

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง

Development of a Home-Based Care Model (Home Ward) for Patients with Diabetes and Hypertension in the Community Hospital Network in Trang Province

วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด¹, บุปผา รักษานาม^{2*}
Walairat Suwanmad¹, Buppha Raksananam^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Trang Provincial Public Health Office

²Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

(Received: December 6, 2024; Revised: January 1, 2025; Accepted: February 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน 102 คน 2) ผู้ป่วย Home ward 30 คน และ 3) บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง 30 คน การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One Sample t-test, Paired t-test และ Content Analysis ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ได้แก่ บุคลากรยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มรูปแบบและขาดการติดตามต่อเนื่อง คณะกรรมการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 8.32, SD = 3.22$) การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล ($M = 17.27, SD = 5.86$) คุณภาพบริการต่อการใช้รูปแบบ ($M = 3.88, SD = 0.47$) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = 0.44$)

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน ที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ คือ 3 SAP Home Ward Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) Service: การจัดบริการที่มีคุณภาพ 2) Staff: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) Structure: โครงสร้างการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) A MED: โปรแกรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่บ้าน 5) Performance: เป้าหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.45, SD = 0.51$)

3. คะแนนรวมของตัวแปรการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณภาพบริการต่อการใช้รูปแบบ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .002$) ระดับน้ำตาลและความดันโลหิต หลังพัฒนารูปแบบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .001$)

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัด ได้ตามบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน โรงพยาบาลชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Buppha@scphtrang.ac.th)

Abstract

This action research aimed to develop a home-based care model (home ward) for patients with diabetes and hypertension in the Trang Province community hospital network. The target groups included: a) 102 inpatients diagnosed with diabetes and hypertension, b) 30 home ward patients, and c) 30 healthcare workers from community hospitals in Trang Province. The research procedure was divided in three phases: 1) situation analysis (assessing the current situation and challenges in diabetes and hypertension patient care), 2) model development, and 3) model evaluation. Both qualitative and quantitative data were collected through observations, unstructured and semi-structured interviews, as well as focus group discussions. The study period was from January to November 2024. The data was analyzed using paired t-tests, one-sample t-tests, and content analysis. The findings showed the following.

1. There were seven main challenges in home-based care for diabetic and hypertensive patients in the community hospital network of Trang Province: 1) healthcare personnel lacked sufficient understanding of home care for patients, 2) roles and responsibilities of staff were unclear, 3) patients did not receive comprehensive care and lacked continuous follow-up, 4) adherence to standard patient care guidelines was at a high level ($M = 8.32$, $SD = 3.22$), 5) compliance with nursing care protocols was also at a high level ($M = 17.27$, $SD = 5.86$), 6) quality of service related to the model was highly rated ($M = 3.88$, $SD = 0.47$), 7) patient participation was at a high level ($M = 3.99$, $SD = 0.44$).

2. The developed model, called the "3SAP Home Ward Model", consisted of five core characteristics: 1) high-quality healthcare services, 2) healthcare workers and caregivers, 3) operational framework for home-based care, 4) a home patient medical record system, and 5) measurable patient care outcomes. The overall quality assessment of the model was rated at a high level ($M = 4.45$, $SD = 0.51$).

3. The total scores for adherence to patient care standards, compliance with nursing care guidelines, service quality, and patient participation were significantly higher than the target values ($p\text{-value} < .01$). Blood sugar and blood pressure levels significantly decreased after implementing the model ($p\text{-value} < .001$).

Therefore, this model can be applied to improve chronic disease management within hospital networks, aligning with local healthcare contexts.

