

การพัฒนาาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี

Development of Home Ward Care Management System in the Digital Era Participation of Families and Partner in Lopburi Province

ญานันท์ ใจอาจหาญ, ประ.ด.

Yanan Chai-ardhan, Ph.D.

Abstract

Objective: The research aimed to study caregivers's experiences in home ward for develop a care management system and evaluate the outcomes of the home ward management system.

Method: The study findings could be summerized as follow into 3 important finding periods namely; Firstly Period: The qualitative study used 33 caregivers as key performants. Secondly Period: focused on model development by a multidisciplinary medical team of 33 members and Thirdly Period: The quantitative study was used 440 persons in patients and selected through purposive sampling. Data were collected by indepth interviews and analyzed using descriptive statistics.

Results: Findings Firstly Period: revealed that participants experienced and readiness performed a wide range of daily care tasks and managed patients' health problems. They expressed happiness in being able to provide care and repay their gratitude, despite feelings of fatigue and discouragement. Many caregivers recognized their own health problems. However, they received knowledge and skill support from nurses in hospital through telemedicine and online communication systems.

Primary care units also conducted home visits. Additionally, caregivers expressed the need for financial support and emotional encouragement from relatives and relevant organizations. Secondly Period: the developed model consisted of five main measures: (1) service system development, (2) enhancement of service efficiency through digital technology, (3) organization of a primary care physician system, (4) improvement of health literacy among patients and caregivers, and (5) participation of families and network partners. Thirdly Period: The results indicated that the average length of stay for home inpatient care was 5.48 days (SD = 2.698). The telemedicine follow-up system enabled rapid symptom assessment and timely adjustment of treatment plans. No complications were reported (100% complication-free), and only 3 patients (0.68%) were re-admitted to the hospital. A multidisciplinary team collaboratively provided care across the hospital, primary care units, and community networks. Overall satisfaction was at the highest level ($\bar{x} = 9.23$, SD = 0.57).

Conclusions: The Development of Home ward care management system In the digital era through Participation of families and partners in Lopburi Province demonstrated clear effectiveness in improving a proactive home care service system. The implications of this study that home ward patient care is a safe and feasible alternative to hospital based care for patients with non-severe conditions, leading to improved service outcomes and enhanced quality of life for the population.

Keywords: Care management system, home ward, family and network participation

วันที่รับ (received) 21 พฤษภาคม 2569

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มิถุนายน 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 22 มิถุนายน 2569

Published online ahead of print 26 มิถุนายน 2569

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จังหวัดลพบุรี

Lopburi Provincial Public Health Office, Lopburi

Corresponding Author: ญานันท์ ใจอาจหาญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จังหวัดลพบุรี

Email: yanankoykoy@gmail.com

doi:

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พัฒนาระบบการดูแลและผลลัพธ์ของระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านศึกษา และศึกษาผลลัพธ์ของระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 33 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 33 คนและระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้ระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจำนวน 440 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยระยะที่ 1 ประสบการณ์และความพร้อมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติภารกิจที่หลากหลายในกิจวัตรประจำวัน การจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกดีใจที่ได้ดูแลและตอบสนองบุญคุณ ถึงแม้ว่าจะต้องอดทน เหนื่อย และท้อ โดยรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลยังได้รับการสนับสนุนความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลในโรงพยาบาลและผ่านระบบ Telemedicine ตลอดจนการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ ยังมีความต้องการให้ญาติพี่น้องและหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลและกำลังใจจากญาติพี่น้อง สำหรับผลการวิจัยระยะที่ 2 ในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 5 มาตรการหลัก คือ 1. ระบบบริการ 2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล 3. จัดระบบแพทย์ปฐมภูมิ 4. สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย และระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านพบว่า มีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 5.48 วัน (SD = 2.698) มีระบบการติดตามอาการผ่านระบบ Telemedicine ทำให้ประเมินอาการและปรับแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100 และมีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.68 นอกจากนี้ ยังมีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลร่วมกันทั้งในโรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชนสำหรับความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=9.23, SD 0.57$)

สรุป: การพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี

แสดงประสิทธิผลชัดเจนในการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีศักยภาพในการใช้ทดแทนการดูแลในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ของระบบบริการและประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ระบบจัดการการดูแล, ผู้ป่วยที่บ้าน, การมีส่วนร่วมครอบครัวและภาคีเครือข่าย

