

วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care
พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision
for Elderly Persons (S-TOP)

นายศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
จังหวัดสระบุรี ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย
(ปฏิบัติราชการที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณบุคคลหลายท่านโดยเฉพาะนายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ผู้ให้การสนับสนุนด้านนโยบายในการร่วมดำเนินการกับคณะผู้เชี่ยวชาญของประเทศญี่ปุ่น ในการลงพื้นที่ดำเนินการ ตลอดจนสำนักอนามัยผู้สูงอายุที่เคยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดำเนินการ แนวทางการดำเนินงาน ผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำและคำชี้แนะเกี่ยวกับเครื่องมือการเก็บข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณะทำงานที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเยี่ยมในการเก็บข้อมูล และร่วมเป็นทีมในการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการศึกษา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้จนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้ศึกษา มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และในให้ข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดี

ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล
ผู้ศึกษา

ชื่อศึกษา : วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care
พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services
Provision for Elderly Persons (S-TOP)

ชื่อศึกษา : ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการประยุกต์ใช้จาก Six Building Blocks of a Health System of WHO ที่ประกอบด้วยหัวข้อในการวิเคราะห์ตามสภาพการณ์ 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ผลการศึกษาพบว่า

1 ระบบบริการ (Service Delivery)

ระบบบริการ จังหวัดเชียงใหม่ให้บริการแก่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ มีระบบการให้บริการดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ความถี่ในการให้บริการครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย 2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) 3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย โรงพยาบาลจะประสานข้อมูลการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group)

2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คนและโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS

4 สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines)

สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่

6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบาย การพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ	1
บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
1.2 คำถามการศึกษา	
1.3 วัตถุประสงค์	
1.4 ขอบเขตการศึกษา	
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	
1.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา	
บทที่ 2 ทฤษฎีและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
1. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) ในประเทศไทย	
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง	
3. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	23
3.1 รูปแบบการศึกษา	
3.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	
3.4 วิธีการเก็บข้อมูล	
3.5 วิเคราะห์ข้อมูล	
บทที่ 4 ผลการศึกษา	25
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและเสนอแนะ	32
บรรณานุกรม	36
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
1	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง	
2	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข	

สารบัญภาพ

ภาพที่

เรื่อง

หน้า

1 Six Building Blocks of a Health System of WHO

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยและ JICA จึงได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ด้วยการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "โครงการ S-TOP") โดยเริ่มต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โครงการ Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) เป็นโครงการที่เกิดจากความร่วมมือทางวิชาการระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางแบบไร้รอยต่อที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และเป็นรูปแบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะกึ่งเฉียบพลันหรือภาวะฟื้นฟูภายหลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการส่งเสริมและพัฒนาการจัดบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะกลาง ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ เนื่องด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยและ JICA จึงได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ด้วยการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "โครงการ S-TOP" โดยเริ่มต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นโครงการที่ต่อยอดจากโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการระหว่าง ปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2560 จำนวน 2 โครงการก่อนหน้าโครงการ S-TOP มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการดูแล ที่ไร้รอยต่อตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปจนถึงระยะเรื้อรัง ผ่านการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางหลังจากดำเนินการมาเป็นระยะเวลา 2 ปีพบว่า โครงการมีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่งได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรีกรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานีและภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากแรงขับเคลื่อนของนโยบายการดูแลระยะกลาง ในระดับประเทศ อย่างไรก็ตามความซับซ้อนในเรื่องความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความท้าทายหลายประการ ทั้งที่มองเห็นได้และมองไม่เห็น ต่อการให้บริการการดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC) ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยและโครงการ S-TOP จึงได้ตัดสินใจทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง เพื่อประเมินความคืบหน้าและผลลัพธ์ของโครงการ อันจะนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการ S-TOP ต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันภายในเครือข่ายเขตสุขภาพ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดความแออัดและลดระยะเวลาารอคอย อีกทั้งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะ

เปลี่ยนผ่านที่พ้นภาวะวิกฤติที่สามารถจัดบริการได้ในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบาย พัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับ ผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล เพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติของผู้ป่วย เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความ ผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Barthel Index) ได้ค่า <15 คะแนน หรือ 215 คะแนน ร่วมกับความบกพร่องหลายประการ (multiple impairments) และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ ผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำ กิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และสามารถกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริมหรือเทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคน พิการที่เหมาะสม การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะ เฉียบพลัน (acute phase) โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู (sub-acute rehabilitation) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วย จะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว (long term phase) เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้ นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ม.ป.ป.)

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care ในจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2564 ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ความท้าทายในระบบสุขภาพ คือ การบริหารจัดการการดูแล ผู้ป่วย Intermediate care ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การบริหารจัดการเพื่อสนองตอบภาวะฉุกเฉินของการระบาดที่กำลังเป็นอันตรายคุกคามสุขภาพโลก (Outbreak respond) โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ที่มีข้อจำกัดมากมายเช่น ศักยภาพทางห้องปฏิบัติการ ระบบการเฝ้าระวังสภาพ อากาศที่เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างรวดเร็วการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ร่วมกับภาวะที่มี ปัญหาโรคเรื้อรังกลายเป็นภาระโรคสองเท่า (Double burden) ของประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่นเดียวกับประเทศไทย ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่ต้องบริหารจัดการเพื่อไม่กระทบคุณภาพของ การดูแลสุขภาพผู้ป่วย Intermediate care เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่ดีบรรลุเป้าหมายของการพัฒนา สู่ความยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการ ศึกษาวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับภาวะวิกฤติเมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีการะโรค จากโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นพร้อมกัน และเป็นข้อมูลให้บุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย Intermediate care เตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
2. เพื่อประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ตามกรอบแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย

คำถามการวิจัย

- 1) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการผู้ป่วย Intermediate care อย่างไร
- 2) แนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Intermediate care ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ตามกรอบแนวคิดของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยายเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO ศึกษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีการเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลที่พบพื้นที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูง จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง ตั้งแต่ มีนาคม – กรกฎาคม 2564 โดยมีผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 8 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Intermediate ward จำนวน 20 คน รวม 28 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับภาวะวิกฤติเมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีการระบาดจากโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นในอนาคต
2. เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วย Intermediate ในสถานการณ์การเกิดโรคระบาด