Keywords: Model, Home Care, Diabetes, Hypertension, Community Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรค ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้าน โรคที่พบมากควบคู่กับโรคเบาหวาน คือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ในปี 2566 มีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 507,104 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เพิ่มความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคไตวายเรื้อรัง (Department of Disease Control, 2023)

จังหวัดตรัง ปี 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 31,070, 32,921 และ 34,796 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.12, 7.03 และ 6.87 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 1.39, 1.35 และ 1.59 ตามลำดับ สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ปี 2564 - 2566 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 73,368, 75,972 และ 78,817 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.4, 14.9 และ 15.5 ตามลำดับ (Trang Provincial Public Health Office, 2024) ภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และสมอง จากปัญหาการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจที่ยาวนานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวนเตียงผู้ป่วยที่รองรับไม่เพียงพอ อัตราการครองเตียงภาพรวมเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ปี 2565 - 2567 เท่ากับ ร้อยละ 145.70, 66.00, และ 72.00 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2565 (Trang Provincial Public Health Office, 2024)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward Care) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ตามแนวคิด Health System Theory ของ Donabedian (1988) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง ด้านทรัพยากรและระบบบริหารจัดการ กระบวนการ ที่เน้นมาตรฐานการดูแล และ ผลลัพธ์ ที่สะท้อนคุณภาพบริการ อีกทั้งยังอิงกับ Holistic Care Theory ของ Engel (1977) ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เน้นการบูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน เสริมบทบาทบุคลากรปฐมภูมิ และใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) งานวิจัยพบว่า การดูแลที่บ้านช่วยลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Smith & Brown, 2020) ขณะที่เทคโนโลยีสารสนเทศและเวชศาสตร์ทางไกล (Telemedicine) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพ ลดภาระบุคลากร และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Stoltzfus, Kaur, Chawla, Gupta, Anamika & Jain, 2023; Shawwa, 2023) ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ สำหรับให้คำปรึกษาทางไกล A MED ระบบติดตามสุขภาพ และ Hos XP ระบบเบิกจ่ายยาและเชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาลกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (Rattanaagreeethakul, Thanakit, Krungkraipetch, & Ritngam, 2018; Srina, 2021)

กรมการแพทย์ได้ปรับแนวทางการรักษาโดยการส่งบริการทางการแพทย์ไปยังผู้ป่วยในลักษณะการรักษาที่บ้าน (Home Ward) เพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกที่ ทุกเวลา ภายใต้เงื่อนไขที่อาการของผู้ป่วยไม่แย่งและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการแพทย์ร่วมกับแพทย์ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มทางเลือกในการดูแลรักษาที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษามีคุณภาพและความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น (Rattanaagreeethakul, Thanakit, Krungkraipetch, Ritngam, 2018; Srina, 2021)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้กำกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลในจังหวัดให้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่รูปแบบการดูแลดังกล่าวจากกรมการแพทย์ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจังหวัดตรัง โดยมีโรงพยาบาลที่พร้อมเข้าร่วมโครงการ 10 แห่ง แต่ดำเนินการได้เพียง 3 แห่ง เนื่องจากขาดความเข้าใจในรูปแบบการจัดบริการ และไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานและขาดการติดตามต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจึงต้องกลับมาโรงพยาบาล ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Trang Provincial Public Health Office, 2024)

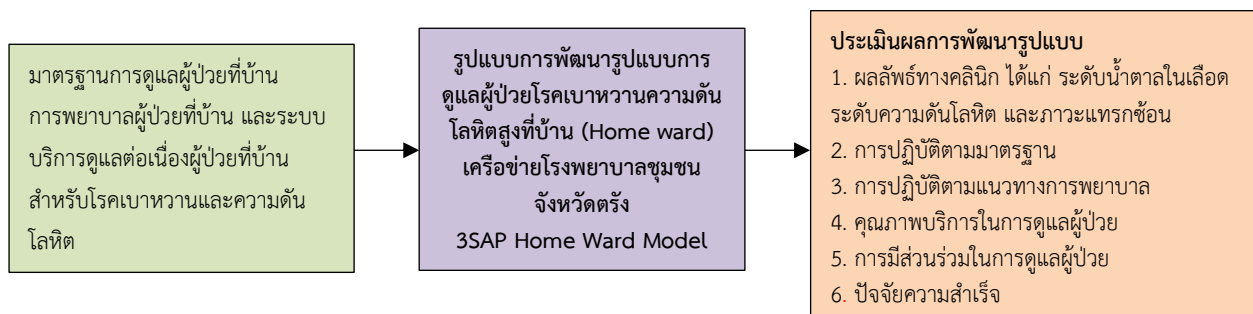
จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มาจัดบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลสูง 3 อันดับแรก และประเมินผลการพัฒนารูปแบบจากผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษา มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และขยายการจัดบริการในกลุ่มโรคต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1998) ประยุกต์จากแนวคิดและหลักการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่บ้านของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) และการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ของสำนักการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2014)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) หรือ PAOR (Kemmis & Mc Taggart, 1998) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน พ.ศ.2567 รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้านการศึกษา ในระยะนี้ ร่วมวางแผน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มาใช้บริการ คือผู้ป่วย โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล 102 คน 2) ผู้ป่วย Home Ward จำนวน 30 คน และ 3) บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ (1) ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ (2) บุคลากรทางการแพทย์ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด

