

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของ นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นางณภัทร รุ่งเนย พย.ม., ค.ด. (อุดมศึกษา)*

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ., น.บ.**

วิชาญ เกิดวิชัย พ.บ.***

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พ.บ., Ph.D. (Health Planning and Financing)****

* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

** สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

*** สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

**** วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

***** มุลินนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

อัญพร ชื่นกลิ่น พย.ม., ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)*

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.***

วันรับ:	1 เม.ย. 2564
วันแก้ไข:	1 ก.ค. 2564
วันตอบรับ:	11 ก.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจากผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลาง จำนวน 1,008 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จาก 4 ภูมิภาค จำนวน 17 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.61, SD=0.47) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนหมวดต่างๆ พบว่า ความเหมาะสมของนโยบายมีความสัมพันธ์ระดับสูงมากกับการนำไปปฏิบัติ ($r=0.73, p<0.05$) รองลงมา คือ การยอมรับนโยบายกับการนำไปปฏิบัติ ($r=0.67, p<0.05$) ความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการเชิงนโยบายทุกด้านรวมทั้งประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพระยะกลาง โดยสัมพันธ์สูงที่สุดกับการบูรณาการเข้าระบบ ($r=0.57, p<0.05$) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนฯ ได้แก่ การบูรณาการเข้าระบบ การดำเนินการได้และการยอมรับนโยบายสามารถร่วมกันทำนายความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ร้อยละ 36.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($R^2 = 0.369, \text{Adj}R^2 = 0.367, p<0.05$) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางมากที่สุด คือ การบูรณาการเข้าระบบ ($B=0.389, p<0.05$) รองลงมา คือ การดำเนินการได้ ($B=0.145, p<0.05$) และการยอมรับนโยบาย ($B=0.124, p<0.05$)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพระยะกลาง; การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ; ความยั่งยืน

บทนำ

ความพิการทุพพลภาพจากโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญที่พบอุบัติการณ์สูงขึ้นทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาจากโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของสมอง และการบาดเจ็บของไขสันหลัง^(1,2) จากสถิติของ World Stroke Organization พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายและความพิการเป็นอันดับ 2 ของโลก⁽³⁾ และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั่วโลกมากกว่า 13-15 ล้านคนต่อปี^(4,5) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บไขสันหลังเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อยในประเทศที่ประชาชนมีรายได้ต่ำและปานกลาง^(6,7) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง⁽⁸⁾ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลกและสูงสุดในเอเชีย อัตรา 32.7 คนต่อประชากรแสนคน และมีการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึงร้อยละ 30 ซึ่งส่วนหนึ่งมีการบาดเจ็บรุนแรงและส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และต้องการการดูแลต่อเนื่อง⁽⁹⁾ สำหรับการบาดเจ็บไขสันหลังพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตทั่วโลก อัตราการบาดเจ็บ 10.5 คนต่อประชากรแสนคน ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะพึ่งพิงสูง สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและภาพลักษณ์อาจมีปัญหากการเคลื่อนไหว การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก เป็นต้น^(7,10) กล่าวได้ว่า ปัญหาโรคทั้งสามกลุ่มโรคเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคมและระบบบริการสุขภาพและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลสุขภาพ⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยพ้น

ภาวะวิกฤต ช่วยลดโอกาสในการเข้าสู่การดูแลระยะยาว⁽¹²⁾ ลดอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น^(13,14) กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวและได้ประกาศนโยบายการจัดบริการการดูแลสุขภาพระยะกลาง ในปี พ.ศ. 2560 มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความพิการหรือทุพพลภาพ และช่วยให้กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายไว้สามกลุ่ม ได้แก่ (1) โรคหลอดเลือดสมอง (2) การบาดเจ็บของสมอง และ (3) การบาดเจ็บของไขสันหลัง⁽¹⁵⁾ ความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่รัฐบาลมีกลยุทธ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ขึ้น⁽¹⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มี การติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เช่น อร์ทัย เขียวเจริญ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย⁽¹⁷⁾ ศึกษาความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (subacute and non-acute patient; SNAP) ในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีเพียงร้อยละ 7.4 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันตามกลุ่มวินิจฉัยความพิการที่ต้องรับการฟื้นฟูและมีเพียงร้อยละ 10.6 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเทียบกับความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย แสดงให้เห็นว่า ภายใต้งบการเงินที่ไม่ให้ความสำคัญกับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ได้