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ 2-15 คะแนนร่วมกับ multiple Impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วย Intermediate ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ 4 แห่ง ได้แก่ อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง ที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา

ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป ควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน

โรคโควิด-19 (COVID-19) หมายถึง โรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 ; SARS-CoV-2) พบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสครั้งแรกในช่วงเดือนธันวาคมปี 2019 ที่ตลาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้มีการกลายพันธุ์เป็นหลากหลายสายพันธุ์และมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โดยสายพันธุ์ระดับที่น่ากังวล (Variants of Concerns) หรือสายพันธุ์ที่แพร่กระจายได้ง่ายกว่าเดิม สามารถหลีกเลี่ยงภูมิคุ้มกันในร่างกายได้ดีกว่าเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่

1. ระบบบริการ (Service delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)



Six Building Blocks of a Health System of WHO

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลมีมาตรการลดความแออัด และการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อการป้องกันแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC จึงต้องส่งเสริมให้การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับรูปแบบบริการให้ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย IMC การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Six Building Blocks of a Health System of WHO เพื่อประเมินการบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 นี้ จะส่งผลให้เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและ

ความปลอดภัย (Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การป้องกันความเสี่ยงทางดานสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากคารัษาพยาบาล (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency)

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากตำราเอกสารวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุปสาระสำคัญสาระสำคัญและนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) ในประเทศไทย

- 1.1 ความหมายการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.3 นโยบายการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.4 วัตถุประสงค์การจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.5 แนวทางการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.6 รูปแบบการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
- 1.7 บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีระบบ
- 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
- 2.3 แนวคิดการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง
- 2.4 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล
- 2.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 2.6 แนวคิดการจัดการตนเอง

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในประเทศไทย

1 ความหมายการบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง การบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกาย บางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพการออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการ ที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นโดยเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะ acute care ในสถานที่ ระหว่าง Acute care ward ของโรงพยาบาลกับที่บ้าน หรือ Long-term Care Institute จึงจัดได้ว่าเป็น การดูแลในช่วง Post-acute Period ในแบบ u bed-based เป็น Intermediate care ward หรือ Intermediate care bed ในโรงพยาบาล อาจจัดขึ้นในสถานที่เฉพาะของภาคเอกชน (private Intermediate Care) หรือในชุมชน (community Intermediate Care) ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกระทั่งอาการดีขึ้นหรืออาการเปลี่ยนแปลงน้อย แล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน หรือ Long-term Care Institute และดูแลต่อด้วย Self-care,

Pearson, Punton & Durant (1992) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง คือ การดูแลที่เน้นเป้าหมายของบริการคือการฟื้นฟูสภาพโดยการสร้างสมรรถนะและให้คำแนะนำปรึกษามากกว่าการรักษาส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง เป้าหมายคือมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านเองได้

Steiner (1997) กล่าวถึง ความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การบริการที่ครอบคลุมเน้นการเชื่อมต่อ การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน ทั้งนี้จะไม่เน้นการพึ่งพาทางการแพทย์ แต่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านตามสภาพความเป็นจริง

2 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

จากแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตาม International Classification of Functioning, Disability and Health ปี ค.ศ. 1980 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างหรือความบกพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียว หากยังเชื่อมโยงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการกลับเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้น 1 ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการ หรือมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือระดับความสามารถที่มีอยู่เดิมเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วยกิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือคงระดับความสามารถได้ การ

ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ และพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องเพื่อเติมเต็มระบบบริการให้เกิดความสมบูรณ์ โดยลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันในสาขาต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและอุบัติเหตุต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนรอดชีวิตและได้รับการประเมิน และคัดกรองเข้าสู่การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับต่อเนื่องจนถึงชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อพ้นระยะบริการ 6 เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ดีก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาวต่อไป โดยส่งเสริมการป้องกันโรค และการกลับเป็นซ้ำโดยระบบบริการ (service plan) อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2560) แนวคิดการให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพมักมีปัญหาที่ซับซ้อน ให้ความสำคัญของการจัดการการเข้าถึงของคนไข้และครอบครัว เน้นให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือสถานบริการใกล้บ้าน เน้นการประเมินแบบองค์รวม การประเมินซ้ำที่ทันเวลา ข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ที่ครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ นำมาวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การได้รับการประเมินและได้รับการดูแลได้ทัน่วงทีก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และนาพร สามิภักดิ์, ม.ป.ป.)

3 นโยบายการจัดการบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงการจัดการของสถานบริการสุขภาพภายใต้หลักการ"เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ" ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันภายในเครือข่ายเขตสุขภาพ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตายลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยให้พัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนดเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการและระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพสำคัญ 19 สาขา ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุและฉุกเฉินทารกแรกเกิด 5) การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 6) สุขภาพจิตและจิตเวช 7) ตา 8) ไต 9) สุขภาพช่องปาก 10) สูติ-นรีเวชกรรมกุมารเวชกรรม 11) ออร์โธปิดิกส์ 12) โรคไม่ติดต่อ 13) ปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวม 14) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 15) การช้ยา

อย่างสมเหตุสมผล 16) การดูแลแบบประคับประคอง 17) ศัลยกรรม 18) ยาเสพติด และ 19) อายุรกรรม (กองบริหารการสาธารณสุข,2560)

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่พ้นภาวะวิกฤติที่สามารถจัดบริการได้ในโรงพยาบาลชุมชน จึงกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการ การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแลเพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิมของผู้ป่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2562) โดยพัฒนาระบบบริการในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค โดยสร้างระบบเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนจึงมุ่งหวังร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีศักยภาพพร้อมรับการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วย

ที่มีศักยภาพน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานน้อยกว่าร้อยละ 20 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

(กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

4 วัตถุประสงค์การจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้กำหนดวัตถุประสงค์การจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ระยะกลาง ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน
2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกัน และลดความพิการของผู้ป่วย
4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน
5. ลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราครองเตียงโรงพยาบาลชุมชน

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้

ประสงค์หลัก คือ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่ง สามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

วัตถุประสงค์รอง คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน

5 แนวทางการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการบริการที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยเน้นการจัดบริการใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลังกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยจัดกลุ่มบริการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดหมอนวด หมอพื้นบ้าน และผู้ช่วยเหลือ

2. การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลง ปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมะ ศิลปะบำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเองบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย/คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วยเตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแลเตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัวด้านสังคม อาชีพรายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