ตรง ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) จังหวัดตรัง เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ (1) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ที่ไม่สามารถเข้ารับการดูแลตามรูปแบบที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง (2) ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง จนไม่สามารถรักษาได้ตามรูปแบบการดูแล แบบ Home Ward เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำ หรือภาวะน้ำตาลสูงมากให้การพยาบาลเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ชัก ช็อค หหมดสติต้องส่งต่อโรงพยาบาล เป็นต้น และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือวิจัยจากแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ของสำนักการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2014) ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยต่อการใช้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลของของเบสต์ (Best, 1977) คุณภาพระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.79) น้อย (1.80 – 2.59) ปานกลาง (2.60 – 3.39) มาก (3.40 – 4.19) และมากที่สุด (4.20 – 5.00)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของในการดูแลผู้ป่วย 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลของของเบสต์ (Best, 1977) การมีส่วนร่วมอยู่ระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.79) น้อย (1.80 – 2.59) ปานกลาง (2.60 – 3.39) มาก (3.40 – 4.19) และมากที่สุด (4.20 – 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามเชิงลึกกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความถูกต้องเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า CVI โดยรวมเท่ากับ .82 ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ .80 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ด้านคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ 1.00

สำหรับตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน โดย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยการศึกษานี้ ได้ค่า KR20 ของการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ .71 และ .70 ตามลำดับ ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ .94 และ .89 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567 เป็นระยะที่ปฏิบัติตามแผน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง และตัวแทนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งหมด 30 คน โดยใช้เกณฑ์

ในการคัดเข้าและคัดออก เหมือนระยะที่ 1 การศึกษาในระยะนี้ ไม่ได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดตรัง โดยศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา แนวโน้มของโรค ศักยภาพของระบบสุขภาพ และข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. จัดตั้งทีมพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแล ซึ่งประกอบด้วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกร ตลอดจนตัวแทนของผู้ป่วยและผู้ดูแลภายในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการระดมความคิดเห็นศึกษาตัวอย่างแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และกำหนดแนวปฏิบัติที่เหมาะสม ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน
3. ยกร่างรูปแบบการดูแล ผ่านกระบวนการศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน รวมถึงการระบุปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาลและผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของระบบ Home Ward ได้แก่ (1) Step Down: การดูแลผู้ป่วยที่กลับบ้านหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) Step Up: การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียง หรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการดูแลพิเศษ และ (3) Refer Back การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแล Home Ward การจัดทำแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ พยาบาล โภชนาการ และสุขภาพจิต และบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ระบบติดตามสุขภาพทางไกล รวมถึงการกำหนดบทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
4. นำไปทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลชุมชนนำร่องที่โรงพยาบาลสิเกา จากผู้เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล 10 คน เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบ Home Ward ในบริบทจริง ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ความเป็นประโยชน์ ความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้รูปแบบมีความสมบูรณ์และพร้อมสำหรับการนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน 2567 เป็นขั้นตอนสังเกตผลและสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มารับบริการดูแลแบบ Home Ward จำนวน 37 คน และ (2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเดียวกันและจำนวนเท่ากับประชากร แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มารับบริการดูแลแบบ Home Ward และ (2) บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มละ 30 คน กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน (Home Ward) และผู้มารับบริการของเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง กลุ่มละ 10 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ (1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามรูปแบบที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง (2) ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง จนไม่สามารถรักษาได้ตามรูปแบบการดูแล แบบ Home Ward เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำหรือภาวะน้ำตาลสูงมากให้การรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเปรี๊ยะ พูดไม่ชัด ชัก ช็อค หมดสติต้องส่งต่อโรงพยาบาล เป็นต้น และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ประยุกต์เครื่องมือวิจัยมาจาก แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2022) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ของสำนักการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2014) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1-4 รายละเอียดเหมือนระยะที่ 1 (ใช้ชุดเดียวกันกับระยะที่ 1)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ติดตามอาการและอาการแสดงทุกระบบที่เกี่ยวข้อง ประเมินการตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต หัวใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้มีประสบการณ์ในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index โดยรวม เท่ากับ .82 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน โดย ได้ค่า KR20 ของการปฏิบัติตามมาตรฐานและตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ .71 และ .70 ตามลำดับ ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของคุณภาพบริการ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ .94 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากประเมินอาการ แบบบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Method) จากวิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสังเกต การสอบถามจากตัวผู้ป่วย และจากผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณภาพบริการ การมีส่วนร่วม ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต กับเกณฑ์เป้าหมาย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้แจกแจงแบบปกติ (ใช้ Normal Q-Q Plot พบว่าข้อมูลกระจายตัวอยู่ใกล้เคียงกับเส้นตรง)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยกำหนดรหัส และจัดหมวดหมู่ ประเด็นหัวข้อหลัก (Themes) ศึกษาข้อมูลและจัดระเบียบข้อมูล ศึกษาเชิงลึก และสรุปผล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุข-สิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ P086/2567)

