

ผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

The result of Development the system for care giving of the continuity of care the
Long Term Care patients type 3 and type 4 at Mueang Bueng Kan District,
Bueng Kan province

สุนทร มาลาศรี*

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด คือ ผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 3 และประเภทเตียงที่ 4 ที่มีการลงทะเบียนในโปรแกรม Long Term Care ของอำเภอเมืองบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 97 คน เก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาในวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 31 มีนาคม 2559 หลังการพัฒนาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 - 30 กันยายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Long Term Care ตามแบบบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรม Long Term Care และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน โดยใช้ Dependent Sample t - test ผลการศึกษา พบว่ามีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของอำเภอเมืองบึงกาฬ โดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity Of Care : COC) การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและการเยี่ยมเครื่องมือ การพัฒนาระบบสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Care giver) /ภาคีเครือข่าย ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$) ส่วนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 พบว่า หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านสูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.462$) ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.016$) แต่ในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 พบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.363$) ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน โดยใช้หลักการ Case management ควรมีการพัฒนา Care map รายโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคขึ้นมา เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คำนึงทุนประหยัดเวลามากขึ้น

ABSTRACT

This research study have objective aims 1) To study the result of the development system for Continuity of care. 2) To compare the average value of Home visiting value for the Long Term Care patients type 3 and type 4, pre and post-development the system. 3) To compare the average value of the intervening side effects of the Long Term care patients type 3 and type 4 of Bueng Kan Hospital during the period of pre and post development the system, by study the data from all of the population patients type 3 and type 4 who have been registered for the Long Term Care program in the fiscal year 2016 Total 97 patients. Data collection for pre-development the system were conducted 1 October 2015 - 31 March 2016, by using Long Term Care program to keep the data recorded by the researcher Tools used the Computer program Long Term Care , data analysis by using Descriptive statistic systems, such as Percentile, Average value, and Standard Deviations. Statistic use for the hypothetical test were Dependent Sample t-test. The result of study found that there were the Dependent System for Care giving for the continuity of long term care patients in Mueang Bueng Kan district, by established the center for continuity of care (COC) to set up the guideline for taking care the patients and support to lend the tools for develop the information system, and to develop the efficiency / ability of personnel, and care giver/ the networker. The result of comparison of the different average value of home visiting for the Long Term Care patient type 3 pre and post development the system found that the average value of post-development system value were higher statistic significantly ($p = 0.029$) for the Long Term Care patient type 4 found that the average of home visiting value for the period of post-development of the system were higher, but not statistic significantly. ($p = 0.462$). The result of comparison of the difference average value of the intervening side effects that occurred in the patients type 3 in the period of pre and post development the system found that the average value of intervening side effects, in the period of post-development the system were decreased statistic significantly ($p = 0.016$). However for the Long Term Care patients type 4, found that the average value of intervening side-effects were increase, during the post development period but not statistically significant, ($p=0.363$). Suggestion there should be increasing of the participation from the multiple professional personnel to set up the guideline program for taking care of the patients who have the intervening side effects by using the principle of Case management, and should develop the Care map system for each group of the patients and disease in order to cover all of the treatment and care giving with good quality, more efficiency, worthwhile, and more time saving.

บทนำ

จากความเจริญทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสาธารณสุขทำให้ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพใหม่ที่ประสบอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมักจะตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา^{1,2} นอกเหนือจากปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าวแล้วยังมีผู้ป่วยอื่นที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจากการคัดกรองระดับภาวะการพึ่งพิงได้กำหนดผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเดียวที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช และภาวะสมองบกพร่อง ผู้ป่วยประเภทเดียวที่ 4 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นานหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มผู้ด้อย โอกาสและมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมใน ส่วนผู้ดูแลที่ขาดทักษะ มีความรู้ไม่เพียงพอหรืออาจช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีสุขภาพและคุณภาพที่ดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ หนองคาย สกลนคร และนครพนม ในปี 2557 มีผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลระยะยาว Home Ward (เตียงประเภทที่ 3) และ Palliative Care (เตียงประเภทที่ 4) จำนวน 6,386 คน พบว่าจังหวัดบึงกาฬมีอัตราการเยี่ยมบ้านต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 46.39, 31.34 ทำให้พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 20.84, 35.37 ตามลำดับ³

โรงพยาบาลบึงกาฬเป็นศูนย์ดูแลต่อเนื่องในอำเภอเมืองบึงกาฬ ผลการดำเนินงานในปี 2557 ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพียง ร้อยละ 16 เท่านั้น⁴ ซึ่งการเยี่ยมบ้านที่ไม่ครอบคลุมย่อมส่งผลถึงภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่จะตามมาไม่ว่าจะเป็น เรื่องแผลกดทับ

