



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการรูปแบบการพัฒนาาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่



จัดทำโดย

แพทย์หญิงชลากิพย์ ชื้อวัฒน์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรกริช กล้าพวง
นายแพทย์รณาสีทธิ์ วิจิตรพันธ์
อาจารย์ ดร.ศิวพร สุกฤตานนท์

อาจารย์อัคริมา นันทนาสิทธิ์
นางจามจุรีย์ เลิศจันทร์
นางทิพมาศ ไชยชนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ได้รับการสนับสนุนจาก ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม
แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย: โครงการรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่

ISBN: 978-616-398-919-2

ผู้วิจัย: แพทย์หญิงชลาทิพย์ ชี้อวัฒนะ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรกริช กล้าผจญ
นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์
ดร.ศิวพร สุกฤตตานนท์
อัคริมา นันทนาสิทธิ์
จามจूरีย์ เลิศจันทร์
ทิพมาศ ไชยชนะ

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
ดร.เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล
สุรภี ทานเคหาสน์
สุณิสสา เสนาหวาน

ออกแบบและพิมพ์: อรุณวดี กรรมสิทธิ์

จัดทำโดย: หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่
โทรศัพท์ 0 5394 2504

พิมพ์ครั้งแรก: กุมภาพันธ์ 2567

พิมพ์ที่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด
โทรศัพท์ 081-8836720

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

คำนำ

งานวิจัยรูปแบบการพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัย โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตโดยเน้นใน 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะ บาดเจ็บที่ไขสันหลัง ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และภาวะกระดูกหักรอบข้อสะโพกในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะทุพพลภาพตามมา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราความพิการ ลดอัตราการพึ่งพิง สามารถกลับสู่สังคมได้ตามศักยภาพ การบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกลางจึงมีความจำเป็นและสำคัญมาก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสามารถรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้มา ดูแล จึงมีการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในระยะฟื้นฟูสภาพ ภายในระยะเวลา 6 เดือน และเนื่องจาก เมื่อปี 2563 โรงพยาบาลสันทรายซึ่งเป็นแม่ข่าย ในเขตการบริการ ที่สอง ได้ทำโครงการพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางนำร่อง 10 อำเภอของจังหวัด เชียงใหม่ และในครั้งนี้เป็นผลของการพัฒนาไปสู่ทั้ง 25 อำเภอ ทั้งยังรวมถึงโรงพยาบาลเครือข่ายที่ให้ การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน อาทิเช่นโรงพยาบาลประสาธน์ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้มีการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางภายใต้มาตรฐานเดียวกัน จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และรองศาสตราจารย์ดร.วราภรณ์ บุญเชียง รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำแนะนำและคำปรึกษาจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างดีจน ทำให้การศึกษาสำเร็จตามที่คาดหวัง

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ กระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์ฟื้นฟู 2) บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน และ 3) ผู้ป่วยระยะกลางเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine แบบประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ และตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 4 หลักสูตร 2) สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ที่ใช้เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 3 รูปแบบ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ สื่อภาพเคลื่อนไหวสำหรับช่องทาง TikTok และสื่อสิ่งพิมพ์รูปแบบดิจิทัล และ 3) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine ประกอบด้วย แอปพลิเคชัน Speedy Plan และ แอปพลิเคชัน Speedy Tele

ผลจากการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ใน 25 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 1) ร้อยละ 63.51 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 71.62 มีความคิดเห็นว่าเนื้อหาในบทเรียนมีความน่าสนใจและทันสมัยมากที่สุด 2) ร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นต่อภาษาที่ใช้ในสื่อรณรงค์สุขภาพว่ามีความเข้าใจง่าย ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย และเนื้อหาของสื่อที่ผลิตตรงกับปัญหาในระดับมากที่สุด ในขณะที่ ร้อยละ 59.52 ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนและผู้ป่วยระยะกลางมีความเห็นต่อภาษาที่ใช้ในสื่อรณรงค์สุขภาพว่าเข้าใจง่ายในระดับมาก 3) ร้อยละ 57.10 และ ร้อยละ 54.17 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแอปพลิเคชัน Speedy Plan และแอปพลิเคชัน Speedy Tele มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติในระดับปานกลางตามลำดับ และ 4) ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลจำนวน 24 แห่ง ของจังหวัดเชียงใหม่ ตามตัวชี้วัด 11 ข้อ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ใน 10 ตัวชี้วัด ยกเว้น ตัวชี้วัดที่ว่าร้อยละของผู้ป่วยระยะกลางตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน พบว่า มีร้อยละ 58.33 ของโรงพยาบาลทั้งหมดไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดนี้ ดังนั้น ควรมีการนำระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, การบริการบริบาลฟื้นฟู, ผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

This research and development study aimed to develop an intermediate care and rehabilitation service system for Chiang Mai Province. The development process was divided into three phases: 1) situation analysis, 2) implementation, and 3) evaluation. The participants were purposively selected and consisted of: 1) healthcare personnel providing care for mid-term patients in hospitals, health promoting hospitals, and rehabilitation centers, 2) healthcare personnel providing care for mid-term patients in the community, and 3) Mid-term patients. The instruments used in the study were interview questions guideline, a questionnaire on the feasibility of using a curriculum to enhance the potential of multidisciplinary professionals in intermediate care, a questionnaire on the feasibility of using health promotion media to promote participation in the intermediate care and rehabilitation system, a questionnaire on the feasibility of using a discharge and follow-up planning program with Tele-medicine, an assessment of the intermediate care and rehabilitation system, an assessment of satisfaction with the academic conference and exchange of learning, presenting outstanding work and innovations in the development of the intermediate care system of various hospitals in Chiang Mai Province, and indicators of the intermediate care and rehabilitation services. The data were analyzed using content analysis for qualitative data and descriptive statistics for quantitative data.

The results of this study led to the development of an intermediate care and rehabilitation service system for Chiang Mai Province, consisting of: 1) four potential enhancement courses for multidisciplinary professionals in intermediate care, 2) three types of health promotion media to promote participation in the intermediate care and rehabilitation system in Chiang Mai Province disseminated through social media, such as video media, animated media for TikTok, and digital print media, and 3) a Tele-medicine discharge and follow-up planning program, including Speedy Plan application and Speedy Tele application.

The developed intermediate care and rehabilitation service system was implemented in 25 districts of Chiang Mai Province. The results of the implementation are as follows: 1) 63.51% of the sample group had the highest level of overall satisfaction with the potential enhancement courses, with 71.62% of them found the course content to be the most interesting and up-to-date, 2) 62.50% of the healthcare personnel in the sample group agreed the language used in the health promotion media is easy to understand, the font size of the captions is easy to read, and the content of the media is highly relevant to the problems, while 59.52% of those who took care of mid-term patients in the community and the mid-term patients found the language used in the health promotion media easy to understand, 3) 57.10% and 54.17% of the sample group found the Speedy Plan

application and the Speedy Tele application to have moderate feasibility for practical use, and 4) the evaluation result of the intermediate care system implementation in 24 hospitals in Chiang Mai Province using 11 indicators showed that most hospitals passed the criteria of 10 indicators. However, 58.33% of the hospital did not meet the criteria of the last indicator which assessed the percentage of mid-term patients in the target disease groups with a Barthel index increase of at least 2 points. Therefore, the developed intermediate care and rehabilitation service system should be implemented and continuously developed to improve the efficiency of an intermediate care.

Keywords: System development, Rehabilitation, Intermediate care

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู	5
การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ Service Plan การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง	6
รูปแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทย	7
กรอบแนวคิด	9
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	10
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	10
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	11
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล	13
การวิเคราะห์ข้อมูล	16
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	17
ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการบริการ บริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัด เชียงใหม่	17
ส่วนที่ 2 ระบบการบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่	27
ส่วนที่ 3 ผลความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร สหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	31
ส่วนที่ 4 ผลความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในระบบการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 5 ผลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตาม ดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine	43
ส่วนที่ 6 ผลงานเด่น นวัตกรรม และสิ่งประดิษฐ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ของแต่ละอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่	48
ส่วนที่ 7 ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	54
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย	56
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	56
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	57
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก แนวคำถามการสัมภาษณ์	61
ภาคผนวก ข แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพ บุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	63
ภาคผนวก ค แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริม การมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่	65
ภาคผนวก ง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine	67
ภาคผนวก จ แบบประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	70
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่	72
ภาคผนวก ช ตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่	73

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เกณฑ์การประเมินการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ Intermediate Bed	18
2	เกณฑ์การประเมินการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ Intermediate Ward	19
3	จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	20
4	โอกาสและอุปสรรคในการดำเนินการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	22
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 74)	31
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหา (n = 74)	32
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจด้านวิธีการถ่ายทอดของบทเรียนออนไลน์ (n = 74)	33
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (n = 74)	34
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อีโรรณรงค์สุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 88)	35
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลาง ที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อีโรรณรงค์สุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 126)	36
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้อีโรรณรงค์สุขภาพ (n = 88)	38
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลาง จำแนกตามความพึงพอใจต่อการใช้อีโรรณรงค์สุขภาพ (n = 126)	41
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 14)	44
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 24)	44
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้ออปพลิเคชัน Speedy Plan (n = 14)	45
16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้ออปพลิเคชัน Speedy Tele (n = 24)	47

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุม จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 57)	49
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุม (n = 57)	50
19	จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามผลการประเมินตามตัวชี้วัด (n = 24)	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากผ่านพ้นการดูแลระยะวิกฤตไปแล้ว โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนคือ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (acute brain injury) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury) และผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก (fracture Hip [fragility fracture]) ที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น จนสามารถช่วยเหลือตนเองกลับมาทำงาน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการ โรงพยาบาลทุกระดับล้วนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาาระบบบริการร่วมกัน การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการจัดให้มีบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดให้มีขึ้นที่โรงพยาบาลทุกระดับให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สำหรับพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ แม้ว่าจะมีการดำเนินงานมาโดยตลอด แต่ยังมีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านศักยภาพบุคลากร และความครอบคลุมการบริการ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการให้บริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยที่พ้นระยะการดูแลภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐาน

จากการศึกษาการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนโดยผู้พัฒนาและผู้ดำเนินนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติทุกระดับ ร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary) ในลักษณะเครือข่ายบริการตามแผนบริการ (service plan) ที่เน้นผู้สูงอายุ 3 โรคหลัก ประสบความสำเร็จในบางจังหวัด แต่ยังคงต้องการการพัฒนากระบวนการนโยบายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ดังนี้ เพิ่มการสื่อสารนโยบายถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ ขยายและเติมเต็มบริการ intermediate care ไปสู่กลุ่มโรคอื่นและกลุ่มอายุอื่นที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับการแบบ intermediate care สนับสนุนการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) บริการ เพื่อสร้างระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เพียงพอเฉพาะ บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อ ระหว่าง intermediate care และการดูแลระยะยาว (long term care) ผลักดันการจัดสรรอัตราค่าจ้างแบบสหวิชาชีพที่จำเป็น เหมาะสมกับหอผู้ป่วยหรือมุมผู้ป่วย intermediate care ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และควรพัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย intermediate care ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบเดียวกัน ทุกพื้นที่ (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564)

จังหวัดเชียงใหม่ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยให้มีทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อให้การดูแลและส่งต่อแบบไร้รอยต่อในปี พ.ศ. 2563 การพัฒนาระบบบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเชียงใหม่ได้นำร่องการดูแลในระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลจอมทอง และโรงพยาบาลสันป่าตอง โดยพัฒนาในโรงพยาบาลดังกล่าวให้มี Intermediate bed/ Intermediate ward เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ในโรงพยาบาล ก่อนที่จะดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน หรือดูแลต่อในพื้นที่ ในปีพ.ศ. 2564 ได้ขยาย การดูแลไปสู่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ทั้งเรื่องการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพบุคลากร การใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมของสห วิชาชีพ สำหรับปี พ.ศ. 2565 นี้ มีแผนการพัฒนาดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) การดูแลระดับชุมชน และครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้ผลดีนั้นควรดำเนินการเป็นรูปแบบ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ นอกเหนือไปจากทีมสหสาขาวิชาชีพในงานสาธารณสุข และครอบครัว ผู้ป่วยแล้ว จึงควรส่งเสริมให้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ส่วนราชการต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น พัฒนาสังคมส่วนท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ที่มีในพื้นที่ร่วม ดำเนินการในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน สำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น

ในปี พ.ศ. 2564 การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาไปตามแต่ละพื้นที่ตามเขตการบริการแต่ละโซน โดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายในโซนนั้น ๆ ให้การดูแลและกำหนดบทบาทการดูแลในพื้นที่ของตนเอง ผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัด เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยระยะกลางเพียง ร้อยละ 54.86 ได้รับการดูแลติดตามจนครบ 6 เดือน ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ชะงัก บางพื้นที่ปิดการให้บริการตามรูปแบบปกติ ปรับเปลี่ยนการดูแลเป็นแบบทางไกล หรือใช้เครื่องมือ การสื่อสารและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยแทน ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ บริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับแม่ข่ายโรงพยาบาลสันทรายและการเชื่อมโยงสู่เครือข่าย บริการโซนสอง จังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2564 โดยได้มีการออกแบบหลักสูตรอบรมศักยภาพพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-Learning แทนการอบรมในห้องประชุมร่วมกัน และเผยแพร่สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ผลจาก การศึกษาพบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมอบรมมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-Learning ในการ พัฒนาศักยภาพตนเองในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังการ อบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.43, p < 0.01$) (ชลาทิพย์ ชื่อวัฒน์ และ คณะ, 2565) อย่างไรก็ตามโครงการนี้ยังเป็นการพัฒนาเฉพาะบางโรงพยาบาลและในบางเขตบริการเท่านั้น ยังไม่ได้นำมาใช้ในในระดับของจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง นอกจาก บุคลากรทางการพยาบาลแล้ว ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ก็มีความสำคัญใน การดูแล ที่ยังต้องมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในทุกพื้นที่ ให้มีความรู้ที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ครอบคลุมระยะเวลา 6 เดือน ทีมการดูแลใน ชุมชน เช่น พยาบาลประจำ รพ.สต. นักบริบาลชุมชน อสม. เป็นผู้ดูแลหลักหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไปสู่ ชุมชน จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพด้วย