รับบริการฟื้นฟูสภาพ และอรรถัย เขียวเจริญ และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย พบว่าเครื่องมือการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันหรือระยะกลางยังมีข้อจำกัดของการวัดสมรรถภาพผู้ป่วย ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางและวิจัยในลักษณะการประเมินผลการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยตรง

เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายและเกิดความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติตามแนวคิดของ Procter และคณะ⁽¹⁹⁾ มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ (1) การยอมรับนโยบาย (acceptability) (2) การนำไปปฏิบัติ (adoption) (3) ความเหมาะสม (appropriateness) (4) ค่าใช้จ่าย (cost) (5) ความเป็นไปได้ (feasibility) (6) การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (fidelity) (7) การบูรณาการเข้าระบบ (penetration) และ (8) ความยั่งยืนของนโยบาย (sustainability) โดยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทดสอบปัจจัยดังกล่าวเนื่องจากความยั่งยืนของนโยบายเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะยาวซึ่ง Procter E และคณะ⁽¹⁹⁾ กล่าวว่าความยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความสามารถในการทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติแบบบูรณาการในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและ

ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจบริบทในการดำเนินงานที่ผ่านมาและได้แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เรื่องการประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ IHRP 2019080 ลงวันที่ 2 กันยายน 2562 มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลาง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ/โภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานสังกัดหน่วยบริการสุขภาพที่เลือกศึกษาและมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลนั้นอย่างน้อย 6 เดือน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

1) เลือกหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากภูมิภาค 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ จากกรอบทั้งหมดจำนวน 897 แห่ง⁽²⁰⁾

2) เลือกจังหวัดที่ศึกษาโดยสุ่มจากภูมิภาคละ 2 จังหวัด รวม 8 จังหวัด ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขว่าเป็นจังหวัดที่มีเนื่องงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง

3) เลือกโรงพยาบาลที่ศึกษาในแต่ละจังหวัดโดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด พิจารณาจากขนาดโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุขและลักษณะการให้บริการการดูแลสุขภาพระยะกลางซึ่งมีการดำเนินงานการส่งต่อในลักษณะเครือข่าย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 แห่ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการเท่ากับ 1,100 คน โดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.2⁽²¹⁾ เลือกใช้ statistical test - linear multiple regression: fixed model, R² deviation from zero: a priori: compute required sample size จำนวนตัวแปรที่ใช้ทดสอบการทำนาย 8 ตัวแปร ได้แก่ (1) การยอมรับนโยบาย (2) การนำไปปฏิบัติ (3) ความเหมาะสม (4) ค่าใช้จ่าย (5) ความเป็นไปได้ (6) การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (7) การบูรณาการเข้าระบบ และ (8) ประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพระยะกลาง กำหนดค่าอิทธิพลขนาดเล็ก (small effect size) = 0.02⁽²²⁾ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 962 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,100 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้ให้บริการของโรงพยาบาลทั้งหมด 17 แห่ง จำนวน 8,449 คน⁽²¹⁾ และกรณีวิชาชีพที่มีผู้ให้บริการจำนวนจำกัด ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ หรือนักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถใช้การสุ่มตัวอย่าง จำเป็นต้องศึกษาจากประชากรทั้งหมดของโรงพยาบาลนั้นเพื่อให้ได้ความหลากหลายของวิชาชีพที่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรง

พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Proctor E และคณะ⁽¹⁹⁾ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ด้าน รวมจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้บริการในด้านการยอมรับนโยบาย การนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสม ค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้ การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด การบูรณาการเข้าระบบ และความยั่งยืน เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 กำหนดความหมายและค่าน้ำหนักคะแนนดังนี้ 5 เท่ากับผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และ 1 เท่ากับน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 หมายถึงมีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในด้านนั้นในระดับดีมาก 3.51-4.50 = ระดับดี 2.51-3.50 = ระดับปานกลาง 1.51-2.50 = ระดับน้อย และ 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชกรรม การดูแลสุขภาพระยะกลาง/เวชศาสตร์ฟื้นฟู และการบริหารระบบสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.80-1.00 และได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และประชุมคณะผู้วิจัย เติริมความ-

พร้อมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิ์ของอาสาสมัครการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย

2) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อน และขอความอนุเคราะห์หน่วยงานและผู้ช่วยวิจัยในการจัดส่งแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์หรือเดินทางไปรษณีย์ด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามคืนครบถ้วนทั้งหมด 1,008 ฉบับ จาก 1,100 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.64

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานฯ จำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลสามกลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางกับกระบวนการเชิงนโยบายด้านต่าง ๆ และประสพการณ์การดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ให้บริการโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น (stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการในโรงพยาบาล 17 แห่ง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,008 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.08) อายุเฉลี่ย 37.50 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 78.27) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 60.52) รองลงมา คือ แพทย์ (ร้อยละ 10.22) จำนวน

น้อยที่สุด คือ นักกิจกรรมบำบัด (ร้อยละ 1.59) ปฏิบัติงานสังกัดโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 31.85) รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 31.05) และจำนวนน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ร้อยละ 2.18) มีสถานภาพการปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 86.31) มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพระยะกลางอยู่ในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 86.41) ปฏิบัติงานในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพระยะกลางแบบปานกลาง (ซึ่งแบ่งตามคุณลักษณะความสอดคล้องของกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์) มากที่สุด (ร้อยละ 38.29) ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล 3 กลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการโดยรวม 8 ด้าน อยู่ในระดับดี (Mean=3.6, SD=0.5) ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการยอมรับนโยบาย (Mean=4.0, SD=0.6) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย (Mean=3.16, SD=0.72) และผลการทดสอบ post hoc comparison ด้วยสถิติ Scheffe เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 และ 3 และกลุ่มที่ 2 ก็มากกว่ากลุ่มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางกับกระบวนการเชิงนโยบายด้านต่าง ๆ และประสพการณ์การดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ค่า r สูงสุด คือ ความเหมาะสมของนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการนำไปปฏิบัติ (r=0.73, p<0.05) รอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (n=1,008)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ 1 (n=357)		กลุ่มที่ 2 (n=386)		กลุ่มที่ 3 (n=265)		ภาพรวม (n=1,008)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ									
ชาย	78	21.85	77	19.95	66	24.91	221	21.92	0.323*
หญิง	279	78.15	309	80.05	199	75.09	787	78.08	
อายุ (ปี)									
(ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 60 ปี เฉลี่ย 37.50 ปี SD 8.46)									
ต่ำกว่า 45 ปี	292	81.79	283	73.32	208	78.49	783	77.68	0.221**
45 – 60 ปี	65	18.21	103	26.68	57	21.51	225	22.32	
ระดับการศึกษา									
ปริญญาตรี	275	77.03	298	77.20	216	81.51	789	78.27	0.217*
ปริญญาโท	81	22.69	82	21.24	47	17.74	210	20.83	
ปริญญาเอก	1	.28	6	1.56	2	.75	9	.89	
สาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน									
พยาบาลวิชาชีพ	213	59.66	235	60.88	162	61.13	610	60.52	0.649*
แพทย์	41	11.48	29	7.51	33	12.45	103	10.22	
เภสัชกร	26	7.28	22	5.70	18	6.79	66	6.55	
นักกายภาพบำบัด	35	9.80	42	10.88	20	7.55	97	9.62	
นักกิจกรรมบำบัด	4	1.12	9	2.33	3	1.13	16	1.59	
นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก	8	2.24	8	2.07	4	1.51	20	1.98	
แพทย์แผนไทย	13	3.64	12	3.11	11	4.15	36	3.57	
นักโภชนาการ/โภชนากร	12	3.36	18	4.66	9	3.40	39	3.87	
นักสังคมสงเคราะห์	5	1.40	11	2.85	5	1.89	21	2.08	
ระดับหน่วยงาน									
A	79	22.13	170	44.04	72	27.17	321	31.85	-
S	150	42.02	79	20.47	84	31.70	313	31.05	
M1	-	-	-	-	45	16.98	45	4.46	
M2	36	10.08	-	-	-	-	36	3.57	
F1	-	-	56	14.51	-	-	56	5.56	
F2	92	25.77	81	20.98	42	15.85	215	21.33	
F3	-	-	-	-	22	8.30	22	2.18	
สถานภาพการปฏิบัติงาน									
ผู้บริหาร	47	13.17	56	14.51	35	13.21	138	13.69	0.838*
ผู้ให้บริการ	310	86.83	330	85.49	230	86.79	870	86.31	
ประสบการณ์การดูแลสุขภาพระยะกลาง									
6 เดือนถึง 2 ปี	311	87.11	350	90.67	228	86.04	889	88.19	0.906**
2 – 5 ปี	46	12.89	36	9.33	37	13.96	119	11.81	
(เฉลี่ย 2.16 ปี และต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 5 ปี SD .55)									

