

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ในพื้นที่พิเศษ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน จังหวัดพังงา

นุรฮัยนี คาวิจิตร*

ไกรสร ไถนาเพรียว

จิรัชญา บิหนู

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน

วันรับ 6 ธันวาคม 2567, วันแก้ไข 22 มกราคม 2568, วันตอบรับ 28 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง และเพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน การดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พรุใน ภาคีเครือข่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน Caregiver) และผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศักยภาพของผู้ดูแล และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน รวมถึงขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและการประเมินผลที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ 2) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ผลการพัฒนา ได้แก่ (1) มีแนวทางการเยี่ยมบ้านในพื้นที่พิเศษโดยการมีส่วนร่วมของทีมนักวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา Caregiver และผู้ดูแลผู้ป่วย (2) มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเยี่ยมบ้าน (3) มีแบบประเมินผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน และ (4) มีนวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ การนำแนวทางและนวัตกรรมที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มโรค รวมถึงการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ด้วยการนำหลักศาสนาอิสลามมาบูรณาการ

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน พื้นที่พิเศษ

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: nur.kawijit@gmail.com

The development of guidelines for implementation of intermediate care in Special Areas: A Case Study of Phrunai Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Nga Province

Nurainee Kawichit*

Kraisorn Thainapriew

Jirachaya Bihnu

Phrunai Sub-District Health Promotion Hospital.

Received 6 December 2024, Revised 22 January 2025, Accepted 28 January 2025.

Abstract

This participatory action research aims to study the situation of home care visits for intermediate care patients and to develop effective home visit guidelines that comply with standards and the community context. The research will be conducted from October 2023 to October 2024, with a sample size of 40 participants selected purposefully. This group includes staff working at Phrunai Sub-District Health Promotion Hospital, network partners (local administrative organizations, community leaders, caregivers), and patient caregivers. Data will be collected using semi-structured interviews that have been validated for content by three experts. Quantitative data will be analyzed using descriptive statistics, while qualitative data will be analyzed through content analysis. The research findings reveal that: 1) The situation of home care visits for intermediate care patients faces limitations regarding personnel numbers, medical equipment, caregiver capabilities, and coordination between agencies, as well as a lack of systematic operational guidelines and clear evaluation methods appropriate to the local context. 2) The development of effective home visit guidelines resulted in (1) the establishment of home visit guidelines in special areas through the participation of a multidisciplinary team and network partners, including community leaders, religious leaders, caregivers, and patient caregivers; (2) clear practices for developing the home visit process before, during, and after visits (3) standardized patient assessment tools and (4) comprehensive innovations used in patient care. The research suggests applying the developed guidelines and innovations to care for patients across all disease groups, as well as conducting in-depth studies on the outcomes of spiritual care for patients by integrating Islamic principles.

Keywords: Home visit, Intermediate care patients, Development of home visit guidelines, Special areas.

*Corresponding Author, email : nur.kawijit@gmail.com

■ บทนำ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางจะมีการดูแลครอบคลุม 4 กลุ่มโรคด้วยกัน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury : TBI) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal Cord Injury : SCI) และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)⁽¹⁾

ประเทศไทยและทั่วโลก พบปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อน และสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน⁽²⁾ การเยี่ยมบ้านหลังจากที่ผู้ป่วยถูกส่งกลับมายังชุมชนมีความสำคัญมาก โดยอาจเป็นรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ หรือโดยทีม Primary Care Cluster; PCC โดยควรมีแพทย์ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพ ให้บริการร่วมกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของ

Primary Care Unit; PCU หรือ รพ.สต.ในพื้นที่ โดยผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟู 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งช่วงเวลาทองของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังผ่านช่วงวิกฤติ ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมองและร่างกายที่ดีที่สุด คือ ช่วงไม่เกิน 3 เดือน หรืออย่างมากที่สุด คือ 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค ขึ้นอยู่กับศักยภาพและพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วย รวมทั้งขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้บริการ⁽¹⁾