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ จากโครงการปี 2564 โดยขยายพื้นที่การพัฒนาจาก 7 อำเภอ โซน 2 เป็น 25 อำเภอ ครอบคลุมทั้งจังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้นให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานในแนวทางเดียวกันและเป็นไป ตามระบบแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มศักยภาพของบุคลากรให้ ครอบคลุมทั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำ รพ.สต. นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจัดทำสื่อเพิ่มเติมสำหรับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการ บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และสื่อเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับสาธารณสุขชนในวงกว้างผ่านช่องทาง

สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ได้แก่ Facebook YouTube Channel และพัฒนาแอปพลิเคชันให้ใช้ได้แพร่หลาย และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะเป็นอย่างไร
3. ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่จริงหรือไม่ อย่างไร

นิยามศัพท์

การบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลผู้ได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผนและเป็นทางการที่ให้การดูแลด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้าน basic activities daily living จนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง

ญาติผู้ป่วย (family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ดูแลผู้ได้รับการดูแลตั้งแต่ต้นจนถึงเข้านอน ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ สามีหรือภรรยา เป็นต้น ผู้ให้การดูแลจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับฝึกฝนหรือเรียนรู้การดูแลด้วยตนเอง

ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการครอบคลุมตามความบกพร่องของร่างกาย การจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม ความต้องการด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย สำหรับทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางประกอบด้วย แพทย์ (ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือเวชศาสตร์ครอบครัว) พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตรระยะสั้น 5 วัน หรือ หลักสูตร 4 เดือน) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นัก/ช่างกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และทันตกรรม (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

Intermediate bed หมายถึง การให้บริการ Less-intensive IPD rehab program โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดย โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมีการให้บริการ Intermediate Bed อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ระดับอำเภอ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

Intermediate ward หมายถึง การให้บริการ Intensive IPD rehab program โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงและอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง
3. รูปแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทย

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู

จากแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตาม International Classification of Functioning, Disability and Health ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นมิได้เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างหรือความบกพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียว หากยังเชื่อมโยงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการกลับเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นๆ จากมุมมองด้านสุขภาพดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดด้านบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ไม่ได้จำกัดเพียงการรักษาโรค หากแต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูอีกด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการ หรือมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ตามปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือระดับความสามารถที่มีอยู่เดิม โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ ศาสนา ศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มักประกอบด้วยกิจกรรมทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือคงระดับความสามารถได้ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค (rehabilitation in acute phase) โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู (subacute rehabilitation) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว (long term หรือ maintenance phase) เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หากผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถต่ำลงจากโรคหรือมีความพิการไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมภายหลังการรักษาโรคอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเทศอังกฤษมีการจัดแบ่งระดับสถานพยาบาลตามศักยภาพการให้บริการฟื้นฟูเป็น 3 ระดับ โดยขึ้นกับทักษะและจำนวนของผู้ให้บริการ และมีการจัดแบ่งประเภทของผู้ป่วยตามระดับความซับซ้อน และระดับความต้องการบริการฟื้นฟู ได้แก่ Care level (ระดับความช่วยเหลือที่ต้องการ) Nursing care need (ระดับความต้องการด้านการพยาบาลเฉพาะ) Medical need (ระดับความต้องการบริการทาง

การแพทย์) Therapy need (ระดับความต้องการนักวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงจำนวนนักวิชาชีพที่ต้องการและความหนักเบาของบริการที่ต้องการได้รับ) และ Equipment need (ระดับความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วย) และในด้านระบบการคิดต้นทุนและการเบิกจ่ายเงินค่าบริการฟื้นฟูนั้นมีการคิดอัตราค่าจ่ายตามระดับความซับซ้อนของภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วย และผลลัพธ์การฟื้นฟูตามคะแนนความสามารถ Functional Independence Measure (FIM) ทั้งนี้ยังมีระบบการเก็บข้อมูล (minimal dataset) เพื่อประกอบการเบิกจ่ายและสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาระบบบริการต่อเนื่องได้ เช่น จำนวนวันนอน การวินิจฉัยนอกเหนือจาก ICD10 และค่าใช้จ่าย จากแนวทางในต่างประเทศ ผู้ป่วยที่มีระดับความซับซ้อนมากจะได้รับบริการฟื้นฟูเข้มข้นในรูปแบบผู้ป่วยในและการให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนจะเป็นการบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนต่ำหรือมีความต้องการการฟื้นฟูไม่มาก8 อย่างไรก็ตามในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย บริการฟื้นฟูส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเยี่ยมบ้านทำให้ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูในระดับรูปแบบเต็มที่ได้มาก และรูปแบบการเก็บข้อมูลยังไม่ชัดเจน ทำให้มีการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือที่หลากหลายตามแต่ความชำนาญในแต่ละพื้นที่ (คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู, 2559)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง “Intermediate Care” อยู่ภายใต้การตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนและตามบริบททรัพยากรของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และเชื่อมโยงงานบริการสุขภาพของแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ จำเป็นต้องมีการจัดทำข้อมูลสารสนเทศ มีการพัฒนาผลงานวิชาการทั้งงานวิจัย และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเกิดการประยุกต์และพัฒนาต่อยอดงาน ควบคู่กับการนำกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่เรียกว่า The Six Building Blocks เพื่อใช้วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินงาน อันนำไปสู่การกำกับการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย

1. การให้บริการ (service delivery) เป็นการส่งมอบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริม รักษา และธำรงสถานะสุขภาพที่ดี โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และครอบคลุมการบริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) จัดให้มีบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุข
3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information systems) สามารถสนองตอบต่อผู้ใช้ที่หลากหลายและเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เพื่อที่ระบบสุขภาพทุกระดับสามารถนำไปป้องกันปัญหา และความต้องการ
4. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ (access to essential medicines) โดยสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความเท่าเทียมในการเข้าถึงยา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ
5. การจัดระบบการเงิน (financing) การจัดระบบการเงินด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคล โดยบริหารจัดการงบประมาณให้เพียงพอต่อการทำให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมในการได้รับยาที่จำเป็น

6. ภาวะผู้นำ/การอภิบาล (leadership/governance) เป็นความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ อันนำไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ทั้งนี้ คณะกรรมการ คณะทำงาน ทุกระดับ ต้องเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการพัฒนา โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพร้อมกับ Service Plan สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ จนถึงปลายน้ำ ควรมีการทำงานร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ คณะกรรมการกำกับทิศทางนโยบายระดับจังหวัด/ระดับเขต สหสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต้องรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง และระบบบริการสาขาต่าง ๆ ตาม Service Plan ที่เกี่ยวข้อง ใช้หลักการ Service Plan คือ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” การจัดการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วย การบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันภายในเครือข่ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการเชื่อมต่อการพัฒนาบริการสาขาต่างๆ ตาม Service Plan ของเขตสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนต่อไป (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

รูปแบบการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนารูปแบบและแนวทางการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางมีความหลากหลายในแต่ละบริบทของพื้นที่ ดังต่อไปนี้

1. UTHAI Model จังหวัดอุทัยธานี

จากการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดอุทัยธานี จากกลุ่มตัวอย่าง 9 คน พบว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยและการส่งต่อยังไม่ครอบคลุม การพัฒนาศักยภาพไม่เพียงพอ ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟู ความถี่และระยะเวลาในการให้บริการไม่ได้ตาม protocol ของส่วนกลาง และต้องการการขับเคลื่อนจากผู้บริหารเพื่อสนับสนุน กำลังคน อุปกรณ์ และงบประมาณให้เกิดระบบที่ยั่งยืน ดังนั้น จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่ใช้ชื่อว่า UTHAI Model ประกอบด้วย

Unit คือ มีการจัดตั้งคลินิกหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นหน่วยให้การดูแลและคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการการฟื้นฟู

Team คือ มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรมบุคลากรตามหลักสูตร IMC แบบบูรณาการและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

Home health care คือการวางแผนเยี่ยมบ้าน และให้การดูแลโดยการจัดการตามปัญหาและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

Assistance from community คือให้ผู้ดูแลหลักได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีม ทั้งจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

Implementation คือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องสู่การดูแลในชุมชน ได้ทุกระบบ การใช้ข้อมูลข่าวสารสำหรับการจัดการดูแล มีการให้คำปรึกษา ส่งต่อข้อมูลและประเมินผลผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน

และยังมีการสร้างระบบบริการ 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) สร้างทีม 2) พัฒนาศักยภาพทีม 3) วางระบบ 4) เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศงาน กำกับ ติดตาม 5) ถอดบทเรียน ประเมินผลมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ

โดยการพัฒนาที่มีจุดเด่นคือมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้เชื่อมต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ไปจนถึง การดูแลที่บ้าน มีการสื่อสารและให้คำปรึกษาผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (น้อมจิต จันทรน้อย, 2563)

2. ARER Model จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในระยะแรก มุ่งเน้นผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง 5 ขั้นตอน (ARER Model) ประกอบด้วย

1) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของ ร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพจะมีการประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของ ร่างกาย เพื่อวางแผนการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ (**Barthel health Assessment; A**)

2) โรงพยาบาลแม่ข่ายจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare เพื่อติดตามดูแลและสื่อสาร ข้อมูลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ Barthel Index < 15 และ Barthel Index ≥ 15 ร่วมกับการมี Multiple Impairments (**Node Hospital a Referral System on Nemocare; R**)

3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) หรือได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 5 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกาย และไม่ ต้องการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก คือ ได้รับการฟื้นฟูอย่าง น้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน (**Rehabilitate by sub-node Hospital ; R**)

4) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูสภาพในโปรแกรม Nemocare เพื่อให้ทีมสุขภาพได้ใช้ ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (**Monitoring and Evaluation Health Status: E**)

5) คืบข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความจำเป็น และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้ มาตรฐานตามนัด ตามกำหนดการฟื้นฟูสภาพ และตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างมี ประสิทธิภาพ (**Data Retrieval on Visited: R**) (วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ, 2565)

3. ระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

บุคลากรสหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และ Caregivers ในพื้นที่อำเภออาจสามารถได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะ กลางโดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดทำ Flow chart การเข้ารับการดูแลฟื้นฟูในโรงพยาบาลทั้งแบบประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือใน การดูแล ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับ Service Plan และมาตรฐานการดูแล ซึ่งช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมี ความรู้ ความมั่นใจ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติใน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจน สำหรับการส่งต่อข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง ทันเวลามีความเหมาะสม โดยการใช้โปรแกรม Nemo Care ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่

เชื่อมโยงทั้งจังหวัดร้อยเอ็ด มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเป็นการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อ ลดขั้นตอนในการประสานงาน

ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลปัญหาที่ต้องติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Golden Period ได้รับการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ลดการ เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง และลดอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต (นภัสภรณ์ เจริญสะอาด, 2563)

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง กระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลและในชุมชน ในรูปแบบของ “world café” (Löhr, Weinhardt, & Sieber, 2020) เพื่อศึกษาประเด็นปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พร้อมทั้งออกแบบระบบบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางซึ่งประกอบด้วย หลักสูตรเพิ่มพูนทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Telemedicine 2) ระยะดำเนินการ เป็นการนำระบบบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ใน 25 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ และ 3) ระยะประเมินผล โดยประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปใช้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอ และเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และศูนย์ฟื้นฟูในจังหวัดเชียงใหม่
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์ฟื้นฟู ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาล 9 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลอมก๋อย โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลไชยปราการ โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา และโรงพยาบาลนครพิงค์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 33 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 1.1 เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริการการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อย 1 ปี
- 1.2 สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 1.3 เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากอำเภอแมริม ไชยปราการและแม่วาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 2.1 เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนที่อยู่อาศัย
- 2.2 สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 2.3 เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและประเมินผล

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
2. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน
3. ผู้ป่วยระยะกลาง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. จากโรงพยาบาล 25 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 247 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 1.1 ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อย 1 ปี
- 1.2 สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 1.3 เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักหรือญาติ ในจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 128 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อย 1 ปี
- 2.2 สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 2.3 เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. ผู้ป่วยระยะกลาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

3.1 เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลังหรือผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.2 มีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่าน้อยกว่า 15 คะแนน หรือเท่ากับหรือมากกว่า 15 คะแนนร่วมกับมี multiple impairments

- 3.3 สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 3.4 เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบ “world café” (Löhr, Weinhardt, & Sieber, 2020) โดยหมุนเวียนผู้ให้ข้อมูลหลักไปตามกลุ่มของนักวิจัยที่มีประเด็นคำถามแตกต่างกัน เพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในปัจจุบัน ปัญหาที่พบในกระบวนการดูแล และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด มีอยู่ 5 ประเด็น (ภาคผนวก ก)

