

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

The Development for Intermediate Care in Health Service Network model, Roi Et Province

รุจิรา จันทร์หอม*

Rujira Chanhorm

Corresponding author E-mail : Ooy1321@gmail.com

(Received: September 18, 2024; Revised: September 25, 2024; Accepted: October 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบ และประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 30 คน และผู้ป่วยระยะกลาง 934 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemo care และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Paired t-test

ผลการศึกษา : จังหวัดร้อยเอ็ดมีการดำเนินการจัดระบบบริการการดูแลระยะกลาง ครอบคลุมทุกพื้นที่ 20 อำเภอ โดยมีการดำเนินการแบบ Intermediate bed จำนวน 12 แห่ง และแบบหอผู้ป่วยใน Intermediate ward 6 แห่ง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 2) พัฒนาคู่มือการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4) จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูลและการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย และจากกระบวนการวิจัย ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI)=20 ร้อยละ 55.25 ทำให้ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean = 41.79, 95%CI = 35.06 – 48.53) และส่งผลให้คณะกรรมการมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วย; ผู้ป่วยระยะกลาง; เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To explore the context, develop a care model, and evaluate the outcomes of this model in the health service network of Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The target group included 30 multidisciplinary healthcare professionals from hospitals in Roi Et Province's health service network and 934 intermediate care patients. The study was conducted from October 2020 to September 2021. Data were collected through interviews, the Nemocare program, and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics with a Paired t-test to compare the means.

Main findings : Roi Et Province revealed that intermediate care systems have been implemented across all 20 districts. There are 12 facilities with intermediate beds and 6 facilities with intermediate wards. The intermediate care model in Roi Et 's health service network includes: 1) Developing intermediate care (IMC) services from hospitals to communities within the Roi Et health service network, 2) Creating an intermediate care manual and patient care guidelines, 3) Developing a training curriculum to enhance the capacity of personnel in intermediate care, and 4) Organizing meetings between hospital IT teams and the Roi Et Provincial Public Health Office to collaboratively design and implement the Nemo care program for systematic data collection and network design between hub hospitals and spoke hospitals. As a result of the research process, patient care has expanded to cover more patients. Patients received intermediate care rehabilitation and were followed up for six months, with 55.25% achieving a Barthel Index (BI) score of 20. Patient satisfaction with the model significantly increased after its development (Mean = 41.79, 95% CI = 35.06 – 48.53, $p < .001$). Moreover, 93.33% of the committee members exhibited a high level of participation.

Conclusion and Recommendations : This research led to an increase in intermediate care for the target group.

Keywords : Patient care; Intermediate care; Roi Et provincial health network

บทนำ

“INTERMEDIATE CARE” เป็นจุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคม จากจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) ข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการ การดูแลสุขภาพระยะกลาง ซึ่งเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการบริการที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูล และบริการทางการแพทย์ ในระยะเฉียบพลัน (Acute Care) กับบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) กระทรวงสาธารณสุขตระหนัก ถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) อย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน¹ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence) จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยกำหนดเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ได้มีการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง² โดยกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง เริ่มต้นในกลุ่มผู้ป่วย Post-acute Stroke, Post-brain and Spinal Cord Injury เริ่มให้มีการดำเนินงานจนสามารถขยายขอบเขตการบริการ และตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ซึ่งบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง

ในทำนองเดียวกันจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ร่วมประเมินวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพื่อประเมินปัญหาและวางแผน

การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายและชุมชน พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังขาดความเชื่อมต่อของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งในเรื่องจำนวนครั้งของการติดตามเยี่ยมบ้าน ประวัติการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชน นอกจากนั้นยังพบว่า จากการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 - 2563 มีผู้ป่วย Stroke HHC จำนวน 347, 350, 354, 403, 497 และ 581 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Stroke ที่ เข้าเกณฑ์ IMC จำนวน 252, 180, 189, 277, 226 และ 313 ราย และ ผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 204, 158, 179, 261, 222 และ 309 ราย ตามลำดับ³ จากประสบการณ์การดำเนินงานดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐานจากสถานการณ์ข้างต้นพบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน และไม่ครอบคลุม ทั้งคน เงิน วัสดุสิ่งของ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยและคนพิการ ในผู้ป่วยระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ⁴

จากการประมวลเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของวางแผนจำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เป็นระบบสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงาน จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบ และประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR คือ Planning, Action, Observation และ Reflection ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564

ขั้นการวางแผน (Planning)

P1: จัดประชุมแบบระดมสมองเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยการสังเกตการณ์สัมภาษณ์หรือศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ สรุปประเด็นที่ได้จากการประชุมสนทนากลุ่ม และนำเนื้อหามาให้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดร้อยเอ็ด

P2: จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

ขั้นปฏิบัติการ (Action)

A1: แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

A2: จัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

A3: พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงพัฒนาให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

A4: พัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และสมอง การประเมินความผิดปกติความบกพร่องด้านจิตใจและร่างกาย การบำบัดฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ และแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสภาพทางการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

A5: จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและระบบสารสนเทศ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าหมาย และร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

O1: ติดตาม นิเทศงาน นิเทศติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลระดับ Node และเครือข่าย

O2: ประเมินผลการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโปรแกรม Nemo care

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

R1: จัดประชุมบุคลากรสหวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังจากที่นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ พร้อมทั้งสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มเป้าหมาย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1** ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ

บริหารลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 2) เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) ยินดีและความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 760 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ก่อนและหลังการพัฒนา และ 2) ข้อมูลระบบสารสนเทศโปรแกรม Nemo care

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 30 คน และข้อมูลจากโปรแกรม Nemo Care โดยมีข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 934 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุป

เป็นประเด็นต่าง ๆ (Content Analysis) และ 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย สถิติสุขภาพของผู้ป่วย และระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา (Paired t - test) ได้แก่ ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยโดยชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว และความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ และการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาโดยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 119/2562 และ เลขที่ 148/2563

ผลการวิจัย

1. บริบทการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่าย

บริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีจำนวนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 คน พยาบาลฟื้นฟู (จบหลักสูตร 4 เดือน) 9 คน นักกายภาพบำบัด 80 คน นักกายภาพบำบัด (จบหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4 เดือน) 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 1 คน แพทย์แผนจีน/แพทย์อบรมฝังเข็ม 17 คน (12 รพ.) และแพทย์แผนไทย 88 คน

การให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพทุกอำเภอในโรงพยาบาลอำเภอ มีหอผู้ป่วยใน Intermediate ward 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย โรงพยาบาลอาจสามารถและโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ Intermediate bed อีก 12 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลธวัชบุรี โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โรงพยาบาลเมยวดี โรงพยาบาลหนองพอก โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โรงพยาบาลเมืองสรวง โรงพยาบาลพนมไพร โรงพยาบาลปทุมรัตน์ โรงพยาบาลโพธิ์ทราย และโรงพยาบาลหนองฮี รวมเตียง Intermediate bed/wad จำนวน 75 เตียง เหลือโรงพยาบาลเชิงขวัญเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีหอผู้ป่วย จึงยังไม่ได้จัดตั้ง Intermediate bed

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยได้จัดประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ทั่วไป นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนจีน/แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และนักอรรถบำบัดประกอบด้วย 1) การจัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 2) การพัฒนาคู่มือการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงพัฒนาให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด 3) การพัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง การประเมินความผิดปกติความบกพร่องด้านจิตใจและร่างกาย การบำบัดฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ และ แนวทางการบำบัดฟื้นฟูสภาพทางการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 4) จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและระบบสารสนเทศ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าหมาย และร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรม ในการจัดเก็บข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer Visited) ไปยังเครือข่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 934 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน (No Found Patients) จำนวน 14 คน (1.94%) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน (Visited) จำนวน 866 (92.72) และตาย (Deaths) จำนวน 56 คน (6.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

เครือข่ายสุขภาพ	ส่งเยี่ยม			ไม่ออกเยี่ยม		พบผู้ป่วย		ไม่พบผู้ป่วย		เสียชีวิต	
	n	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	160	6	3.75	145	90.63	1	0.63	8	5.00		
2. อ.เกษตรวิสัย	70	0	0.00	69	98.57	0	0.00	1	1.43		
3. อ.ปทุมรัตต์	50	3	6.00	44	88.00	0	0.00	3	6.00		
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	45	0	0.00	45	100.00	0	0.00	0	0.00		
5. อ.ธวัชบุรี	48	0	0.00	41	85.42	1	2.08	6	12.50		
6. อ.พนมไพร	44	0	0.00	40	90.91	0	0.00	4	9.09		
7. อ.โพนทอง	55	2	3.64	41	74.55	3	5.45	9	16.36		
8. อ.โพธิ์ชัย	27	1	3.70	24	88.89	0	0.00	2	7.41		
9. อ.หนองพอก	35	0	0.00	31	88.57	0	0.00	4	11.43		
10. อ.เสลภูมิ	141	0	0.00	130	92.20	2	1.42	9	6.38		
11. อ.สุวรรณภูมิ	35	0	0.00	35	100.00	0	0.00	0	0.00		
12. อ.เมืองสรวง	14	0	0.00	14	100.00	0	0.00	0	0.00		
13. อ.โพนทราย	11	0	0.00	11	100.00	0	0.00	0	0.00		
14. อ.อาจสามารถ	54	0	0.00	49	90.74	2	3.70	3	5.56		
15. อ.เมยวดี	20	0	0.00	17	85.00	0	0.00	3	15.00		
16. อ.ศรีสมเด็จ	28	0	0.00	28	100.00	0	0.00	0	0.00		
17. อ.จังหาร	48	0	0.00	46	95.83	2	4.17	0	0.00		
18. อ.เชียงขวัญ	21	0	0.00	16	76.19	3	14.29	2	9.52		
19. อ.หนองฮี	8	0	0.00	7	87.50	0	0.00	1	12.50		
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	20	0	0.00	19	95.00	0	0.00	1	5.00		