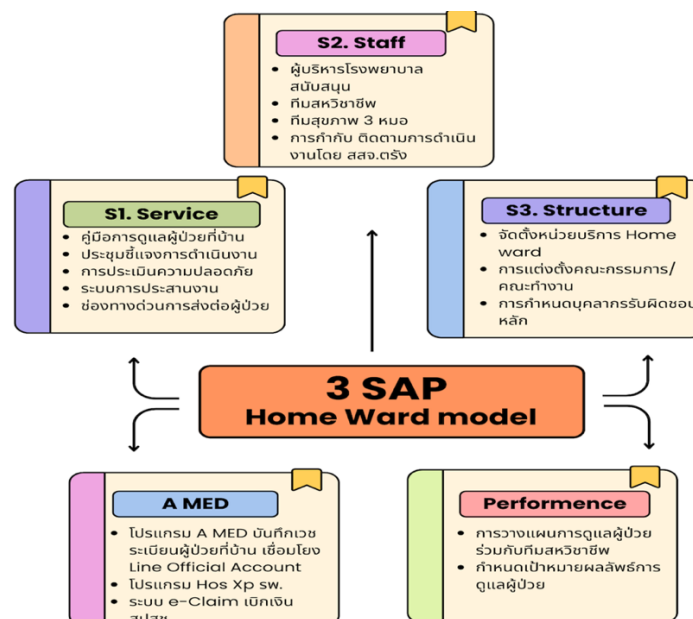
ผลการวิจัย

1. ปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.43 อายุเฉลี่ย ($M = 60.33$, $SD = 15.79$ ปี) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.76 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 73.53 รายได้เฉลี่ย 7841.00 ± 9675.94 บาท สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.61 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.22 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 จำนวนสมาชิกที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ 3 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.05 อายุเฉลี่ย ($M = 38.51$, $SD = 9.40$ ปี) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.70

ผลการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มประเด็นปัญหาสถานการณ์ในการดำเนินงานด้านดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดตรัง พบว่า ในจังหวัดตรังมีเริ่มการดำเนินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลวังวิเศษ และโรงพยาบาลห้วยยอด ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเท่าที่ควร ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างแท้จริง ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านอย่างเต็มรูปแบบ ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง รูปแบบยังต้องการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรัง

คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 8.32, SD = 3.22$) การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 17.27, SD = 5.86$) คะแนนคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88, SD = 0.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความพึงพอใจจากการให้บริการมีคะแนนสูงสุด ($M = 3.93, SD = 0.53$) ในขณะที่ด้านการให้บริการของบุคลากรที่ให้บริการมีคะแนนต่ำสุด ($M = 3.83, SD = 0.62$) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = 0.44$) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง

จากภาพ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง คือ “3SAP” Home Ward Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) Service: การจัดบริการที่มีคุณภาพ 2) Staff: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) Structure: โครงสร้างการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) A MED: โปรแกรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่บ้าน และ 5) Performance: เป้าหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. Service: การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ที่เข้าใจง่ายและ มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ปลอดภัย มีระบบประสานงานหรือขอคำปรึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่าน Line OA มือถือ และทีมสุขภาพ 3 หมอ มีการจัดช่องทางด่วน การรับส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีอาการทรุดลงผ่านหมายเลข 1669

2. Staff: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้บริหารโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข จัดทีมสุขภาพ 3 หมอ ที่รับผิดชอบครัวเรือนผู้ป่วยในชุมชน โดยทีมกำกับ ติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง โดยผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3. S Structure: โครงสร้างการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดตั้งหน่วยบริการ Home Ward และจัดเจ้าหน้าที่ประจำที่หน่วยบริการที่โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการและคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง และกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเป็นคณะกรรมการและเลขานุการของโรงพยาบาล

4. A MED: โปรแกรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่บ้าน ใช้โปรแกรม A MED การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่บ้านเชื่อมโยง Line Official Account สามารถเชื่อมโยงและข้อมูลส่งเข้าระบบโปรแกรม HosXP เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่งเข้า ระบบ e-claim เบิกเงิน สปสช.

5. Performance: เป้าหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มสมรรถนะ โดยวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป้าหมายผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยรายโรค ตั้งแต่รับใหม่ จนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ

สำหรับคะแนนการประเมินคุณภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ที่พัฒนาขึ้นโดยรวม อยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.50$, $SD = 0.51$) จำแนกรายด้าน พบว่า 1) ความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติจริง 2) ความถูกต้อง 3) ความเหมาะสม และ 4) ความเป็นประโยชน์ คะแนนอยู่ระดับสูงมาก ($M = 4.71$, $SD = 0.49$, $M = 4.29$, $SD = 0.49$, $M = 4.29$, $SD = 0.50$ และ $M = 4.71$, $SD = 0.50$ ตามลำดับ)

3. ผลการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ก่อนพัฒนารูปแบบ และหลัง พัฒนารูปแบบ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ($n = 30$)

ตัวแปร	M	SD	p-value (1-tailed)
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)			
ก่อนพัฒนา	279.97	73.60	<0.001
หลังพัฒนา	181.40	47.29	
ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)			
ก่อนพัฒนา	150.86	23.35	<0.001
หลังพัฒนา	130.95	11.84	
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)			
ก่อนพัฒนา	84.55	12.43	<0.001
หลังพัฒนา	75.91	7.08	

จากตาราง 1 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบ ต่ำกว่าก่อนพัฒนา

รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) ไม่พบเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แต่พบรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถจัดการได้ตามมาตรฐานการรักษามือผู้ป่วยที่บ้าน 1 ราย คือ ผู้ป่วยหญิง อายุ 46 ปี มีอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิต 180/100 มม.ปรอท ให้นอนพัก วัดความดันโลหิตซ้ำ 150/90 มม.ปรอท หลังจากหลังตื่นนอนตอนเช้าผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง พักรักษาที่โรงพยาบาล 1 คืน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรต่างๆ หลังพัฒนารูปแบบ กับค่าเป้าหมาย (กลุ่มตัวเจ้าหน้าที่ n = 30 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย n = 30 คน)

ตัวแปร	เกณฑ์	M	SD	p-value (1-tailed)
การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	9.00	9.80	0.48	< .001
การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล	18.00	19.60	0.85	< .001
คุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย	4.00	4.49	0.35	< .001
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.20	4.42	0.40	.002
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	300.00	181.40	47.29	< .001
ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)	140.00	130.95	11.84	< .001
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	80.00	75.91	7.08	< .001

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สูงกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .002$) ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ต่ำกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

ตาราง 3 คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล (n = 30)

การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านปัจจัยนำเข้า		
1. มีระบบการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน ที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	30	100.00
2. มีข้อมูลการวางแผนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	30	100.00
3. ทีมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่าย	29	96.67
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามการดูแล โดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยพักรักษา	30	100.00
5. ประเมินอาการแรกเริ่มผู้ป่วยครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ	29	96.67
6. มีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามสภาพปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	29	96.67
7. ผู้ปฏิบัติมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แผนการรักษา การปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	29	96.67
8. มีการบริหารจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพและเพียงพอ	29	96.67
9. อธิบายแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและสนับสนุนนำไปใช้ที่บ้านได้	30	100.00

การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
2. ด้านกระบวนการดำเนินงาน		
10. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามรายโรคตามเกณฑ์	30	100.00
11. ติดตามผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตามแผนการรักษา และความถี่ตามเกณฑ์ที่กำหนด	30	100.00
12. บันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการพยาบาล อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและตามแผนการรักษา	30	100.00
ของแพทย์		
13. ติดตามผลการรักษาพยาบาล ทำหัตถการที่จำเป็น ฟันฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อน	29	96.67
14. มีการประสานเพื่อการรักษา การส่งต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทันทั่วถึง	30	100.00
15. มีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	30	100.00
16. ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อสารการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสื่อสารระหว่างทีมสห	29	96.67
วิชาชีพ		
17. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	30	100.00
18. บันทึกกระบวนการพยาบาลกำหนดประเด็นปัญหา วินิจฉัย แผนการ ปฏิบัติการพยาบาล และ	30	100.00
ประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับภาวะผู้ป่วย		
3. ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก		
19. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 mg% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	29	96.67
เฉียบพลัน		
20. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตไม่เกิน 140/80 mmHg ไม่เกิด	30	100.00
ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน		

จากตาราง 3 หลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลถูกต้อง ร้อยละ 100

สำหรับผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ได้แก่ (1) ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์การบริหารองค์กรที่เข้มแข็งและยั่งยืน กล่าวคือ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ให้ความสำคัญพร้อมนำทีม และสนับสนุนอย่างเต็มที่ (2) มีการบริหารจัดการที่ดี มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย (3) มีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น การสำรองอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (4) มีระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น Line Official Account โปรแกรม A MED เป็นต้น (5) มีทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเข้มแข็ง สามารถประสานเครือข่ายทีม 3 หมอ เข้าไปติดตามดูแลผู้ป่วยในครัวเรือนรับผิดชอบเมื่อไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ และ (4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัด

“ผู้ป่วย ผู้ดูแลอยากไปรักษาตัวที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล มีสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ผู้ดูแลสามารถทำงานที่บ้านได้ ไม่ขาดรายได้” (ผู้มารับบริการ ก)

“ทางโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ให้ยืมไปใช้ที่บ้าน เจ้าหน้าที่สอนเข้าใจง่าย” (ผู้มารับบริการ ข)

“ทีมคุณหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และคนไข้ดูแลสื่อสารเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลคนไข้แบบเป็นกันเอง” (ผู้มารับบริการ ค)

“เป็นอะไรที่ดีมาก ลดความแออัดหอบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรักษาที่บ้านสิ่งแวดล้อมเดิมไม่เกิดความเครียดมากและไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรงพยาบาลด้วย (เจ้าหน้าที่ ก)

“พอดำเนินโครงการไปได้สักระยะ สามารถเบิกตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้เท่ากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ อนุมัติจัดซื้ออุปกรณ์ เครื่องมือเพิ่มให้เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจหาน้ำตาล มือถือ และไอแพดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้งาน จนท.ชอบ (เจ้าหน้าที่ ค)”

ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้านเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ได้แก่ (1) การบริหารจัดการบริการ ในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการ ระยะเริ่มต้น ผู้นำโรงพยาบาลยังไม่ได้กำหนดทิศทาง นโยบายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมอบหมายให้หน่วยงานรับผิดชอบ และการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพ อุปกรณ์ เครื่องมือให้เพียงพอ การสื่อสาร ชี้แจงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตที่บ้าน ให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอทราบ และถือปฏิบัติเป็นทิศทางเดียวกัน ทำให้มีการดำเนินงานไม่ราบรื่น (2) เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม A MED ไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ระบบ Hos XP ได้อย่างสมบูรณ์แบบ ในหลายเมนูการทำงาน เช่น การรับผู้ป่วยเข้าดูแลรักษาที่บ้าน การเบิกจ่ายยา การส่งเอกสาร เบิกจ่ายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) รวมถึงแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักรู้ และปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานอย่างเคร่งครัดมากขึ้น การพัฒนารูปแบบนี้ได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ลดความซับซ้อน และเพิ่มความสะดวกในการดำเนินงาน ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจที่เป็นระบบเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 1) ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแล ได้แก่ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ระบบการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้าน 2) กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วยเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ระบบการสื่อสารและการประสานงาน ตลอดจนการนำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้โปรแกรม A MED สำหรับบันทึกข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับ LINE OA เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ด้านการประเมินผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่นี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanagreethakul, Thanakit, Krungkraipetch, & Ritngam (2018) ซึ่งเน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นระบบเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณภาพบริการ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนสูงกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (1988) ที่ระบุว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ American Diabetes Association (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ต่ำกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยควบคุมภาวะความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง

ของ World Health Organization (2021) ที่เน้นให้ความสำคัญกับการติดตามความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ถ้าพิจารณาตามเกณฑ์โดยทั่วไป ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 140 mg% /dL แต่เกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน การคัดกรองและพิจารณาผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถรับการดูแลที่บ้านอิงตามเกณฑ์ทางคลินิก โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 300 mg/dL ค่า HbA1C น้อยกว่า 11% ไม่มีอาการร่วมที่บ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แนวทางนี้ช่วยให้สามารถบริหารจัดการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสริมสร้างการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Department of Medical Services, 2020) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน (Home Ward) สำหรับการศึกษาเป็นการศึกษาระยะสั้น เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องอาศัยการจัดการในระยะยาวด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาที่เหมาะสม และการติดตามผลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยในระยะสั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ได้แก่ Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งอาจเกิดจากการขาดอินซูลินอย่างรุนแรง Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนทำให้ความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น อาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำรุนแรงและภาวะช็อก

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้บริการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมาก สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่มีโครงสร้างเป็นระบบและได้มาตรฐาน การพัฒนาดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว มีข้อมูลครบถ้วน และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ระบบใหม่ยังสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย ทั้งนี้ ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาใหม่ช่วยส่งเสริมบทบาทในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบคลุมการวางแผนแนวทางปฏิบัติ การตัดสินใจรักษา และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Magteppong, Nanudorn, & Pounsamai (2022) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตรังสะท้อนถึงการนำโดยผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ การบริหารจัดการที่แข็งแกร่ง และการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ การมีผู้นำที่สามารถเข้าใจความต้องการของบุคลากรและรับทราบภาระงานที่ต้องทำได้ อย่างถูกต้อง รวมถึงการแต่งตั้งทีมสหวิชาชีพที่มีความสามารถในการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยเริ่มต้นจากการให้บริการใน 3 โรงพยาบาล และขยายไปอีก 6 โรงพยาบาลในอนาคต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้รวดเร็ว ลดความแออัดในห้องผู้ป่วยของโรงพยาบาล และลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสะดวกสบายและความร่วมมือในการรักษา ทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญได้ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดยมีการติดตามอาการไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ อีกหนึ่งจุดเด่นที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบนี้คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูลและการติดตามอาการของผู้ป่วย ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยมีการใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือในการบันทึกข้อมูลและติดตามอาการของผู้ป่วย การใช้โปรแกรม A MED ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงกับ LINE Official Account ได้ทำให้การติดตามการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันการใช้ โปรแกรม Hos XP ในการเบิกจ่ายยาและการส่งข้อมูลเพื่อขอ eClaim จากสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ช่วยเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการจัดการเอกสารและการเบิกจ่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rattanaagreeethakul, Thanakit, Krungkraipetch, & Ritngam (2018) และ Srina (2021) ซึ่งได้ให้ความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ แม้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้จะประสบความสำเร็จ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ A MED และ Hos XP การที่โปรแกรม A MED ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล ทั้งในเรื่องการรับผู้ป่วยเข้าดูแลที่บ้าน การเบิกจ่ายยา และการส่งเอกสารเบิกจ่ายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ 2) ข้อจำกัดด้านสิทธิในการรับบริการ โปรแกรม A MED สามารถใช้งานได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เท่านั้น ซึ่งทำให้ผู้มีสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการไม่สามารถเข้าถึงการบริการนี้ได้ ซึ่งอาจจำกัดการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่ม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน 3 SAP Home Ward Model ที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษานี้ ไปขยายการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ครอบคลุม 8 กลุ่มที่กรมการแพทย์กำหนดลดความแออัดในหอผู้ป่วยใน ลดการใช้ทรัพยากร ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