การพลัดตกหกล้ม ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ปวดบวมและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานที่ผ่านมาพบโอกาสพัฒนา คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน บุคลากรขาดสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดทำฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การรายงานผลการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีศูนย์สำรองการแลกเปลี่ยนอุปกรณ์และเครื่องมือไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายจากโรงพยาบาลลงสู่หน่วยบริการในชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลบึงกาฬในฐานะเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จึงต้องการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของอำเภอเมืองบึงกาฬให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้านี้ 1) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ 5) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

วัสดุในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องจากผู้ป่วยประเภทเดียวที่ 3 และประเภทเดียวที่ 4 ที่มีการลงทะเบียนในโปรแกรม Long Term Care อำเภอเมืองบึงกาฬ ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยประเภทเดียว โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน จำนวนลงเยี่ยม และโปรแกรม Long Term Care (LTC) เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ทะเบียนส่งต่อ ทะเบียนการออกเยี่ยม และระบบรายงาน/ตัวชี้วัด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูล และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความ

ครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การเก็บข้อมูลเก็บจากโปรแกรม Long Term Care (LTC) ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรงจึงไม่ได้มีการขอคำยินยอมจากผู้ป่วย แต่ผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ข้อมูลจากงานเวชระเบียนและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบึงกาฬ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังผ่านการอบรมหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อีกด้วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental Research) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะแทรกซ้อนและการเยี่ยมบ้านก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 3 และประเภทเตียงที่ 4 ที่มีภาระเตียงในโปรแกรม LONG TERM CARE อำเภอเมืองบึงกาฬ ปี พ.ศ.2559 จำนวน 97 คน ศึกษาจากประชากรทั้งหมด เก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 -31 มีนาคม 2559 หลังการพัฒนา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Long Term Care ตามแบบบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเพียงคนเดียวระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม 2560 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่บันทึกเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้ทดสอบสมมติฐานโดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov Test หากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นการกระจายแบบปกติจะทดสอบด้วยสถิติ Dependent Sample t - test แต่หากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลไม่ได้เป็นการกระจายแบบปกติจะทดสอบด้วยการทดสอบที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ คือ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 3 และผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 4 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ และนำเสนอผลการศึกษากลับเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 64.9 และ 35.1 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 36 - 59 ปี ร้อยละ 36.1 อาศัยอยู่ในเขต ต.นาสวรรค์มากที่สุด ร้อยละ 14.4 โรคที่พบ คือ โรคจิตเวช มะเร็ง และหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 25.8, 22.7 และ 16.5 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 3 ร้อยละ 79.4 ส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยม 1 - 2 ครั้ง/คน ร้อยละ 55.2

2. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของอำเภอเมืองบึงกาฬ จากการประชุมคณะกรรมการ Long Term Care ของอำเภอเมืองได้มีการระดมความคิดเห็นและพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องดังนี้

2.1 การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity Of Care : COC) ศูนย์ดูแลต่อเนื่องมีหน้าที่รับผิดชอบในการประสานการดูแล รวบรวมฐานข้อมูลผู้ป่วย Long Term Care เป็นช่องทางในการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อสนับสนุนกรณีผู้ป่วยต้องนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีศูนย์เรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้ดูแล (Care giver) และมีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล อำเภอเมืองบึงกาฬ ได้มีการขยายขยาย node ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชนจากเดิม 2 node เป็น 4 node เพื่อสำรองเครื่องมือและประสานงานในการดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการและรับเครื่องมือของผู้ป่วยแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 3 และ ประเภทเตียงที่ 4 และแนวทางการยืมเครื่องมือ

2.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ มีการจัดอบรมการใช้โปรแกรม Long Term Care ให้แก่บุคลากร เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลและการรายงานผลให้สอดคล้อง

กับการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในหน่วยบริการหลัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาแก้ปัญหาในพื้นที่ได้จัดตั้งกลุ่ม Line ในการสื่อสารข้อมูลหรือปรึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ร่วมในการให้คำปรึกษา

2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีการให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลต่อเนื่องของบุคลากรผู้ดูแล และพัฒนา ศักยภาพ Care giver/ภาคีเครือข่าย

3.การทดสอบสมมุติฐานตามวัตถุประสงค์

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย เดียงประเภทที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 3 ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนาระบบ การดูแลต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้าน	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการพัฒนา	81.34	9.16	-3.033	.029*
หลังการพัฒนา	97.22	6.82		

