

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน
ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

The Outcomes of The nursing service system for Intermediate care inpatient of
community hospitals, Nakhon Ratchasima Province

ณัฐนิชา ศฐานันท์พัฒน์

Nutnicha satanuntiphat

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.

เบอร์โทรศัพท์ 09-5919-9746, E-mail : nicha.satha@gmail.com

วันที่รับ 23 พ.ค.2566; วันที่แก้ไข 16 มิ.ย.2566; วันที่ตอบรับ 23 มิ.ย.2566

บทคัดย่อ

ระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการความพิการของผู้ป่วยและสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนระดับ M, F ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 300 คน คัดเลือกโดยใช้ตารางเลขสุ่มเรียงลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินสำหรับการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ประเมินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า การจัดระบบการบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน 31 แห่ง ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ พิจารณาเกณฑ์รายข้อ ส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรเฉพาะทางที่ควรมีนักกิจกรรมบำบัด นักฝึกอาชีพ และผลการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานพยาบาลผู้ป่วยในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 28.72 คะแนน ร้อยละ 99.03 ระดับความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยระยะกลาง เมื่อติดตามจนครบ 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากแรกรับ 41.48 ร้อยละ 9.0 เป็นคะแนนเฉลี่ย 70.48 ร้อยละ 19.7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพยาบาลกับ

ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระยะคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การบริการพยาบาลแบบผู้ป่วยใน; ผู้ป่วยระยะกลาง; การฟื้นฟูสภาพ

Abstract

The appropriate intermediated healthcare rehabilitation system can reduce disability rates among patients and facilitate their high-quality reintegration into society. This research was conducted as a retrospective cohort study with the objective of examining the outcomes of intermediate nursing services for inpatients at a community hospital in Nakhon Ratchasima province. The sample included the medical records department, patients with cerebrovascular disease, patients with spinal cord injuries, patients with head injuries and patients with fractured hips. The sample group consisted of 300 individuals admitted as inpatients at a community hospital at the intermediate healthcare level, from October 1, 2021, to September 30, 2022, and participants were selected using a random number table. Data were collected from February to April 2023. The research tools employed were an assessment form for organizing intermediate inpatient nursing service care, an evaluation of nursing activities for intermediate patient care and an evaluation of Barthel activity of daily living Index. The content validity was examined by a qualified expert, yielding a content congruence value of 0.90 and a Cronbach's alpha

reliability coefficient of 0.88. Data analysis was performed using descriptive statistic and pair t-test

The research findings revealed that none of the 31 community hospitals met all the criteria for organizing intermediate inpatient rehabilitation services. Upon examining the specific criteria, it was observed that there was still lacking of specialized personnel, such as rehabilitation therapists and vocational trainers. Additionally, the implementation of activities based on the intermediated patient care process was inadequate. Overall, the average score for inpatient nursing services was 28.72 out of 30, corresponding to a percentage of 99.03, while the overall self-care abilities of intermediate-term patients increased significantly from average scores 41.48 percentage of 9.0 to average scores 70.48 percentage of 31.7 after a 6-month follow-up period. There was a statistically significant increase ($p < 0.05$) in the average scores when comparing nursing intervention scores with self-care abilities at each stage.

Keywords: Inpatient Nursing Services; Intermediate-care Patients; Rehabilitation

บทนำ

ปัจจุบันสภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุนอกจากการจราจรเพิ่มสูงขึ้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ^[1] จากข้อมูลสถิติการป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 293,463, 304,807 ราย และ 331,086 ราย ตามลำดับ^[2] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความบกพร่องทางกาย และการเคลื่อนไหว^[3] สำหรับสถิติข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทางบก ในปี 2560-2562 มีจำนวน 85,949, 79,117 และ 74,958 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 8,746, 8,366 และ 8,673 ราย และมีผู้บาดเจ็บ 3,785, 5,380 และ 5,323 ราย ตามลำดับ^[4] ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลังเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากอุบัติเหตุทางถนนและตกจากที่สูงถึง ร้อยละ 70^[5-6] ส่วนกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) ในประเทศไทย จากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2556 พบว่า มีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อประชากรแสนคน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่า จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ^[7] การได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายจากการทำลายของเซลล์ประสาท การตายของเนื้อสมองและไขสันหลังโดยตรง ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกายและการเคลื่อนไหวของกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ หลังการดูแลจนผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถไปถึงระดับสูงสุดที่ผู้ป่วยควรทำได้^[6]

