

Development of a Long Term Care System for Chronic Disease in the Nahaeo District, Loei Province.

*Amorn Chandam, M.D.**

*Rujira Komson, M.N.S.**

*Kedmanee Chilnak, R.N.**

Abstract

The purposes of this Participatory Action Research (PAR) aimed to 1) determine the situation and problem of a long term care system for chronic 2) plan for develop of a long term care system for chronic. A sample of 15 patient bedridden and caregiver, 12 professional care team. Qualitative data were deep interview observation and Quantitative data were collected using questionnaire. The research was conducted during March-August 2018. Activities for the development included participatory planning meetings, development system and competency development, monitoring, evaluation, knowledge sharing and retrieval of data. Statistics used include percentage, mean and standard deviation.

The results of each phase were as follows. In phase 1, it was found continuity for data, management, community care, continuing care in the health team, continuing care planning, participation in care planning, service access. In phase 2 change development a long term care system for chronic to discharge plan, refer from hospital to home and improvement of guidelines, a home visit system with the participation of families communities and health care team, database, competency development. In phase 3 indicated of mean long term care guidelines of health care providers after is greater than before ($\bar{x}=4.52$, $\bar{x}=2.83$) and mean score satisfaction after is greater than before ($\bar{x}=4.4$, $\bar{x}=3.8$)

Keywords : Development service, long term care, chronic disease

**Na Haeo Hospital, Loei Province.*

การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย

อมร จันทร์คำ, พ.บ.*

รุจิรา คมสัน, พย.ม.*

เกษมณี ชิลนาค, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประสานความร่วมมือ (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเพื่อวางแผนการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มโดยการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การระดมสมองและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2561 กิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วยการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาแนวทางและศักยภาพบุคลากร การนิเทศติดตาม การประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการคืนข้อมูล สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบปัญหา ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล ด้านความต่อเนื่องในการบริหารจัดการ ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล ด้านการเข้าถึงบริการ ระยะที่ 2 เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการวางแผนการจำหน่าย ระบบการส่งต่อที่ครอบคลุมการดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้าน รวมถึงการปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติ การวางระบบงานเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการดูแลในทีมสุขภาพ รวมถึงจัดทำฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ระยะที่ 3 พบว่าพบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย=4.52 และค่าเฉลี่ย=2.83) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย= 4.4 และค่าเฉลี่ย=3.8) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบบริการ การดูแลระยะยาว โรคเรื้อรัง

*โรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีการเจ็บป่วยนานกว่า 3 เดือน สามารถควบคุมได้ และไม่หายขาด โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ⁽¹⁾ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของคนไทย

ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่า 5 โรค คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะความดันโลหิตสูง จากสถิติระหว่างปี 2555-2558 พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก

12.1 เป็น 19.4 ต่อ 100,000 การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 เป็น 43.3 ต่อ 100,000 การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด พบอัตราการตายและอัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี จากโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้น คือ 42.9 ต่อ 100,000 การเสียชีวิตด้วยภาวะความดันโลหิตสูงพบการเพิ่มขึ้นของอัตราตายจากภาวะความดันโลหิตสูงจาก 5.7 ต่อ 100,000 เป็น 12.1 ต่อ 100,000 และการเสียชีวิตด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบมีแนวโน้มอัตราการตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี ลดลงเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

จากสถานการณ์อำเภอนาแห้ว มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา การคมนาคมลำบากเนื่องจากไม่มีรถโดยสารประจำทาง การเดินทางจึงเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวที่มีฐานะยากจน ต้องอาศัยเพื่อนบ้าน จ้างเหมา หรือขอรถจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่นเมื่อต้องการบริการสาธารณสุขที่ไม่ฉุกเฉิน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง สถิติผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างปี 2558-2560 จำนวน 48 58 51 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยเรื้อรังอาจทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรืออาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง จัดเป็นภาระหนักและซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนอาจเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การที่ต้องการให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรืออาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จัดเป็นภาระและความซับซ้อนในการดูแลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ตนเอง⁽³⁾

การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและ

ให้บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำรวมถึงต้องประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคม นอกจากนี้แนวโน้มขนาดครอบครัวเล็กลง การเคลื่อนย้ายวัยแรงงานไปต่างจังหวัดมากขึ้น ขาดผู้ดูแล นอกจากนี้สำหรับระบบบริการยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง⁽⁴⁾ ดังนั้นรูปแบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว (Long Term Care:LTC) จึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้พบประเด็นปัญหาการปฏิบัติงาน พบปัญหาการดูแลต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ ขาดระบบติดตามและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการวางแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งยังมีการบริการแบบแยกส่วน ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุขเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ติดเตียง) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงาน โดยเน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ ทีมวิชาชีพมีการประสานกับครอบครัว ชุมชนและองค์กรต่างๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว (Long term care) ให้ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการกระบวนการพัฒนา ให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระผู้ดูแลด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อวางแผนการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัญหาและความต้องการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การระดมสมองและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามสำหรับการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขอบเขตวิจัยดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประสานความร่วมมือ (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 12 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างมีนาคม-สิงหาคม 2561 ร่วมกับการใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำผลไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) เพื่อที่จะนำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหาปรับปรุง และพัฒนางานจนเกิดเป็นมาตรฐาน

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพ โดยมีการใช้เครื่องมือเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลระยะยาวในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ คือ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ครอบครัว กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ คือ ทีมสหวิชาชีพและผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานี จำนวน 12 คน

ใช้เวลา 60 นาที เครื่องมือในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลระยะยาวในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปทุมธานี 4) แนวทางในการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปทุมธานี โดยเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงนโยบายทิศทางและการดำเนินงาน ความคาดหวัง เป็นต้น ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เลือกหน่วยการวิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ดีความ จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามความหมายวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เชื่อมโยงแต่ละประเด็นเป็นข้อสรุป

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการประเมินผล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว 2) แบบประเมินความต่อเนื่องของการดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽⁶⁾ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน⁽⁷⁾ ได้ค่า CVI เท่ากับ .80 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Edward Deming Cycle ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ได้แก่ การวางแผน (Plan) การนำผลไปปฏิบัติ (Do) การติดตามประเมินผล (Check) การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) ใน 1 วงรอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการให้ดีขึ้น ดังนี้ 2.1) ขั้นตอนวางแผน (Plan) ได้มีการจัดตั้งทีมงานซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการฯ ประชุมร่วมกันโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบบริการ 2.2 การนำผลไปปฏิบัติ (Do) มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนงานหรือกิจกรรมที่วางไว้ 2.3 การติดตามประเมินผล (Check) โดยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการ การออกนิเทศติดตามในหน่วยบริการ 2.4 การปรับปรุงมาตรฐาน (Action) นำข้อมูลจากการดำเนินงาน มาวิเคราะห์แปลผลนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ร่วมกันเขียน Flow Chart แนวทางการให้บริการการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อจะได้เป็นแนวทางและเป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป หากยังต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้นนำผลการตรวจสอบเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนในการดำเนินการแก้ไขในวงรอบที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ผลลัพธ์) เป็นการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้ใช้บริการ ในกลุ่มที่ทำหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพที่สำคัญคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน สำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการคือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดเตียงและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 15 ครอบครัว เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นแบบประเมินของวันเพ็ญ นิคมรักษ์ที่ใช้ในการประเมินแนวทางในการ

พัฒนาเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง ที่ผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสหวิชาชีพปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวตามความเป็นจริง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ระดับคะแนน 5 หมายถึงปฏิบัติประจำ และ 1 คะแนนหมายถึงไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ และแบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ไว้ดังนี้โดยมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ระดับคะแนน 5 หมายถึงพอใจมากที่สุด และคะแนน 1 หมายถึงไม่พอใจ และแบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI/61006 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2561

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยนำเสนอตามระยะต่างๆ ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน

2561 ผลศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้ใช้บริการตามแนวคำถาม โดยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเนื้อหา โดยได้ประเด็นสำคัญดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลการสรุปประเด็นสำคัญ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่อง