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ได้การดูแลโดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 934 คน มีอาการดีขึ้น (Improve) จำนวน 704 คน (75.37%) อาการแย่ลง (Worse) จำนวน 90 คน (9.64%) อาการทรงตัว (Stables) จำนวน 140 คน (14.99%) เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication) จำนวน 27 คน (2.89%) และผู้ป่วย

ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 จำนวน 516 คน (55.25%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการพัฒนาอาการผู้ป่วยโดยรวม

เครือข่ายสุขภาพ	Total cases	Improve		Worse		Stables		Compli		BI=20	
		n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	N	ร้อยละ
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	160	118	73.75	18	11.25	24	15.00	3	1.88	59	36.88
2. อ.เกษตรวิสัย	70	56	80.00	1	1.43	13	18.57	2	2.86	52	74.29
3. อ.ปทุมรัตน์	50	35	70.00	4	8.00	11	22.00	0	0.00	26	52.00
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	45	40	88.89	0	0.00	5	11.11	0	0.00	35	77.78
5. อ.ธวัชบุรี	48	37	77.08	7	14.58	4	8.33	0	0.00	25	52.08
6. อ.พนมไพร	44	28	63.64	6	13.64	10	22.73	0	0.00	22	50.00
7. อ.โพนทอง	55	32	58.18	9	16.36	14	25.45	2	3.64	13	23.64
8. อ.โพธิ์ชัย	27	17	62.96	4	14.81	6	22.22	1	3.70	17	62.96
9. อ.หนองพอก	35	25	71.43	6	17.14	4	11.43	1	2.86	17	48.57
10. อ.เสลภูมิ	141	118	83.69	11	7.80	12	8.51	1	0.71	96	68.09
11. อ.สุวรรณภูมิ	35	27	77.14	4	11.43	4	11.43	2	5.71	20	57.14
12. อ.เมืองสรวง	14	12	85.71	0	0.00	2	14.29	0	0.00	12	85.71
13. อ.โพนทราย	11	9	81.82	2	18.18	0	0.00	0	0.00	5	45.45
14. อ.อาจสามารถ	54	43	79.63	5	9.26	6	11.11	4	7.41	33	61.11
15. อ.เมยวดี	20	16	80.00	4	20.00	0	0.00	0	0.00	11	55.00
16. อ.ศรีสมเด็จ	28	21	75.00	0	0.00	7	25.00	4	14.29	17	60.71
17. อ.จังหาร	48	41	85.42	3	6.25	4	8.33	1	2.08	29	60.42
18. อ.เชียงขวัญ	21	11	52.38	3	14.29	7	33.33	4	19.05	10	47.62
19. อ.หนองฮี	8	4	50.00	1	12.50	3	37.50	0	0.00	7	87.50
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	20	14	70.00	2	10.00	4	20.00	2	10.00	10	50.00

3.2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.72 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ

27.59 และระดับมาก ร้อยละ 20.69 ตามลำดับ โดยหลังจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.31 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.69 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
ระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	6	20.69	23	79.31
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	15	51.72	6	20.69
ระดับความพึงพอใจน้อย	8	27.59	0	0.00
	Mean = 79.59 SD. = 27.56		Mean = 121.38 SD. = 23.93	

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean = 41.79, 95%CI = 35.06 – 48.53) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา

	N	Mean	SD.	Mean Diff	95% CI	p
ก่อนการพัฒนา	30	79.59	27.56	41.79	35.06 – 48.53	.001
หลังการพัฒนา	30	121.38	23.93			

3.3 ผลการพัฒนาจากการสำรวจการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	28	93.33
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	2	6.67
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	-	-
Mean = 85.70 SD. = 8.04		
Max = 99 Min = 68		