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีนโยบายหลักที่สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียม สามารถเข้าถึงได้ง่ายตลอดจนลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งระดับครัวเรือนของประชาชนและค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ในปัจจุบันรัฐบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 4 แสนล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก 15 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นถึง 1.4-1.8 ล้านล้านบาท ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อความแออัดในโรงพยาบาลถือเป็นปัญหาหลักของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย นำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านภาระงานของบุคลากรและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ ทำให้เกิดช่องว่างในด้านการบริการ จึงเป็นที่มาของนโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” หนึ่งในนโยบายเร่งรัดของกระทรวงสาธารณสุข¹ และเมื่อศึกษาต้นทุนบริการผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายของสถานบริการโดยเฉลี่ยจำนวน 20,445 บาทต่อรายและจำนวน 4,000 บาทต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณมา เชียงขุนทด² พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาโรงพยาบาล ใช้เวลาเดินทางไปกลับเฉลี่ย 1.26-2.45 ชั่วโมง/ครั้ง ใช้เวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.42-4.43 ชั่วโมง/ครั้ง และมีค่าใช้จ่ายทางตรง คือ ค่าเดินทางไปกลับ ค่าจ้างพามาโรงพยาบาล ค่าจ้างคนดูแลเด็กที่บ้าน ค่าอาหาร ค่าที่จอดรถ และมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าสูญเสียโอกาสของตนเองและญาติ ค่าใช้จ่ายโดยรวมเท่ากับ 816.32-1,535.38 บาท/ครั้ง³ จากสภาพปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ถือว่าเป็นโมเดลใหม่แห่งการรักษารักษาในยุคดิจิทัล ที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ที่เรียกว่า “Hospital at Home หรือ Home Ward” เป็นรูปแบบการรักษาที่ผสมผสานเทคโนโลยีทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อ 1) ลดความแออัดในโรงพยาบาล 2) ลดการติดเชื้อมหาโรคในโรงพยาบาล 3) เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และ 4) ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ “บ้าน” ให้มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา โดยทีมเครือข่ายบริการสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการประสานงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ที่บ้านให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตลอดจนการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ส่งผลต่อการลดงบประมาณของประเทศในระยะยาว⁴

ในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดลพบุรี มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 722,639 คน สถานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมทั้ง 11 อำเภอ ด้านข้อมูลบุคลากรปฏิบัติงานจริง พบว่าอัตราการกำลังในการดูแลรักษาของแพทย์มีอัตราความพอเพียงน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.58⁵ จำนวน ผู้ป่วยในจังหวัดลพบุรีปี 2566-2568 พบอัตราการคงเตียงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นคิดเป็น 85.67, 86.66 และ 87.06 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถบริหารจัดการเวลาและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบกับข้อมูลจากการสรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดลพบุรี ในปี 2568 พบว่า ยังขาดการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายจากโรงพยาบาลลงสู่หน่วยบริการในชุมชน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ในฐานะเป็น ผู้กำกับนโยบายและผลักดันนโยบายนำสู่การปฏิบัติ จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้วิธีการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ในระบบสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โดยเพิ่มโอกาสการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการระบบดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital at home) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมของโรงพยาบาลลดลง ประกอบกับในช่วงสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีสถานการณ์การสู้รบในภูมิภาคตะวันออกกลาง เมื่อต้นปี 2569 กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพของประชาชน⁶ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรีโดยการเพิ่มศักยภาพและเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ เท่าทันยุคปัจจุบันที่สถานการณ์วิกฤติและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ของระบบบริการและประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่

บ้าน (Home Ward) จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลบ้านหมี่ เลขที่ 2569/01 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2568 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในทุกมิติตามกรอบแนวคิด และนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี มีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 33 คน ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 3 คน ครอบคลุม 11 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 33 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Interviewing Key Informant) โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่หวังค่าจ้างตอบแทนและปฏิบัติเป็นประจำ มีสภาพจิตใจและร่างกายปกติ สามารถสื่อสาร อ่านเขียนได้ มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถใช้การติดต่อผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยในความดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมก่อนสิ้นสุดการวิจัย 2) ผู้ป่วยในความดูแลมีการย้ายโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตามสิทธิ์ และ 3) มีการเปลี่ยนผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในอำเภอทุกแห่ง 2) จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัยทุกอำเภอ จำนวน 33 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทุกแห่ง เพื่อให้การดูแลรักษาให้คำปรึกษาสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน และติดตามผ่านระบบ Zoom Meeting เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง 3) ประสานกับกลุ่มการพยาบาล พยาบาลประจำ

แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตึกอายุรกรรม ศัลยกรรม จิตเวช และยาเสพติด พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยใน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในบ้าน 4) จากนั้นประสานคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อนัดหมายวันเวลาการเข้าพบกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวคำถามและประโยชน์ของการให้ข้อมูล โดยก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะขออนุญาตเก็บข้อมูลและบันทึกเสียงทุกราย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participatory observation) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการศึกษาจากปรากฏการณ์ ในการสังเกต อากัปกิริยา แววตา น้ำเสียง ทศนคติ และปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อใช้ในการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลที่ได้อาจมาจากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ตามกรอบแนวคิดโดยสัมภาษณ์เป็นแบบ สองทางเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และเชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็นที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกัน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ประกอบด้วยเหตุการณ์เข้ามาเป็นผู้ดูแล ผลกระทบในการดูแล การปรับตัวของผู้ดูแล การปฏิบัติการณ์ดูแลที่บ้าน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแนวคำถามในลักษณะบรรยายแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแล และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือครั้งนี้ มีจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1) ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติการวิเคราะห์ คณะพัฒนาสังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลจัดการสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

3) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เป็นผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของรูปแบบสอบถาม ความชัดเจนของการใช้ภาษา และเพื่อให้ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงได้ดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ผลค่า IOC ข้อคำถามสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 7 ข้อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ โดยทุกข้อมีค่าคะแนนมากกว่า 0.5

การดำเนินการวิจัย ได้แก่ หลังจากนำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว จึงนำแบบ

สัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จึงนำไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 5 ราย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาแบบสัมภาษณ์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล: 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง จัดเรียงข้อมูลจัดกลุ่มของข้อมูลแล้วจึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหา สร้างข้อสรุปและนำเสนอด้วยการบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive) และ 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาจากการศึกษาระยะที่ 1 ประชุมระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิทุกอำเภอ มีการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 33 คน (Purposive sampling)

