ต้นแบบระบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด และ

ผลการทดลองและประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน ตามต้นแบบ สรุปเป็นแผนผังระบบการดูแลสุขภาพ ระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

วิจารณ์

สภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลสุขภาพ ระยะกลาง ของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอ บ้านลาด ที่พบปัญหา การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม แก่ผู้ป่วยทุกคน โดยในเครือข่ายอำเภอบ้านลาด พบว่า ครอบคลุมถึงผู้ป่วยร้อยละ 95.6 สอดคล้องกับการ ดำเนินงานของจังหวัดที่พบว่า มีความครอบคลุมร้อยละ 97.5⁹ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปรับปรุงระบบการดูแล ระยะกลาง โดยใช้การดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยแบบเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายทำงานร่วมกันเป็นทีม¹⁰

ร่วมกับการชี้แจงทำความเข้าใจ วางแผน และ การติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ ส่งผลให้บุคลากร เกิดความเข้าใจ ให้การยอมรับนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็น ปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแล สุขภาพระยะกลาง¹¹ ส่งผลให้การดำเนินของระบบฯ ครอบคลุมผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 100

การมารับบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการ ดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่พบว่า ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยนอนรักษาตัวมาระยะหนึ่งแล้วในระยะเฉียบพลัน

เมื่ออาการดีขึ้นจึงอยากกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน อีกทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้เตียงรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อ การดูแลแบบผู้ป่วยนอกจึงเหมาะสมกับสภาพเหตุการณ์ในปัจจุบัน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารส่งเสริมให้การสื่อสาร และติดตามการฟื้นฟูสภาพจากญาติผู้ดูแลที่บ้านได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย BI เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{6,12,13,14} ที่พบว่าผู้ป่วยพึ่งตนเองได้มากขึ้นจากการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์จากการดำเนินการของระบบการดูแลระยะกลางครั้งนี้ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วย ร่วมกับการกำกับติดตามจากทีมสหวิชาชีพทางการสื่อสารออนไลน์ที่มีความสะดวกมากขึ้น และการมีระบบการส่งต่อระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ ในเครือข่ายที่ชัดเจน¹⁵ ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งแผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการที่ได้รับ¹¹ มีความมั่นใจในการดูแล และสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพพระยากลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาดครั้งนี้ เป็นระบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ลดภาระการพึ่งพิงพร้อมที่จะกลับสู่ชุมชนได้เต็มศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วัชรารัฐไพฑูรย์, และคณะ. การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(3):493-509.
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร: บอร์นทูปับลิชชิง; 2562: 8-14.
3. Pearson M, Hunt H, Cooper C, et al. Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care. Health Soc Care Community 2015;23(6):577-93.
4. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร. สถานการณ์การดำเนินงาน Intermediate care ของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2561: 39-19.
5. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย Intermediate care [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2561]; เข้าถึงได้จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_fil
6. อัญพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นภัส แก้ววิเชียร, และคณะ. ประเมินนโยบายการดูแลสุขภาพพระยากลางของกระทรวงสาธารณสุข: การวิเคราะห์เชิงปริมาณ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):183-99.
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5. เอกสารประกอบการประชุม: สรุปผลการพัฒนา Service plan: Intermediate care ปี 2563; 2564. ราชบุรี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5; 2564.

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน intermediate care. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2564.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปี 2564 จังหวัดเพชรบุรี. วันที่ 3 – 4 สิงหาคม 2564. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2564: 141–4.
10. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva Switzerland: WHO Document Production Services; 2010: 1–85.
11. อวยพร จงสกุล, ศิริพร สีสันต์, กัญญา เลียนเครือ, และคณะ. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา: OIMCCE Model. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(3):454–71.
12. นงนภัทร รุ่งเนย, ธิญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(1):112–23.
13. Perez LM, Inzitari M, Quinn TJ, et al. Rehabilitation Profiles of Older Adult Stroke Survivors Admitted to Intermediate Care Units: A Multi-Centre Study. PloS ONE 2016;11(11):e0166304.
14. Kaambwa B, Bryan S, Barton P, et al. Cost and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. Health and Social Care in the Community. 2008;16(6):573–81.
15. Mabunda SA, London I, Piennaar D. An evaluation of the role of an intermediate care facility in the continuum of care in Western Cape, South Africa. Int J Health Policy Manag. 2018;7(2):167–79.