ระบบงาน	สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์
ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล	- ผู้ให้บริการสุขภาพการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน - ผู้ให้บริการสุขภาพรู้เฉพาะส่วนที่รับผิดชอบ - ผู้ให้บริการสุขภาพข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน
ด้านความต่อเนื่องการบริหารจัดการ	- ผู้ใช้บริการสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการผลกระทบหลังการเจ็บป่วย - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการส่งต่อการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว - ผู้ใช้บริการสุขภาพขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ - ผู้ใช้บริการสุขภาพเลือกใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน
ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน	- ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นอยู่ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับชุมชน
ด้านความต่อเนื่องของการดูแลในทีมสุขภาพ	- ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพ - ขาดการลงบันทึกข้อมูลหลังติดตาม - เปลี่ยนผู้ที่ลงติดตามไม่ต่อเนื่อง - ทีมผู้ให้บริการสุขภาพขาดการรับรู้เป้าหมายและวางแผนร่วมกัน
ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	- ขาดแนวปฏิบัติการดูแลระยะยาว - บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจ
ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล	- ผู้ให้บริการสุขภาพขาดการตั้งใจในการรับฟังปัญหาการไม่เห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม
ด้านการเข้าถึงบริการ	- ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว

ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2561 ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของ Edward Deming Cycle ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการ และนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้และมีวงล้อ PDCA เป็นเครื่องมือหรือกลไกที่ใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) ดังนี้

รอบที่ 1 การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการโดย

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ) อายุรแพทย์ (ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ) นักกายภาพบำบัด หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้จัดการในเครือข่าย พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง (ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ)

2. นำข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร่วมกันสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวางแผนจำหน่าย ระบบการส่งต่อที่ครอบคลุมการดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้าน จากนั้นเสนอขอความเห็นชอบต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย (LTC) โรงพยาบาลนาแห้ว ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

3. นำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นเข้าสู่ที่ประชุมของคณะกรรมการ LTC ชี้แจงระบบการดำเนินการและการติดตามประเมินผล

4. ประเมินสมรรถนะของทีมผู้ให้บริการสุขภาพร่วมกับการประเมินผลที่ได้จากการสังเกต

สะท้อนผลการประเมินต่อผู้เกี่ยวข้องและนำไปพัฒนาต่อในรอบที่ 2

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 1 คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงใหม่ทั้งแนวทางการปฏิบัติและเอกสารประกอบการใช้แนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อการวางแผนจำหน่าย ระบบการส่งต่อที่ครอบคลุมการดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้าน รวมทั้งผลการประเมินสมรรถนะของทีมสหวิชาชีพ

รอบที่ 2 การวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงใหม่ให้ทีมสหวิชาชีพนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งจัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดเตียง ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับระบบบริการร่วมกัน

2. จัดประชุมชี้แจงระบบงานเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การดูแลในทีมสุขภาพ รวมการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง ให้แก่ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ

4. การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงตามแนวทางการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์ที่ได้ในรอบที่ 2 คือ การนำแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2561 ผลลัพธ์ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงและกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียง (N=15)	กลุ่มญาติผู้ดูแล (N=15)
เพศ (ชาย,หญิง)	5 (33.3), 10 (66.7)	5 (33.3), 10 (66.7)
อายุ (ปี)	7 (46.7) 80 ปีขึ้นไป	7 (46.7) 40-49 ปี
สถานภาพสมรส	9 (60) (คู่)	13 (86.7) (คู่)
ระดับการศึกษา	8 (53.3) (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	6,6 (40, 40) ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนปลาย
สถานะในครอบครัว	11 (73.3) สมาชิก	8 (53.3) สมาชิก
ภาวะสุขภาพ	26.7 (Stroke Ischemic)	66.7 (แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	53.3 (8)	-

จากตาราง 2 พบว่า เพศกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงส่วนใหญ่ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.7 และกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.7 สถานภาพสมรสกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 และกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงส่วนใหญ่ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 53.3 และกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40, 40 สถานะในครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงส่วนใหญ่ เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 73.3 และกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 53.3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการ (N=12)

ประเด็นที่แสดงระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลต่อเนื่อง	คะแนนเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1. การส่งต่อข้อมูลปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวจากโรงพยาบาลหลังผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน	2.5	4.25
2. การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังการเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน	2.42	4.75
3. การสอนและสาธิตวิธีการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังการเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน	3.25	4.00
4. การบันทึกข้อมูลปัญหาความต้องการการดูแลและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง	3.00	4.50

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (N=12) (ต่อ)