อำเภอเกาะยาว ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของอุทยานแห่งชาติอ่าวพังงา มีพื้นที่ทั้งหมด 141.6975 ตารางกิโลเมตร หรือ 87,482.72 ไร่ ประกอบด้วยเกาะใหญ่ 2 เกาะ คือ เกาะยาวใหญ่ และเกาะยาวน้อย โดยทั้งสองเกาะตั้งอยู่ห่างกันประมาณ 1.30 กิโลเมตร การเดินทางระหว่างเกาะใช้บริการเรือหางยาวข้ามฟาก ใช้เวลาเดินทาง 10 นาที⁽³⁾ เกาะยาวน้อย ประกอบด้วย 1 ตำบล คือ ตำบลเกาะยาวน้อย มีจำนวนประชากร 4,150 คน ส่วนเกาะยาวใหญ่ ประกอบด้วย 2 ตำบล คือ ตำบลเกาะยาวใหญ่ มีจำนวนประชากร 2,350 คน และตำบลพรุใน มีจำนวนประชากร 5,140 คน⁽⁴⁾ ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามเกือบร้อยละ 100 แต่ด้วยบริบทเป็นพื้นที่เกาะแยกจากพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอที่ตั้งอยู่บนเกาะยาวน้อย โดยมีระยะห่างจากโรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ ประมาณ 20.55 กิโลเมตร มีระยะห่างจากโรงพยาบาลวิชะภูเก็ต ประมาณ 25.10 กิโลเมตร และมีระยะห่างจากโรงพยาบาลพังงา ประมาณ 55.40 กิโลเมตร ทำให้รูปแบบการให้บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน (รพ.สต.พรุใน) เป็นสถานบริการปฐมภูมิ ตั้งอยู่บนเกาะยาวใหญ่ ในพื้นที่ตำบลพรุใน อำเภอ

เกาะยาว จังหวัดพังงา มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน จำนวน 2331 หลังคาเรือน⁽⁵⁾ โดยให้การดูแลด้านสุขภาพ ผนวกกับการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและตามหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลพรุไจน์ ทั้งนี้ ยังให้บริการดูแลครอบคลุมถึงประชาชนในพื้นที่ตำบลเกาะยาวใหญ่ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง โดยสถานบริการมีบุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งสิ้น 17 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:1285 โดยยังไม่นับรวมประชากรแฝง (สัดส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:353 จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564)⁽⁶⁾ ทั้งนี้หากมองในแง่ของการให้บริการในรูปแบบโรงพยาบาล นับว่าบุคลากรยังคงมีจำนวนไม่เพียงพอ และทำให้บุคลากรมีภาระงานที่หลากหลาย นี่คือนึงปัจจัยที่ทำให้กระบวนการย่อยอื่นๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นอาจเกิดขึ้นได้ไม่สมบูรณ์นัก เนื่องด้วยสภาพที่ตั้งเป็นพื้นที่พิเศษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดของผู้ป่วยค่อนข้างลำบากในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพที่ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล (Care manager) นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ฯลฯ

สถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 4 กลุ่มโรคของ รพ.สต.พรุไจน์ ที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18 ราย เสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 11.11) ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 1 ราย ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 1 ราย เสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 33.33) และในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-มีนาคม 2567) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC ปี 2564 – 2567 จำนวน 7, 3, 4, 2 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 92.30 ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 5.14 และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ร้อยละ 2.56 และจากการประเมินตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง พบหลายประเด็นปัญหาที่สำคัญ อาทิ เช่น กระบวนการก่อนการเยี่ยมบ้าน ไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลหลักในเรื่องงานเยี่ยมบ้าน รวมถึงการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้านและการวางแผนก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านพบปัญหาจากการขาดการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้าน และความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่วนกระบวนการหลังเยี่ยมบ้านพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมให้ภาคีเครือข่ายเพื่อติดตามต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน ประกอบกับมีสภาพพื้นที่พิเศษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ไม่ได้ได้รับการติดตามดูแลตามมาตรฐาน อีกทั้งยังไม่มีความสม่ำเสมอและชัดเจนเท่าที่ควร คณะผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาในการจัดกระบวนการเยี่ยมบ้านข้างต้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน

■ นิยามศัพท์

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลพรุใน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติงาน และมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) หมายถึง ผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลพรุในที่ได้รับการวินิจฉัยใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ซึ่งพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) เป็นระยะเวลา 6 เดือน

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน หมายถึง กระบวนการในการดำเนินงานตามขั้นตอน 1) การวางแผน: การทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาสถานการณ์ การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ รพ.สต.พรุใน 2) การปฏิบัติการ: ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านตามแนวทางที่ได้พัฒนาพร้อมทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.พรุใน 3) การสังเกต:

สังเกตการณ์และประเมินผลการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสะท้อนผล: ถอดบทเรียนและประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ตำบลพรุใน⁽⁷⁾

พื้นที่พิเศษ หมายถึง พื้นที่ตำบลพรุในที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นเกาะ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงทั้งด้านการคมนาคมและการเดินทาง ส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

<p>ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning : PAR - 1)</p> <p>1) การศึกษาสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - รวบรวมข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย <p>2) การทบทวนองค์ความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
<p>ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action : PAR - 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ - พัฒนาและดำเนินการตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน - สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว
<p>ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation : PAR - 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการเปลี่ยนแปลงสภาพผู้ป่วย - บันทึกปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา - ประเมินผลการดำเนินงานต่อเนื่อง 12 เดือน
<p>ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection : PAR - 4)</p> <p>1) การวิเคราะห์ผล โดยจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและถอดบทเรียนการดำเนินงาน</p> <p>2) การพัฒนาแนวทาง โดยสังเคราะห์แนวทางการเยี่ยมบ้านและประเมินความพึงพอใจ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ</p>

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พรุในจำนวน 17 คน 2) ญาติเครือข่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, Caregiver) จำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาการศึกษาวิจัย 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ตำบลพรุในและเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือนในช่วงระยะเวลาการศึกษาวิจัย โดยเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ รวม 40 คน คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพการให้บริการด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (ADL) ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคของการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) และความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านของพื้นที่ตำบลพรุใน ได้จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) ในขณะที่สัมภาษณ์และออกเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการทำ Focus group โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-1) เป็นการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมาตรการ มาตรฐานการดูแลที่บ้านพร้อมทั้งศึกษาริบทพื้นที่, สถานการณ์และการดำเนินงาน

ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคของการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) และความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านของพื้นที่ตำบลพรุใน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสนทนากลุ่มเพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ, ญาติเครือข่าย, และผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-2) นำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่ร่วมกันออกแบบ นำไปปฏิบัติโดยการออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ญาติเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR-3) สังเกตการณ์และประเมินผลการออกเยี่ยมบ้านโดยติดตามสภาพอาการของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคที่พบรวมถึงโอกาสพัฒนาจากการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ญาติเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย ติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 12 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-4) นำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานร่วมสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถอดบทเรียนเพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ตำบลพรุใน และประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจและประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (ADL) ผู้ป่วย

ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Data reliability) ตามแนวทางของ ลินคอล์น และ คูบา⁽⁶⁾ ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิ (Experts) จำนวน 3 ท่าน ร่วมตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เป็นการวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นประเด็น (themes) และนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) **แบบสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews)** แบ่งเครื่องมือเป็น 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2) แบบสัมภาษณ์สำหรับภาคีเครือข่าย (3) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแล/ผู้ป่วยระยะกลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Relevant documents) ซึ่งแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการทบทวน ได้แก่ หนังสือวิชาการ บทความวิจัย (Research articles) ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบประเมินหลังจากที่เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าการดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในปัจจุบัน และใช้คำถามเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องให้มากที่สุด โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์จำนวน 1 ครั้ง/ราย ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และมีการบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ มีการร่วมสังเกตการณ์

ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความสมบูรณ์

2) **แบบประเมินความพึงพอใจ (Satisfaction survey)** ซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับภาคีเครือข่าย (3) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมแบบประเมินความพึงพอใจดำเนินการโดยการประเมินหลังจากกระบวนการในขั้นตอนที่ 4