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 2 ส่วน (ภาคผนวก ข) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ หน่วยงานที่สังกัด และวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) เนื้อหา 2) วิธีการถ่ายทอดของบทเรียนออนไลน์ 3) รูปแบบ Platform Canvas และ 4) ความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ

3. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 2 ส่วน (ภาคผนวก ค) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการใช้สื่อ ช่องทางสื่อที่ใช้ และการรู้จักสื่อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน คือ 1) การนำเสนอ 2) เนื้อหา และ 3) ความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการนำสื่อไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีความเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ

4. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Plan (การวางแผนจำหน่าย) และแอปพลิเคชัน Speedy Tele (การติดตามและนัดหมายผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน) ดังแสดงในภาคผนวก ง

5. แบบประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองเพื่อประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 ด้าน คือ 1) ระบบการดูแล/การให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง 2) การลงข้อมูลผู้ป่วยระยะกลาง 3) การ claim การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และ 4) การส่งต่อและการรับผู้ป่วยระยะกลาง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยผู้ประเมินจะเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ ดังแสดงในภาคผนวก จ

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อประเมินความพึงพอใจด้านการประชาสัมพันธ์ รูปแบบการจัดงาน เนื้อหาการเรียนรู้ และการได้รับประโยชน์จากการจัดงาน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ

7. ตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เป็นตัวชี้วัดเพื่อประเมินการจัดให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละโรงพยาบาล ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ดังแสดงรายละเอียดตัวชี้วัดเป้าหมาย และสูตรในการคำนวณในภาคผนวก ช

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ถึงโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด 25 อำเภอเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเครือข่ายแล้ว ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในการวิจัย ได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกา ลูกกลิ้งปากกาเคมี กระดาษบุรูป เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

2. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัจจุบัน ปัญหา จากผลการโครงการปี 2564 โดยวิเคราะห์ผลของหลักสูตรพัฒนาศักยภาพพยาบาล ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลของการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนาสื่อในการสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่อการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และสื่อเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับสาธารณสุขชนในวงกว้างผ่านตัวอย่างกลุ่มเป้าหมาย นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน
3. ทำการสนทนากลุ่มแบบ “world café” เพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มตามโรงพยาบาลและสถานที่ทำงานคือ 1) โรงพยาบาลสันทราย 2) โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาและโรงพยาบาลนครพิงค์ 3) โรงพยาบาลอมก๋อยและโรงพยาบาลจอมทอง 4) โรงพยาบาลฝางและโรงพยาบาลไชยปราการ และ 5) โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลแม่อาง ผู้ดำเนินการสนทนาประจำแต่ละฐานพร้อมทั้งผู้ช่วยพูดคุยตามแนวคำถามที่กำหนดแต่ละประเด็น กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยมีทั้งเขียนคำตอบในกระดาษ บนกระดาน หรือ กระดาษขนาดเล็ก มีการบันทึกเสียง เมื่อครบตามเวลาจะเวียนการสนทนารอบละ 30 นาที ไปตามโต๊ะ ตามลำดับ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะต้องให้ข้อมูลทั้ง 5 ประเด็น รวมเวลาทั้งหมด 150 นาที เมื่อครบแล้วให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อสรุปประเด็นที่สำคัญจากการสนทนา เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม
4. สรุปประเด็นที่ได้หลังจากการสนทนากลุ่ม
5. ออกแบบระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine
6. พัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับจังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งทีมการดำเนินงานเป็นโครงการย่อย 3 โครงการ ดังนี้

โครงการย่อยที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (จักรกริช กล้าผจญ และสยาม ทองประเสริฐ, 2567) มีวิธีการดำเนินการพัฒนาดังนี้

- 1) จัดประชุมทีมเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบการเรียนการสอนที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 2) จัดประชุมทีมเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบการเรียนการสอนที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 3) จัดประชุมทีมผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 13 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดเพื่อพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และอสม.
- 4) จัดประชุมทีมผู้วิจัยระหว่างโครงการย่อยที่ 1 และ 2 เพื่อออกแบบและผลิตสื่อการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบสื่อออนไลน์ จำนวน 20 หัวข้อ
- 5) จัดประชุมทีมผู้ทรงคุณวุฒิพัฒนาแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้สอดคล้องกับเนื้อหาในหลักสูตรส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

โครงการย่อยที่ 2 การพัฒนาสื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ (ศิวัพร สุกฤตานนท์, ชลาทิพย์ ชี้อวัฒน์, และอัคริมา นันทนาสิทธิ์, 2567) มีวิธีการดำเนินการพัฒนาดังนี้

- 1) จัดประชุมทีมเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา รูปแบบ และกลุ่มเป้าหมายที่จะรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
- 2) ผลิตสื่อรณรงค์สุขภาพ ทั้งในรูปแบบวีดิทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
- 3) จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ สหวิชาชีพ และทีมผู้ผลิตเพื่อนำเสนอสื่อที่ได้ผลิตขึ้น และปรับปรุงแก้ไขข้อมูลให้เหมาะสมและถูกต้อง

โครงการย่อยที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine มีวิธีการดำเนินการพัฒนาดังนี้

- 1) จัดประชุมทีมเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและออกแบบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
- 2) พัฒนา server ในส่วนกลางเพื่อรองรับการใช้งานของระบบการวางแผนการจำหน่าย และติดตามผู้ป่วย ด้วย Tele-medicine ทั้ง 25 อำเภอ

7. วางแผนการนิเทศงานและประชุมวิชาการสัญจรและเยี่ยมเสริมพลังงาน IMC ใน 6 อำเภอของ จังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย โรงพยาบาลสะเมิง โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลไชยปราการ โรงพยาบาลสันกำแพง โรงพยาบาลฮอด และโรงพยาบาลแม่อาย เพื่อติดตามการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และเสริมพลังในการทำงานในแต่ละท้องที่

8. วางแผนดำเนินการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่

9. ติดตามและปรับแก้ไขจนได้ต้นแบบระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับจังหวัดเชียงใหม่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง
2. นำระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับจังหวัดเชียงใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และอสม. ที่สนใจแต่ละคนเพื่อชี้แจงวิธีการลงทะเบียนเรียนหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบออนไลน์ วิธีการเรียนรู้ และการประเมินผล หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบประเมินความรู้ก่อนเข้าสู่บทเรียนออนไลน์ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจเนื้อหาในแต่ละบทเรียนและผ่านการประเมินผลภายหลังการเรียนบทเรียนออนไลน์แล้ว ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด กลุ่มละ 10 คน ขึ้นฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการบริการที่จำเพาะเจาะจงในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในรูปแบบ Onsite Training เป็นระยะเวลา 5 วันภายใต้การดูแลของทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้การฝึกปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 เผยแพร่สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่ ผ่านช่องทางสื่อโซเชียลมีเดีย ได้แก่ Facebook Youtube TikTok และ Line Official

2.3 จัดการอบรมเพิ่มศักยภาพแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่ เป็นเวลา 2 วัน โดยทีมวิทยากรจากภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 คน

2.4 จัดอบรมการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามผลการรักษาหลังกลับบ้านของผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเชียงใหม่ให้กับ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ เจ้าหน้าที่ดูแลระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 25 แห่ง

3. จัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้หรือศาสตร์ใหม่ๆ มาพัฒนางานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 25 อำเภอ รวมไปถึงโรงพยาบาลนอกเครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. จัดการนิเทศงานและประชุมวิชาการสัญจรและเยี่ยมเสริมพลังงาน IMC ใน 6 อำเภอของ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสะเมิง โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลไชยปราการ โรงพยาบาลสันกำแพง โรงพยาบาลฮอด โรงพยาบาลแม่วาง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงาน และเพื่อเยี่ยมเสริมพลังและสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน IMC

5. จัดการประชุมคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขา Intermediate care, Long term care และ Palliative เพื่อสรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 และสถานการณ์ เป้าหมายการ

ดำเนินงานกิจกรรม/โครงการ ที่ดำเนินการ ผลลัพธ์ตัวชี้วัด/การดำเนินการปัญหาอุปสรรคและประเด็น
โอกาสพัฒนาแผนพัฒนาต่อไปในปีงบประมาณ 2567

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้แบบสอบถามประเมินภายหลังการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสห
วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
2. ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบ
การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้แบบสอบถามประเมินภายหลังการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพผ่าน
ช่องทางสื่อต่าง ๆ
3. ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วย
ด้วย Tele-medicine โดยใช้แบบสอบถามประเมินภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Plan และแอป
พลิเคชัน Speedy Tele
4. ประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ผู้ประเมินใช้แบบสอบถามประเมินการ
ดำเนินงานการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของ 6 โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
5. ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงาน
เด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้
แบบสอบถามประเมินภายหลังการจัดประชุม
6. ประเมินการจัดบริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
จำนวน 24 แห่ง ตามตัวชี้วัดของ Service Plan IMC จังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน แล้วนำมา
สรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่
การแจกแจงความถี่ และร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
ครอบคลุม 25 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วย
ระยะกลางจังหวัด เชียงใหม่

ส่วนที่ 2 ระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัด เชียงใหม่

ส่วนที่ 3 ผลความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแล
ผู้ป่วยระยะกลาง

ส่วนที่ 4 ผลความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการ
บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 5 ผลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย
Tele-medicine

ส่วนที่ 6 ผลงานเด่น นวัตกรรม และสิ่งประดิษฐ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละอำเภอ
ในจังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 7 ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ มีจำนวนรวม 39 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน
3 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 9 คน นักกิจกรรมบำบัดจำนวน 6 คน นัก
โภชนาการจำนวน 1 คน แพทย์แผนไทยจำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
จำนวน 6 คน โดยร้อยละ 41.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
มากกว่า 3 ปี รองลงมา คือ 2 ปี 1 ปี น้อยกว่า 1 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.6 15.4 10.3 และ 7.7
ตามลำดับ

ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ผลจากการรวบรวมข้อมูลแบบ “world café” ในกลุ่มแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด
นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และอสม. พบ ประเด็นปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะ
ในการพัฒนาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับจังหวัด 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ระบบบริหารจัดการและการประเมินผลระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

ในประเทศไทยได้มีการกำหนดรูปแบบการจัดการการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็น 2
รูปแบบ คือ Intermediate Bed และ Intermediate ward ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือกรูปแบบ
การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลของตนเองได้ จากการสอบถามพบว่า โรงพยาบาลทั้ง 23 แห่ง

ในจังหวัดเชียงใหม่มีการบริหารจัดการและประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จำแนกตามเกณฑ์ในแต่ละรูปแบบดังนี้

1. Intermediate Bed มีเกณฑ์ทั้งหมด 8 ข้อหลัก และ 20 ข้อย่อย (ตารางที่ 1) โดยมีโรงพยาบาล จำนวน 22 แห่งที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบ intermediate bed จากทั้งหมด 23 แห่ง โดยมีโรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ ทั้งหมดทุกข้อ 2 แห่ง คือโรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลดอยหล่อ โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ โรงพยาบาลเชียงดาว ไม่ผ่าน 9 หัวข้อ สำหรับหัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ข้อ 8 อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ ข้อย่อย Plastic AFO ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ถึง 18 แห่ง (81.8%) และ หัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์รองลงมาคือ Shoulder/Bobath sling 72.7%

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ Intermediate Bed

ประเด็น	Intermediate Bed
1. จำนวนและลักษณะเตียง	มีอย่างน้อย 2 เตียง
	เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) 1 เตียง และเตียงเตี้ย 1 เตียง
	มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย
3. บุคลากรขั้นต่ำ	แพทย์
	พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3-5 วัน
	นักกายภาพบำบัด
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการ บริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD- IMC protocol)	Problem list & plan
	Team meeting report (1/wk)
	Standing doctor order sheet
	Activities protocol
5. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ/ยุติก่อนหาก BI = 20
	Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20
6. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟู สภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข)
	ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema
	สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices)	Shoulder – Bobath sling
	Plastic AFO
	One-point cane
	Tripod or quad cane

2. Intermediate ward ซึ่งมีเกณฑ์ทั้งหมด 8 ข้อหลัก และ 23 ข้อย่อย (ตารางที่ 2) โดยมีโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนาเพียงโรงพยาบาลเดียวที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ intermediate ward และผ่านเกณฑ์ในทุกหัวข้อ

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ Intermediate Ward

ประเด็น	Intermediate ward
1. จำนวนและลักษณะเตียง	มีอย่างน้อย 6 เตียง
	มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง
	มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย
3. บุคลากรขั้นต่ำ	แพทย์
	พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพหรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง)
	นักกายภาพบำบัด
	นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี)**
	นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี)**
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	มี Problem list & plan
	มี Team meeting report with goal setting
	มี Standing doctor order sheet
	รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk
5. มีการบริหารจัดการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20
	Occupational therapy (ถ้ามี)** 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI=20
	Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI= 20
6. มีการบริหารจัดการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI= 20
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญญัติ ข)
	ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema
	สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices)	Shoulder- Bobath sling
	Plastic AFO
	Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane
	Wheelchair

ประเด็นที่ 2 ระบบการจัดการการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง

จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยหลักการวิเคราะห์ SWOT (SWOT analysis) พบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการให้บริการดังแสดงในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