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมระดมสมองร่างรูปแบบการพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี คือ ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยงานวิจัย จำนวน 33 คน เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward Manager) ในโรงพยาบาลทุกแห่งจำนวน 11 คน 2) พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลทุกแห่งจำนวน 11 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการจากหน่วยบริการปฐมภูมิทุกอำเภอจำนวน 11 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็น 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 2) ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก คือ 1) บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลา ลาออก หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมระดมสมองและให้ความคิดเห็นร่วมกับกิจกรรมกลุ่มได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และ 3) บุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำรูปแบบการพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วยมาตรการหลัก 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1: โครงสร้างระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มาตรการที่ 2: เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล มาตรการที่ 3: จัดระบบแพทย์ปฐมภูมิ

อย่างทั่วถึง มาตรการที่ 4: การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และมาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายและนำไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยในที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบขั้นตอน กระบวนการและความเหมาะสมของกิจกรรม อุปกรณ์ระยะเวลา ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ช่วยวิจัย โดยใช้ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทดลองในพื้นที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ผลการทดสอบ พบว่า 1) ด้านผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย การรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายเหมาะสมกับโรค 2) การติดต่อสื่อสารผ่านกลุ่ม Line Application บางคนไม่มีเน็ตโทรศัพท์ไม่สามารถติดต่อประสานงานและรายงานผลผ่านแอปพลิเคชันได้ และ 3) ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ตรงกัน 4) ด้านการทำงานเจ้าหน้าที่ พบว่าการติดตามเชิงรุกไม่ต่อเนื่อง มีภาระงานประจำจำนวนมากและยังไม่มีการประเมิน ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ พบว่า อุปกรณ์ เครื่องตรวจน้ำตาล แถบตรวจน้ำตาล เครื่องตรวจออกซิเจนปลายนิ้ว เตียงและที่นอนลมไม่เพียงพอ และขาดแคลนงบประมาณ

แนวทางการแก้ไข ผู้วิจัยได้ประชุมทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ได้จากการทดลองรูปแบบ เพื่อปรับแผนกระบวนการทำงาน ดังนี้ 1. เพิ่มเติมองค์ความรู้ด้านโรคและการปฏิบัติตนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน 2. บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงวางแผนดูแลและติดตามร่วมกัน 3.กรณีข้อจำกัดเรื่องการใช้ Internet และการใช้ Platform Application ในการ Telemed ขอให้เป็นบุคลากรสาธารณสุขดำเนินการในรูปแบบ Station To Station หรือ Line Application กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้โทรศัพท์ในการติดต่อประสานงานได้ 4. จัดเวทีบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในภาพรวมของการพัฒนาระบบในพื้นที่ 5. จัดประชุมทางไกล (Zoom Conference) หลังจากเริ่มดำเนินการเพื่อติดตามและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่พบ และ 6. ผลักดันนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุมัติความเห็นชอบในหลักการและการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จาก CUP (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

การวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาผลของระบบการจัดการการ

ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบโดยใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว (One Group Pretest Posttest Design) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่โดยผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลพบุรี จำนวน 440 คน เป็นการสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) โดยอาศัยสัดส่วนของประชากรเป็นจำนวนที่แท้จริงที่มีอยู่ในพื้นที่ของแต่ละโรงพยาบาล คือเป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลง ไม่มีอาการของโรคร่วมที่รุนแรงไม่เคยมีประวัติอาการกำเริบรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 3 วัน หลังรับการรักษาในโรงพยาบาล มีการติดตามผลลัพธ์สุขภาพ และมีวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วย 1. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3. รายได้ของระบบบริการงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านของสถานบริการ และ 4. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและรายได้จากระบบบริการ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจาก 1) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี 2) เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การวัดสรริวิทยา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว ค่าวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และความดันโลหิต 4) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิด INHOMESSS⁷ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา เท่ากับ 0.85

2. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้อง วัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 8 มีทั้งหมด 8 ด้านดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2)ด้านอารมณ์ 3) ด้านการ

หาข้อมูลการบริการสุขภาพ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด 5) ด้านผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) ด้านการขอความช่วยเหลือ 8) ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยการอบรมเพิ่มพูนทักษะโรค การดูแลกระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมืออุปกรณ์ 2. ดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลงลายมือชื่อในใบยินยอมและตอบแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3. พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสอนให้ความรู้เฉพาะรายโรค (Bedside) และฝึกปฏิบัติ 4. ประสานพื้นที่เพื่อนำผู้ป่วยลงสู่ชุมชนและดำเนินการดูแลรักษาแบบที่บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ และ 5. ติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจหลังจากร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน จำนวน 440 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากร ผู้ให้บริการ 3) ด้านคุณภาพการให้บริการ และ 4) ด้านอื่น ๆ การลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยทดสอบกับผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 20 คน ผลการประเมินได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ภาพรวม ค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.94

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง ของการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิ์ในการตัดสินใจก่อนสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยประเมินปัญหาความต้องการและให้การพยาบาลตามปัญหาพร้อมสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัคร มอบสื่อความรู้ และส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อดูแลและเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 3. หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