3) **เครื่องมือวัดผลคุณภาพการให้บริการ** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (Barthel Index Activities of Daily Living : ADL)⁽⁹⁾ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย มี 10 ด้าน ได้แก่ การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหารและการขึ้นบันได เครื่องมือวิจัยฉบับนี้ เป็นแบบประเมินมาตรฐาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีการใช้แพร่หลาย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ⁽¹⁰⁾ ได้ความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี ค่า Interrater reliability อยู่ในระดับดี⁽¹¹⁾

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 27/2566 วันที่ 18 ตุลาคม 2566 – 17 ตุลาคม 2567

■ พลการศึกษา**1. สถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง**

การศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในตำบลพรุใน วิเคราะห์ตามองค์ประกอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) ดังนี้ ด้านระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพ ตามข้อมูลข้างต้นเนื่องจาก รพ.สต.พรุใน ตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะยาวใหญ่ แยกจากพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอที่ตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะยาวน้อย รพ.สต.พรุใน รับผิดชอบดูแลประชากร 2 ตำบล ทำให้การบริการส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษาพยาบาลแบบเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่จำนวนบุคลากรมีเพียง 17 คนเท่านั้น ส่งผลให้การดำเนินงานด้านอื่นๆ ไม่สามารถทำได้เต็มประสิทธิภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ด้านระบบสารสนเทศและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมนสวิชาชีพยังไม่ชัดเจน รวมถึงศักยภาพของผู้ดูแลชุมชน (Community Caregivers: CGs) ที่ยังไม่เพียงพอ ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและการประเมินผลที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ขาดประสิทธิภาพ รวมถึงการบูรณาการหลักศาสนากับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ด้านการนำและการอภิบาลระบบ มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดการดำเนินงาน และไม่มีการประชุมหรือพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมหรือได้ผลลัพธ์ได้ตามเป้าประสงค์ ด้านระบบจัดการการเงิน การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่และกระบวนการเยี่ยมบ้าน ได้กำหนดโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่เฉพาะของบุคลากร จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines: CPG) แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยทั่วไป กระบวนการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล โดยใช้แบบประเมิน Care Protocol IMC, Standing Doctor Order Sheet และ Team Meeting Report for IMC เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

2.2 การคืนข้อมูลผู้ป่วยแก่ภาคีเครือข่าย มีการคืนข้อมูลผู้ป่วยให้ภาคีเครือข่ายรับทราบในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และการส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์เยี่ยมบ้านภาคีเครือข่ายล่วงหน้าก่อนออกเยี่ยมบ้าน

2.3 การบริหารจัดการจากปัญหาข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร มีการพูดคุยประเด็นปัญหาภายใน CUP เพื่อขอสนับสนุนด้านบุคลากรจาก รพ.เกาะยาวชัยวัฒน์เพิ่มเติมในวันที่ออกเยี่ยมบ้าน และถ้าหากลงเยี่ยมบ้านไม่ครบทีมสวิชาชีพ ก็จะมีการ Video conference กับแพทย์ปรึกษาเคสระหว่างเยี่ยมบ้าน ในส่วนของพนักงานขับรถ กำหนดให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้ทำหน้าที่นี้

2.4 การจัดหางบประมาณสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การระดมทุนผ่านการจัดกิจกรรมเพื่อหารายได้สำหรับจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน

2.5 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนการเยี่ยมบ้าน การพัฒนาระบบการตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยใช้แบบประเมินรายการตรวจสอบ (Checklist) เพื่อเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.6 การฟื้นฟูศักยภาพของ Caregiver/ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกปี การกำหนดให้มีการฟื้นฟูศักยภาพของ Caregiver/อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และให้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

2.7 การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย การพัฒนานวัตกรรมเฉพาะรายสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบด้วย สื่อความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม โภชนาการตามหลักธาตุเจ้าเรือน นวัตกรรม 2Boxes สำหรับการบริหารจัดการยา และการประยุกต์ใช้บทดุอาร์เพื่อการเยียวยาจิตใจตามความเชื่อทางศาสนา