หมายเหตุ * Chi-square test, ** ANOVA test

กลุ่มโรงพยาบาลจัดแบ่งตามความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้รับจากวิธีวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยแบ่งเป็น

- กลุ่มที่ 1 หมายถึงโรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบเข้ม
- กลุ่มที่ 2 หมายถึงโรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลาง
- กลุ่มที่ 3 หมายถึงโรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลาง แต่ขาดหลักฐานเชิงปริมาณประกอบเนื่องจากการบันทึกข้อมูลในระบบการส่งต่อไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล (n=1,008)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ 1 (n=357)		กลุ่มที่ 2 (n=386)		กลุ่มที่ 3 (n=265)		ภาพรวม (n=1,008)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
1. การยอมรับนโยบาย	4.14	0.52	4.01	0.57	3.80	0.73	4.00	0.61	<0.001
2. การนำไปปฏิบัติ	3.69	0.51	3.61	0.54	3.40	0.62	3.58	0.56	<0.001
3. ความเหมาะสม	3.84	0.50	3.77	0.62	3.52	0.67	3.73	0.61	<0.001
4. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย	3.26	0.64	3.22	0.69	2.94	0.82	3.16	0.72	<0.001
5. ความเป็นไปได้	3.89	0.57	3.68	0.63	3.62	0.65	3.74	0.63	<0.001
6. การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด	3.77	0.56	3.62	0.63	3.51	0.73	3.64	0.64	<0.001
7. การบูรณาการเข้าระบบ	3.79	0.53	3.58	0.61	3.45	0.60	3.62	0.60	<0.001
8. ความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพระยะกลาง	3.75	0.47	3.54	0.56	3.43	0.64	3.58	0.56	<0.001
รวม	3.74	0.38	3.61	0.46	3.42	0.54	3.61	0.47	<0.001

ANOVA test, p<0.05 for all items

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Scheffe ของค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล (n=1008)

คะแนนประเมินผลการดำเนินงานรวม	กลุ่มที่ 1 (Mean 1=3.74)	กลุ่มที่ 2 (Mean2=3.61)	กลุ่มที่ 3 (Mean3=3.42)
กลุ่มที่ 1 (Mean1=3.74)	-	0.13*	0.31*
กลุ่มที่ 2 (Mean2=3.61)		-	0.18*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลงมา คือ การยอมรับนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการนำไปปฏิบัติ ($r=0.67, p<0.05$) ความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการเชิงนโยบายทุกด้านและประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ให้บริการโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนมากที่สุด คือ การบูรณาการเข้าระบบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง ($r=0.57, p<0.05$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น พบว่า การบูรณาการเข้าระบบ การยอมรับนโยบาย และการดำเนินการได้สามารถร่วมกันทำนาย

ความยั่งยืนในการดำเนินการการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ร้อยละ 36.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Adj. R^2=0.367, p<0.05$) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายความยั่งยืนของการดำเนินงานได้มากที่สุด คือ การบูรณาการเข้าระบบ ($B=0.411, t=12.603, p<0.05$) รองลงมา คือ การดำเนินการได้ ($B=0.161, t=4.833, p<0.05$) และการยอมรับนโยบาย ($B=0.134, t=4.425, p<0.05$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้นของกลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางแบบเข้ม พบว่า การบูรณาการเข้าระบบ การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด และการยอมรับนโยบายสามารถร่วมกันทำนายความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ร้อยละ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง (n=1,008)

ตัวแปรอิสระ	b	S.E.	Beta	t	p-value
การบูรณาการเข้าระบบ	0.389	0.031	0.411	12.603	<0.001
การดำเนินการได้	0.145	0.030	0.161	4.833	<0.001
การยอมรับนโยบาย	0.124	0.028	0.134	4.425	<0.001
ค่าคงที่	1.140	0.107		10.647	<0.001

R = 0.607, SEE=0.449, R² = 0.369, AdjR²=0.367, F = 195.559, p<0.5

20.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (Adj. R²=0.195, p<0.05) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายความยั่งยืนของนโยบายได้มากที่สุด คือ การบูรณาการเข้าระบบ (B=0.188, t=3.008, p<0.05) รองลงมา คือ การยอมรับนโยบาย (B=0.195, t=3.586, p<0.05) และ การดำเนินการได้ (B=0.169, t=3.586, p<0.05) ส่วนโรงพยาบาลกลุ่มที่ 2 และ 3 ปัจจัยที่ทำนายความยั่งยืนได้มีเพียง 2 ประเด็น คือ การบูรณาการเข้าระบบและการดำเนินการได้ และสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 44.40 และร้อยละ 38.30 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล

ตัวแปรอิสระ	b	S.E.	Beta	t	p-value
กลุ่มที่ 1 (n=357)					
การบูรณาการเข้าระบบ	0.166	0.055	0.188	3.008	0.003
การยอมรับนโยบาย	0.176	0.049	0.195	3.586	<0.001
การดำเนินการได้	0.142	0.051	0.169	2.756	0.006
ค่าคงที่	1.853	0.204		9.067	<0.001

R=0.449, SEE=0.418, R²=0.202, AdjR²=0.195, F=29.749, p<0.5

กลุ่มที่ 2 (n=386)					
การบูรณาการเข้าระบบ	0.440	0.049	0.485	8.995	<0.001
การดำเนินการได้	0.147	0.050	0.167	2.917	0.004
ค่าคงที่	1.042	0.165		6.300	<0.001

R=0.666, SEE=0.417, R²=0.444, AdjR²=0.440, F=101.713, p<0.5

กลุ่มที่ 3 (n=265)					
การบูรณาการเข้าระบบ	0.431	0.067	0.404	6.400	<0.001
การดำเนินการได้	0.242	0.055	0.277	4.378	<0.001
ค่าคงที่	1.092	0.187		5.856	<0.001

R=0.619, SEE=0.504, R²=0.383, AdjR²=0.378, F=81.328, p<0.5

วิจารณ์

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามระดับความสำเร็จของการดำเนินงานนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางหลังจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพเสร็จสิ้นแล้ว⁽²³⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 คือ โรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบเข้ม คือ มีการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพ วันละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5-7 วัน มีผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงถึงการมีผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีกว่ากลุ่มอื่น⁽²⁴⁾ ดังที่ Mabunda SA และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า การวางแผนและมีระบบการดูแลที่ดีจะช่วยพัฒนาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี นอกจากนี้พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 17 แห่ง เริ่มฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็วภายใน 1 สัปดาห์หลังพ้นระยะวิกฤตถือเป็นสิ่งที่ดีมากในการดูแลสุขภาพระยะกลาง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ดังผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การเริ่มต้นฟื้นฟูสภาพเร็วภายใน 90 วันหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองช่วยฟื้นฟูสภาพได้ดีและลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตได้⁽²⁶⁾ ดังนั้นในทางปฏิบัติ ผู้บริหารจึงควรสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ แบบเข้มเพิ่มขึ้นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี สำหรับผลประเมินรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการยอมรับนโยบาย และด้านความเป็นไปได้ของนโยบาย แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการยอมรับนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางนับเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Proctor และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ว่าการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจยอมรับและมองเห็นความเป็นไปได้ของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

สำหรับในด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายนั้นค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดสรรเงินดูแลสุขภาพระยะกลางในกลุ่มโรค

เป้าหมายเพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง รองลงมา คือ จำนวนบุคลากรเพียงพอและมีวัสดุ อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพระยะกลาง สะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานยังได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์ไม่เพียงพอซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารและการดูแลสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงและครบถ้วน เช่น โรงพยาบาลบางแห่งปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้เพียงสัปดาห์ละ 3 วัน เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาที่ว่าภายใต้การจ่ายเงินที่ไม่ให้ความสำคัญกับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ⁽¹⁷⁾ ซึ่งการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอจะช่วยให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น⁽²⁷⁾ ดังนั้น ผู้บริหารควรทบทวนกระบวนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการด้านงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ การบูรณาการเข้าระบบ การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนดและการยอมรับนโยบาย สามารถร่วมกันทำนายความยั่งยืนของนโยบายการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ร้อยละ 36.9 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา คือ ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของนโยบายระบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับ การวางแผนและการบริหารจัดการที่ดี⁽²⁸⁾ โดยการบูรณาการเข้าระบบได้ดีต้องอาศัยการเชื่อมโยงแนวปฏิบัติไปสู่หน่วยงานทุกระดับให้ชัดเจนซึ่งต้องอาศัยการวางแผนและบริหารจัดการที่ดี นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้บุคลากรเข้าใจและยอมรับนโยบายเป็นกระบวนการเชิงนโยบาย (policy process) ที่สำคัญมากซึ่งจะช่วยให้ำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตามแนวคิดของการบริหาร⁽²⁹⁾ และหากบุคลากรผู้ปฏิบัติเข้าใจนโยบายมากเท่าใดย่อมส่งผลต่อคุณภาพผลลัพธ์การดำเนินงานเพิ่มขึ้นเท่านั้น⁽³⁰⁾ การบูรณาการ