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) เป็นจุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคมเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการ

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2561 ได้มีโครงการระบบบริการดูแลระยะกลาง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง มีการจัดทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัย และการติดตามประเมินผล โดยเริ่มให้มีการดำเนินงานขยายขอบเขตการบริการและสนองความต้องการของพื้นที่ จนบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง^[8]

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติ กึ่งวิกฤติ และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ/หรือที่บ้านและชุมชน ดังนั้น จากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ทำให้ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้บริการผู้ป่วยระยะวิกฤติ และเฉียบพลัน ต้องปรับระบบงานการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการ

การฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านได้ ในการเตรียมพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในขณะที่ระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิต้องเตรียมความพร้อมและจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านและสู่ชุมชนได้ในที่สุด นับได้ว่าพยาบาลมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย Intermediate care service plan นี้^[9]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบทบาทหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมาใน 32 อำเภอ มีประชากรในปี พ.ศ.2564 ทั้งหมด 2,634,154 คน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32 แห่ง แบ่งตามระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์มหาสารคาม นครราชสีมา โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลชุมชนตติยภูมิ ระดับ M1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรัตน นครราชสีมา และโรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 จำนวน 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง ในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยการดำเนินงานใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และในปี 2565 เพิ่มกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้อง

ได้รับการประเมินเข้าสู่การดูแลระยะกลาง และต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสหวิชาชีพ เพื่อลดความพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วย จากผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการดูแลและติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน จำนวน 794, 802, และ 1,001 ราย ติดตามเยี่ยมครบ 671, 802 และ 961 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.5, 95.8 และ 96.0 ตามลำดับ เห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการดำเนินงานในบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง บางแห่งยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจน ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน รวมทั้งยังขาดระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลางส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จึงสนใจศึกษาผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และขยายระบบบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และ จิตวิญญาณ ฟื้นฟู

หายจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

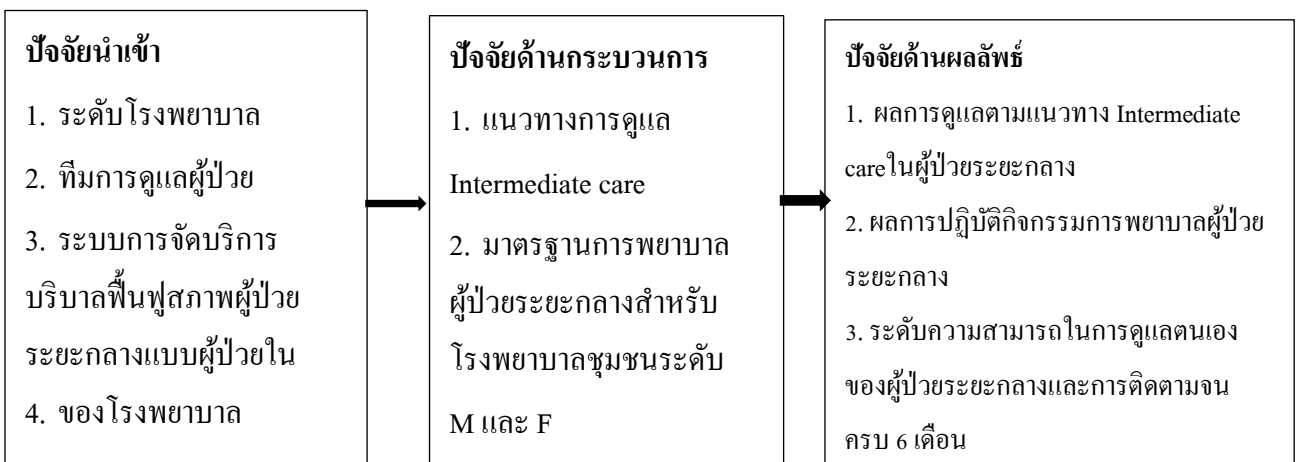
1. เพื่อศึกษาระบบการบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. ระบบการบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. การบริหารจัดการที่ต่างกันมีผลต่อผลลัพธ์ที่ต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยประยุกต์ทฤษฎีระบบ (system) และแนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^[3]