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่า

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลาง

ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer Visited) ไปยัง เครื่อง่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 934 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน (No Found Patients) จำนวน 14 คน (1.94%) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน (Visited) จำนวน 866 (92.72) และตาย (Deaths) จำนวน 56 คน (6.00%) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.13$, $SD. = 0.35$ และ $M = 4.15$, $SD. = 0.36$ ตามลำดับ) ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 95.0 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแล⁵

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ได้การดูแล โดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 934 คน มีอาการดีขึ้น (Improve) จำนวน 704 คน (75.37%) อาการแย่ลง (Worse) จำนวน 90 คน (9.64%) อาการทรงตัว (Stables) จำนวน 140 คน (14.99%) เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication) จำนวน 27 คน (2.89%) และผู้ป่วยได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 จำนวน 516 คน (55.25%) จากการปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับเดียวกับการดูแลผู้ป่วย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 48 วัน จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพะท่อนล่าง (Paraplegia) (Motor Power grade 0, ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือน โดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สาย

สวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL Index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือน โดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย โดยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน Knee Brace ร่วมกับ Walker สามารถปัสสาวะเองได้ และสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้มากขึ้น ระหว่างศึกษา Case ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาตัวใน รพ. นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี⁶⁻⁷

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Deutsch และคณะ⁸ ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้าน การกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และระบบการเคลื่อนไหวที่ฟื้นตัวดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยาโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในกรณีมีปัญหาต่าง ๆ อย่างไม่รู้ก็ตาม การส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูที่บ้านควรให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในก่อน แล้วจึงพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก และการฟื้นฟูแบบ IMC ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถรองรับผู้ป่วยที่ผ่านระยะ Acute stroke มาฟื้นฟูต่อเนื่องทันทีเนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด¹⁰

การศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.72 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 27.59 และระดับมาก ร้อยละ 20.69 ตามลำดับ โดยหลังจากการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.31 และ

รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.69 และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Mean = 41.79 , 95%CI = 35.06 - 48.53) สอดคล้องกับ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ พบว่า ระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบถืออัจฉริยะ (Stroke Man) เป็นระบบโครงสร้างฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันตามสิทธิการเข้าถึงของผู้ใช้งาน โดยแพทย์ประสาทวิทยาและบุคลากรทางการแพทย์สามารถสั่งการใช้งานได้ทันที มีทั้งรูปแบบ Web-based Application ที่เชื่อมต่อขึ้นกับระบบฐานข้อมูลและมีการใช้งานผ่านแอปพลิเคชันในระบบ ไอโอเอส และแอนดรอยด์ ประกอบด้วยข้อมูลการรักษาของป่วย แผนการรักษา แผนการกายภาพบำบัด และแผนการรักษา เมื่อส่งกลับไปดูแลต่อในโรงพยาบาลชุมชน ประสิทธิภาพและความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสุด¹¹

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วม พบว่า จากการสำรวจการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33 เนื่องจาก กลุ่มคณะกรรมการได้มีการร่วมคิดหาแนวทางการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคลากรหลายวิชาชีพ มีความสำคัญต่อการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความครอบคลุม สามารถส่งต่อข้อมูลที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง ในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และรวมถึงการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดำเนินงาน รวมถึงการที่ทุกหน่วยบริการมีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้เป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานภาพรวมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาในการให้คำปรึกษา แนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้านการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงาน ที่ให้ข้อเสนอแนะทุก ๆ เรื่องในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner; 1988.
2. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561.
3. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง. สมุทรสาคร: บอรรณูปีที่ พับลิชชิง; 2562.
4. สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี; 2558.
5. สุกัญญา ยงสว่าง, ธนวรรณ สิ้นประเสริฐ, ปราณี เตชรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโพนพิบูลย์ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5.2558;34(3):236-47.
6. พัชรฉัตร ภูมิสถาน. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40(1): 173-87.
7. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอรองคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 14(3)2564:
229-32.

8. Deutsch A, Granger C V, Heinemann A W, Fiedler R C, DeJong G, Kane R L, et al. Poststroke rehabilitation: outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs. *Stroke*. 2006;37:1477-82.
9. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation and the American Society of Neurorehabilitation. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke*. 2016;e2-72.
10. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under the universal coverage scheme in Thailand. *Journal of Health Science*. 2015;24(2):493-509.
11. นีอร สิริมงคลเลิศกุล, ฐานุตร์ ถมิ่งรักษ์สัตว์, พบสุข ตันสุหัช, วิทย์ศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิน กัญญาญพิเศษ, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 2565;75(1):39-49.