6 รูปแบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

รูปแบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางมีหลากหลายตามความพร้อมและศักยภาพของผู้ให้บริการ รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมีการจัดรูปแบบบริการทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และต่อเนื่องจนถึงชุมชนในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยระบบการให้บริการจะครอบคลุมการคัดกรอง ประเมินวางแผน ให้การบริการ การส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

1. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นรูปแบบการจัดบริการในกรณี que ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์โปรแกรมในรูปแบบ OPD based program ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

2. การให้บริการแบบผู้ป่วยใน เป็นรูปแบบการจัดบริการในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 หรือ Barthel index 2-15 แต่มี multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน

2.1 Intermediate ward ให้บริการ Intensive IPD Rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care)

2.2 Intermediate bed ให้บริการ Less Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟู อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ Intermediate Bed อย่างน้อย 2 เตียง

3. การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดบริการในกรณี que ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับบริการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพมีการจัดบริการ out-reach program (community) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของการฝึกผู้ป่วย

7 บทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลทุกระดับล้วนมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางรวมถึงภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตสุขภาพ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีบทบาทแต่ละระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2562) ดังนี้

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

1. ตั้งคณะกรรมการดำเนินการระดับจังหวัด
2. ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับ จังหวัด/อำเภอ
4. สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ ออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผล ดำเนินงานโครงการในแต่ละปี

5. ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

บทบาทโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) /โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

1. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
 2. คัดกรอง/ประเมิน /ตั้งเป้าหมาย ให้บริการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด
- สนับสนุนด้านวิชาการทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
4. ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุม การสรุปผลการดำเนินการ ร่วมกันพัฒนาโครงการ
 5. ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

บทบาทโรงพยาบาลชุมชน

1. กายภาพบำบัด/เวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
2. รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่

3. สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ตามบริบท

4. แพทย์ให้การสนับสนุน ร่วม ดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

5. ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน

6. คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

บทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. มีบทบาทเป็นเจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว

2. ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช.

3. ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's catheter การทำแผลรวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

4. เป็นผู้นำทีมผู้ดูแล (care giver) เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติ หรือจิตอาสา เป็นต้น

4. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้านสังคม

2.แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ เป็นการจัดบริการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะกลาง เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังมีอาการผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ ในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2.1 แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory) แนวคิดทฤษฎีระบบ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกันซึ่งมีผลต่อกันและเป็นข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกัน โดย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการเตรียมความพร้อมด้านปัจจัยและทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการทำงานในแต่ละเรื่อง เช่น โครงสร้างองค์กร บุคลากร นโยบายและกลวิธีในการดำเนินการต่างๆ เป็นต้น 2) กระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการ ในการทำงานที่มีขั้นตอนชัดเจน 3) ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินงาน โดยมีการรายงานผลที่เป็นระบบและมีข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงทั้งปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Von Bertalanffy, 1956)

สำหรับแนวคิดในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ได้กำหนดรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1 นโยบายการพยาบาล 2) โครงสร้าง

คณะกรรมการ/คณะทำงาน ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 3) ระบบบริการ 4) โครงสร้างทางกายภาพ และ 5) ทีมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2. กระบวนการ ในที่นี้เป็นกระบวนการในการจัดบริการพยาบาล

ผู้ป่วยระยะกลาง ในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชนทั้งนี้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน

3. ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละด้าน ดังนี้

3.1 ตัวชี้วัดด้านผู้ใช้บริการ

3.2 ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ

3.3 ตัวชี้วัดด้านองค์กร

2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) แต่ยังมีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ 2-15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดีแต่ผู้ป่วยยังต้องการ การดูแลจากแพทย์ จากพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยรับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแล "เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง" โดยตั้งเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะกลาง แห่งละ 2 เตียง (Intermediate bed หรือ intermediate ward) ในปี 2562 โดยกำหนดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังกำหนดรูปแบบบริการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยในและงานบริการพยาบาลในชุมชน

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชนในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยในและงานบริการในชุมชน

2.3 แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางได้ดำเนินงานในหลายรูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประเทศอังกฤษ มีการจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน และเมื่อเทียบกับประเทศไทยแล้วการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง มีรายละเอียดดังนี้

งานบริการผู้ป่วยระยะกลาง

งานบริการผู้ป่วยระยะกลาง ในระบบ NHS ได้กำหนดขอบเขตบริการผู้ป่วยระยะกลาง ไว้ดังนี้ คือ

- 1) เป็นบริการที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น
- 2) มีแผนการให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กำหนดบริการที่ต้องให้ครอบคลุมทั้งหมด
- 3) มีเป้าหมายระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ทักษะในการดำรงชีวิตอิสระ ให้ได้มากที่สุด
- 4) มีช่วงระยะเวลาให้บริการชัดเจน ในระบบ NHS กำหนดให้ไม่เกิน 6 สัปดาห์หากครบแล้วต้องประเมิน และถ้าจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีเป้าหมายต่อก็ควรเข้าโปรแกรมต่อไปอีกรอบ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความพิการและจำเป็นต้องให้บริการฟื้นฟูและมีการสนับสนุนต่อไปอีก เพื่อการคงสภาพผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว (Long term care) การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางของประเทศอังกฤษ และประเทศไทย รายละเอียดดังตารางที่ 2.1

2.1 ตาราง การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง

ประเทศ	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง
อังกฤษ	<p>จัดโปรแกรมบริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยเน้นการให้บริการที่ระดับชุมชนมีโปรแกรมเป็นกลุ่มบริการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Home from Hospital เน้นให้บริการดูแลที่บ้าน 2. Rapid Response Scheme ให้บริการที่บ้าน หรือสถานบริการที่ให้การนอน บริการที่ให้เป็นงานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น การให้ iv, peg tube, catheter replacement, crisis psychiatric care เป็นต้น 3. Step Up /Down Schemes ให้บริการที่หน่วยบริการ ที่รับผู้ป่วยนอน เช่น nursing home ทดแทนการนอนในโรงพยาบาล 4. Rehabilitation Schemes ให้บริการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) 5. Stroke schemes สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ให้บริการที่บ้าน เป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการดำรงชีวิตอิสระให้มากที่สุด ตลอดจนการฟื้นฟูด้านอาชีพ 6. Community Hospital Schemes เป็นบริการระยะกลางที่อยู่ในโรงพยาบาลในช่วงฉุกเฉิน เป็นช่วงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่เหมาะจะให้บริการที่สถานบริการภายนอกหรือที่บ้าน
ไทย	<p>จัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยจัดกลุ่มบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยการฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความ

ประเทศ	การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง
	<p>เจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หมอนวด หมอพื้นบ้านและผู้ช่วยเหลือ</p> <p>2. การบริการฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้พร้อมรับเผชิญความเปลี่ยนแปลง ปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ ฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง (Restore self) มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น กิจกรรมเชิงธรรมะ ศิลปะบำบัด กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมสร้างคุณค่าให้ตนเอง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พระ วัด กลุ่มผู้ป่วย/คนพิการ หมอพื้นบ้าน พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เป็นต้น</p> <p>3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วยเตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล เตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัวด้านสังคม อาชีพ รายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น</p>

ที่กล่าวมาด้านบนเป็นมติการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง การจัดบริการในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รายละเอียดตามตาราง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

หน่วยงาน	การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
หน่วยบริการผู้ป่วยนอก	งานบริการผู้ป่วยนอก: ในกรณีที่มีผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย ควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบ OPD based program ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน
หน่วยบริการผู้ป่วยใน	งานบริการผู้ป่วยใน: ผู้ป่วยที่มีค่า B < 15 หรือ BI 2 15แต่มี Multiple impairment ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน 1) ให้บริการ Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) 2) ให้บริการ Less Intensive IPD Rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ควรมีการให้บริการ Intermediate Bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง
งานบริการในชุมชน	งานบริการในชุมชน: ในกรณีที่มีผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกาย แต่ไม่สามารถมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดบริการ Out reach program (Community) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อเดือน ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

หน่วยงาน	การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
	กับศักยภาพและความพร้อมของการฝึกผู้ป่วย

การจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีการเน้นให้บริการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน โดยแนวคิดนี้เป็นแนวคิดหลักในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเน้นการจัดบริการพยาบาลในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงบ้านและชุมชน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ปลอดภัยจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2.4 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลมีการจัดระดับมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) มาตรฐานระดับชาติ เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดย สภาการพยาบาล ประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานการผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2562) 2) มาตรฐานระดับสถาบัน เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กรกลาง ในที่นี้คือมาตรฐานการพยาบาลซึ่งกำหนดโดยกองการพยาบาลประกอบด้วย มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาล

กองการพยาบาล กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลตามหน่วยบริการพยาบาล เช่น งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริการพยาบาลวิสัญญี งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกันกับมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละงาน และสำหรับมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน จำแนกตามลักษณะการให้บริการพยาบาล ได้แก่ 1) การจัดบริการพยาบาลในสถานบริการ เช่น การบริการพยาบาลตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เป็นต้น 2) การจัดบริการพยาบาลต่อเนื่อง เช่น การบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และ 3) การจัดบริการพยาบาลในชุมชน เช่นการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ การบริการพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอด การบริการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) และการบริการการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกันกับมาตรฐานการพยาบาลของแต่ละงาน (สำนักการพยาบาล, 2559) การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ได้ใช้แนวคิดจากมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลแต่ละงานดังกล่าวของกองการพยาบาล

2.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กองการพยาบาล เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 และใช้ M-E-T-H-O-D เป็นเครื่องมือ มีการขยายผลระบบวางแผนจำหน่ายอย่างแพร่หลายทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้เพิ่ม "D" ในแนวคิดเป็น D-M-E-T-H-O-D มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและญาติให้ครอบคลุมประเด็น D-M-E-T-H-O-D ในการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนอย่างมีคุณภาพทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พ้นหายได้เร็ว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข (สำนักการพยาบาล, 2557)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity and Coordination of Care: COC) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหาย หรือควบคุมภาวะโรคไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต้องมีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การประเมินปัญหา วินิจฉัย

วางแผน ปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือ (D-M-E-T-H-O-D) เป็นเครื่องมือประเมินทั้งจังหวัด โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care Center) ที่ประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน จัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความต้องการการดูแลผู้ป่วย จัดทีมสหสาขาที่จะต้องร่วมทีมไปดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา วางแผนการดูแลและกำหนดการเยี่ยมบ้านตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย และนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายมากำหนดเป้าหมายการพยาบาลแต่ละระยะเป็นแผนระยะสั้น และระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่กำหนด และตามสภาพปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นสภาพได้ดีที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2556)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง เป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ ใช้เครื่องมือ (D-M-E-T-H-O-D) ในการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนถึงบ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ พ้นหาย มีสุขภาพที่ดีในที่สุด

2.6 แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในวงการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถ

ควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Creer, 2000) การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (Creer, 2000)

1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) เป็นความร่วมมือและตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ในการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค การตั้งเป้าหมายควรทำ ภายหลังผู้ป่วยและหรือญาติได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรค และฝึกทักษะ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ข้อมูลพื้นฐานสำคัญประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเองหรือตรวจสอบตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) โดยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่า ต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้างเพื่อนำมาใช้สังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การเฝ้าระวังตนเองหรือการตรวจสอบตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและต่อความสำเร็จในการจัดการตนเอง

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน โดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมการใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่รวมทั้งการประเมินความต้องการ การฝึกทักษะและความชำนาญเพื่อให้สามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแล ดังนี้

1. วางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อไปสู่เป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเอง

2. ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมโรคและความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 3. สอน สาธิต และฝึกทักษะที่สำคัญจำเป็นให้กับผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล เพื่อการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย ใช้ชีวิตอย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติได้
 3. เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการสุขภาพตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง
 4. วางแผน ติดตามผล และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลมีจัดการตนเอง ดังนี้**

1. รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
2. กำหนดเป้าหมาย และเลือกกลวิธีการปฏิบัติพฤติกรรม การแก้ไขการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
3. ปฏิบัติการจัดการตนเองตามกลวิธีที่เลือก มุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนด
4. เฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติ และประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง
5. รวบรวม บันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด
6. ประเมินผลสำเร็จของการรักษา เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสุขภาพ ในการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อป้องกัน และควบคุมความรุนแรงของโรค โดยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดระดับความรุนแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม และได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ได้บูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีระบบ 2) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 3) แนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 4) แนวคิดมาตรฐานการพยาบาล 5) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) แนวคิดการจัดการตนเอง สรุปแนวคิดมาบูรณาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ซึ่งประกอบด้วย 1) นโยบายการพยาบาล 2) โครงสร้างคณะกรรมการ/คณะทำงาน องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้นำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนมา กำหนดกระบวนการในการจัดบริการพยาบาลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน จัดบริการพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการ

พยาบาลในชุมชนองค์ประกอบที่ 3 ผลผลิต/ผลลัพธ์ ที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้

ผลผลิต กำหนดเป็นตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดด้านผู้ใช้บริการ 2) ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ 3) ตัวชี้วัดด้านองค์กร

3 งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์และคณะ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 760 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemo care และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemo care 3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย 4) การติดตาม กำกับ และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemo care และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40 จากผลการศึกษาครั้งนี้ ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติแล้วส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปิยนุช ศรีสุคนธ์และคณะ (2565) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรีวัตถุประสงค์: ศึกษาการดำเนินงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพระยะกลาง จำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน ผู้ป่วยระยะกลาง 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง และบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นการอภิปรายกลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินความพร้อมในการพึ่งตนเองที่บ้านของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน, ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired t test, และการวิเคราะห์เนื้อหาผลการศึกษา: สถานการณ์การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด พบปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ยอมอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพและระบบบริการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี เครือข่ายอำเภอบ้านลาด

ประกอบด้วย 1) หลักการและวัตถุประสงค์ 2) ขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง 3) การสนับสนุนการดำเนินงานของระบบ และ 4) การประเมินผล การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ เท่ากับร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index: 81) สูงกว่าก่อนรับการดูแลตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับร้อยละ 0 ญาติและผู้ดูแลผ่านการประเมินความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายที่บ้านเท่ากับร้อยละ 100

นภัส แก้ววิเชียร (2564) ได้ศึกษานโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย:

ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้าการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์วิเคราะห์กระบวนการนโยบาย ค้นหาปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางและการนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติ ในจังหวัด สังเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้บริหารจากส่วนกลาง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบาย และผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ระดับจังหวัด ที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และแบบประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (focus group) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานการดูแลระยะกลาง (inter-mediate care) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนโดย ผู้พัฒนาและผู้ดำเนินนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติทุกระดับ ร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary) ในลักษณะ เครือข่ายบริการตามแผนบริการ (service plan) ที่เน้นผู้สูงอายุ 3 โรคหลัก ประสบความสำเร็จในบางจังหวัด แต่ยังต้องการการพัฒนาระบบนโยบายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ดังนี้ เพิ่มการสื่อสารนโยบายถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ ขยายและเพิ่มเติมบริการ intermediate care ไปสู่กลุ่มโรคอื่นและกลุ่มอายุอื่นที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับ บริการแบบ intermediate care สนับสนุนการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) บริการ เพื่อสร้างระบบการจ่าย ชดเชยค่าบริการให้เป็นกองทุนเฉพาะ บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อ ระหว่าง intermediate care และการดูแลระยะยาว (long term care) ผลักดันการจัดสรรอัตรากำลังแบบสหวิชาชีพที่จำเป็น เหมาะสมกับหอผู้ป่วยหรือมุมผู้ป่วย intermediate care ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และควรพัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วย intermediate care ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบเดียวกันทุกพื้นที่

คมสันท์ ฐานะโชติพันธ์ (2565) ได้ศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 และ (2) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 20 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องที่ศึกษานี้ ได้แก่ ผู้บริหารภาครัฐระดับนโยบาย แพทย์พยาบาล นักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการวิเคราะห์

ข้อมูลโดยวิธีการสรุปความแบบพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ยังเพิ่มมากขึ้นทำให้มีปัญหสถานที่ไม่การดูแลรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการรักษาและปฏิบัติงาน การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย การขาดความรู้ในการปฏิบัติงานบุคลากร การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เกิดปัญหาข้อขัดแย้งทำ ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และความไม่เชื่อมั่นในการฉีดวัคซีน และ(2) การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านนโยบายมีการดำเนินนโยบายที่ต้องมีความเหมาะสม ยืดหยุ่น สอดคล้องกับสถานการณ์และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการบริหารจัดการ มีการนำนโยบายของกระทรวงไปปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศในรูปแบบ One stop service ด้านบุคลากร มีการแบ่งการทำงานตามสถานการณ์ การจัดสรรกำลังคนเน้นความเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องทำและจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 มีการสร้างความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรด้านงบประมาณ มีการอนุมัติงบประมาณสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและการบริหารค่าตอบแทน ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ มีการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ในการป้องกันและดูแลรักษา มีการกำหนดวิธีการ หลักเกณฑ์ และกระจายไปให้ภาคส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ด้านสถานที่ขณะที่โรคระบาดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 จึงต้องจัดเตรียมสถานที่ไว้ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนาม

ณัฐหทัย นิรัตติชัยและคณะ (2564) ได้ศึกษาระบบสาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติพบว่า การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ได้สร้างความเสียหายให้แก่กานานาประเทศทั่วโลกอย่างมหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อชีวิตของประชาชนที่ต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากและเช่นเดียวกับประเทศไทย นับวันสถานการณ์ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ระบบสาธารณสุขไทยกำลังอยู่ในขั้นวิกฤติ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ เวชภัณฑ์การรักษาเริ่มหายาก วัคซีนที่มีไม่เพียงพอต่อประชาชนสถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน แม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการต่างๆ ออกมาบังคับใช้เพื่อยับยั้งการระบาดไม่ให้รุนแรง แต่มาตรการดังกล่าวยังไม่เพียงพอที่จะหยุดจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นได้ สิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรรับทำอย่างยิ่งในตอนนี้ คือ การเร่งหาวัคซีนมาฉีดให้แก่ประชาชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้เกิดขึ้น การจัดหาเวชภัณฑ์ ยารักษาโรคให้เพียงพอ และที่สำคัญที่สุด คือ ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งการจัดการและการแก้ปัญหาในสถานการณ์วิกฤติจะต้องทำอย่างรอบคอบและรวดเร็ว การแก้ปัญหาได้เร็วจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนและนานาชาติ ซึ่งนับเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่จะนำบทเรียนของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ในครั้งนี้ไปปรับปรุง พัฒนา ให้ระบบสาธารณสุขของไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