2. ผู้นำโรงพยาบาลสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3 SAP Home Model ไปประยุกต์การจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน โดยเพิ่มเตียงผู้ป่วยที่บ้าน และกำหนดหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยประเภทไม่รุนแรง และประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

3. การสร้างความร่วมมือภายในเครือข่ายระดับอำเภอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทิม 3 หมอ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตที่บ้าน (Home Ward) ในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษารูปแบบ Home Ward ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดตรังหรือจังหวัดใกล้เคียง ควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตของผู้ป่วย

2. เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง A MED และ Hos XP เพื่อให้การบันทึกข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและไม่ซ้ำซ้อน

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ควรนำ 3 SAP Home Ward Model ไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือคลินิกเฉพาะทาง เพื่อประเมินศักยภาพของรูปแบบในระบบบริการที่แตกต่าง และควรศึกษา Cost-effectiveness ของรูปแบบ Home Ward เพื่อนำเสนอข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลในระบบสุขภาพต่อไป

References

- American Diabetes Association (2020). Improving care and promoting Health in populations: Standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes care*, 43(Suppl 1), S7–S13.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Department of Disease Control. (2023). *Annual Report on Non-Communicable Diseases in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2023). *ODPC 9 Warns Public on World Hypertension Day*. Retrieved 29 May 2024 from <https://ddc.moph.go.th/index.phphttps://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&d>. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2022). *Guidelines and Standards for Home Care*. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines and Standards for Home Care*. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for Home Ward Care: Expanding Medical Services to Patients' Homes*. (in Thai)
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Kemmis, S., & McTaggart, R., (1988). *The Action Research Planner*. Deakin University.
- Magteppong, W., Nanudorn, A., Pounsamai, P. (2022). The development of the pattern of family roles in caring for elderly persons with hypertension through family participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 101-116. (in Thai)
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2014). *Home Visit Quality Standards*. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing of Thailand. (in Thai)
- Rattanaagreeethakul, S., Thanakit, S., Krungkraipetch, N., Ritngam, A. (2018). Development of the home ward care: A case study of the health promoting innovation of Khlong-Yai hospital, Trat province. *The Journal of Faculty of Nursing*, 26(1), 79-90. (in Thai)
- Shawwa L. (2023). The use of telemedicine in medical education and patient care. *Cureus*, 15(4), e37766. doi.org/10.7759/cureus.37766
- Smith, J., & Brown, P. (2020). Home-based chronic disease care and its impact on hospitalization rates: A systematic review. *Journal of Community Health*, 45(4), 789-803.
- Srina, S. (2021). Development of care model for diabetic type 2 by Line application. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 2(1), 123-133. (in Thai)
- Stoltzfus, M., Kaur, A., Chawla, A., Gupta, V., Anamika, F., & Jain, R. (2023). The role of telemedicine in healthcare: An overview and update. *Egyptian Journal of Internal Medicine*, 35, 49. <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00234-z>
- Trang Provincial Public Health Office. (2024). *Annual Report 2023: Diabetes mellitus and hypertension report 2023*. Trang. (in Thai)
- Trang Provincial Public Health Office. (2024). *Home Ward Care for Diabetes Mellitus and Hypertension Patients in Trang Province Report*. Trang. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Guideline for the Pharmacological Treatment of Hypertension in Adults*. Geneva: World Health Organization.