เขาระบบในโรงพยาบาลทุกระดับจะช่วยเชื่อมต่อระหว่าง การดูแลแต่ละระยะและระหว่างโรงพยาบาล ทำให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾ ซึ่งจะช่วยลดความพิการและลดโอกาสในการเข้าสู่การดูแลระยะยาวและความรุนแรงของโรคได้^(11,13,14) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบเข้ม มีการประสานงานความร่วมมือระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย ชัดเจน พร้อมทั้งมีระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพทำให้สามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลได้ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่น ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับควรร่วมกันวางแผนในการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การบูรณาการการปฏิบัติงานร่วมกันในภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างให้บุคลากรยอมรับและเข้าใจนโยบายเป็นสิ่งที่ดีที่ช่วยให้สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น

จุดแข็งของการวิเคราะห์เชิงปริมาณในการศึกษาครั้งนี้ ช่วยลดจุดอ่อนของการวิจัยเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถามซึ่งมักให้ข้อสงสัยถึงความเข้าใจที่แท้จริงของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์เชิงปริมาณครั้งนี้มีการผสมผสานใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิจัยโครงการใหญ่ จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือทำตามนโยบายได้แบบเข้ม แบบปานกลาง และแบบปานกลางที่ขาดข้อมูลยืนยัน ได้ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและผลวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่น่าเชื่อถือและน่าสนใจมากขึ้น ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 ที่จัดระบบบริการระยะกลางแบบเข้ม ประเมินคะแนนการดำเนินนโยบายโดยรวมสูงกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มอื่น รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของนโยบายสูงที่สุดด้วย และได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายถึง 3 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยของการยอมรับนโยบายเป็นปัจจัยที่เพิ่มแตกต่างจากบุคลากรในกลุ่มโรงพยาบาลอื่น ทำให้เน้นถึงความสำคัญของการสื่อสารนโยบายให้เป็นที่ยอมรับ ผลที่คาดหวังจากนโยบายจะตามมาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายและบุคลากรเฉพาะทางที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพระยะกลาง การบูรณาการเขาระบบ การดำเนินการได้ และการยอมรับนโยบาย สามารถร่วมกันทำนายความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ร้อยละ 36.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอแนะว่าถ้าการถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจน เกิดความเข้าใจของบุคลากรเกิดการยอมรับที่ดี สามารถบูรณาการการทำงานเข้ากับระบบที่ทำงานร่วมกันในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลลูกข่ายและภาคีเครือข่าย จะเพิ่มโอกาสของความยั่งยืนในนโยบาย นอกจากนี้ควรทบทวนการบริหารจัดการเรื่องงบประมาณการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ 17 แห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบ-สาธารณสุขที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2016 Traumatic Brain Injury and Spinal Cord Injury Collaborators. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2019;18: 56–87.
2. Kim J, Thayabaranathan T, Donnan GA, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, et al. Global stroke statistics 2019. *International Journal of Stroke* 2020;15(8):819–38.
3. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. Global stroke fact sheet 2019. Geneva: World Stroke Organization; 2019.

4. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2019;18:439–58.
5. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization* 2016;94(9):634–34A.
6. Katan M, Luft A. Global burden of stroke. *Semin Neurol* 2018;38(2):208–11.
7. Kumar R, Lim J, Mekary RA, Rattani A, Dewan MC, Sharif SY, et al. Traumatic spinal injury: global epidemiology and worldwide volume. *World Neurosurgery* 2018;113:e345–63.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
9. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. Simpson LA, Eng JJ, Hsieh JT, Wolfe DL, Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence (SCIRE) Research Team. The health and life priorities of individuals with spinal cord injury: a systematic review. *Journal of Neurotrauma* 2012;29(8):1548–55.
11. Department of Health. The NHS plan. A plan for investment, a plan for reform. London: Stationery Office; 2000.
12. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003;1:134–43.
13. Chu HY, Chen CC, Cheng SH. Continuity of care, potentially inappropriate medication, and health care Outcomes among the elderly: evidence from a longitudinal analysis in Taiwan. *Medical Care* 2012;50(11):1002–9.
14. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does Continuity of Care Matter in a Universally Insured Population? *HSR* 2005;40(2):389–400.
15. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย Intermediate care [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20180713155142_2.5%20คู่มือ%20การพัฒนาระบบบริการ%20intermediate%20care.pdf
16. Chang DS, Wang WS, Wang R. Identifying critical factors of sustainable healthcare institutions' indicators under Taiwan's national health insurance system. *Soc Indic Res* 2018;140:287–307.
17. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย. ความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2555;21(4):761–73.
18. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย, วัชรารัฐไพบูลย์, ชัยโรจน์ ซึ่งสนธิพร. การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2558;24(3):493–509.
19. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health* 2011;38(2):65–76.
20. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175–91.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. ธิญพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์พรหมารุโณทัย. การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
24. ธิญพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, กฤติกา โคตรทอง, วิชาญ เกิดวิชัย, และคณะ. ประเมินนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของกระทรวง-

- สาธารณสุข: การวิเคราะห์เชิงปริมาณ. วารสารวิจัยระบบ-สาธารณสุข 2564;15(2):183-99.
25. Mabunda SA, London I, Piennaar D. An evaluation of the role of an intermediate care facility in the continuum of care in Western Cape, South Africa. *Int J Health Policy Manag* 2018;7(2):167-79.
26. Hsieh CY, Huang HC, Wu DP, Li CY, Chiu MJ, Sung SF. Effect of rehabilitation intensity on mortality risk after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2018;99(6):1042-8.
27. Mugwagwa J, Edward D, Haan S. Assessing the implementation and influence of policies that support research and innovation systems for health: the cases of Mozambique, Senegal, and Tanzania. *Health Research Policy and Systems* 2015;13(21):1-7.
28. Nicol E. Sustainability in healthcare: efficiency, effectiveness, economics and the environment. *Future health-care journal* 2018;5(2):81.
29. Sabatier PA. *Theories of the policy process*. Colorado: Westview Press; 2007.
30. Allcock C, Dorman F, Taunt R, Dixon J. *Constructive comfort: accelerating change in the NHS*. London: Health Foundation; 2015.

Abstract: Factors Influencing on the Sustainability of Intermediate Care Policy in Ministry of Public Health Hospitals

Nongnaphat Rungnoi, M.S.N., Ph.D.(Higher Education)*; Thunyaporn Chuenklin, M.N.S., Ph.D (Curriculum and Instruction)*; Naphas Kaeowichian, B.N.S., LL.B.**; Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science***; Wicharn Girdwichai, M.D.****; Supasit Pannarunothai, M.D., Ph.D (Health Planning and Financing)*****

* Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; ** Bureau of Medical System Supervision, Department of Medical Service, Ministry of Public Health ; *** The Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute for Geriatric Medicine Department of Medical Service, Ministry of Public Health, **** College of Oriental Medicine, Rangsit University; ***** Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Thailand *Journal of Health Science* 2022;31(1):112-23.

This cross-sectional survey research aimed to evaluate the implementation of intermediate care according to the Ministry of Public Health's policy and analyze factors influencing sustainability of intermediate care. Stratified multi-stage cluster sampling was adopted to recruit one thousand and eight intermediate care professional providers from seventeen healthcare facilities in four regions. Data were analyzed with inferential statistics (one way ANOVA, Pearson correlation, and stepwise multiple regression). It was found that there were responses from one thousand and eight questionnaires; and the mean score for intermediate care service was at good level (Mean=3.61, SD=0.47). By Pearson's correlation, the highest correlation was found between policy appropriateness and policy adoption ($r=0.73$, $p<0.05$), followed by policy acceptance and policy adoption ($r=0.67$, $p<0.05$). The sustainability of intermediate care was positively correlated with all dimensions of policy process and experience of provider in intermediate care provision, where highest correlation was found with policy penetration ($r=0.57$, $p<0.05$). The stepwise multiple regression analysis found significant influencing effects of policy penetration ($B=0.389$, $p<0.05$), policy fidelity ($B=0.145$, $p<0.05$), and policy acceptance ($B=0.124$, $p<0.05$) on policy sustainability ($R^2=0.369$, Adj. $R^2=0.367$, $p<0.05$).

Keywords: intermediate care, policy implementation, sustainability