อย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ ดำเนินการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ ที่บ้านของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลจำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 72 ช่วงอายุอยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 84 อายุค่าเฉลี่ย 48.6 ปี (SD=13.76) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39 มีสถานภาพสมรสจำนวน 18 คิดเป็นร้อยละ 54 และมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 84.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 45 ความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 43.3 สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพร้อยละ 100 โดยผู้ดูแลมีโรคประจำตัวจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 78 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน สามี ภรรยามากที่สุดและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวันประมาณ 3-5 ชม.ต่อวันคิดเป็นร้อยละ 57 โดยใช้ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลถึงวันนัดติดตามอาการนาน 3-5 วัน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57 นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100 สำหรับผลการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.68, SD=0.78$) เมื่อจำแนกความพร้อมรายด้านพบว่า มีความพร้อมด้านร่างกายมากที่สุด ($\bar{x}=27.81, SD=6.05$) ด้านอารมณ์ ($\bar{x}=14.15, SD=3.43$) และด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ($\bar{x}=14.09, SD=3.04$) ตามลำดับ

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล อธิบายประสบการณ์ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เหตุผลของการเข้ามาเป็นผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ภรรยาหรือสามีหรือสะใภ้ และเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 การเข้ามาด้วยความสมัครใจ พบว่า เป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพราะความรัก ความผูกพันอยู่ด้วยกันมานานร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา เคยมีบุญคุณต่อกัน มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “อยู่ด้วยกันมานานมากกว่า 10 ปี แก่ให้ความรัก ความอบอุ่นดูแลเลี้ยงดูมาเป็นอย่างดี มีบุญคุณต่อกัน ต้องการทดแทนด้วยความรัก และความกตัญญู” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12) “เรารู้สึกว่าเรา

มีโอกาสได้ทดแทนพระคุณ เราอยากทดแทนที่ดูแลเลี้ยงดูเรามา เมื่อเหนื่อยหอบ เราทำอะไรที่ทำให้สู้อต่อ ก็แม่เนี่ยเลย เป็นทุกอย่าง เป็นแรงกำลังใจให้เราสู้อต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21)

1.2 การเข้ามาด้วยความจำเป็นโดยหน้าที่ พบว่า ผู้ดูแลบางคนอาจมีความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง ที่ต้องมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล แต่ในครอบครัวมีคิดเห็นร่วมกันว่ามีความเหมาะสมที่จะเข้ามาทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถไปทำงานหาเงินได้ ทำให้เกิดความเครียดสูง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า “มันเหนื่อยนะ กลับมาจากทำงานแล้วต้องมาดูแลเขาอีก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14) ซึ่งการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสรุปคุณสมบัติได้ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีภาระน้อยที่สุด 2) ควรเป็นเพศหญิง 3) มีเวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล 4) มีผลกระทบน้อยที่สุดในการต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหรือถ้าจำเป็นต้องลาออกจากงานก็สามารถทำได้ และ 5) ยอมรับหน้าที่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวลงมติให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

2. การปรับตัวและการบริหารจัดการในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ การจำใจยอมรับ ภาระบารมณ การหนีปัญหา การไม่พึ่งพาผู้อื่น การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และการปรับเปลี่ยนของร่างกาย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า “ในตอนแรกเหนื่อยมากต้องดูแลแม่คนเดียวและทำงานด้วย ไม่มีใครมาเยี่ยมแม่เลย ตอนแรกก็น้อยใจเครียดมาก มันลำบากมากที่ต้องดูแลอยู่คนเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 31) “มันไม่ไหวนะ ไม่มีใครมาช่วย อะไรเลยอย่างนี้ ที่เรียกทั้งพี่ทั้งน้องมาคุยเลย ถ้าย่างทำกันอย่างนี้ ฉันทก็ไม่ไหวนะ ฉันทก็ไม่ดู ให้แล้วนะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

สรุปผลการศึกษาในการปรับตัวและการบริหารจัดการของผู้ดูแล พบว่า มีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และมีแหล่งสนับสนุนด้านรายได้ ซึ่งการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้นกับความสามารถ กระบวนการคิด และประสบการณ์ของผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและสามารถทำงานได้ โดยมีการปรับตารางชีวิตใหม่และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งในการปรับตัวของผู้ดูแล เริ่มมีการปรับตัวตั้งแต่มีสถานการณ์เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่ 1. บริหารจัดการเวลาและกิจกรรมของตนเอง 2. การบริหารจัดการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 3. การบริหารจัดการงานบ้าน และ 4. การบริหารจัดการการเงิน

3. การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในการทำกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันและการเรียนรู้ในการดูแล การช่วยเหลือในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1) ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ เช็ดตัว การบิบนวดและการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้ “เราก็กไม่เคยเนอะ ตาม