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อศึกษาระบบการบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรและกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนระดับ M และ F ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรของยามานะ (Yamane) จำนวน 300 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยศึกษาย้อนหลัง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ เวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน 31 โรงพยาบาล ในระดับ M และ F ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนทั้งสิ้น 896 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{896}{1 + (1,103 \times 0.05^2)} = \frac{896}{1 + 2.24} = 276.54$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, N = จำนวนประชากร, e = ค่าความคลาดเคลื่อน (0.05)

เกณฑ์การคัดเข้า เวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง บาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F

เกณฑ์การคัดออก คือ ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (table of random numbers)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งเป็น 2 เครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลทั่วไป

ของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนทั้งสิ้น 300 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane) ได้จำนวน 276.54 คน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลลดความคลาดเคลื่อน ผู้ศึกษาจึงกำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล ระดับโรงพยาบาล ตำแหน่งผู้ประสาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสำหรับการจัดบริการบริหารฟื้นฟูปัญหาผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับการจัดบริการบริหารฟื้นฟูปัญหาระยะกลางแบบผู้ป่วยในของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูปัญหาทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข^[6] แบบประเมินนี้มี 2 แบบ คือ แบบ Intermediate bed และ แบบ Intermediate ward ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คือ (1) จำนวนและลักษณะเตียง (2) ห้องน้ำในหอผู้ป่วย (3) บุคลากรขั้นต่ำ (4) แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูปัญหาผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) (5) มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูปัญหาผู้ป่วยนอก

(OPD protocol) (6) มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (home care & therapy) (7) ยาและเวชภัณฑ์ (medication and medicament) และ (8) อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (assistive devices) ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ผ่านและไม่ผ่าน โดยแปลผลคะแนน ดังนี้ ผ่าน หมายถึง ผ่านทั้ง 8 ข้อ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ในข้อที่ 1 – 6 สำหรับข้อที่ 7 – 8 มีแผนในการพัฒนา ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ในข้อที่ 1 – 6

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยคัดแปลงจากแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^[3] แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วย Hospital Number, Admission Number เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล และระบุญาติ/ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง แบ่งเป็น 9 ข้อหลัก 32 ข้อย่อย ตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 4 ข้อ การวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 2 ข้อ การวางแผนการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ การปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ ใหญ่ 6 ข้อย่อย การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 6 ข้อ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ข้อ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล จำนวน 1 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ถ้าไม่มีให้ระบุชี้แจงในหมายเหตุ การให้คะแนน ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติหรือไม่มี ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (barthel activity of daily living index: ADL) ซึ่งผู้วิจัยนำเอาแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา^[1] มีข้อคำถามจำนวน 10 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเก้าอี้ไปยังเตียง การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้าการกลืนอาหาร และปัสสาวะ โดยระบุคะแนนประเมินวันแรกรับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายที่ 1, 3 และ 6 เดือน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ 0, 5, 10 และ 15 คะแนนเต็ม 100 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์คะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ดังนี้

คะแนน	ระดับความสามารถปฏิบัติกิจวัตร
0-20	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (very severely disabled)
25-45	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (severely disabled)
50-70	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (moderately disabled)
75-95	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled)

100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Physically independent but necessary normal or social independent)

ส่วนที่ 4 สถานะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการส่งต่อ ประกอบด้วย สถานะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การประสานงานผ่านระบบส่งต่อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยการศึกษาจากเอกสารตำราและงานวิจัย กำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่มีความตรงของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ การใช้ภาษา และความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 2 ท่าน นำผลวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยระยะกลาง ที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคลอนบาค (Cronbach's alcha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สร้างแบบสัมภาษณ์ใน google form และตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

2. ทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนระดับ M และ F ทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

3. ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยตารางเลขสุ่มที่กำหนดขึ้นจากคอมพิวเตอร์ กำหนดเวรระเบียบที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 300 แฟ้มข้อมูล

4. ประชุมเตรียมความพร้อมทีมผู้ดูแลงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M และ F ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนในการตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยผู้วิจัยจัดส่ง google form ทาง E - mail ให้ผู้ดูแลงานผู้ป่วยระยะกลางตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2566