INTERNAL FACTORS	
STRENGTHS (+)	WEAKNESS (-)
<p>ด้านระบบการดูแล และให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการในการดำเนินงาน/โครงสร้างที่ชัดเจน - ผู้บริหารให้ความสำคัญ - มีทีมสหวิชาชีพร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ - มีศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. และ caregivers มาร่วมดำเนินการ - มีการประสานการดำเนินงานระหว่างทีมที่ดี - มีระบบการคัดผู้ป่วยระยะกลาง แนวทางการดูแล และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน - มีการวางแผนกำหนดเยี่ยมและติดตามร่วมกับสหวิชาชีพ - มีการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ห้องฝึก PT, OT, สถานที่ ,IMC Bedและแบบประเมิน - มีการคืนข้อมูลให้กับทีม/มีการ Feed back กลับเมื่อผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน - มีการทำ IMC round ward และมีระบบ Consult IMC ผ่านไลน์กลุ่ม <p>การลงข้อมูลผู้ป่วย การเก็บข้อมูล IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ และมีการประชุมทีมคณะกรรมการ/คณะทำงาน เดือนละ 1 ครั้ง - มีพยาบาลเป็น IMC manager ในการบันทึกข้อมูล - มีแบบฟอร์มในการประเมิน IMC ที่สามารถใช้ครอบคลุมทุกสหวิชาชีพในการบันทึกข้อมูล - มีรูปแบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูล CM-IMC การลงข้อมูลในไลน์ @ ที่เชื่อมโยง CM-IMC และบันทึกใน Google Sheet 	<p>ด้านระบบการดูแล และให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาขาดแคลนอัตรากำลังด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงาน IMC โดยเฉพาะแพทย์ และทีมงาน (Team meeting) - สถานที่ฟื้นฟูในโรงพยาบาลยังคับแคบ การแบ่งแยกโซนยังไม่ชัดเจน ขาดห้องน้ำผู้พิการ - ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟู เช่น Tilt Table, Hoist, เตียง, กายอุปกรณ์ และแบบฟอร์ม - ระบบอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียรในการใช้งาน Telemedicine - ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการประสานงานการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เชื่อมโยงการตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยกลับ - การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังไม่ครบตามเกณฑ์ - ไม่มี Flow/Goal Setting และ Stand doctor order <p>การลงข้อมูลผู้ป่วย การเก็บข้อมูล IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลเดียวทั้งจังหวัด - ไม่มีการส่งคืนข้อมูล/การตอบกลับระหว่างโรงพยาบาลที่เป็น Node เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสารภีบวร - ไม่มี Standing Doctor order และ BI Score ก่อนและหลัง ใน Progression ของ PT, OT - การเก็บข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกับชุมชน และโรงพยาบาลที่เป็น Node - โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถลงทะเบียน/บันทึกข้อมูลด้วยระบบ CM-IMC และการใช้ Speedy Tele และ Speedy Plan อย่างเต็มรูปแบบ

INTERNAL FACTORS	
STRENGTHS (+)	WEAKNESS (-)
<ul style="list-style-type: none"> - มี Flow ในการบันทึกข้อมูล/เก็บข้อมูลตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยงไปถึงตัวชี้วัดทั้งหมด - มี Metrix analysis สำหรับ IMC 	<p>3. การ Claim การให้บริการ IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - การ Claim ยังไม่ถูกต้อง ติด LTC และโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่เข้าใจระบบในเรื่องการส่ง E-claim - การลง Claim ขำ ลงข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่ถูกต้อง
<p>การ Claim การให้บริการ IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเจ้าหน้าที่หรือผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการลงข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Disability portal) - มีกองทุนในการทำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย - สามารถ claim IPD ได้ โดยที่ PT / OT ลง claim เอง รวมทั้ง OPD, IPD <p>การส่งต่อและการรับผู้ป่วย IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีทีมเยี่ยมติดตาม โดยร่วมดำเนินการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ - แพทย์เข้ามาร่วมเป็นทีมทำให้การดำเนินงานมีความเข้มแข็ง - มีอุปกรณ์ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น AFO, bobath arm sling, และอุปกรณ์ช่วยอื่นๆ - มีโปรแกรมที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน CPK COC program ที่ใช้งานทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - มีแนวทาง/เกณฑ์/Flow ในการรับและส่งต่อผู้ป่วย IMC ที่ชัดเจน รวมทั้งมีไลน์ในการรับส่งต่อข้อมูล - การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สหวิชาชีพ Caregiver ในการดูแลผู้ป่วย <p>ประเด็นอื่นๆ /นวัตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบูรณาการร่วมกัน IMC/ LTC/ PC/ HHC - มีระบบ Consult ผ่าน วิตีคอลโอ (Line consult) ระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน - มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน service plan 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มี การ Claim ผู้ป่วย IPD <p>การส่งต่อและการรับผู้ป่วย IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขาดการประชุมของ Team Meeting - การสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้านระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย หรือญาติ - การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนยังมีปัญหาการประสานงานในบางครั้งรวมทั้งขาดการตอบกลับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เช่น Barthel Index (BI) - มีปัญหาการใช้งานระบบ Tele-medicine <p>ประเด็นอื่นๆ /นวัตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลบางแห่งขาดการตั้ง Goal เพื่อปรับสภาพบ้าน โดยยึดผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลยังมีน้อย

ตารางที่ 4 โอกาสและอุปสรรคในการดำเนินการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

EXTERNAL FACTORS	
OPPORTUNITIES (+)	THREATS (-)
<ul style="list-style-type: none"> - ภาครัฐเครือข่าย เช่น อสม. ผู้ดูแล (Caregiver) ในการดำเนินงาน - การดูแลระยะกลาง IMC (Intermediate Care) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 1 ใน 13 ประเด็น (Quick win) - การได้รับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากส่วนกลาง - มีแอปพลิเคชันที่หลากหลายให้ประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อจำกัดด้านสัญญาณระบบอินเทอร์เน็ตบางพื้นที่ในการใช้งาน Tele-medicine - ข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนภารกิจไปสังกัด อบจ. - ข้อจำกัดด้านระยะทางบ้านผู้ป่วยบางรายที่ค่อนข้างไกล - ข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสาร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์

ประเด็นที่ 3 การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

จากการสอบถามพบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องการบทเรียนออนไลน์ (E-learning) เพื่อส่งเสริมศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 4 หลักสูตร ประกอบด้วย หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับนักกายภาพบำบัด หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับนักกิจกรรมบำบัด หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับ อสม. โดยทุกหลักสูตรควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะกลาง และมีการให้ความรู้เฉพาะสำหรับกลุ่มบุคลากรดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย

- 1) Introduction to SCI rehabilitation
- 2) Introduction to stroke and TBI rehabilitation
- 3) Neurogenic bladder and bowel
- 4) Pressure injury
- 5) การดูแลสภาวะจิตใจ
- 6) การดูแลด้านโภชนาการ

ความรู้เฉพาะทางด้านการพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) Bowel management การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่พิการ (Neurogenic bowel) และผู้ป่วย Stroke ที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ
- 2) Bladder management การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic bladder) และผู้ป่วย Stroke ที่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ
- 3) Skin care การดูแลระบบผิวหนังของผู้ป่วยอัมพาต
- 4) Tracheostomy tube care

ความรู้เฉพาะทางด้านกายภาพบำบัด ประกอบด้วย

1) PT in SCI (module 1): Lecture and demonstration ได้แก่ การตรวจร่างกาย และการประเมิน ASIA การตั้งเป้าหมายตามระดับบาดเจ็บไขสันหลัง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน หลักการฟื้นฟูสภาพ หน้าที่ของนักกายภาพบำบัด และหลักการฝึก functional training

2) PT in SCI (module 2): Demonstration ได้แก่ Side to side, Side to sit, Sit to stand, Sitting (complete vs incomplete) & standing balance Walking training (complete LLB in parallel bars (swing & reciprocal) incomplete with gait aids) และ Transfer training AP & lateral, ground to wheelchair

3) PT in SCI (module 3): Demonstration ได้แก่ Wheelchair type and Wheelchair measurement Spotter strap และ Wheelchair skill training

4) PT in SCI (module 4): Demonstration ได้แก่ Spinal orthosis Collar, Philadelphia collar, SOMI, Jewett, Taylor & knight Taylor, Chairback และ Core muscle Exercise

5) Stroke & TBI (Module 5): Demonstration ได้แก่ กลุ่มอาการ pusher/neglect และการฝึกกายภาพบำบัด การฝึก TBI ตาม Rancho Scale Side to side, Side to sit, Sit to stand Sitting & standing balance Walking Up & down stair management และ Wheelchair mobility

ความรู้เฉพาะทางด้านกิจกรรมบำบัด ประกอบด้วย

1) การประเมินและการตั้งเป้าหมายทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วย SCI, Stroke, TBI

2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง แบ่งเป็น

2.1 Lecture หัวข้อเรื่อง Upper limb management: splinting and positioning Self-care retraining: BADL Domestic and community living skill: IADL Return to driving และ Pre-vocational skill

2.2 Demonstrate หัวข้อ Hand and arm use training และ Basic self-care training ได้แก่ การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน แต่งตัว (ใส่เสื้อ ใส่กางเกง การย้ายตัวเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ)

3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรคทางสมอง การฝึกทาง OT in stroke/TBI: Demonstrate Basic self-care training ได้แก่ การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน แต่งตัว (ใส่เสื้อ ใส่กางเกง) การย้ายตัวเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ และ Hand function training

4) การประเมินและบำบัดผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการรับรู้และความคิดความเข้าใจ (Lecture)

5) การประเมินและบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ในผู้ป่วยบาดเจ็บและโรคไขสันหลัง, โรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บทางสมอง (Lecture) *รวมเรื่อง aspiration การดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วย

6) เทคโนโลยีอำนวยความสะดวก (Assistive technology) (Lecture)

7) การฝึกพูดเบื้องต้น

ความรู้เฉพาะทางด้านของอสม. ประกอบด้วย คลิปสอนสาธิตการปฏิบัติในหัวข้อดังนี้ การสอนการจัดท่าทาง การลดแรงกดเพื่อป้องกันแผลกดทับในท่านั่งและท่านอน การฝึกเคลื่อนไหวข้อต่อ การฝึกนั่งเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะความดันต่ำจากการนอนนาน การ ฝึกหายใจ การช่วยไอ การเคลื่อนย้ายตัวลงวีลแชร์ การลดปวดเบื้องต้น การใช้แขนและมือขณะอยู่ที่บ้านด้วยกิจกรรมง่ายๆ Prevention complication เช่น ลดบวม, แผลกดทับ, shoulder subluxation ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การแต่งกายแนะนำท่าที่เหมาะสมในขณะรับประทานอาหาร, อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและการปรับสภาพบ้าน การประดิษฐ์/ดัดแปลงอุปกรณ์เสริมช่วยเบื้องต้น

ประเด็นที่ 4 สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่

ปัญหาในการให้ความรู้และการใช้สื่อ มีดังนี้

1. การรับรู้ความสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังภาวะวิกฤติ (Acute) บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่รู้เรื่อง 6 เดือน แต่ญาติและผู้ป่วยมักจะมีพลังใจสูงในช่วงแรกเท่านั้น ไม่ทราบว่าในระยะ 6 เดือนแรก เป็นระยะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งหรือเป็นโอกาสทองสำหรับผู้ป่วย และไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูในระยะ 6 เดือนแรก ทำให้การรักษาและฟื้นฟูในช่วง 6 เดือนแรกไม่ราบรื่นมากนัก

2. จำนวนครั้งต่อการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน บุคลากรสหวิชาชีพให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติมากกว่า 1 ครั้ง แต่ปัญหาที่พบคือ ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสอนไม่ได้ดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการหมุนเวียนญาติ ลูกหลาน หรือบุคคลคนอื่นมาดูแลผู้ป่วยแทน

3. บุคลากรสหวิชาชีพสหวิชาชีพต้องตอบคำถามผู้ป่วยและญาติบ่อย ๆ เกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะดีขึ้น และสามารถหายจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติได้หรือไม่

4. ความหวังของญาติที่มีต่ออาการผู้ป่วย ภาวะหมดไฟหรือการ Burn out ของญาติ

5. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ไม่สามารถรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ เป็นห่วงเรื่องการเป็นภาระการทำงาน และความสามารถในการดูแลครอบครัว

6. รายละเอียดเกี่ยวกับกองทุนฟื้นฟูผู้พิการ ได้แก่ สวัสดิการสำหรับผู้พิการติดเตียง ประกันสังคม สวัสดิการรัฐ การเบิกวีลแชร์ การเคลมค่าเสียหาย และการประสานสิทธิกับประกัน ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่มีแนวทาง แต่ยังไม่ได้เป็นนโยบายปฏิบัติ แต่มีความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เชียงใหม่

7. ช่องทางและวิธีการอื่นๆ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ สหวิชาชีพจะให้หมายเลขโทรศัพท์ ให้ญาติผู้ป่วยโทรถามได้ ใช้ไลน์สื่อสารกับญาติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ด้วยกันจะมีกลุ่มไลน์เพื่อส่งต่อให้ข้อมูล เกี่ยวกับผู้ป่วย อสม. มักจะมีไลน์ผู้ป่วย แต่แพทย์ พยาบาล เข้าไม่ถึงผู้ป่วยเท่า อสม. ส่วนอสมชอบส่งสวัสดีวันจันทร์ในไลน์กลุ่มกันเองด้วย

8. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลและศูนย์การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

9. ระบบอัตโนมัติ Chatbot ตอบคำถามการแพทย์เบื้องต้น ไม่น่าจะใช้ได้แพร่หลายเพราะอ่านยาก พิมพ์ยาก ถ้าจะใช้ chatbot ต้องเป็นเรื่องความรู้กว้าง ๆ ไม่ใช่การให้คำปรึกษา หรือตอบคำถาม เพราะทางเฟซบุ๊กหรือสื่อของ รพ. ต่าง ๆ มีอยู่แล้วและมีเจ้าหน้าที่คอยตอบ (แม้จะช้า) ผู้สูงอายุดูแลกันเองด้วยกันมีจำนวนมากเช่นกัน อ่านยาก ใช้ยาก เข้าไม่ถึง อยากให้เป็นรูปแบบการพูดฟัง ดูภาพ