2.8 การประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การใช้แบบประเมินผู้ป่วยทั้ง ADL 2Q 9Q แบบประเมินแผลกดทับ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.9 การบูรณาการหลักศาสนาในการเยี่ยมบ้าน การผสมผสานมิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย โดยนำหลักปฏิบัติทางศาสนา อิสลาม ได้แก่ การอ่านดุอาร์ (บทขอพร) การละหมาด และการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มาเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เราได้นำมาสรุปเป็นขั้นตอนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางดังแผนภูมิที่ 1

ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญและเป็นหัวใจใน

การเยี่ยมบ้านต้องอาศัยการบูรณาการในหลากหลายด้านด้วยกัน ดังการบูรณาการรูปแบบการเยี่ยมบ้านเพื่อบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุในอำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ที่สรุปเป็นแนวคิดบูรณาการ “KIPR” 4 เชื่อม ได้ดังนี้

K: Knowledge: “เชื่อมศาสตร์” การนำศาสตร์ความรู้ทุกแขนงมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งศาสตร์ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้โดยไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและตามหลักศาสนาที่เขาเหล่านั้นนับถือ

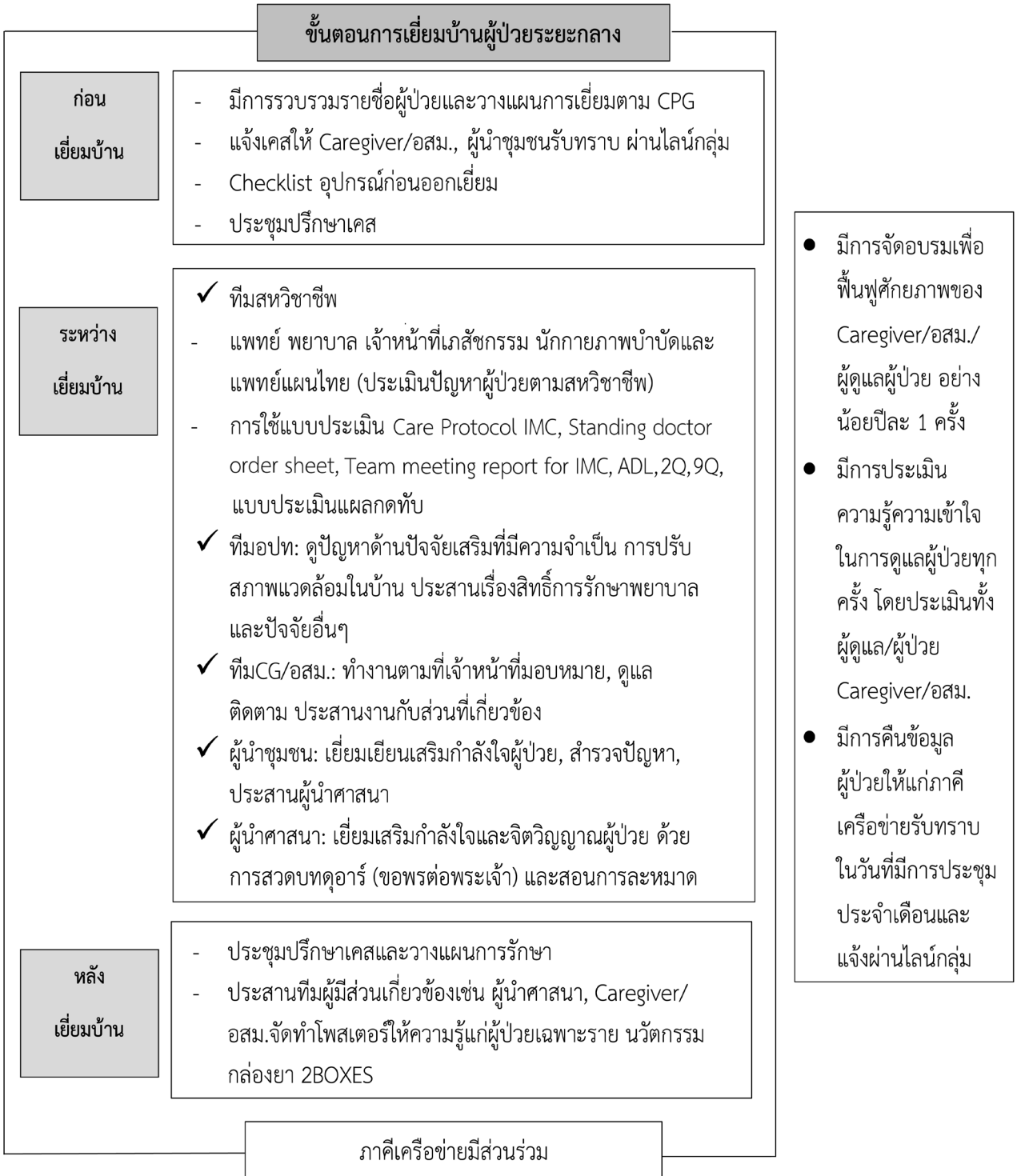
I: Interdisciplinary: “เชื่อมคน” ด้วยความเป็นพื้นที่พิเศษนี้จึงทำให้มีบุคลากรวิชาชีพที่หลากหลาย ทั้งแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ฯลฯ ความเป็น “สหวิชาชีพ” นั้นทำให้การดูแลรักษาเป็นองค์รวม อันจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลัง

P: Partners: “เชื่อมเครือข่าย” การสร้างสัมพันธ์ภาพ ก่อให้เกิดการประสานร่วมมือในการร่วมกันทำงานเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์ และเรามี “ภาคีเครือข่าย” ทั้งอปท. ผู้นำชุมชน Caregiver อสม. ผู้นำศาสนา ฯลฯ ที่พร้อมจะก้าวเดินไปด้วยกัน

R: Religion: “เชื่อมจิตวิญญาณ” เกาะเล็กๆ ที่ผู้คนมีประเพณีวัฒนธรรม และการศรัทธาแบบเดียวกัน ในยามเจ็บป่วย มีการเยี่ยมเยียน ดูแลประคับประคองกัน (แม้จะต่างศาสนิกก็ตาม) อีกทั้งด้วยการดุอาร์วิงวอนขอในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นที่มิวิจัยได้ทำการสรุป รูปแบบการเยี่ยมบ้านเพื่อการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิสรุptionขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง



care; IMC) แบบบูรณาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ผ่านโมเดล “PRUNAI” ได้ดังนี้

P: Participation: การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

R: Regularly: การปฏิบัติงานตามแนวทางที่ได้ร่วมกันออกแบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน

U: Unity: การทำงานอย่างสอดคล้องประสานราบรื่น เป็นเอกภาพที่มีพื้นฐานของการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับการดูแลในทุกมิติ รวมถึงการให้บริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless healthcare system)

N: Neighborly: การให้การดูแลด้วยมิตรไมตรีจิต เสมือนญาติมิตร เพราะแท้จริงแล้วการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น (ปรัชญาพิทยะฮ์) และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

A: Apparatus: ความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์และคู่มือ แนวทางที่ชัดเจน ปฏิบัติตาม CPG ร่วมกับแบบประเมิน เพื่อเป็นกลไกที่

ใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานของทีมให้เกิดประสิทธิผล

I: Innovation: การเรียนรู้และการพัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชนตามที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเน้นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของชุมชน จะมีความแตกต่างจากกระบวนการเดิมอย่างเห็นได้ชัดเนื่องจากกระบวนการเดิมทางรพ.สต.ไม่ได้มีแนวทางหรือกระบวนการทำงานเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เมื่อนำไปปรับใช้กับพื้นที่ด้วยกับบริบทของเกาะยาว ที่มีค่านับถือศาสนาเดียวกัน และส่วนใหญ่จะเป็นญาติพี่น้องกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ที่น่าพอใจเป็นอย่างมาก

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการ
การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลการนำแนวทาง

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการด้านระยะเวลา ความถี่และ ADL ผู้ป่วย