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ที่เก็บรวบรวมร่วมกับผู้วิจัยร่วม หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในวันต่อไปจนครบถ้วน

7. นำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ในเดือนเมษายน 2566

8. สรุปผลการวิจัย ในเดือนพฤษภาคม 2566 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ใช้สถิติ pair t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยดังกล่าวได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2022-113 ลงวันที่ วันที่ 11 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมี

โรงพยาบาลระดับ M และ F รวม 31 แห่ง แบ่งเป็นระดับ M1 2 แห่ง ร้อยละ 6.5, M2 4 แห่ง ร้อยละ 12.9, F1 6 แห่ง ร้อยละ 19.6, F2 15 แห่ง ร้อยละ 48.1 และ F3 4 แห่ง ร้อยละ 12.9

2. การจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน การจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน แบบ Intermediate bed/ward ตามเกณฑ์ 8 ข้อ ในภาพรวมส่วนใหญ่โรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ครบ 8 ข้อ และมี 1 แห่งโรงพยาบาลระดับ M ที่ผ่านเกณฑ์ในข้อที่ 1 – 6 ส่วนข้อที่ 7 – 8 มีแผนในการพัฒนา เมื่อพิจารณาเกณฑ์รายข้อ ความครอบคลุมในการจัดบริการ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลไม่สามารถจัดบริการในข้อบุคลากรที่ควรมีนักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 96.8 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

จำแนกตามระดับ (n=31)

เกณฑ์	การจัดบริการ	มี	ไม่มี
1.จำนวนและลักษณะเตียง	มีเตียง 2 เตียง	31(100%)	0
	เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ย 1 เตียง	31(100%)	0
	มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	30(96.8%)	1(3.2%)
2.ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	24(77.4%)	7(22.6%)
3.บุคลากรขั้นต่ำ	มีแพทย์ (GP หรือ Fam med หรือแพทย์ฟื้นฟู)	29(93.5%)	2(6.5%)
	พยาบาล (ผ่านหลักสูตรฟื้นฟูฯ 4 เดือนหรือเฉพาะทาง Stroke)	13(41.9%)	18(58.1%)
	นักกายภาพบำบัด	31(100%)	0
	นักกิจกรรมบำบัด(ควรมี)	1(3.2%)	30*(96.8%)
	นักจิตวิทยาหรือพยาบาลจิตเวช	29(93.5%)	2(6.5%)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
จำแนกตามระดับ (n=31) (ต่อ)

เกณฑ์	การจัดบริการ	มี	ไม่มี
4.แนวทางปฏิบัติ สำหรับการบริหาร ฟื้นฟูสภาพในหอ ผู้ป่วยใน (IPD –IMC protocol)	Problem list & plan	31(100%)	0
	Team meeting report with goal setting (1/wk)	30(96.8%)	1(3.2%)
	Standing doctor order sheet	31(100%)	0
	Activity protocol (รวมเวลาการฟื้นฟูฯ อย่าง น้อย 15 ชม./wk)	31(100%)	0
5.แนวทางปฏิบัติ สำหรับการบริหาร ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20	29(93.5%)	2(6.5%)
	Occupational therapy(ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่าง น้อย1ครั้ง/เดือน ในช่วง6เดือนแรกหลังเกิดโรค/ บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI=20	5(16.1%)	26*(83.9%)
	Nursing care 45 นาที /ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง /เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/ บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20	25(80.65%)	6(19.35%)
6.การบริหารฟื้นฟู สภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20	29(93.5%)	2(6.5%)
	Occupational therapy(ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่าง น้อย1ครั้ง/เดือน ในช่วง6เดือนแรกหลังเกิดโรค/ บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI=20	7(22.6%)	24*(77.4%)
	£Nursing care 45 นาที /ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20	28(90.32%)	3(9.68%)
7.ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข)	16(51.6%)	15(48.4%)
	ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.	31(100%)	0
	หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml. rubber catheter, set silicone catheter , urine bag	28(90.3%)	3(9.7%)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
จำแนกตามระดับ (n=31) (ต่อ)

เกณฑ์	การจัดบริการ	มี	ไม่มี
8.อุปกรณ์ช่วย คนพิการ (Asistive devices)	Shoulder – Bobath sling	15(48.4%)	16*(51.6%)
	Plastic AFO	3(9.7%)	28*(90.3%)
	One point cane	29(93.5%)	2(6.5%)
	Tripod or quad cane	29(93.5%)	2(6.5%)

3. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่เพศชาย 174 คน ร้อยละ 58 และ เพศหญิง 126 คน ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 29 โดยอายุเฉลี่ย 67.26 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80 รองลงมา หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 10.7 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.7 รองลงมา ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 11.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 31.3 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 29.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 96.0 รองลงมา บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ร้อยละ 2.0 บาดเจ็บทางไขสันหลัง ร้อยละ 1.3 และน้อยสุดกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 0.7 ระยะเวลารักษานอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่นอนรักษา 5-6 วัน ร้อยละ 40.7 รองลงมา นอนรักษา 3-4 วัน ร้อยละ 21.7 ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรค ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 70.7 รองลงมา ติดเชื้อที่ปอด ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 99.7 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน ร้อยละ 63.7 รองลงมา สามี/ภรรยา ร้อยละ 23.0 ข้อมูลสถานะการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยระยะ

กลางส่วนใหญ่จำหน่ายกลับบ้านในพื้นที่ร้อยละ 91.4 รองลงมา เสียชีวิต ร้อยละ 7.0 และน้อยสุดส่งกลับโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 0.3 และในการประสานการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน ผ่านช่องทางส่วนใหญ่ ระบบ Thaico ร้อยละ 80.6 รองลงมาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 7.7 และน้อยสุดช่องทางไลน์กลุ่ม ร้อยละ 4.7

3.2 การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการ พยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานพยาบาลผู้ป่วยใน

คะแนนการปฏิบัติตามกระบวนการกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โดยคะแนนเต็ม 29 คะแนน พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 28.72 คะแนน ($\bar{X}=28.72$, S.D.=1.06) คะแนนการปฏิบัติ มากที่สุด คือ 29 คะแนน จำนวน 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมา 28 คะแนน จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.3

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตาม กระบวนการกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จำแนกรายข้อ

ข้อ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่ประเมินครอบคลุม แต่พบในข้อการประเมินปัญหาและความต้องการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยระยะ

กลาง ก่อนจำหน่าย พบการไม่ปฏิบัติ 10 ราย ร้อยละ 3.3

ข้อ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล ส่วนใหญ่ ครอบคลุมมีการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินของผู้ป่วย จำแนกระดับความรุนแรงในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ข้อ 3 การวางแผนการพยาบาล มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.0 และร้อยละ 98.0 ตามลำดับ

ข้อ 4 การปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 97.7 มีการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจตามแนวทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค และพบร้อยละ 2.3 ที่มีการปฏิบัติไม่ครอบคลุม ในส่วนติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การป้องกันความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเฝ้าระวังอาการไม่สุขสบาย มีการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม ร้อยละ 100

ข้อ 5 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.0 มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม สิ่งแวดล้อมและเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งร้อยละ 3.0 การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมการใช้เครื่องมือ D-METHOD ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

ข้อ 6 การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 100 มีการทบทวนความรู้ความเข้าใจของ

ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นการฟื้นฟูสภาพ เป้าหมาย ของการรักษา ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลตนเองที่บ้าน รวมถึงสอน แนะนำให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตนเองได้ตามแผนการฟื้นฟูสภาพ และในส่วนของประสานงานร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย มีร้อยละ 97.7

ข้อ 7 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 100 มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังการพยาบาลฟื้นฟูสภาพทันที หรือตามระยะเวลาที่กำหนดตามแนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค และร้อยละ 99.7 มีการนำผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อปรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 100 มีการค้นหาความต้องการ ความจำเป็น ประเมินความสามารถการรับรู้ และการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลและให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล รวมถึงสอน ให้ความรู้ และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะโรคในแต่ละบุคคล แต่ในการพัฒนาสื่อข้อมูลด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยช่องทางต่าง ๆ มีเพียงร้อยละ 289

ข้อ 9 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 99.0 มีการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางทั้งทางร่างกายและจิตใจทั้ง

ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจรักษาฟื้นฟูสภาพ

4. ผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามตัวชี้วัดแบ่ง 3 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย

4.1.1 ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการดูแลตามแนวทาง Intermediate care จำนวน 296 ราย ร้อยละ 98.66 และมี 4 ราย ร้อยละ 1.34 ที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทาง ทั้งนี้เนื่องจากรักษาที่โรงพยาบาลนอกเครือข่าย และกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ในตัวชี้วัดนี้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80

4.1.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล พบมากที่สุดคือติดเชื้อที่ปอด ร้อยละ 14.3 รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 5.7 น้อยสุด แผลกดทับและข้อติด ร้อยละ 0.7 ในตัวชี้วัดนี้ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 0

4.1.3 อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายใน 28 วัน จากภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่พบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในตัวชี้วัดนี้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 0

4.1.4 ผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 14 วัน จำนวน 274 ราย ร้อยละ 91.4 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย ร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากเสียชีวิต ร้อยละ 7.0 ส่งต่อโรงพยาบาลอื่นเพื่อดูแล ร้อยละ 1.3 และส่งกลับโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 0.3

4.1.5 ความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ตัวชี้วัดนี้ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80

4.2 ด้านผู้ให้บริการ ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 28.72 คะแนน ร้อยละ 99.03 ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100 และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาล มากที่สุด คือ 29 คะแนน จำนวน 270 ราย ร้อยละ 90 รองลงมา 28 คะแนน จำนวน 13 ราย ร้อยละ 4.3 และน้อยสุด คะแนน 21 และ 24 คะแนน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.3 ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100

4.3 ด้านองค์กร ในที่นี้กำหนดตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่ระยะแรกรับจำหน่าย หลังจำหน่าย 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง (ADL) มีคะแนนเฉลี่ย 41.48, 45.37, 55.18, 64.97 และ 70.48 ตามลำดับ ภาพรวมตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 70 ดังแสดงตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลาง (n=300)

ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระยะ	\bar{X}	S.D.	min	max
แรกเริ่ม	41.48	31.703	0	100
วันจำหน่าย	45.37	30.654	0	100
หลังจำหน่าย 1 เดือน	55.18	30.358	0	100
หลังจำหน่าย 3 เดือน	64.97	30.324	0	100
หลังจำหน่าย 6 เดือน	70.48	31.549	0	100

เมื่อวิเคราะห์ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการปรับสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด (100 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากแรกเริ่ม ร้อยละ 9.0 เป็น ร้อยละ 31.7 ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลกับความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระยะ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จำหน่าย หลังจำหน่าย ที่ 1, 3 และ 6 เดือน (n=300)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	แรกเริ่ม	วันจำหน่าย	หลังจำหน่าย 1 เดือน	หลังจำหน่าย 3 เดือน	หลังจำหน่าย 6 เดือน
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (0-20 คะแนน)	114 (38.0%)	84 (28.0%)	56 (18.7%)	42 (14.0%)	38 (12.7%)
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25-45 คะแนน)	60 (20.0%)	74 (24.7%)	57 (19.0%)	33 (11.0%)	32 (10.7%)
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (50-70 คะแนน)	71 (23.7%)	80 (26.7%)	99 (33.0%)	79 (26.3%)	56 (18.7%)
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (75-95 คะแนน)	28 (9.3%)	32 (10.7%)	47 (15.7%)	85 (28.3%)	79 (26.3%)
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (100 คะแนน)	27 (9.0%)	30 (10.0%)	41 (13.7%)	61 (20.3%)	95 (31.7%)

อภิปรายผล

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รับผิดชอบต่อผู้ป่วยพื้นทุพวิฤตมาดูแลเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อนตอบสนองนโยบายเชื่อมโยงการให้บริการของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เน้นใน 4 กลุ่มโรคสำคัญ จากการศึกษากระบวนการบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนระดับ M และ F 31 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์การจัดระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยในครบทั้ง 8 ข้อ แต่มี 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับ M ที่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 – 6

เมื่อพิจารณารายชื่อ โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ควรมี เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และช่างกายอุปกรณ์ สอดคล้องกับนงนภัทร รุ่งเนย และคณะ^[10] ศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขผลการศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 17 แห่งใน 8 จังหวัดมีการดำเนินกิจกรรมแตกต่างกัน ปัญหาอุปสรรค คือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ ขาดแคลนอัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนด้านงบประมาณ ระบบการส่งต่อและฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของขวัญประษา เชียงไชยสกุลไทยและคณะ^[11] ประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะ

กลางในพื้นที่ต้นแบบโรงพยาบาลในจังหวัดลพบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ ผลการออกแบบระบบบริการพบปัญหาการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียโอกาสที่จะหายจากความพิการ และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางในการให้บริการ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และจากการศึกษามีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย โดยการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการฟื้นฟู มีแผนเพิ่มศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพหลักสูตรอื่น ๆ เช่น กิจกรรมบำบัด การพูด การกลืน กายภาพบำบัด และแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริหารชุมชน รวมถึงญาติผู้ป่วยในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับนภัส แก้ววิเชียร และคณะ^[12] ศึกษา นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย พบว่า การดำเนินงานประสบความสำเร็จในบางจังหวัด จึงเสนอการพัฒนากระบวนการนโยบายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยเพิ่มการสื่อสารนโยบาย ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลระยะยาว ผลักดันการจัดสรรอัตรากำลังแบบสหวิชาชีพที่จำเป็นเหมาะสมกับหอผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชน

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านระบบบริการที่เอื้อต่อการจัดบริการ

พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ระบบ การให้คำปรึกษา และระบบการสร้างร่วมมือ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทางการ จัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของกอง การพยาบาล^[3] ในการศึกษาผลลัพธ์การบริการ พยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน แบ่ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และ ด้านองค์กร จากการศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 58 และเพศหญิง ร้อยละ 42 อายุเฉลี่ย 67.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือด สมอง ร้อยละ 96.0 บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ร้อยละ 2.0 บาดเจ็บทางไขสันหลัง ร้อยละ 1.3 และ กระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 0.7 และการประเมินผล ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลตามแนวทาง ร้อยละ 98.66 ส่วนร้อยละ 1.34 ไม่ได้รับการดูแลตาม แนวทาง อธิบายได้ว่าเนื่องจากเป็นกลุ่มที่รับ การรักษาในโรงพยาบาลนอกเครือข่าย และกลับมา รักษาต่อที่ โรงพยาบาลชุมชน จึงขาดการ ประสานงานในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ได้มี การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนใน การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ R9 refer และ Thai COC เช่นเดียวกับบภัส แก้ววิเชียร และ คณะ^[12] เสนอการพัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลระดับ ต่าง ๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบเดียวกันทุก พื้นที่ และผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ จากการศึกษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ใน สาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย มีการ จัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยใน จัดทำแนวทาง

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้เป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่ง ผล การ ศึกษา พยาบาล วิชา ชีพ ปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในภาพรวมปฏิบัติการ พยาบาลคะแนนเฉลี่ย 28.72 คะแนน ร้อยละ 99.03 โดยคะแนนเต็ม 29 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของจามจรรย์ เลิศจันทร์ และ มาลัยวรรณ ทิพย์ปิ่นวงศ์^[13] ดำเนินการอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านการพยาบาลในการให้บริการ บริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า บุคลากร ทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลัง การอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบ การวินิจฉัยโรคกับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ พยาบาลพบว่าไม่ต่างกัน หากแต่การเกิด ภาวะแทรกซ้อนอาจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความพิการ ของร่างกายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่ พบติดเชื้อที่ปอด ร้อยละ 14.3 ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ ร้อยละ 5.7 แผลกดทับและข้อติด ร้อยละ 0.7 ดังนั้นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยขณะนอน โรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ หากผู้ป่วยและญาติ ได้รับการสอนแนะนำให้ความรู้และฟื้นฟูสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรัชนิ ทอง เสถิ^[14] ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะ กลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า คะแนน BI เพิ่มขึ้น โดย สมรรถภาพเพิ่มขึ้น 9.32 คะแนน ประสิทธิภาพ การฟื้นฟู ร้อยละ 80.79 และประสิทธิภาพการฟื้นฟู 0.41 คะแนนต่อครั้ง ทั้งนี้จำนวนครั้งของการฟื้นฟูมี ความสัมพันธ์กับสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 14.70 ส่วนใหญ่ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และข้อติด เช่นเดียวกับขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ^[11] รูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน มีข้อดีในการให้บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบถ้วนตามมาตรฐานอย่างแน่นอน ส่งผลให้ลดความพิการได้ แต่ข้อเสียอยู่ที่ความไม่สะดวกของผู้ป่วยและญาติที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ต้นทุนในการให้บริการที่สูง ในส่วนผลลัพธ์ด้านองค์กรที่กำหนดตามยุทธศาสตร์ จากการศึกษาผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรคได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากแรกรับคะแนนเฉลี่ย 41.48 ร้อยละ 9.0 เป็น คะแนนเฉลี่ย 70.48 ร้อยละ 31.7 สรุปภาพรวมตัวชี้วัดด้านองค์กรผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 สอดคล้องกับวิระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ^[15] ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ผลศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้นร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือน ร้อยละ 65.40 และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระยะคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า การจัดระบบบริการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง นอกจากนี้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหาย หรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การประเมินปัญหา วินิจฉัย การจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (continuing of care center) ที่ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน จัดทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาวางแผนการดูแล และกำหนดการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลเป็นแผนระยะสั้น และระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่กำหนด และตามสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นฟูสภาพได้ดีที่สุด^[9]