10. แพทย์ พยาบาล อสม. ไม่รู้ว่ามีการจัดทำวิดีโอ (Video) หรือสื่อต่างๆ ขึ้น
11. สื่อที่ผลิตไปแล้วเข้าถึงยากถ้าอยู่ในเฟสบุ๊ก ควรมีการประชาสัมพันธ์ช่องทางยูทูป

ความต้องการในการพัฒนาสื่อ มีดังนี้

ด้านความรู้

1. ภาพรวมของระบบการบริหารตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในภาวะวิกฤติ การดูแลระยะกลาง และออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน ทั้งด้านการฟื้นฟูร่างกายและด้านอารมณ์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญตลอดระยะเวลาของการฟื้นฟู รวมถึงวัตถุประสงค์ของการดูแลระหว่างผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นการดูแลเพื่อป้องกันหรือลดการเป็นผู้ป่วยติดเตียง
2. โรคที่นำมาสู่การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง รวมถึงแก้ไขความรู้เกี่ยวกับโรคแบบถูก ๆ ผิด ๆ ของผู้ป่วยและญาติ
3. การรักษา กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวหลังเกิดโรค เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมถึงสารอาหารของผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อและเกลือแร่ที่จำเป็น
4. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะพิการและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
5. ส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้อง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยและญาติไม่ทำกายภาพ รวมถึงข้อเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
6. วิธีการช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยระยะกลางในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ฯลฯ
7. อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการฟื้นฟูร่างกายของคนไข้ในแต่ละระยะ และการดัดแปลงอุปกรณ์ของใช้ในบ้านเพื่อเป็นเครื่องออกกำลังกายอย่างง่าย
8. การปรับสภาพบ้าน การประดิษฐ์ ดัดแปลงอุปกรณ์เสริมช่วยเบื้องต้น
9. ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่มีภาวะปฏิเสธโรค
10. ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะกลาง เช่น ปัญหาการพูด รวมถึงปัญหาโรคแทรกซ้อน
11. สวัสดิการและสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติควรจะได้รับระหว่างการดูแลฟื้นฟูทั้งประกันสังคม และสวัสดิการของรัฐ

ด้านจิตใจ

1. การดูแลสภาพจิตใจในผู้ป่วยที่ต้องดูแลฟื้นฟูเป็นระยะเวลายาวนาน
2. การกระตุ้นให้คนไข้ฮึดสู้และรับการรักษา
3. ให้แนวทางการดูแลคนไข้ฟื้นฟูที่ดีคือ ต้องให้คนไข้ฝึก และทำเอง
4. การสร้างทัศนคติที่ดีสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะการเปิดใจยอมรับและการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย

รูปแบบของสื่อ

1. Sticker หรือภาพมีม ในไลน์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ และอสม. ใช้ส่งให้ผู้ป่วยและญาติทุกวัน เพื่อทักทาย ให้กำลังใจ และคอยชวนให้ออกกำลังกายประจำวัน
2. โปสเตอร์สอนทำกายภาพแบบติดผนัง
3. คลิปวิดีโอตัวอย่างหรือสอนการประกอบอาชีพ งานอดิเรก ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

4. สื่อที่มอบให้ผู้ป่วยและญาติก่อนออกไปฝึกที่บ้าน เช่น สื่อที่อยู่บนกระดาษ สื่อภาพที่เห็นแล้วเข้าใจตัวเอง

5. ทำเล่มรวมคลิป จัดหมวดหมู่ และมี QR code เพื่อเข้าดูคลิปต่าง ๆ จะนำไปวางในห้องผู้ป่วย ระหว่างนอนรอพักฟื้นก็นำมาหยิบมาดู แนะนำกันได้สะดวก หรือจะถ่ายภาพเก็บไปบ้านก็ได้ / เล่มสื่อนี้อาจนำไปวางที่บ้านผู้ใหญ่บ้านด้วย แล้วสม.ก็สามารถบอกญาติและผู้ป่วยไปใช้

6. ทำภาพพลิกเป็นเล่มให้ผู้ป่วยและญาติดูได้

7. แผ่นพับรวม QR สื่อ สำหรับอสม.

8. แผนที่แผนผังแสดงทางเลือกในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางโดยครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งในระดับรพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพช. และศูนย์การดูแลระดับชุมชน

ช่องทางการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอให้เผยแพร่ความรู้ผ่านผู้ทรงอิทธิพลหรือคนดัง (Influencer) สายแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ อสม.

ประเด็นที่ 5 การพัฒนาแอปพลิเคชัน (application) เพื่อการวางแผนการจำหน่ายและติดตามอาการผ่าน Tele-medicine

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในประเด็นของการส่งต่อข้อมูลและการเก็บข้อมูล ในปัจจุบันที่ใช้อยู่คือ โปรแกรม Thai COC โปรแกรม CM IMC โปรแกรม Speedy plan และโปรแกรม Speedy Tele และยังมี Application ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประชาชนทั่วไป เพื่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย การใช้สื่อเพื่อการเรียนรู้ อาทิเช่น Line FB YouTube TikTok Instagram twitter

หลังจากมีการวิเคราะห์สาเหตุแบบ Root cause analysis ของเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย IMC ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แผนผังก้างปลา (fish bone) ได้ข้อสรุปดังนี้คือ

ด้านนโยบาย ผู้บริหารยังไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับความชัดเจนในแนวทางของการพัฒนาและวางระบบ

ด้านทรัพยากร เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ ทำให้ไม่มีอุปกรณ์จำเป็นที่เพียงพอ เช่น โทรศัพท์มือถือ นอกจากนี้ ยังไม่มีงบด้านการบำรุงรักษา บางพื้นที่ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ไม่มีไฟฟ้า ทำให้เข้าถึงการใช้งานของเทคโนโลยีได้ลำบาก

ด้านบุคลากร มีภาระงานที่มาก ขาดความเชี่ยวชาญ และไม่มีการอบรมการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ทำให้มีข้อผิดพลาดในการใช้ และใช้ไม่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพที่มี

ด้านการเข้าถึง มีขั้นตอนที่ซับซ้อน ขาดการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทราบโดยทั่วถึง และมีการศูนย์ข้อมูลช่วยเหลือในด้านการใช้เทคโนโลยี ด้านแอปพลิเคชัน การใช้งานมีหลายขั้นตอน ซับซ้อน ต้องลงข้อมูลซ้ำหลายที่ ระบบไม่เสถียร การนำไปใช้การกับประชาชนบางกลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เช่นกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นไปอย่างลำบาก และข้อมูลยังไม่มีเชื่อมโยงกัน

คาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับเทคโนโลยีในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ คือ ต้องการให้มีอุปกรณ์ หรือโปรแกรม ที่ใช้งานง่าย มีการรวมข้อมูลในส่วนกลางและเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานบริการอื่นๆได้ เข้าถึงง่าย มีหลากหลายภาษาของชาติพันธุ์ให้สามารถใช้งานได้ มีบุคคลหรือ AI ตอบปัญหาของบุคลากรและคนไข้

ส่วนที่ 2 ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาระบบบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 2) สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ และ 3) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 4 หลักสูตร เพื่อใช้ในการสร้างเสริมความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ 2) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับนักกายภาพบำบัด 3) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับนักกิจกรรมบำบัด และ 4) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสามหลักสูตรแรก กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดจะได้รับการส่งเสริมศักยภาพใน 2 รูปแบบ คือ 1) ได้รับความรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ โดยใช้ระบบ Canvas Network เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา และ 2) การฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สำหรับหลักสูตรสำหรับ อสม. นั้นผู้เรียนจะได้รับความรู้และทักษะผ่านบทเรียนออนไลน์ โดยใช้ระบบ Canvas Network เท่านั้น

ทั้งนี้ รายละเอียดเนื้อหา การจัดกิจกรรมในแต่ละหลักสูตร และการประเมินผลการทำงานหลักสูตรไปใช้ได้อธิบายไว้อย่างละเอียดในเล่มโครงการวิจัยย่อยเรื่อง การเพิ่มพูนทักษะด้วยบทเรียนออนไลน์และฝึกปฏิบัติเพื่อการพัฒนากระบวนการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ (จักรกริช กล้าผจญ และสยาม ทองประเสริฐ, 2567)

2.2 สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อภาพเคลื่อนไหวพร้อมเสียงซึ่งเป็นรูปแบบสื่อที่ง่ายต่อการเข้าใจและเข้าถึงบุคคลในแต่ละกลุ่ม โครงการวิจัยนี้ได้ผลิตสื่อวีดิทัศน์ดังนี้

1.1 สื่อวีดิทัศน์เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและถูกต้องเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยระยะกลางต่างจากผู้ป่วยติดเตียง
- 2) 6 เดือนแรกเวลาทองของการฟื้นฟูผู้ป่วย
- 3) การฟื้นฟูญาติและคนไข้มีความสำคัญ 70% ในกระบวนการฟื้นฟู

1.2 สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 25 เรื่อง ได้แก่

- 1) การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง หรือ IMC คืออะไร?
- 2) โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร ป้องกันได้อย่างไร
- 3) รู้ไว้ ไม่พลาด!!! 5 สิทธิรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

- 4) บัตรผู้พิการและสิทธิประโยชน์
- 5) อาหารสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง
- 6) การประเมินการกลืนอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 7) การฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 8) กล้ามเนื้ออ่อนแรงเกิดได้อย่างไร ใครเสี่ยงบ้าง?
- 9) อาหารสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- 10) จริงหรือไม่ผู้ป่วยระยะกลางห้ามมีเพศสัมพันธ์?
- 11) สัญญาณอันตรายโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง
- 12) แพทย์แผนไทยและการกดจุดกระตุ้นระบบประสาท แก่ท้องผูก ลดบวม
- 13) เตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วย
- 14) การทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วย
- 15) เข้าใจความรู้สึก 5 ระยะ เมื่อเผชิญความสูญเสีย
- 16) เทคนิคดี ๆ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
- 17) การจัดการกับภาวะหมดไฟหรือหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย
- 18) รู้จักสายยางให้อาหารเหลวสำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู
- 19) สาธิตการให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู
- 20) ใช้ "รอก" บริหารอย่างไรให้ฟื้นตัวไว
- 21) การใส่โบบาทอาร์มสลิงที่ถูกต้องกันข้อไหล่ หลุดหรือเคลื่อน
- 22) ทำไมผู้ป่วยมีอาการเกร็ง 3 เทคนิคลดแขนขาเกร็ง
- 23) ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเตรียมตัวอย่างไร ก่อนพาผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อฟื้นฟู
- 24) การป้อนอาหารผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืน
- 25) การเตรียมความพร้อมและฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยเพื่อหวนคืนสู่สังคม

2. สื่อภาพเคลื่อนไหวสำหรับช่องทาง TikTok เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการโรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดเลือดที่สมอง และโรคขาดเลือดไขสันหลัง จำนวน 21 หัวข้อ

3. สื่อสิ่งพิมพ์รูปแบบดิจิทัล เป็นสื่อเพื่อการอ่านหรือดูภาพ ผลิตเพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถใช้สื่อผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่เข้าใจภาษาไทย จำนวน 20 หัวข้อ

นอกจากนี้ ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเผยแพร่สื่อที่ผลิตขึ้นประกอบด้วย

1. เพจเฟซบุ๊ก (Facebook Page) โดยใช้ชื่อว่า ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเชียงใหม่ (<https://www.facebook.com/Intermediatecare>) เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการเผยแพร่ความรู้ สื่อวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ รวมถึงเป็นช่องทางในการเปิดรับคำถามจากผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ช่องทางยูทูป (YouTube Channel) โดยใช้ชื่อว่า “ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเชียงใหม่ @rehabcm” (<https://www.youtube.com/@rehabcm/videos>) ช่องทางยูทูปเป็นพื้นที่สำหรับเก็บคลิปและวีดิทัศน์ทั้งหมดของโครงการ ทั้งวีดิทัศน์เพื่อเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณะ และวีดิทัศน์สำหรับบทเรียนออนไลน์ของบุคลากร นอกจากนี้ ผู้ใช้งานที่เป็นองค์กรหรือผู้ที่ต้องการแชร์วีดิทัศน์ยังสามารถนำลิงค์ของยูทูปไปเชื่อมโยงเผยแพร่กับสื่ออื่นๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ฯลฯ

3. แอปพลิเคชันไลน์ (Line Official) โดยโครงการวิจัยได้อัพเกรดช่องทางไลน์เป็นแบบ LINE Official Account (LINE OA) แบบบัญชีรับรอง (Verified Account) ที่มีชื่อว่า “ฟื้นฟูผู้ป่วย ชม.” เพื่อใช้ในการเผยแพร่วิดีโอให้ความรู้ของโครงการวิจัย ส่งข้อความทักทาย Greeting Message ให้คนที่รับเป็นเพื่อนในครั้งแรก/ จัดการ 1 On 1 Chat กับผู้ติดตาม/ สร้าง Rich Message ภาพ Banner ขนาดใหญ่ เต็มจอแชทไลน์ รวมถึงเป็นช่องทางในการค้นหาศูนย์ฟื้นฟูใกล้บ้าน ดาวโหลดวิดีโอหรือ QR code ของวิดีโอ และลิงค์การเชื่อมโยงสู่เฟซบุ๊กเพจ ยูทูป และ TikTok ของโครงการ