ลำดับ	โรค	เพศ	อายุ	เริ่มเกิดโรค	ผลการประเมิน ADL ระยะ 6 เดือน						แนวทาง
					เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6	
1	Stroke	ชาย	58	มิ.ย.66	-	-	-	8	9	10	LTC
2	Stroke	ชาย	62	ต.ค.66	14	16	17	17	18	18	จำหน่าย/ส่งฟื้นฟู
3	Head injury	หญิง	61	ม.ค.67	12	14	18	20	-	-	จำหน่าย
4	Stroke	ชาย	58	มี.ค.67	14	18	20	-	-	-	จำหน่าย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ลำดับ	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	รายการ	M	S.D.	ระดับ
1	บุคลากรสาธารณสุข	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.15	0.52	พึงพอใจมาก
2	ภาคีเครือข่าย	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	3.89	0.60	พึงพอใจมาก
		ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	4.03	0.66	พึงพอใจมาก
3	ผู้ดูแล/ผู้ป่วย	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.00	0.62	พึงพอใจมาก
		ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	4.25	0.54	พึงพอใจมาก
		รวม	4.06	0.59	พึงพอใจมาก

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง โดยการประเมินจากคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ในด้านระยะเวลา ความถี่ในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุมาจาก Stroke มีการประเมินผล ADL ทุก 1 เดือน ผู้ป่วยจะมี ADL จากค่าเฉลี่ยเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 12 คะแนน และเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้ายมีค่าเฉลี่ย 17 คะแนน พบว่ามี ADL เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 25 และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

4. ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (participants) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย (อปท.และผู้นำชุมชน) ภาคีเครือข่าย (Caregiver) และผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง โดยจำแนกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน มีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ระยะกลางของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มภาคีเครือข่าย (อปท. ผู้นำชุมชน และ Caregiver) และกลุ่มผู้ดูแล/ผู้ป่วย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก M=4.06, S.D=0.59

■ อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ผลการศึกษาพบว่าการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในตำบลพรุใน ยังไม่มีรูปแบบและประสิทธิผลที่ดีพอ ดังนั้นคือ มีเฉพาะบางวิชาชีพ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อม โดยพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวเนื่องทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การศึกษา การฝึกอบรม การรับรู้ระยะเวลาในการทำงาน) และปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม (บรรยากาศองค์กร นโยบาย เครื่องมือ จำนวนผู้ป่วย)⁽¹²⁻¹⁵⁾ และการขาดการจัดทำแนวทางรวมถึงการประเมินผลข้อมูลที่ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรคในด้านต่างๆ เช่น การประสานงานไม่ชัดเจน การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงศักยภาพของผู้ดูแล (Caregiver) ที่ยังไม่เพียงพอ

พอ ซึ่งการจัดการกระบวนการเหล่านี้ไม่ดี จะส่งผลให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ไม่มีความต่อเนื่องและชัดเจน ท้ายที่สุดจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านจะส่งผลทำให้ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁶⁾

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน ผลการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) การเตรียมความพร้อมก่อนออกเยี่ยมบ้าน ทำ Check list ของอุปกรณ์เครื่องมือ จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และประสานงานกับภาคีเครือข่าย

2) การเยี่ยมบ้าน ดำเนินการเยี่ยมบ้านตามแนวทางที่กำหนด ตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการปรึกษาทีมแพทย์เมื่อจำเป็น อีกทั้งยังมีภาคีเครือข่ายในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแลด้านการจัดสภาพแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

3) การติดตามผลหลังเยี่ยมบ้าน คัดข้อมูลผู้ป่วยให้ภาคีเครือข่าย ประเมินผลการปฏิบัติงาน และวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ซึ่งทั้ง 3 ส่วนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและการประสานงานเชื่อมโยงกันทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นส่วนของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบไปด้วย อปท. ผู้นำชุมชน Caregiver/ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำศาสนา เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังการศึกษาของ สุทธิรัตน์ บุษดี⁽¹⁷⁾ พบว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ร่วมกับ

พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงเครือข่าย พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการจัดบริการเชิงรับ พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งทำให้ผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.59 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Barthel index of ADL ก่อนและหลังการจำหน่ายเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้โดยมีการจัดระบบการดูแลตามบริบทของแต่ละราย ให้ครอบครัวชุมชน ได้ร่วมกันเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการวิเคราะห์และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการคืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และที่สำคัญคือให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังการศึกษาของ นันทพร ทองเต็ม และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และความหวังแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การศึกษานี้ได้มีการดูแลผู้ป่วยที่รอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและจิตวิญญาณ โดยการนำหลักศาสนาเข้ามาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิต-วิญญาณ อาทิเช่น การกระตุ้นเตือน