คือ ผู้บริหารของโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพใน IMC ward ของโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 สูง โดยพิจารณาจากรายงานสถิติ รายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ได้มาจากกลุ่มประชากร จำนวน 28 คน คือผู้บริหาร 8 คน และพยาบาลวิชาชีพ 20 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) โดย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 สูง โดยพิจารณาจากรายงานสถิติรายงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอจอมทอง และอำเภอฝาง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือปฏิบัติงานที่ IMC Ward และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างน้อย 1 ปีและเกณฑ์ การคัดออก คือ ไม่เคยปฏิบัติงานที่ IMC Ward และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการประยุกต์ใช้จาก Six Building Blocks of a Health System of WHO ที่ประกอบด้วยหัวข้อในการวิเคราะห์ตามสภาพการณ์ 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งประกอบด้วย

1. ระบบบริการ (Service delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research design) สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินดูแลผู้ป่วย IMC ในสถานการณ์โควิดในด้าน ผลกระทบปัญหา อุปสรรค และเพื่อประเมินแนวทางการแก้ไข

ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1

ศึกษาและประเมินอุบัติการณ์ของโรคโควิด-19 และสถานการณ์ผู้ป่วย IMC ของ จังหวัดเชียงใหม่ โดยค้นคว้าจากเอกสารทั้งในและต่างประเทศจากงานวิจัย รายงานและสื่อสิ่งพิมพ์จากข้อมูลที่มีอยู่ในรูปแบบต่างๆ ระหว่างธันวาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 ด้วยกรสืบค้นจาก ThaiJo, Google Scholar, PubMed, CINAHL สืบค้น รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และสถานการณ์ผู้ป่วย IMC ในประเทศไทยจากเว็บไซต์ของ หน่วยงานที่เชื่อถือได้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับบริการผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และรวบรวมข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคในการ บริการ ผู้ป่วย IMC จากภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 2

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างผู้ให้ข้อมูลสำคัญของแต่ละ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน IMC ward จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 3

ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของ โรงพยาบาลจังหวัดที่เชียงใหม่ เพื่อค้นหาสถานการณ์ผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการผู้ป่วย IMC ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงเอกสาร และข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสัมภาษณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ และแบ่งแยกเป็นหัวข้อสำคัญ (thematic content analysis) ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO โดยใช้วิธีการของลินคอล์นและกัวบ้า สังเคราะห์เนื้อหาแบบ deductive coding จาก ข้อมูลการสัมภาษณ์ถอดเทปแบบคำต่อคำและค้นหาประเด็นสำคัญ เพื่อค้นหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและจำแนกประเด็นหลักโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis research) ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Six Building Blocks of a Health System of WHO เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P)

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น การรักษาที่ทันสมัยส่งผลให้ผู้ป่วยที่ซับซ้อนมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากความต้องการใช้เตียงมีมาก เกิดความแออัด ดังนั้นเมื่อพ้นระยะวิกฤติหรือเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางส่วนยังต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่หลงเหลืออยู่จากการเจ็บป่วยหากพลาดโอกาสในการเข้าถึงบริการอาจเกิดผลเสียทางสุขภาพตามมา ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงร้อยละ 43 อีกทั้งการให้บริการหลังระยะเฉียบพลันไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมและเพียงพอกลายเป็นผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน การดูแลระยะกลาง (intermediate care: IMC) เป็นหนึ่งใน service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ที่การตอบสนองต่อปัญหาการเข้าถึงการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเชื่อมรอยต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ให้แก่ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและเฉียบพลัน ที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนให้สามารถช่วยเหลือตนเองกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ ลดการเข้าสู่การดูแลระยะยาว จุดเน้นของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเบื้องต้นได้กำหนดเป้าหมายไว้ 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ที่มีความผิดปกติทางร่างกายได้แก่ 1) stroke 2) traumatic brain injury (TBI) 3) spinal cord injury ต่อมามีการขยายไปยังกลุ่มโรคอื่น ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถานบริการ การให้บริการระยะกลางยังมีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ มีความแตกต่างกันในส่วนของ การเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเครือข่าย การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายกลุ่มวัยของผู้รับบริการและการกำหนดจำนวนวันนอนของการให้บริการ รวมทั้งยังมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกันตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ A และ S การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ M และ F การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การลงเยี่ยมบ้านและการให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่นหรือครอบครัวเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูที่บ้าน รวมทั้งความแตกต่างในการให้บริการฟื้นฟู ซึ่งมีทั้งการดำเนินงาน IMC แบบเข้ม คือมีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละ 3 ชั่วโมง และแบบปานกลาง คือ มีชั่วโมงการให้การฟื้นฟูสัปดาห์ละ 1-2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase)และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทาง

ร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทํากิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทํากิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ การออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นโดยเร็ว การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) โดยทำหน้าที่ประเมินผลในพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทําการประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโครงการ และพื้นที่ที่มีการดําเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างสม่าเสมอมาก่อนหน้านี้ เพื่อเป็น Benchmark สำหรับพื้นที่ที่พัฒนาใหม่

กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ลงนามความร่วมมือกับประเทศญี่ปุ่น (JICA) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ในการพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งมีระยะเวลาการดําเนินโครงการ 5 ปี คือ กันยายน 2560 - สิงหาคม 2565 โดยในปีแรกเป็นการสำรวจและศึกษาข้อมูลเพื่อจัดทํารูปแบบแผนแม่บทการให้บริการในปีที่ ๒-๔ ได้ดําเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และมีการติดตามและประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ ซึ่งมีพื้นที่นําร่องคือพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ การดําเนินโครงการดังกล่าว สามารถพัฒนาระบบการดูแล Intermediate Care แบบไร้รอยต่อในระดับพื้นที่นําร่องต้นแบบในจังหวัดอื่น ๆ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีการดําเนินการดูแลระยะกลางในในสถานการณ์ดังนี้

สถานการณ์ที่ไม่มีการระบาดของโรคระบาด (สภาวะปกติ)

จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ข้อมูลสถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ระบุว่าจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนประชากร รวมประมาณ 1,700,000 คน ใน 25 อำเภอ หน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง รพ.สต. 267 แห่ง และศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน 7 แห่ง นอกจากนี้หน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขอีก 9 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนอีก 15 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ได้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยทั่วไปแล้ว หลังจากรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามพื้นที่ ทั้งนี้ ในจังหวัดเชียงใหม่ มีการแบ่งพื้นที่การบริการทางการแพทย์ออกเป็น 4 พื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง เพื่อการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะ ได้แก่ รพ. สาร์กี รพ. ผาง รพ. จอมทอง รพ. สันป่าตอง และ รพ.สันทราย โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถให้บริการได้ในรูปแบบการจัดเตียงสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ยกเว้นโรงพยาบาลสาร์กีที่มีหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลาง

โดยเฉพาะ ซึ่งมีศักยภาพอย่างมากในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อมา หลังจากได้รับการดูแลระยะกลาง ซึ่งโดยปกติจะใช้เวลานานสุด 6 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสถานะสุขภาพและถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. และศูนย์ดูแลตอนกลางวันซึ่งมีอยู่ 7 แห่ง หรือเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพและความตกลงของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19

โดยทั่วไปพบว่า การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดเชียงใหม่ยังคงดำเนินไปตามแผนตั้งแต่ต้น อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้พื้นที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบและเลื่อนกิจกรรมบางอย่างออกไปเช่น โปรแกรมการฝึกอบรม เป็นต้น นอกจากนี้ การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการก็อาจต้องเลื่อนออกไปด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่มีความพร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับการดูแลระยะกลางเนื่องจากทรัพยากรบุคคลด้านการดูแลสุขภาพมีจำกัด รวมทั้งอุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูก็มีไม่เพียงพอ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของจังหวัด ทั้งนี้ อาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมจากการฝึกอบรมแบบเข้มข้น เป็นการฝึกปฏิบัติงานจริงให้กับหน่วยงานเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน การจัดทำข้อมูลรายรับและต้นทุนก็ไม่ได้ดำเนินการดำเนินงานในระดับจังหวัดเนื่องจากประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและหลักประกันสังคมแห่งชาติ

ความท้าทายหลักในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ของจังหวัดเชียงใหม่ในการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อผ่านการดำเนินโครงการ ได้แก่ ประการแรก ความไม่เสถียรของระบบข้อมูลการส่งต่อที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามพบว่า โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นผู้นำในการใช้โปรแกรม Thai COC สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งสามารถเป็นตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่ดีให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดได้ ในส่วนการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อการประสานส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางนั้นพบว่า ความแตกต่างในศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เป็นอีกหนึ่งความกังวลที่อาจมีผลต่อ การดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ อย่างไรก็ตาม องค์กรบริหารส่วนจังหวัดมีแผนที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ แม้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจะมีศักยภาพสูง แต่มีโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางได้ เป้าหมายระยะยาวของโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่นำร่องคือ การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียและสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลระยะกลางและสร้างเสริมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ อย่างไรก็ตาม บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นด้านความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งกับชุมชนในพื้นที่ สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อในจังหวัดเชียงใหม่ได้

การวิเคราะห์ของผู้ศึกษา นี้ได้ใช้ Six Building Blocks of A Health System หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อ้างอิงอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย

1. Service Delivery - การให้บริการ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน โดยหลักการสำคัญของการให้บริการ คือ ต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่มุ่งที่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ดังนั้น จึงต้องมีการออกแบบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมกัน

2. Health Workforce - กำลังคนด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายรวมถึง บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่ทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลาทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก็ตาม

3. Information System - ระบบสารสนเทศการมีระบบสุขภาพที่ดีนั้นจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุม มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อลดความผิดพลาดในระบบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งระบบสารสนเทศที่ดีจะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิผลอีกด้วย

4. Medical Products, Vaccines & Technologies - ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็น มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และคุ้มค่างบราคา

5. Financing - การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือนำไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย

6. Leadership/Governance - ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ เรื่องนี้มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้นำจำเป็นต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุมรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ให้ระบบสุขภาพของประเทศเกิดความสมดุลและยั่งยืน ที่ทำให้ สามารถที่จะมองเห็นภาพรวมขององค์การทั้งหมดตามหน้าที่ที่สัมพันธ์ในการที่จะช่วยในการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) ดังต่อไปนี้ประกอบด้วย

ระบบบริการ (Service Delivery)

ระบบบริการ จังหวัดเชียงใหม่เริ่มดำเนินงานจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยให้บริการแก่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะกลาง และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ซึ่งเป็นสาขาของโรงพยาบาลสารภี (ระดับ F) รับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว กรณีผู้ป่วย ยังมีอาการไม่คงที่และยังมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวโรงพยาบาลนครพิงค์จะประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา

โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

เกณฑ์ในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ (onset duration มีญาติหรือผู้ดูแลเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) หรือในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โดยมีระบบการให้บริการดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ความถี่ในการให้บริการครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย

2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีจำนวนเตียงให้บริการ 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งในเขตอำเภอสารภี และอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อโรงพยาบาลนครพิงค์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสารภี แพทย์เจ้าของไข้จะประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัด หลังจากนั้น โรงพยาบาลสารภีจะประสานโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามความยินยอมของผู้ป่วยและ ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย เป็นแพทย์จิตอาสาทุกวันอังคารและวันศุกร์ บริการที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล คือ บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นหลัก โดยมีแพทย์แผนไทยและการฝังเข็ม (แผนจีน) เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (intensive rehabilitation program) 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 2 สัปดาห์

3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย โรงพยาบาลจะประสานข้อมูลการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group) กรณีเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภีทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health care) ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และประเมินความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอสารภี ติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC ปัญหาด้านระบบบริการพบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป(ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานของทีม IMC เชียงใหม่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- 1) มีระบบบริการที่มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็งของพื้นที่
- 2) มีระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอลและแอปพลิเคชันไลน์
- 3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ดูแล

4) มีระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เพื่อการดูแล

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คนและโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้นและหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลักปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSXP และ Hospital OS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines)

สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดทำบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่ จัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน จะได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

พบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่มียุทธศาสตร์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (on top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาบริการระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายการพัฒนาบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการภารกิจด้านการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสามารถกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

- การบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
- ทีมที่เข้มแข็ง
- การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- การให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล แม้จะมีข้อจำกัด

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางร่วมกันกับพื้นที่ ในการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในระยะฟื้นฟูสุขภาพอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการของผู้ป่วย และสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

- เกิดรูปแบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชื่อมโยงการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

- สืบเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้การดำเนินงานของพื้นที่ค่อนข้างยากลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายหลุดออกจากระบบการติดตาม ทำให้ผู้ดำเนินงานต้องมีกาดำเนินงานดึงผู้ป่วยเข้าสู่ระบบอีกครั้ง

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเชื่อมโยงเครือข่ายบริการยังไม่ครอบคลุมในระดับ รพ.สต. และรพช. รวมถึงระบบส่งต่อในเครือข่ายและนอกเครือข่ายบริการ บางรพ.มีครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และยังไม่มียุทธศาสตร์ on top
2. บุคลากรยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care
3. ปัญหาโปรแกรมการส่งต่อหลายระบบและปัญหาการเชื่อมต่อระบบ IT

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภายใต้โครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการประยุกต์ใช้จาก Six Building Blocks of a Health System of WHO ที่ประกอบด้วยหัวข้อในการวิเคราะห์ตามสภาพการณ์ 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care พื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งประกอบด้วย

1. ระบบบริการ (Service delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงตั้งแต่ มีนาคม – กรกฎาคม 2564 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 8 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Intermediate ward จำนวน 20 คน รวม 28 คน โดยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ตามหลัก 6 หัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า

1 ระบบบริการ (Service Delivery)

ระบบบริการ จังหวัดเชียงใหม่เริ่มดำเนินงานจัดระบบบริการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยให้บริการแก่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคที่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะกลาง และประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ซึ่งเป็นสาขาของโรงพยาบาลสารภี (ระดับ F) รับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว กรณีผู้ป่วย ยังมีอาการไม่คงที่และยังมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวโรงพยาบาลนครพิงค์จะประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเกณฑ์ในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ (onset duration มีญาติหรือผู้ดูแลเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วย

สามารถเข้ารับบริการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) หรือในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โดยมีระบบการให้บริการดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) รับผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภี ความถี่ในการให้บริการครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อราย

2. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD case) มีจำนวนเตียงให้บริการ 10 เตียง รับผู้ป่วยทั้งในเขตอำเภอสารภี และอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อโรงพยาบาลนครพิงค์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสารภี แพทย์เจ้าของไข้จะประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัด หลังจากนั้น โรงพยาบาลสารภีจะประสานโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒน์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ตามความยินยอมของผู้ป่วยและ ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย เป็นแพทย์จิตอาสาทุกวันอังคารและวันศุกร์ บริการที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล คือ บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เป็นหลัก โดยมีแพทย์แผนไทยและการฝังเข็ม (แผนจีน) เข้ามาร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (intensive rehabilitation program) 3 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 2 สัปดาห์

3. รูปแบบบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย โรงพยาบาลจะประสานข้อมูลการส่งต่อคนไข้ผ่านทางโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ (Line group) กรณีเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอสารภีทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health care) ลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และประเมินความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อ Barthel index >15 คะแนน ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและประเมิน Barthel index ในเดือนที่ 2, 4 และ 6 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกเขตอำเภอสารภี ติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC ปัญหาด้านระบบบริการพบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒน์ ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไป(ระดับ S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) อีก 21 แห่ง ทำให้จำเป็นต้องมีการขยายบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และลดความพิการ รวมทั้งลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานของทีม IMC เชียงใหม่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- 1) มีระบบบริการที่มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เข้มแข็งของพื้นที่
- 2) มีระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอลและแอปพลิเคชันไลน์
- 3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ดูแล
- 4) มีระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เพื่อการดูแล

2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนครพิงค์ (ระดับ A) จำนวน 1 คนและโรงพยาบาลสันทราย (ระดับ M) จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 111 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 33 คน

นักแก้ไขการพูด จำนวน 1 คน พยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน 1 คน และพยาบาลหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูระยะสั้น 1 คน ปัญหาด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีก 22 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลยังขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง และยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งระยะสั้น และหลักสูตรเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 เดือน อีกทั้ง จำนวนนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม SSB HOSXP หรือ Hospital OS และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) และความก้าวหน้าในการให้บริการ (Progress note) จะบันทึกในเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นหลักปัญหาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง มีความหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม SSB HOSXP และ Hospital OS ทำให้เกิดปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูล ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูลเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

4 สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines)

สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การจัดให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทางกายภาพบำบัดทั่วไป และใช้สื่อองค์ความรู้ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัญหาด้านสื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และยังไม่มีความรู้ในการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการสื่อสารระบบการจัดบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสิทธิการรักษา ได้แก่สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามสิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมใด ๆ จากภาครัฐ สำหรับโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเป็นโรงพยาบาลที่ จัดตั้งขึ้นจากความร่วมมือของชุมชน จะได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ยังมีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่มียุทธศาสตร์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายกรณี (on top) ที่สามารถรองรับการพัฒนาบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายการพัฒนาบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในระดับ M และ F ให้มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะกลางมาดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริหาร

ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และบูรณาการภารกิจด้านการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสามารถกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

- ใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของจังหวัดเชียงใหม่
- พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา (Consult) ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง
- พัฒนา Intermediate care ลงสู่ชุมชน และสร้างระบบให้แก่ลูกข่าย
- พัฒนาความรู้ CM Intermediate care ในระดับ รพ.สต. เครือข่าย
- อบรมผู้จัดการการดูแล Care Manager Caregiver ให้ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ เนื่องจาก Care Manager มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และ Caregiver มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ รวมทั้งจัดอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วย เช่น การฝึกกลืน การฝึกพูด หรือคู่มือโปรแกรมการฟื้นฟูกายภาพ
- มีการติดตามการดำเนินงานพร้อมจัดเวทีนำเสนอผลงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายคืนข้อมูลให้กับชุมชน และร่วมกันแก้ไขปัญหา

อ้างอิง

Von Bertalanffy. (1956). *General System Theory: General Systems*.

กระทรวงสาธารณสุข. (2561, 10 พฤศจิกายน 2561). สาธารณสุขใช้ 3 ยุทธศาสตร์ลดแออัดโรงพยาบาลใหญ่ "ลดเจ็บป่วย-เพิ่มประสิทธิภาพ-พัฒนาศักยภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16450>

กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,สำนักงานใจก้าวประเทศไทย,. (2563). การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง. บริษัทสำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง *Guideline for Intermediate care* สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan). บริษัท บอรัณ ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ม.ป.ป. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub-acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.