สรุปได้ว่า การจัดระบบบริการพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง ลดเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามแนวทางของกองการพยาบาล^[3] มีการเตรียมความพร้อมด้านระบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ระบบส่งต่อระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ระบบการให้คำปรึกษา และระบบการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ผู้รับชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางในบางโรงพยาบาลมีการงานทำให้การประเมินเวชระเบียนไม่ครบถ้วน และจากข้อมูลผู้ป่วยบางรายอยู่นอกในพื้นที่ความรับผิดชอบเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่สามารถติดตามดูแลต่อเนื่องได้ จึงต้องสุ่มเวชระเบียนใหม่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

1. เจริญนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงควรพิจารณาจัดสรรด้านงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล และอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาลักษณะ
2. ระดับจังหวัด ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางเพิ่มขึ้น อาทิเช่น นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม
3. ระดับชุมชน ควรพัฒนาระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นแบบการสื่อสารสองทางระหว่างระบบบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุผล ตติยันทพร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นางวราภรณ์ ลีสุวรรณเกษม หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย ทีมดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] สถาบันประสาท. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง clinical Practice Guidelines for stroke Rehabilitation. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). นนทบุรี: ธนาเพรส จำกัด; 2559.
- [2] กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติการป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย. (ออนไลน์). [2563]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/>
- [3] กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
- [4] สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. (2562). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่

- 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.otp.go.th/uploads/tinyuploads/PDF/2563-06/25630601adAccidentAna2562_Final.pdf
- [5] National Spinal Cord Injury Statistic Center. (2017). Spinal cord injury facts and figures at a glance . [Online]. (2017). [cited 1 september, 2022]. Retrieved from: <https://www.nscisc.uab.edu/>
- [6] สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อัมพาตแขนและขา (เดตราพลีเจีย). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
- [7] ประเสริฐ หล้าพลวัฒน์ เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ ทีเชวงวงศ์. บูรณาการในการป้องกัน และรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. วารสารกรมการแพทย์ 2558; 40(4): 16 – 9.
- [8] สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย : การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- [9] สำนักการพยาบาล. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
- [10] นงนภัทร รุ่งเนย รัชฎพร ชื่นกลิ่น นภัส แก้ววิเชียร เบญจพร สุธรรมชัย วิชาญ เกิดวิชัย และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 2564; 15(1): 81 – 101.
- [11] ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, วาริสาทิตย์ประดิษฐ์ และนำพร สามีภักดี. การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (intermediate care). สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- [12] นภัส แก้ววิเชียร และคณะ. นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเพื่อหนทางข้างหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(5): 894 – 906.
- [13] จามจุรีย์ เลิศจันทร์ และมาลัยวรรณ ทิพย์ปิ่นวงศ์. การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติ. หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด; 2564.
- [14] รัชณี ทองเสถียร. ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาสารคามนครศรีธรรมราชเวชสาร 2563; 4(1): 1-10.

- [15] วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ รุจิรา จันทรหอม และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบ การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาล ชูชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัด ร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ 2562; 15(2): 119 – 32.