กิจวัตรประจำวันตามที่พูดมานี้เนอะ เข้ามาก็เอาแกกิ้นข้าวอาบน้ำ ตอนเย็นก็ทำเหมือนกันสามมื้อ กินยา เปลี่ยนผ้าทำแผล ถึงเวลา ก็เอาแกเข้านอน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “ต้องวัดไข้ ความดันเลือด วัดที่ปลายนิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง และก็คอยสังเกตว่าแกจะเหนื่อยมัย หายใจออกหรือเปล่า มีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ต้องคอยสังเกตตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2) จัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะท้องผูก แผลกดทับ การติดเชื้อ และการใช้ยาสำหรับการจัดการปัญหาท้องผูก ผู้ดูแลจะสวมถุงมือและช่วยล้างอุจจาระให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับถ่ายเองได้ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพลิกตะแคงตัว และการทำความสะอาดร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังคอยจัดการดูแลอาหารและการใช้ยาดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้ “พอเขาไอไม่ออก เรารู้เลย เขาก็จะร้องไห้อีๆ อีไม่ออกหรือ ปากก็จะถามอย่างนี้เนอะเบ่งชิ เบ่งออกใหม่ เบ่งไม่ออกเราก็รู้ละ อีมันจะคาตดูอยู่เลย เราก็กสวมถุงมือก็ควักออก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

4. การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเรียนรู้ ผู้ดูแลมีการพัฒนาการดูแลจากประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและผู้ดูแลมีความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง มีการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น โดยมีการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ในการดูแลจากเอกสารความรู้ทางวิชาการ สื่อทาง Internet และสังเกตจากอาการแสดงของผู้ป่วย เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “แม่เขามีรอยจ้ำเลือดบอย มันทำให้เป็นแผล...เราททายาแล้วก็ไม่หาย มันเป็นจ้ำเลือดตามหลังตามแขนที่แกนอนทับคนที่เขาดูแลเขาบอกว่าลองหยุดยาละลายลิ่มเลือดชิ เพราะคนเก่าที่เขาดูแลอยู่ก็เป็นเหมือนกัน...หยุดยากก็หาย ลองหยุดดูก็หายจริงๆ เวลาไปหาหมอเขาก็ว่าปกติดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีการพัฒนาในการดูแลที่ต่อเนื่องมีความมั่นใจในการดูแล และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “เช็ดตัวน้ำล้างเดียวเช็ดตัว ที่ลองมาหลายวิธีแล้วทำตามหมอสอนทุกอย่างคือใช้น้ำ 2 ถัง ผ้า 2 ผืนใช้สบู่ฟอก แต่ที่สังเกตแม่ผิวแห้ง สบู่ก่อนก็ล้างออกยาก เราเลยลองสบู่เด็กก็ทดลองมาเรื่อยๆ ว่าจะทำอย่างไรให้ตัวสะอาด ทำได้เร็วเพราะที่ต้องรีบไปทำงาน จนกว่าจะได้วิธีนี้ที่แม่ตัวสะอาด ผิวไม่แห้ง แล้วก็ไม่มีแผลกดทับด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

5. แหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือในชุมชน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวมีกำลังใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรในชุมชน เช่น การให้บริการรถรับส่งในการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยรถการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การให้ยืมอุปกรณ์ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ “การที่มีพยาบาลมาเยี่ยมบ่อยๆก็ทำให้ลู้งมั่นใจในการดูแลป้ามาก

เพราะถ้าไม่เข้าใจสิ่งไหนก็ถามเขาได้ ทำให้ลุงสามารถดูแลป่าได้ดี และเขาก็เอื้อในทุกๆเรื่อง ทั้งๆที่ไม่ใช่ลูกหลาน แต่เขาก็เอาใจใส่ดี มันก็ลดค่าใช้จ่ายลงไปได้มาก ..." (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22) "ได้รับเตียงและที่นอนลมจากที่อนามัยเขาให้ยืมเพราะมีคนมาบริจาคไว้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8) "มีรถของ อบต. ช่วยรับส่งไปหาหมอที่โรงพยาบาล โทรเรียกเขาก็มาให้เลย มีคนช่วยยกให้เสร็จไม่ลำบากเหมือนเมื่อก่อน.." (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 33)

6. ผลกระทบต่อผู้ดูแล ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรม บางรายมีอาการปวดหลัง เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเดิม ทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามการรักษา 2) เศรษฐฐานะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดูแลโดยละเอียดไม่ให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ "บางที่ความดันขึ้นมาก มินไปหมด แต่ เรายังต้องดูแลแม่เหมือนเดิม เพราะไม่มีใครมาดูแล แทนให้ อีกอย่างที่เปลืองก็คือ ค่าเดินทางเวลาไปหาหมอ หมดเยอะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนา พบว่า มีความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบท รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสมกับบริบทตามมาตรฐานสำคัญ ดังนี้

มาตรการที่ 1 ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน พบว่า จังหวัดลพบุรี มีหน่วยบริการ (โรงพยาบาล) ขึ้นทะเบียนและผ่านรับรองคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ Home Ward ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 11 แห่งคิดเป็นร้อยละ 100 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มีทีมและ Home Ward manager มีการเตรียมความพร้อมของทีมปฏิบัติการอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค จัดตั้งระบบช่องทางสื่อสาร ระบบการส่งต่อผู้ป่วย สนับสนุนด้านงบประมาณ และมีการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล

มาตรการที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการติดตามอาการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผ่านระบบออนไลน์ได้จากที่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Station to Station) ผ่านระบบ Platform ได้แก่ หมอพร้อม Station, สอน.Buddy,HIS หรือ MOPH Meet ตลอดจนมีการจัดส่งยา จะแจ้งให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.สต. หรือ อสม.นำไปให้ที่บ้าน หรือระบบ Health Rider ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทันยุคปัจจุบันที่สถานการณ์วิกฤติและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