4. TikTok โดยใช้ชื่อว่า intermediate.care หรือกดค้นหาคำว่า “ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง เชียงใหม่” (<https://www.tiktok.com/@intermediate.care>) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการเผยแพร่วิดีโอที่สั้นทั้งแบบที่ผลิตขึ้นมาใหม่และการนำวิดีโอที่ค้นจากช่องยูทูปมาแบ่งเนื้อหาให้สั้นลงประมาณ 1 นาทีเพื่อใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลซ้ำและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายมากขึ้น

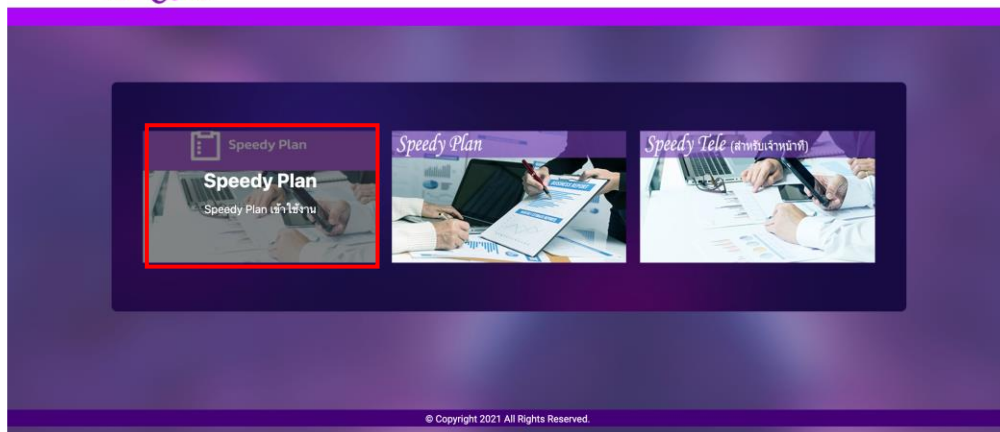
ทั้งนี้ รายละเอียดเนื้อหาช่องทางการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ และการประเมินผลได้อธิบายไว้อย่างละเอียดในเล่มโครงการวิจัยย่อยเรื่อง การรณรงค์สื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ (ศิวัชร สุภตตานนท์ และคณะ, 2567)

2.3 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine

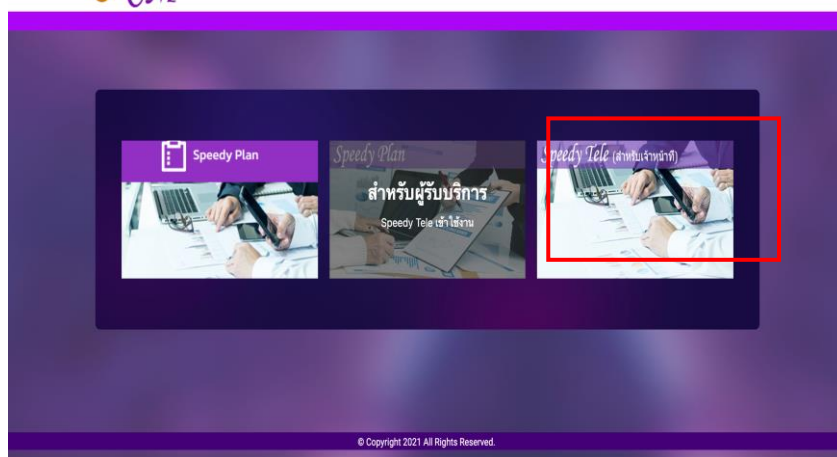
ทีมผู้วิจัยได้นำระบบวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและระบบกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพทางไกลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของ ธนาสิทธิ วิจิตรพันธ์ (2565) ประกอบด้วย เว็บไซต์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Speedy Plan) และเว็บไซต์ระบบกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพทางไกล (Speedy Tele) มาพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) และให้คำปรึกษาการสนทนาทางไกลระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่

1) แอปพลิเคชันการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Speedy Plan) เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูล และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในกับสถานบริการทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยภายในแอปพลิเคชันประกอบด้วย 1) การลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย 2) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย 3) แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มภาวะบาดเจ็บทางสมอง (DRS) แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง (Scim) และแบบประเมิน EQ-SD-SL และ 4) ผลสรุปรายงาน ได้แก่ รายงานสรุปรายงานแบบประเมิน รายงานแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน รายงานแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มภาวะบาดเจ็บทางสมอง รายงานแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง และรายงานแบบประเมิน EQ-5D-5L

ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันโดยกรอก URL www.Speedy-CM.com ในเว็บเบราว์เซอร์ต่าง ๆ อาทิเช่น Google Chrome, Internet Explorer, Microsoft Edge, Mozilla Firefox และ Safari ทั้งนี้ ขั้นตอนการลงทะเบียนและวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันได้เขียนอธิบายไว้ในเล่มโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning system) และระบบกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพทางไกล (home-based tele-rehabilitation) สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (ธนาสิทธิ วิจิตรพันธ์, 2565)



2) แอปพลิเคชันการติดตามดูแลผู้ป่วยทางไกล (Speedy Tele) เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากรทางแพทย์ในการการติดตามและนัดหมายผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งลดค่าใช้จ่ายและไม่ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์ได้ติดตามอาการผู้ป่วยระยะกลางได้จนครบระยะเวลา 6 เดือน ทั้งนี้ ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันโดยกรอก URL www.Speedy-CM.com ในเว็บเบราว์เซอร์ต่าง ๆ อาทิเช่น Google Chrome, Internet Explorer, Microsoft Edge, Mozilla Firefox และ Safari ทั้งนี้ ขั้นตอนการลงทะเบียนและวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันได้เขียนอธิบายไว้ในเล่มโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning system) และระบบกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพทางไกล (home-based tele-rehabilitation) สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (ธนาสีธี วิจิตรพันธ์, 2565)



ส่วนที่ 3 ผลความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 5 มีผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมโดยใช้บทเรียนออนไลน์เพื่อส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด 74 คน กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.49 เกือบครึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี และประกอบวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.89 และร้อยละ 47.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 74)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	10 (13.51)
หญิง	64 (86.49)
อายุ	
20-29 ปี	26 (35.14)
30-39 ปี	31 (41.89)
40-49 ปี	10 (13.51)
50-59 ปี	7 (9.46)
วิชาชีพ	
พยาบาลวิชาชีพ	35 (47.30)
นักกายภาพบำบัด	20 (27.03)
นักกิจกรรมบำบัด	12 (16.22)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	7 (9.46)

ความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์

เมื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บทเรียนออนไลน์เพื่อส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเนื้อหาในบทเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 71.62 ของกลุ่มผู้ประเมินทั้งหมดคิดเห็นว่าเนื้อหาบทเรียนมีความน่าสนใจและทันสมัยมากที่สุด รองลงมาคือ ประเด็นด้านความเชื่อมโยงต่อเนื้องกัน การประเมินผลตรงตามวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน ความเหมาะสมตรงกับการทำงาน วิธีการประเมินผลผ่านโปรแกรม Canvas และบทเรียนมีความยาก-ง่ายเหมาะสมกับความรู้เดิม คิดเป็นร้อยละ 66.22 , 62.16 ,60.81 ,60.81 และ 52.70 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจด้านเนื้อหา (n = 74)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
บทเรียนมีเนื้อหาที่เหมาะสมตรงกับการทำงาน	
มากที่สุด	45 (60.81)
มาก	27 (36.49)
ปานกลาง	2 (2.70)
บทเรียนมีความยาก-ง่ายเหมาะสมกับความรู้เดิม	
มากที่สุด	39 (52.70)
มาก	30 (40.54)
ปานกลาง	5 (6.76)
เนื้อหามีความน่าสนใจ ทันสมัย	
มากที่สุด	53 (71.62)
มาก	19 (25.68)
ปานกลาง	2 (2.70)
เนื้อหามีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องกัน	
มากที่สุด	49 (66.22)
มาก	24 (32.43)
ปานกลาง	1 (1.35)
การประเมินผลภาคทฤษฎีเหมาะสม ตรงตามวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน	
มากที่สุด	46 (62.16)
มาก	27 (36.49)
ปานกลาง	1 (1.35)
วิธีการประเมินผลภาคทฤษฎีผ่านโปรแกรม Canvas มีความเหมาะสมและสะดวก	
มากที่สุด	45 (60.81)
มาก	22 (29.73)
ปานกลาง	7 (9.46)

สำหรับความพึงพอใจด้านวิธีการถ่ายทอดความรู้ผ่านโปรแกรม Canvas พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 68.92 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจด้านภาษาที่วิทยากรใช้ถ่ายทอดเนื้อหาว่าเข้าใจได้ง่ายและเหมาะสม และภาพประกอบที่อยู่ในบทเรียนมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและชัดเจนในระดับมากที่สุด สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจรองมากคือ

การถ่ายทอดเนื้อหาของผู้สอนน่าสนใจและน่าติดตาม สื่อที่ใช้มีความทันสมัย ใช้งานง่ายและสะดวก วิดีทัศน์ สื่อการเรียนรู้สวยงามคมชัด และความยาวในการนำเสนอแต่ละหน่วย/ตอน มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 67.57, 66.22, 64.86 และ 58.11 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจด้านวิธีการถ่ายทอดของบทเรียนออนไลน์ (n = 74)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ความยาวของการนำเสนอแต่ละหน่วย/ตอน มีความเหมาะสม	
มากที่สุด	43 (58.11)
มาก	29 (39.19)
ปานกลาง	2 (2.70)
ภาษาที่ผู้สอนใช้ถ่ายทอดเนื้อหาเข้าใจได้ง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสม	
มากที่สุด	51 (68.92)
มาก	20 (27.03)
ปานกลาง	3 (4.05)
การถ่ายทอดเนื้อหาของผู้สอนน่าสนใจ น่าติดตาม	
มากที่สุด	50 (67.57)
มาก	21 (28.38)
ปานกลาง	3 (4.05)
วีดิทัศน์สื่อการเรียนรู้สวยงามคมชัด	
มากที่สุด	48 (64.86)
มาก	22 (29.73)
ปานกลาง	3 (4.05)
น้อย	1 (1.35)
สื่อทันสมัย ใช้งานง่าย สะดวก	
มากที่สุด	49 (66.22)
มาก	23 (31.08)
ปานกลาง	2 (2.70)
ภาพประกอบที่อยู่ในบทเรียนสอดคล้องกับเนื้อหา ชัดเจน	
มากที่สุด	51 (68.92)
มาก	22 (29.73)
ปานกลาง	1 (1.35)

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อช่องทาง Canvas Instructure ว่าง่ายต่อการใช้งานในระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.95 รองลงมามีความพึงพอใจในระดับมาก และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.89 และ 12.16 ตามลำดับ สำหรับความพึงพอใจโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อบทเรียนออนไลน์ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.51 รองลงมามีความพึงพอใจในระดับมาก และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.08 และ 5.41 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (n = 74)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ช่องทาง Canvas Instructure ง่ายต่อการใช้งาน	
มากที่สุด	34 (45.95)
มาก	31 (41.89)
ปานกลาง	9 (12.16)
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อบทเรียนออนไลน์	
มากที่สุด	47 (63.51)
มาก	23 (31.08)
ปานกลาง	4 (5.41)

ส่วนที่ 4 ผลความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

- บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 88 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.95 และร้อยละ 84.09 ตามลำดับ ร้อยละ 51.14 เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด คิดเป็นร้อยละ 21.59 และ 15.91 ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 73.86 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางครบทั้ง 4 กลุ่มโรค (กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูกสะโพกหัก) เมื่อสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ พบว่า ร้อยละ 32.95 มีการใช้สื่ออย่างน้อย 2 – 3 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 69.32 เคยใช้สื่อของโครงการผ่านหลายช่องทาง ทั้งเฟซบุ๊ก ยูทูป ไลน์ ดิจิตอล หรือ แผ่นพับ) และร้อยละ 51.14 รู้จักชื่อของโครงการจากกิจกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) รองลงมารู้จักจากเพื่อนร่วมงานเป็นผู้แนะนำ ร้อยละ 15.91 และเห็นจากโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 14.77 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 88)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	15 (17.05)
หญิง	73 (82.95)
อายุ	
23-29 ปี	17 (19.32)
30-36 ปี	30 (34.09)
37-43 ปี	19 (21.59)
44-50 ปี	14 (15.91)
51-57 ปี	8 (9.09)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	74 (84.09)
ปริญญาโท	14 (15.91)
วิชาชีพ	
แพทย์	5 (5.68)
พยาบาลวิชาชีพ	45 (51.14)
นักกายภาพบำบัด	19 (21.59)
นักกิจกรรมบำบัด	14 (15.91)
แพทย์แผนไทย	3 (3.41)
นักสังคมสงเคราะห์	1 (1.14)
โภชนากร	1 (1.14)
ท่านดูแลผู้ป่วยครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	
ครบ	65 (73.86)
ไม่ครบ	23 (26.14)
ความถี่การใช้สื่อของโครงการ	
ทุกวัน	25 (28.41)
2 - 3 วันต่อสัปดาห์	29 (32.95)
สัปดาห์ละครั้ง	19 (21.59)
เดือนละครั้ง	15 (17.05)
เคยใช้สื่อของโครงการผ่านช่องทาง (เฟซบุ๊ก, ยูทูป, ไลน์, ติ๊กต็อก, แผ่นพับ)	

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1 ช่องทาง	27 (30.68)
≥2 ช่องทาง	61 (69.32)
รู้จักสื่อของโครงการจากช่องทางใด	
กิจกรรมของ สสจ. เชียงใหม่ เช่น การประชุม ฯลฯ	45 (51.14)
จากการประชาสัมพันธ์ในการอบรม	1 (1.14)
ใช้เครื่องมือสืบค้นเช่น google ค้นหา	3 (3.41)
เพื่อนร่วมงานเป็นผู้แนะนำ	14 (15.91)
เห็นจากโซเชียลมีเดีย (เฟซบุ๊ก ยูทูป ไลน์ ฯลฯ)	13 (14.77)
เห็นจากโปสเตอร์ที่โรงพยาบาล	12 (13.64)