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อ เนื่องผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มหลังการพัฒนามีค่าสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาและเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 4 ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนาระบบ การดูแลต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้าน	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการพัฒนา	83.33	40.82	-.797	.462
หลังการพัฒนา	97.22	6.81		

3.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อ เนื่อง ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มหลังการพัฒนาต่ำกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาและเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

ภาวะแทรกซ้อน	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการพัฒนา	21.06	13.39612	3.586	.016*
หลังการพัฒนา	0.79	1.94326		

3.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยประเภทเดียงที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อ เนื่อง ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยประเภทเดียวกันที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

ภาวะแทรกซ้อน	X	S.D.	t	P-value
ก่อนการพัฒนา	0.00	0.00	-1.000	.363
หลังการพัฒนา	5.56	13.61		

วิจารณ์

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 จากผลการศึกษาคั้งนี้สรุปได้ว่า ระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาตั้งแต่การวางแผนการดูแลเมื่อพบผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่ชุมชนเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องตามปัญหาที่ส่งต่อพร้อมติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการอบรมให้ความรู้ทักษะต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลและกลุ่มอาสาสมัคร สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย มีการลงบันทึกติดตามและอาการของผู้ป่วยโดยโปรแกรม Long Term Care ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรและต่อเนื่อง คือ การออกแบบบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายและมีกระบวนการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ การให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย การสอน/สาธิตทักษะในการดูแลตนเอง และเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านการดูแลตนเอง ระยะที่ 2 เป็นการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยส่งต่อ

ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และปัญหาที่ต้องการให้ดูแล ต่อโดยผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน⁶

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 หลังการพัฒนามีค่าสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาและเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่าการจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและมีการพัฒนาระบบการรายงาน การส่งข้อมูลผู้ป่วยทั้งในโปรแกรม LONG TERM CARE และการจัดตั้งกลุ่ม Line ทำให้บุคลากรในพื้นที่สามารถทราบข้อมูลและสภาพปัญหาผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องได้รวดเร็วและครบถ้วน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. ที่ช่วยในการติดตามเยี่ยมจึงทำให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องใน รพ.สต./ศสม. 90 แห่ง ผลการพัฒนา พบว่า สถานะบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านจากเดิม ร้อยละ 81.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.6⁷

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 หลังการพัฒนา ร้อยละ 97.22 มีค่าสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา ร้อยละ 83.33 แต่เมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 เป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลและมีการกำหนดแนวทางการเยี่ยมติดตามจากทีม Palliative care โดยติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับ รพ.สต. ดังนั้นหลังการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องจึงทำให้อัตราการเยี่ยมก่อนและหลังการพัฒนาจึงไม่แตกต่างกัน

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 กลุ่มหลังการพัฒนาต่ำกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาและเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า การนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงสามารถสนับสนุนให้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการมีบทบาทในการเสริมพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนกลุ่มอาสาสมัครให้เกิดความรู้ ความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จึงทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม^๑ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย พบว่า คะแนน Barthel ADL ของผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 10 เป็น 65 คะแนน ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน^๑

5. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาก่อนข้างต่ำ คือ 0, 5.56 ตามลำดับและ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยประเภทเตียงที่ 4 เป็นผู้ป่วยกลุ่มระยะสุดท้าย ซึ่งกลุ่มนี้จะเข้าระบบ Palliative care มีการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและกำหนดการเยี่ยมที่ชัดเจนตั้งแต่ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง หลังการพัฒนากระบวนการบูรณาการร่วมกันเยี่ยมระหว่าง

ทีม COC และ Palliative care ที่มีความเชี่ยวชาญ จึงทำให้ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน โดยใช้หลักการ Case management ควรมีการพัฒนา Care map รายโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคขึ้นมา เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คุ้มทุนประหยัดเวลามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ สาส์ตย์. ระบบการดูแลระยะยาวการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเข้าถึงนโยบาย. วารสารการพยาบาล. 2551; 14 (3): 385-398.
2. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long Term Care เขตบริการสุขภาพที่ 8. เอกสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา (Long Term Care). 2556: 5.
3. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long Term Care เขตบริการสุขภาพที่ 8. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขา Long Term Care. 2557;1:1-27.
4. โรงพยาบาลบึงกาฬ. รายงานจากโปรแกรม Long Term Care. 2557.
5. วงเดือน ภาชา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล. 2554; 1: 31-41.
6. ชนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล. วารสารพยาบาลสาร. 2556; 3: 97-108.
7. ทศนีย์ สมสมานและคณะ. การพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง. วารสารวิชาการเขต. 12 2559; 1: 11-16.

8. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, อรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
9. อาคม รัฐวงษา, อรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.