มาตรการที่ 3 จัดระบบแพทย์ปฐมภูมิอย่างทั่วถึง โดยทีมหมอครอบครัวที่สามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ตลอดเวลา ร่วมกันจัดบริการดูแลผู้ป่วยในบ้านแทนโรงพยาบาล ดังนี้

1. มี 3 หมอเข้ามาช่วยดูแล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รพ.สต. และโรงพยาบาล 2. มีการติดตามดูแลผู้ป่วยถึงบ้านมีการกำหนดการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ร่วมกับโรงพยาบาล และ 4. มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิการผนวก รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วมเป็นนวัตกรรมที่เฉพาะประเทศไทย ซึ่งแตกต่างจากโมเดลต่างประเทศที่มักใช้ Home Health Agency ข้อดีคือเพิ่มการเข้าถึงในพื้นที่ห่างไกล

มาตรการที่ 4 สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมให้มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ดังนี้ 1. การพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย โรคของผู้ป่วย แนวทางการดูแล การใช้เครื่องมือ หัตถการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย 2. จัดทำคู่มือการส่งต่อและการดูแลตนเอง 3. พัฒนากล้องของผู้ดูแล อสม. เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประสานกับแม่ข่าย และ 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม สรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

มาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายจังหวัดลพบุรี คือ องค์กรปกครองท้องถิ่น อาสาสมัคร อาสาอภัย แกนนำชุมชน ให้การสนับสนุนช่วยเหลือตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือธนาคารอุปกรณ์ครอบคลุมทุกอำเภอ มีศูนย์ร่วมสุขในทุกอำเภอจำนวน 14 แห่ง โดย 1. มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่ ออกเยี่ยมบ้านดูแล ผู้ป่วยตามแผนและปัญหาความต้องการ และสรุปการเยี่ยมร่วมกัน สะท้อนผลการปฏิบัติ นำสู่การปรับแผนการดูแลทั้งรายบุคคลและภาพรวม ได้แก่กำหนดเป็นทุกวันอังคารที่ 2 และ 4 ของทุกเดือน กรณีติดวันหยุดให้เลื่อนออกไปเป็นสัปดาห์ ถัดไปกรณีเร่งด่วนสามารถประสานแผนเพิ่มเติมได้ 2. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งและปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เพื่อหาทางออก ร่วมกัน และจัดการปัญหาโดยให้ส่งแผนการเยี่ยมและรายชื่อผู้ป่วยแก่หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทราบ 3. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย 4. จัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการประสานงานส่วนใหญ่ผ่านระบบกลุ่ม LINE 5. มีการพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาลเชื่อมสู่ชุมชน ได้แก่ การพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติและเครื่องมือต่างๆ

ข้อจำกัดที่พบและต้องพัฒนา ได้แก่ 1.บุคลากรไม่เพียงพอ แม้จะมีการบูรณาการกับ รพ.สต. แต่ภาระงานยังสูง เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานประจำควบคู่กับจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และบางพื้นที่ห่างไกลใช้เวลาเดินทาง ข้อเสนอแนะ คือการใช้ระบบ

Telemedicine มากขึ้น และสร้าง Community Health Worker
2. รูปแบบต้องยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่ ปรับใช้ตามความเหมาะสม 3. เทคโนโลยีต้องเรียบง่ายและเข้าถึงง่าย การใช้ Line ประสบความสำเร็จเพราะคนใช้งานคุ้นเคย ไม่ต้องเรียนรู้ใหม่

3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุ 51-59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโรคประจำตัว และมีสิทธิการรักษาบัตรสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ผลลัพธ์การศึกษากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภาพรวมจังหวัดลพบุรี ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์-30 เมษายน 2569 พบผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 440 คน อยู่ระหว่างการรักษา จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 จำหน่ายหายป่วยจำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 78.2 และเสียชีวิตจำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยเป็นผู้ป่วย Step down ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 181 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.1 และจำหน่ายหายเป็นปกติคิดเป็นร้อยละ 100 ลำดับที่ 2 คือผู้ป่วยแผลกดทับจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 และจำหน่ายหายเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 ลำดับที่ 3 คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจำหน่ายหายเป็นปกติ จำนวน 67 รายคิดเป็นร้อยละ 95.7 และอีก 3 ราย ส่งตัวกลับเข้ามารักษายังโรงพยาบาลเนื่องจากอาการไม่ทุเลา ดังประเด็นสำคัญ ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยจำหน่ายหายป่วยคิดเป็นร้อยละ 78.2 อยู่ระหว่างการรักษาที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=9.23$, SD 0.57) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “ได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ได้ตลอด เมื่อมีปัญหาโดยสามารถปรึกษาทางไลน์และโทรศัพท์ติดต่อสอบถามพยาบาลที่ดูแลตลอด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14) และมีความพึงพอใจเจ้าหน้าที่และทีมเยี่ยมบ้าน เนื่องจากให้ความเป็นกันเอง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ความเอาใจใส่รับฟังปัญหา เต็มใจให้บริการและพึงพอใจที่มีระบบการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน จากตัวอย่างข้อคิดเห็น ได้แก่ “เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ให้เยี่ยมอุปกรณ์ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ สามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองได้ มีความรู้สึกมั่นใจที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา จากตัวอย่างข้อคิดเห็น “รู้สึกขอบคุณสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างทุกคนดีมาก ๆ ความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 30)