และฟื้นฟูเรื่องการละหมาด หรือการใช้บทอูอาร์ (การขอพรต่อพระเจ้า) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูร์ยี ธีร์ชกลุ่ม และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่า ความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ สูงกว่ามิติอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลของการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมุสลิมควรให้ความสำคัญกับการแสดงออกเพื่อการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ทั้งนี้เพื่อสนองตอบความต้องการที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม นอกจากนี้การศึกษาของ อนงค์ ภีบาล⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ เป็นบททดสอบคุณค่าความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับบททดสอบอื่นๆ ผู้ป่วยที่เข้าใจและมีความศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ เขาจะเพิ่มการวิงวอนขอพรจากพระองค์ให้หายจากโรคมากขึ้น

สรุปผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการบูรณาการการมีส่วนร่วมจากสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจะส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะการผสมผสานมิติด้านจิตวิญญาณผ่านความศรัทธาทางศาสนา ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษาและความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการพัฒนานวัตกรรมทั้งโปสเตอร์การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย โปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน และบทสวดอูอาร์ขอพรจากพระเจ้า ซึ่งจะช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการจัดทำนวัตกรรมกล่องยา 2BOXS เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้มีความครอบคลุม ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มโรค

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณโดยการนำหลักศาสนาอิสลามมาบูรณาการร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินว่าการบูรณาการดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนที่มีความหลากหลายทางศาสนา

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อ.ดร.จตุพร วิศิษฏ์โชติ อังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย คุณฉันทิรา พิกุลผล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะยาวชัยวัฒน์ และนายแพทย์มารุต เหล็กเพชร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุนใน ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แก้ไข ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนา จนการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สมุทรสาคร: บอริ่น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2562.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. เกาะยาวใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://thai.tourismthailand.org/Attraction>
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานข้อมูลอำเภอเกาะยาว [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://3doctor.hss.moph.go.th/main>
5. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง.ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร: ตำบลพรุใน. พังงา: สำนักทะเบียน; 2566.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills (CA): Sage; 1985.
9. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med J 1965;14:61-5.
10. Collin C, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: A reliability study. Int Disabil Stud 1988;10(2): 61-3.
11. Richards SH, Peters TJ, Coast J, Gunnell DJ, Darlow M, Pounsford J. Inter-rater reliability of the Barthel ADL Index: How does a researcher compare to a nurse. Clin Rehabil 2000;14(1):72-8.
12. Thaiavittee T, Jumpamool A. Factors Influencing Patient- Centered Care as Perceived by Registered Nurses Working in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. Srinagarind Med J 2019;34(2):198-204. (in Thai)
13. Jongruk B, Lertsakornsiri M, Cinnoros S. Factors Associated with Competency of Professional Nurses in Caring Stroke Patients. Pnujr 2019;11(1):38- 49. (in Thai)
14. Jongjaisurathum B, Naka K, Sae-Sia W. Nursing Practice for Elderly Patients Safety by Operating Room Nurses and Related Factors. Songklanagarind J Nurs 2017;37(2):27-40. (in Thai)
15. Keawtong W, Rawiworakul T, Kalampakorn S, Kerdmongko P. Competencies Of Palliative Care Among Community Nurses In Primary Care Units. JRTAN 2017;18(1):74-83. (in Thai)
16. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clin Croat 2019;58(2):321-32.
17. สุทธิรัตน์ บุษดี. การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(1):193-206.
18. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
19. นันตพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ศรีธญา โขสิตะมงคล. ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;40(3):78-96.

20. จุรีย์ ชีร์ชกุล, อนงค์ ภิบาล, อุไร หัตถกิจ. ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8(1):39-52.
21. อนงค์ ภิบาล. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] .สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

HEALTH