ประเด็นที่แสดงระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลต่อเนื่อง	คะแนนเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
5. การดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามผลการปฏิบัตินั้น	3.25	4.75
6. การวางแผนการดูแลร่วมกันของผู้ให้บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในแผนการดูแลของผู้ป่วย	2.58	5.00
7. การบริการที่มีความยืดหยุ่นตามปัญหาความต้องการและบริบทของครอบครัว	2.83	5.00
8. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้เวลาในการพูดคุยและรับฟังความคิดเห็น	3.25	4.50
9. การแนะนำแหล่งประโยชน์และจัดหาเครือข่ายที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน	2.50	4.00
10. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านของผู้ให้บริการสุขภาพ	2.75	4.50
ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางฯ	2.83	4.52

จากตารางที่ 3 พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อ และคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดี ต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการปฏิบัติตาม

แนวทางการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการ พบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย = 4.52 และ ค่าเฉลี่ย = 2.83) ตามลำดับ

ตาราง 4 ระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวก่อนและหลังการดูแลระยะยาว

ประเด็นที่แสดงระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1. ท่านพอใจต่อการให้ข้อมูลและขั้นตอนการให้บริการของผู้ให้บริการสุขภาพเมื่อกลับมาอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง	3.5	4.3
2. ท่านพอใจการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง	4.3	4.8
3. ท่านพอใจการสอนและสาธิตวิธีการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง	4.1	4.5
4. ท่านพอใจกับการดูแลช่วยเหลือในการจัดการเรื่องยุ่งยากในครอบครัว	3.9	4.5
5. ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน	3.8	4.1

ตาราง 4 ระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวก่อนและหลังการดูแลระยะยาว (ต่อ)

ประเด็นที่แสดงระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
5. ท่านพอใจกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน	3.8	4.1
6. ท่านพอใจกับการที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้ทางเลือกในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	3.7	4.3
7. ท่านพอใจกับการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของครอบครัว	3.7	4.3
8. ท่านพอใจกับการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของครอบครัว	3.9	4.5
9. ท่านพอใจกับการได้รับการสนับสนุนการดูแลจากแหล่งประโยชน์และเครือข่ายในชุมชนขณะอยู่บ้าน	3.0	3.7
10. ความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	4.1	4.9
ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางฯ	3.8	4.4

จากตาราง 4 ความพึงพอใจของครอบครัวรายชื่อก่อนและหลังการดูแลระยะยาว พบว่า มีระดับความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการสุขภาพในขั้นตอนและกระบวนการดูแลระยะยาว ภายหลังดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกข้อ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยภาพรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย= 4.4 และค่าเฉลี่ย=3.8) ตามลำดับ

วิจารณ์

จากผลการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Long term care) พบว่า ประเด็นที่สำคัญ 7 ประเด็นจากผู้ให้บริการและผู้รับ

บริการ ดังนี้ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูล พบว่าผู้ใช้บริการสะท้อนการได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการของการดูแล 2) ด้านความต่อเนื่องของการบริการ พบปัญหาในการขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ และผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกครอบครัว รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และแนวทางปฏิบัติในการดูแลระยะยาว 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในชุมชน พบว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อชุมชนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านความต่อเนื่องของการดูแลภายในทีมสุขภาพพบว่า ทีมสุขภาพไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ขาดความเข้าใจในการทำงานเป็นทีม ขาดการบันทึกข้อมูลเพื่อการสื่อสาร รวมถึงยังขาดทักษะในการประเมินปัญหา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป้าหมายร่วมกัน 5) ด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง พบว่ายังขาดแนวปฏิบัติ

การดูแลระยะยาว บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจ 6) ด้านการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแล พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพขาดการตั้งใจในการรับฟังปัญหา การไม่เห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม 7) ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการสุขภาพและระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ ชมนิรัตน์⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าการลงบันทึกข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สะท้อนให้เห็นผู้รับบริการในฐานะคนทั้งคน ยังขาดข้อมูลที่สามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยในพื้นที่มีใครบ้าง ขาดนัด ขาดยา ใครบ้างที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใครบ้างที่มีภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องติดตามดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Crooks and Agarwal⁽⁹⁾ ศึกษาลักษณะของความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแลในแนวทางปฏิบัติทั่วไป ของคลินิกบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย ความพร้อมของข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานนั้นนับเป็นพื้นฐานความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลของการดูแล การให้ข้อมูลต่อเนื่องของการดูแลกลายเป็นสิ่งสำคัญ เพราะมีโอกาสที่ผู้ใช้บริการจะไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพคนเดิม ดังนั้นอุปสรรคต่อการพัฒนาคือ การที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้บันทึกข้อมูลการดูแลของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพขาดความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูลและสอดคล้องกับการศึกษาของ Haggerty et al.⁽¹⁰⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวคือการเปิดใจยอมรับและการให้ความร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ใช้บริการ ในการประเมินปัญหาระดับครอบครัว จำเป็นที่ต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญในการประเมินการรับรู้และเข้าใจปัญหาร่วมกันของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพสิ่งที่มีความ