3.2 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 5 ประเด็น ได้แก่ 2.1 การป้องกันแผลกดทับ จำนวน 91 คน พบว่า ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญในการดูแลป้องกันแผลกดทับโดยการทำความสะอาดร่างกายไม่มีกลิ่นอับ ไม่มีกลิ่นปัสสาวะ มีการนวดกระตุ้นการไหลเวียนเลือดขณะอาบน้ำ สำนวญรอบซ้ำแดง ดำแข็ง

ด้านที่ผิวหนัง ดูแลผิวไม่ให้แห้งหรือไม่มีผื่นระคายเคือง และทาวาสลีน ทายาป้องกันรักษาผื่นผ้าอ้อมหรือผื่นงอกอักเสบจากความอับชื้น และเมื่อเริ่มเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจะรีบทำแผล ทายารักษาเพื่อให้หายตั้งแต่เริ่มเป็นแผล 2.2. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการดูแลสภาพแวดล้อมที่ที่พักอาศัย ให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี เมื่อมีเสมหะจะช่วยคัดออก ทั้งการใช้เครื่องดูดเสมหะและลูกยางแดง มีการระวังไม่ให้สำลักอาหาร โดยสังเกตจังหวะการกลืน และในญาติมีอาหารไอ มีน้ำมูก จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยต้องใส่ผ้าปิดปากเพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ 2.3. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าผู้ดูแลทุกครอบครัวเน้นเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศ ไม่อับชื้น มีการสังเกตสีตะกอนและกลิ่นปัสสาวะ โดยเฉพาะหลังการขับถ่าย 2.4. การดูแลการป้องกันข้อติดแข็ง พบว่าทุกครอบครัวไม่มีการทำกายภาพ แต่เน้นการทำความสะอาดร่างกายโดยดื่มน้ำเยอะๆ ไปด้วย ซึ่งผู้ดูแลแต่ละครอบครัวจะมีเทคนิคแตกต่างกัน และ 2.5. การดูแลด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขและไม่รู้สึกท้อแท้ที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนคิดมาก มีความรู้สึกอ่อนไหว อีกทั้งรู้สึกเป็นภาระพึ่งพิง ซึ่งผู้ดูแลที่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธ จะใช้ธรรมะเป็นเครื่องมือในการลดความเครียดของผู้ป่วย ตลอดจนการแสดงความรัก ความเอื้ออาทร จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น

3.3 ด้านรายได้ของระบบบริการงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่า ภาพรวมจังหวัดลพบุรี หน่วยบริการมีรายได้จากการ Key E claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 2,365,980.55 บาท โดยโรงพยาบาลท่าหลวง มีรายได้มากที่สุด จำนวน 680,615.76 บาท รองลงมา คือ โรงพยาบาลหนองม่วง และโรงพยาบาลสระโบสถ์ จำนวน 546,065.35 บาทและจำนวน 287,714.09 บาทตามลำดับ

3.4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่และการบูรณาการทำงานร่วมกันให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกันในทุกมิติ ตลอดจนมีการควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจทั้งรายด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ 2. ด้านกระบวนการดูแลขั้นตอนการให้บริการ และ 3. ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x}=9.23$, SD 0.57) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ มีการใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ในที่บ้าน Home Ward ตามบริบทของจังหวัดลพบุรี พบว่า รูปแบบดังกล่าว มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพเชิงรุก ในชุมชน โดยมุ่งเน้นการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผสานกับ หน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นรูปแบบ การดำเนินงานโดยอาศัยโครงสร้างที่มีอยู่ เป็นการลดต้นทุนและ เปิดโอกาสในการเข้าถึงการบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงมุ่งให้ เกิดการมีส่วนร่วมของของครอบครัว สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย หรือสังคมไทยยังคงมีลูกหลานและคู่สมรสคอยทำหน้าที่ให้ การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยด้วยความรักและความผูกพันของ สมาชิกในครอบครัว⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของถวัลย์ เนียม ทรัพย์, บุศรินทร์ ผัดวัง และดารุณี จงอุดมการณ์¹⁰ พบว่าการดูแล ครอบครัวด้วยความเชื่อ ค่านิยมของครอบครัวในสังคมไทย สานสายใยด้วยความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวสามารถ ส่งเสริมและจัดการการดูแลสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ตลอดจนมีการใช้การสื่อสารผ่านระบบ Telemed และ Line Application ที่เข้าถึงได้ง่าย ลดการฝึกอบรม สนับสนุนการดูแล ต่อเนื่อง ลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิต¹¹ ส่งผล ให้สามารถลดระยะเวลาการรักษาได้เฉลี่ย 5.48 วัน (SD = 2.698) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ในการลดระยะเวลาการรักษาโดยไม่ลดคุณภาพ ของการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิดา ชันดีต่อ และ คณะ¹² พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลทั้งความพร้อม ด้านการดูแล ด้านการจัดการความเครียดของผู้ดูแล การหาแหล่ง สนับสนุนและการหาข้อมูลบริการทางสุขภาพ ด้านความต้องการ ทางอารมณ์ และด้านความต้องการทางร่างกาย จะส่งผลทำให้ ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดูแลได้ อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย และ หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีความพร้อมสูงขึ้นและมีภาระการ ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และการ ศึกษาวิจัยนี้ กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 9.23 SD 0.57) ปัจจัยความสำเร็จหลักคือ นโยบาย ชัดเจนจากระดับจังหวัด ระบบสารสนเทศติดตามต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากร และทรัพยากรเพียงพอ อย่างไรก็ตามจาก งานวิจัยนี้ พบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ไม่เพียงพอ การบูรณาการกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง และควรมีรูปแบบที่ยืดหยุ่น มีการใช้เทคโนโลยีที่เรียบง่าย และ มีการบูรณาการจากเครือข่ายในชุมชนเพื่อความยั่งยืน¹³

สรุป

การพัฒนากระบวนการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล

โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัด ลพบุรี สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย แบบ Home ward ในการลดระยะเวลาการรักษาโดยไม่ลด คุณภาพของการดูแลและยังคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี เช่น อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้แตกต่าง จากการรักษาในโรงพยาบาล อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและ ผ่อนคลายส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ระบบ การติดตามอาการผ่าน Telemedicine ทำให้สามารถประเมิน อาการและปรับแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระงานของ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและลดความแออัดของเตียง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ตลอดจนช่วยลดต้นทุนการรักษา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายนอน โรงพยาบาล เช่น ค่าห้องพัก ค่าบริการทางพยาบาล และค่าใช้จ่าย แผลอื่นๆ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรักษาที่บ้าน จึงไม่ต้องเสียค่า ใช้จ่ายสำหรับการดูแลแบบประจำวันในโรงพยาบาล อีกทั้งการใช้ ทรัพยากร เช่น ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถบริหารจัดการ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยในระบบ Home ward มักมีภาวะคงที่และสามารถรับ การดูแลด้วยความถี่ที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมลดลง โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของ การรักษา จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลแบบ Home ward เป็น ทางเลือกที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในการ บริหารจัดการผู้ป่วย เหตุผลที่สนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าวคือการ คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม โดยเลือกผู้ที่มีอาการคงที่ ตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพได้ดี และสามารถติดตามอาการได้ อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การมีทีมสหสาขา วิชาชีพดูแลร่วมกันทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของอาการได้ ทันทีที่ ดังนั้น แม้จะมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลับเข้ารับการรักษา แต่ก็สามารถควบคุมอาการได้ โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ แทรกซ้อนรุนแรง จึงสามารถสรุปได้ว่าการดูแลแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีศักยภาพในการใช้ทดแทนการดูแล ในโรงพยาบาลในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ดังนั้น จึง สรุปได้ว่าการดูแลแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่ปลอดภัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ที่มีอาการไม่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำไปใช้ในการจัดบริการ

1.1 การนำรูปแบบไปใช้ควรมีการประเมินเกี่ยวกับสภาพ ปัญหา ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและความพร้อมของทีม สุขภาพในพื้นที่ก่อนการดำเนินการ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลา

ในการดำเนินกิจกรรมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.2 เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ กลไกแรงจูงใจที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจในการทำงาน และส่งเสริมการทำงานแบบทีม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

1.3 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ดังนั้นโรงพยาบาลอื่นสามารถประยุกต์ใช้ออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนา งานวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยแบบผสมผสานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานการณ์ฉุกเฉิน รูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- อนันต์ชัย อัครเมฆิน. นโยบายลดความแออัด ลดการรอคอย ในโรงพยาบาล แครี่บ้านที่ร้านขายยาจริงหรือ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/10/17865>
- สุวรรณา เขียวขุนทด, พุทธวรรณ ชูเชิด, เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, พัฒนพงศ์ คุ้มทวีพร. การศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2022;7(2):172-85.
- อรทัย เขียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ชัตติยศ, เหมอมานัญญ์ ศรีวงศ์ชัย, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล้าฟู, พงษ์ทิกร พรรณารุโณทัย, และคณะ. ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลรัฐในแต่ละระดับของประเทศไทย: ผลลัพธ์ของระยะที่ 1. สรรพสาร สมสส. 2023;1(4):43-59. Doi: 10.14456/hispa.2023.4
- ถมณัญญ์ โชติการณ์, อีระศักดิ์ ภูจอมแจ้ง, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2024;9(4):654-64.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. เอกสารการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปี 2568. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี; 2568.
- กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมติดตามสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีสถานการณ์การสู้รบในภูมิภาค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/rh2news/posts/การประชุมติดตามสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข-กรณีสถานการณ์การสู้รบในภูมิภาค/>
- Unwin BK, Jerant AF. The home visit. Am Fam Physician [Internet]. [cited 2025 May 14];60(5):1481-188. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10524492/>
- อุไรวรรณ ทองอร่าม. อิทธิพลของความพร้อมในการดูแลภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Internet]. Chonburi: Burapha University; [cited 2025 May 14]. Available from: https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/57910178.pdf
- Knodel J, Teerawichitchainan B, Pothisiri W. Caring for Thai older persons with long-term care needs. J Aging Health. 2018;30(10):1516-35. Doi: 10.1177/0898264318798205.
- ถวัลย์ นิยมทรัพย์, บุศรินทร์ ผัดวัง, ดารุณี จงอุดมการณ์. ทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว: การศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2563;12(1):151-64.
- Jooprempre K, Jongudomkarn D. Perceptions of elderly women in relation to the concept of family care: case studies in community at Laplae District, Uttaradit Province. J Nurs Health Care. 2019;37(2):73-82.
- วรรณิตา ขันดีต่อ, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, พรรษา เศรษฐบุปผา. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 2562;46(1):76-86.
- Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):959-66.