สำคัญ ผลการดำเนินงานระบบบริการการดูแลระยะยาวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่า ว่าแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นมีผลทำให้การปฏิบัติการดูแลระยะยาวของผู้ให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นระบบชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุม และการที่ได้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริง จึงเป็นการดูแลที่ตอบสนองได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย=4.52 และ ค่าเฉลี่ย=2.83) ซึ่งเป็นการประเมินถึงศักยภาพของบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและการดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลระยะยาวที่ดีขึ้น ตั้งแต่กระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ อุตถาวศ์และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า มีการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชน ของสำนักการพยาบาลระดับ 2 และ 3 (ค่าเฉลี่ย=40.09, SD=1.51, ค่าเฉลี่ย=45.41, SD=0.62 ตามลำดับ) ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้การเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (ค่าเฉลี่ย=24.07, SD=2.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของดารณี เทียมเพ็ชรและคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบ

ไว้ร้อยละ 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ลงสู่ชุมชนแบบไว้ร้อยละ 1 ช่วยให้เกิดเครือข่ายการ
ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด
กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย = 204.47,
SD=41.62) หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย=150.10,
SD=40.93) น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ มีคะแนนความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยและครอบครัวโดยภาพรวมก่อนและหลัง
ดำเนินการ ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังดำเนินการมีค่า
มากกว่าก่อนดำเนินการ ดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย=4.4
และค่าเฉลี่ย=3.8)

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเพื่อพัฒนาระบบ
บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วย
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประสานความ
ร่วมมือ คือการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติ
งานที่เป็นวงจรที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
ได้แก่ การวางแผน การนำผลไปปฏิบัติ การติดตาม

ประเมินผล การปรับปรุงมาตรฐาน เพื่อให้เกิด
การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่าง
ต่อเนื่อง และเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุป หรือ
แก้ปัญหาได้สำเร็จ

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย
ขั้นตอนเตรียมการ ในลักษณะการศึกษา บริบทสภาพ
ปัญหาที่แท้จริงจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบวนการ
วางแผนแบบมีส่วนร่วมในภาพของเครือข่ายร่วมกัน
เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแก้ปัญหาาร่วมกัน จน
เกิดแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริการการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนา
ระบบงานเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
และมีการสะท้อนกลับโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ถอดบทเรียนร่วมกัน ค้นข้อมูลสู่หน่วยบริการทุกแห่ง
ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการ
การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความ
เหมาะสมกับบริบทมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Health Statistics (NCHS). Chronic Disease 2013 [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 8]. Available from: <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33490>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2529. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. โรงพยาบาลนาแห้ว. รายงานสถิติประจำปี 2558-2560. เลย:โรงพยาบาลนาแห้ว; 2561.
4. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล. แนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care : LTC). ขอนแก่น:โรงพยาบาลพล; 2561.
5. Deming WE. ระบบคุณภาพและการบริการ. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก<https://www.bl.uk/people/w-edwards-deming>
6. วันเพ็ญ นิคมรักษ์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558;38:108-21.
7. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

8. วิลาวลัย ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
9. Crooks VA, Agarwal G. What are the roles involved establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. BMC Fam Prac 2008;9:26-30.
10. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. Ann Fam Med 2008;6:116-23.
11. เพ็ญศิริ อรรถวงษ์, นิษฐานันท์ อนุสารณ์ประเสริฐ, ฮารูน สาตหลี. ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4:73-85.
12. ดารณี เทียมเพ็ชร, กสิมา สงารัตน์พิมาน, เพ็ญพร ทวีบุตร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25:156-69.