2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 126 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.37 ประมาณหนึ่งในสี่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละ 63.49 จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี เมื่อสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ พบว่า ร้อยละ 48.41 มีการใช้สื่อของโครงการเป็นประจำทุกวัน และมากกว่าครึ่งใช้สื่อของโครงการเพียงช่องทางเดียว และรู้จักสื่อจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ หรือ อสม. คิดเป็นร้อยละ 57.94 และร้อยละ 51.59 ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลาง ที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 126)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	26 (20.63)
หญิง	100 (79.37)
อายุ	
18-29 ปี	9 (7.14)
30-39 ปี	21 (16.67)
40-49 ปี	24 (19.05)
50-59 ปี	35 (27.78)
60 ปี ขึ้นไป	36 (28.57)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	80 (63.49)
ปริญญาตรี	40 (31.75)
ปริญญาโท	6 (4.76)

ประเภทผู้ตอบแบบประเมิน

ผู้ดูแลผู้ป่วย	34 (26.99)
อาสาสมัครสาธารณสุข	65 (51.59)
นักบริหาร/ CG	12 (9.52)
ผู้ป่วย	8 (6.35)
ไม่ระบุสถานภาพ	7 (5.56)

ความถี่การใช้สื่อของโครงการ

ทุกวัน	61 (48.41)
2 - 3 วันต่อสัปดาห์	31 (24.60)
สัปดาห์ละครั้ง	28 (22.22)
เดือนละครั้ง	6 (4.76)

เคยใช้สื่อของโครงการผ่านช่องทาง (เฟซบุ๊ก, ยูทูป, ไลน์, ทวิตตอก, แผ่นพับ)

1 ช่องทาง	73 (57.94)
≥ 2 ช่องทาง	53 (42.06)

รู้จักสื่อของโครงการจากช่องทางใด

แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ อสม.แนะนำ	65 (51.59)
----------------------------------	------------

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้เครื่องมือสืบค้น เช่น google ค้นหา	3 (2.38)
เพื่อนร่วมงานเป็นผู้แนะนำ	7 (5.56)
เห็นจากโซเชียลมีเดีย (เฟซบุ๊ก ยูทูป ไลน์ ฯลฯ)	42 (33.33)
เห็นจากโปสเตอร์ที่โรงพยาบาล	9 (7.14)

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้อีรณรงค์สุขภาพ

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้อีรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในประเด็นรูปแบบการนำเสนอ เนื้อหา และการเข้าถึงสื่อของโครงการฯ ในระดับที่มาก โดยร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดเห็นว่าภาษาที่ใช้ในสื่อมีความเข้าใจง่าย ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย และเนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหามากที่สุด สำหรับความพึงพอใจในประเด็นเนื้อหาของสื่อที่ผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วย การใช้สื่อและช่องทางการเผยแพร่สื่อผ่านโซเชียลมีเดีย และความน่าเชื่อถือของสื่อ พบว่าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.23 57.95 และ 57.95 ตามลำดับ

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับการนำสื่อไปใช้ประโยชน์ ส่วนใหญ่จะมีความเห็นด้วยในระดับที่มาก โดยร้อยละ 62.50 ของกลุ่มผู้ประเมินมีความเห็นด้วยต่อการนำสื่อของโครงการไปใช้เพื่อให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย และการใช้สื่อสามารถช่วยลดเวลาในการสอนผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ประเด็นหลังจากที่การนำสื่อไปใช้

สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะมีการนำสื่อไปแนะนำหรือแชร์ต่อให้บุคคลอื่น และการนำสื่อไปใช้สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 61.36, 60.23 และ 59.09 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ (n = 88)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ภาษาที่ใช้ในสื่อของโครงการเข้าใจง่าย	
มากที่สุด	20 (22.73)
มาก	55 (62.50)
ปานกลาง	10 (11.36)
น้อย	3 (3.41)
น้อยที่สุด	0 (0.00)
ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย	
มากที่สุด	20 (22.73)
มาก	55 (62.50)
ปานกลาง	10 (11.36)
น้อย	1 (1.14)
น้อยที่สุด	2 (2.27)
สื่อมีความสวยงาม น่าใช้งาน	
มากที่สุด	28 (31.82)
มาก	46 (52.27)
ปานกลาง	10 (11.36)
น้อย	2 (2.27)
น้อยที่สุด	5 (5.68)
สื่อของโครงการมีความน่าเชื่อถือ	
มากที่สุด	28 (31.82)
มาก	51 (57.95)
ปานกลาง	6 (6.82)
เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของท่าน	
มากที่สุด	25 (28.41)
มาก	55 (62.50)
ปานกลาง	5 (5.68)
น้อย	1 (1.14)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยที่สุด	2 (2.27)
เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	
มากที่สุด	27 (30.68)
มาก	53 (60.23)
ปานกลาง	5 (5.68)
น้อย	0 (0.00)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
ท่านมีความพอใจกับสื่อและช่องทางโซเชียลมีเดียของโครงการ	
มากที่สุด	29 (32.95)
มาก	51 (57.95)
ปานกลาง	5 (5.68)
น้อย	0 (0.00)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
ท่านใช้สื่อของโครงการเพื่อให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย	
มากที่สุด	18 (20.45)
มาก	55 (62.50)
ปานกลาง	11 (12.50)
น้อย	1 (1.14)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
หลังจากท่านแนะนำให้ผู้ดูแลรับชมสื่อของโครงการแล้ว พบว่าผู้ดูแลสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น	
มากที่สุด	17 (19.32)
มาก	52 (59.09)
ปานกลาง	15 (17.05)
น้อย	1 (1.14)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
หลังจากท่านแนะนำให้ผู้ดูแลรับชมสื่อของโครงการแล้ว พบว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	
มากที่สุด	21 (23.86)
มาก	54 (61.36)
ปานกลาง	9 (10.23)
น้อย	1 (1.14)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
สื่อของโครงการช่วยลดเวลาของท่านในการสอนผู้ดูแลหรือผู้ป่วย	
มากที่สุด	19 (21.59)
มาก	55 (62.50)
ปานกลาง	10 (11.36)
น้อย	1 (1.14)
น้อยที่สุด	3 (3.41)
ท่านจะแนะนำหรือแชร์สื่อของโครงการให้ผู้อื่น	
มากที่สุด	24 (27.27)
มาก	53 (60.23)
ปานกลาง	7 (7.95)
น้อย	1 (1.14)
น้อยที่สุด	3 (3.41)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสื่อรณรงค์สุขภาพ ดังนี้

1. อยากให้มีการผลิตสื่อในประเด็นต่างๆ ให้ครอบคลุม เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติ/ การฟื้นฟูตัวเอง การปฏิบัติตน การเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติ วิธีดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยการป้องกัน complication ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และการดูแลจิตใจผู้ดูแล ลดความเครียดของผู้ดูแล

2. ควรมีการผลิตสื่อที่เข้าถึงง่าย มีความหลากหลาย ไม่ใช่เฉพาะสื่อทางโซเชียลมีเดียเท่านั้น เนื่องจากบางพื้นที่หรือผู้ป่วย/ญาติยังมีข้อจำกัดการใช้งานสมาร์ทโฟน มีข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อจำกัดเรื่องการไม่รู้หนังสือ และควรผลิตสื่อให้มีความหลากหลายทางภาษา โดยเฉพาะภาษาถิ่น ภาษากลุ่มชาติพันธุ์ เช่น กะเหรี่ยง ภาษาม้ง ฯลฯ

ความพึงพอใจของกลุ่ม อสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลางต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในประเด็นรูปแบบการนำเสนอ เนื้อหา และการเข้าถึงสื่อในระดับที่มาก โดยร้อยละ 59.52 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเห็นว่าภาษาที่ใช้ในสื่อของโครงการเข้าใจง่าย รองลงมาเป็นเนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย สื่อของโครงการมีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของท่าน และสื่อมีความสวยงาม น่าใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 52.38 51.59 50.79 50.00 และ 47.62 ตามลำดับ

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับการนำสื่อไปใช้ประโยชน์ ส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยในระดับที่มาก โดยร้อยละ 58.73 มีความคิดเห็นว่าการใช้สื่อของโครงการทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือ ประเด็นการนำความรู้ที่ได้เรียนรู้จากสื่อของโครงการไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้จริง การใช้สื่อสามารถช่วยทำให้ดูแล

ผู้ป่วยได้ดีขึ้น สื่อสามารถช่วยลดการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ และการจะแนะนำหรือแชร์สื่อต่อให้บุคคลอื่น คิดเป็นร้อยละ 57.14 51.59 46.83 และ 46.83 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลาง จำแนกตามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพ (n = 126)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ภาษาที่ใช้ในสื่อของโครงการเข้าใจง่าย	
มากที่สุด	9 (7.14)
มาก	75 (59.52)
ปานกลาง	32 (25.40)
น้อย	6 (4.76)
น้อยที่สุด	4 (3.17)
ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย	
มากที่สุด	10 (7.94)
มาก	65 (51.59)
ปานกลาง	42 (33.33)
น้อย	4 (3.17)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
สื่อมีความสวยงาม น่าใช้งาน	
มากที่สุด	15 (11.90)
มาก	60 (47.62)
ปานกลาง	42 (33.33)
น้อย	4 (3.17)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
สื่อของโครงการมีความน่าเชื่อถือ	
มากที่สุด	21 (16.67)
มาก	64 (50.79)
ปานกลาง	32 (25.40)
น้อย	4 (3.17)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของท่าน	
มากที่สุด	15 (11.90)
มาก	63 (50.00)
ปานกลาง	39 (30.95)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
น้อย	4 (3.17)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	
มากที่สุด	17 (13.49)
มาก	66 (52.38)
ปานกลาง	36 (28.57)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
ท่านมีความพอใจกับสื่อและช่องทางโซเชียลมีเดียของโครงการ	
มากที่สุด	25 (19.84)
มาก	56 (44.44)
ปานกลาง	38 (30.16)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
ท่านได้นำความรู้ที่ได้เรียนรู้จากสื่อของโครงการไปใช้ดูแลผู้ป่วยจริง	
มากที่สุด	9 (7.14)
มาก	72 (57.14)
ปานกลาง	38 (30.16)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
หลังจากท่านดูสื่อของโครงการแล้ว ท่านกลับมาทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น	
มากที่สุด	20 (15.87)
มาก	65 (51.59)
ปานกลาง	34 (26.98)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
เมื่อท่านได้ดูสื่อของโครงการแล้วท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	
มากที่สุด	17 (13.49)
มาก	74 (58.73)
ปานกลาง	28 (22.22)
น้อย	2 (1.59)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
เมื่อท่านได้ดูสื่อของโครงการแล้ว ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ทำให้ช่วยลดการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อถามข้อสงสัยในบางครั้งได้	
มากที่สุด	11 (8.73)
มาก	59 (46.83)
ปานกลาง	49 (38.89)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)
ท่านจะแนะนำหรือแชร์สื่อของโครงการให้ผู้อื่น	
มากที่สุด	22 (17.46)
มาก	59 (46.83)
ปานกลาง	38 (30.16)
น้อย	2 (1.59)
น้อยที่สุด	5 (3.97)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสื่อรณรงค์สุขภาพ ดังนี้

1. อยากให้มีการผลิตสื่อเพิ่มเติมในประเด็นต่าง ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วย การกลืน กระจกเสื่อม การฟื้นฟูผู้ป่วยติดเตียง การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการสังเกตจากท่าทาง/ความต้องการช่วยเหลือ การลดอาการเกร็งของข้อมือ
2. การให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 ผลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ผู้ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (Speedy Plan) จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาเป็นแพทย์ ร้อยละ 21.43 และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 14.29 ทั้งนี้ ร้อยละ 35.17 ระบุว่าทำงานในสังกัดโรงพยาบาลนครพิงค์ รองลงมาอยู่ในสังกัดโรงพยาบาลแม่วาง ร้อยละ 28.57 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 14)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
วิชาชีพ	
แพทย์	3 (21.43)
เภสัชกร	1 (7.14)
พยาบาลวิชาชีพ	6 (42.86)
นักกายภาพบำบัด	2 (14.29)
นักกิจกรรมบำบัด	1 (7.14)
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1 (7.14)
หน่วยงานสังกัด	
โรงพยาบาลนครพิงค์	5 (35.71)
โรงพยาบาลแม่แตง	1 (7.14)
โรงพยาบาลแม่วาง	4 (28.57)
โรงพยาบาลดอยเต่า	1 (7.14)
โรงพยาบาลหางดง	1 (7.14)
โรงพยาบาลสันป่าตอง	2 (14.29)

2. ผู้ใช้โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine (Speedy tele) จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาเป็นแพทย์ ร้อยละ 25.00 และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 16.67 ทั้งนี้ ร้อยละ 45.83 ระบุว่าทำงานในสังกัดโรงพยาบาลนครพิงค์ รองลงมาอยู่ในสังกัดโรงพยาบาลแม่วาง ร้อยละ 20.83 (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 24)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
วิชาชีพ	
แพทย์	6 (25.00)
เภสัชกร	1 (4.17)
พยาบาลวิชาชีพ	9 (37.50)
นักกายภาพบำบัด	4 (16.67)
นักกิจกรรมบำบัด	2 (8.33)
เภสัชกร	1 (4.17)
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1 (4.17)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
หน่วยงานสังกัด	
โรงพยาบาลนครพิงค์	11 (45.83)
โรงพยาบาลแม่แตง	1 (2.13)
โรงพยาบาลจอมทอง	1 (4.17)
โรงพยาบาลแม่วาง	5 (20.83)
โรงพยาบาลดอยเต่า	2 (8.33)
โรงพยาบาลสะเมิง	2 (8.33)
โรงพยาบาลสันป่าตอง	2 (8.33)

ความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Plan

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 92.86 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้นำแอปพลิเคชัน Speedy Plan ไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบางเคสเท่านั้น โดยร้อยละ 57.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติในระดับปานกลาง และร้อยละ 50.00 มีความเห็นว่าแอปพลิเคชันมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ใน ระดับปานกลาง ทั้งนี้ ร้อยละ 42.88 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันมีข้อมูลที่ครบถ้วน

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Plan (n = 14)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ความถี่ในการใช้งานแอปพลิเคชัน	
ใช้ทุกเคส	1 (7.14)
ใช้บางเคส	13 (92.86)
สามารถนำไปใช้ได้ง่าย	
มากที่สุด	1 (7.14)
มาก	2 (14.28)
ปานกลาง	6 (42.86)
น้อย	3 (21.43)
น้อยที่สุด	2 (14.21)
ข้อมูลในแอปพลิเคชันครบถ้วน	
มากที่สุด	1 (7.14)
มาก	6 (42.88)
ปานกลาง	5 (35.70)
น้อยที่สุด	2 (14.21)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลมีประโยชน์ในการนำไปใช้	
มากที่สุด	1 (7.14)
มาก	3 (21.43)
ปานกลาง	7(50.0)
น้อย	1 (7.14)
น้อยที่สุด	2 (14.28)
ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้	
มากที่สุด	1 (7.14)
มาก	2 (14.28)
ปานกลาง	7 (50.0)
น้อย	2 (14.28)
น้อยที่สุด	2 (14.28)
การเข้าถึงแอปพลิเคชันได้ง่าย	
มากที่สุด	2 (14.28)
มาก	1 (7.14)
ปานกลาง	6 (42.88)
น้อย	5 (35.70)
มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	
มากที่สุด	1 (7.14)
มาก	2 (14.28)
ปานกลาง	8 (57.10)
น้อย	3 (21.43)

ความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Tele

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 95.83 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้นำแอปพลิเคชัน Speedy Tele ไปใช้ในการติดตามผู้ป่วยบางเคส โดยร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระดับปานกลาง มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ในทางปฏิบัติ และข้อมูลภายในแอปพลิเคชันมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 54.17 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้แอปพลิเคชัน Speedy Tele (n = 24)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
ความถี่ในการใช้งานแอปพลิเคชัน	
ใช้ทุกเคส	1 (4.17)
ใช้บางเคส	23 (95.83)
สามารถนำไปใช้ได้ง่าย	
มาก	4 (16.67)
ปานกลาง	15 (62.50)
น้อย	5 (20.83)
ข้อมูลในแอปพลิเคชันครบถ้วน	
มากที่สุด	2 (8.83)
มาก	12 (50.00)
ปานกลาง	10 (41.67)
ข้อมูลมีประโยชน์ในการนำไปใช้	
มากที่สุด	2 (8.83)
มาก	7 (29.17)
ปานกลาง	13 (54.17)
น้อย	2 (8.83)
ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้	
มาก	7 (29.17)
ปานกลาง	15 (62.50)
น้อย	2 (8.83)
การเข้าถึงแอปพลิเคชันได้ง่าย	
มากที่สุด	2 (8.83)
มาก	5 (20.83)
ปานกลาง	11 (45.83)
น้อย	6 (25.00)
มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	
มาก	5 (20.83)
ปานกลาง	14 (58.33)
น้อย	5 (20.83)

กลุ่มตัวอย่างได้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมต่อไปในอนาคต ดังนี้

1. การใช้งานโปรแกรม Speedy Tele มีหลายขั้นตอน ทำให้การเข้าใช้งานค่อนข้างยากไป สำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่จะเปิดใช้งานโปรแกรมเองที่บ้าน โดยเฉพาะการนัดหมายในการทำ tele ตัวหนังสือข้อความมีขนาดเล็ก ประกอบกับในบางพื้นที่มีปัญหาเรื่องสัญญาณโทรศัพท์ ควรมีการปรับปรุงให้สามารถเข้าใช้งานได้ง่าย

2. ควรพัฒนาแอปพลิเคชันให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่ายเป็นชื่อภาษาไทย และให้เจ้าหน้าที่สามารถทำนัดผู้ป่วยได้หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานตัวเอง มีปุ่มกดรับวิดีโอคอลชัดเจนเป็นภาษาไทย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้งานสมาร์ตโฟน

จากข้อมูลผู้ตอบแบบประเมินการใช้งานโปรแกรม Speedy Plan และ Speedy Tele ในประเด็นความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำโปรแกรม Speedy Plan และ Speedy Tele ไปใช้งานในการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่คิดเห็นว่าทั้ง 2 โปรแกรมมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้งานได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องสัญญาณโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 6 ผลงานเด่น นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่

ในการประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระหว่างวันที่ 15-16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมเอ็มเพรสแกรนด์ฮอลล์ ชั้น 3 ศูนย์ประชุมนานาชาติดิเอ็มเพรสเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 26 แห่ง ได้ส่งบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมนำเสนอผลงานทางวิชาการจำนวน 40 เรื่อง ดังนี้

1. โรงพยาบาลสันทราย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ สร้างเสริมสุขสบายเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และลดอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลาง

2. โรงพยาบาลเวียงแหง จำนวน 1 เรื่อง คือ ผลงานที่น่าสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3. โรงพยาบาลฝาง จำนวน 1 เรื่อง คือ ศูนย์ฟื้นฟูฯ ฟื้นฟูใจ

4. โรงพยาบาลเชียงดาว จำนวน 1 เรื่อง คือ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน คปสอ. เชียงดาว ปี 2566

5. โรงพยาบาลไชยปราการ จำนวน 1 เรื่อง คือ CPK Center

6. โรงพยาบาลแม่เมาะ จำนวน 1 เรื่อง คือ Adjustable skin traction

7. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ กล่องบ้านหมุนได้ สื่อสารเข้าใจ ไม่กลับเป็นซ้ำ โรคหลอดเลือดสมอง, Care you care wound, การฟื้นฟูการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์ฝึกเดิน และหุ่นยนต์เดินสอ

8. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ เกมส์เสมือนจริงเพื่อการฟื้นฟูสภาพ , อุปกรณ์ช่วยพลิกตัวอัตโนมัติเพื่อป้องกันแผลกดทับ, เบาะรองนั่งเพื่อป้องกันแผลกดทับ, เข็มขัดป้องกันล้ม และอุปกรณ์ตามเข่าช่วยการเดิน

9. โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 1 เรื่อง คือ บูรณาการงาน IMC

10. โรงพยาบาลพร้าว จำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ศูนย์ฟื้นฟูโรคฯ อำเภอพร้าว

11. โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 1 เรื่อง คือ งดยู่เฉย (self-rehabilitation at IMC ward)
 12. โรงพยาบาลสารภี จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ IMC Seamless care ไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และชุด Kit ฝึกกล้ามเนื้อ
 13. โรงพยาบาลดอยเต่า จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ กระเป๋า multifunction และถุงมือปั่นไม่หลุด
 14. โรงพยาบาลเทพรัตน์ฯ จำนวน 1 เรื่อง คือ “ตา พ่อ พ่อ” เมนูฝึกกล้ามเนื้อ
 15. โรงพยาบาลสะเมิง จำนวน 1 เรื่อง คือ ก้าวที่สดใส กับพลังใจที่เข้มแข็ง
 16. โรงพยาบาลอมก๋อย จำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนาระบบงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง IMC ในอำเภออมก๋อย
 17. โรงพยาบาลฮอด จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ฝึกการทำงานของมือ (Hand function training kit) และส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางโดยการใช้ลูกประคบสมุนไพร
 18. โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนาระบบ IMC San Patong Model
 19. โรงพยาบาลหางดง จำนวน 1 เรื่อง คือ แสงสว่างที่ปลายทาง
 20. โรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 1 เรื่อง คือ IMC Networks In Maewang Hospital
 21. โรงพยาบาลดอยหล่อ จำนวน 1 เรื่อง คือ สมุดคู่มือ คนใช้ IMC
 22. โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลดอยสะเก็ด
 23. โรงพยาบาลสันกำแพง จำนวน 1 เรื่อง คือ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงสู่ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ-ผู้พิการ ภายในอำเภอสันกำแพง
 24. โรงพยาบาลแม่แตง จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักระยะกลาง, ชุดอุปกรณ์ประดิษฐ์ดึงถ่วงน้ำหนักขาแบบถอดประกอบได้ในผู้ป่วย Fx around hip, พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลแม่แตง และเราจะไม่ทอดทิ้งคุณ
 25. โรงพยาบาลวัดจันทร์ฯ จำนวน 1 เรื่อง คือ การดูแลผู้ป่วย IMC อำเภอกล้วยาณวิวัฒนา
 26. โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน จำนวน 1 เรื่อง คือ ผลการดำเนินงาน IMC ประจำปี 2566
- ทั้งนี้ จากผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด มีผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมจำนวน 57 คน โดยผู้ตอบแบบประเมินมากกว่าครึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54.39 รองลงมาเป็นนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 21.05 และนักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 17
- ตารางที่ 17** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุม จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 57)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
วิชาชีพ	
แพทย์	1 (1.75)
พยาบาลวิชาชีพ	31 (54.39)
นักกายภาพบำบัด	12 (21.05)
นักกิจกรรมบำบัด	9 (15.79)
แพทย์แผนไทย	1 (1.75)
อาสาสมัครสาธารณสุข	3 (5.26)

ผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่น และนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 56.14 ของผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในการประชาสัมพันธ์การจัดงานในระดับมาก ประเด็นรูปแบบการจัดงาน ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 49.12 รองลงมาเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.11 ประเด็นเนื้อหาในการเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์ ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 52.63 รองลงมาเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.61 และประเด็นท่านได้รับความรู้และประโยชน์จากการเข้าร่วมประชุม ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.88 รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 45.61 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุม (n = 57)

ประเด็นความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)
การประชาสัมพันธ์การจัดงาน	
มากที่สุด	22 (38.60)
มาก	32 (56.14)
ปานกลาง	3 (5.26)
รูปแบบการจัดงาน	
มากที่สุด	24 (42.11)
มาก	28 (49.12)
ปานกลาง	5 (8.77)
เนื้อหาในการเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์	
มากที่สุด	26 (45.61)
มาก	30 (52.63)
ปานกลาง	1 (1.75)
ท่านได้รับความรู้และประโยชน์จากการเข้าร่วมประชุม	
มากที่สุด	29 (50.88)
มาก	26 (45.61)
ปานกลาง	2 (3.51)

นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบประเมินได้มีข้อเสนอแนะในการจัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของจังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งต่อไป ดังนี้

1. กำหนดการประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ ควรมีการเพิ่ม Section Focus group หรือ Group discussion เพื่อให้เครือข่ายได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2. ควรให้มีเวทีในการเล่าเรื่องการปฏิบัติงาน หรือสิ่งที่ภาคภูมิใจ และควรมีเวลาเปิดโอกาสให้ซักถามมากกว่านี้ในกรณีที่ไม่เข้าใจในประเด็นที่น่าเสนอ

3. ควรให้มีการจัดกิจกรรมประชุมวิชาการฯ แบบนี้ทุกปี เพื่อให้เครือข่ายได้มีเวทีในการนำเสนอผลงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกัน

ส่วนที่ 7 ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ผลการประเมินระบบการจัดการการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง

จากการประชุมสังเคราะห์เพื่อประเมินระบบการจัดการการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลไชยปราการ โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลฮอด โรงพยาบาลสันกำแพง และโรงพยาบาลสะเมิง พบว่า

1. ระบบการดูแล/การให้บริการผู้ป่วย IMC (โครงสร้าง สถานที่/แผนกอุปกรณ์เครื่องมือ flow ระบบการดูแล การรับไว้ดูแล แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สื่อแผ่นพับต่าง ๆ การประเมิน การวางแผนจำหน่าย การ consult การทำงานร่วมกันของทีมวิชาชีพ) ภาพรวมจะอยู่ในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.33

2. การลงข้อมูลผู้ป่วย การเก็บข้อมูล IMC (การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย บันทึกการให้บริการ การส่งต่อ และการเชื่อมโยงข้อมูลการ ให้บริการ เครื่องมือ/โปรแกรม/application ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย) ภาพรวมจะอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 52.67

3. การ Claim การให้บริการ IMC (การเบิกชดเชยค่าบริการต่างๆเกี่ยวกับ IMC จากแหล่งงบประมาณต่าง ๆ เช่น สปสช., กองทุนฟื้นฟูจังหวัด เป็นต้น) ภาพรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00

4. การส่งต่อและการรับผู้ป่วย IMC ระหว่างแผนก/วิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล ระหว่าง รพ.กับ รพ.สต.และชุมชน (การเชื่อมโยงระบบส่งต่อข้อมูลและตัวผู้ป่วย เกณฑ์การรับและส่งต่อผู้ป่วย Flow การส่งต่อ แนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับ) ภาพรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.67

ผลการประเมินตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

จากรายงานการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวมพบว่า มีผลการดำเนินงานที่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดจำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 86.69

2) ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 88.67

3) ร้อยละของผู้ป่วย TBI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 91.67

4) ร้อยละของผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 91.67

5) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *(ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 55.56

6) ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน Pneumonia ของผู้ป่วย Intermediate care ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 1.33

7) ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน Pressure ulcer ของผู้ป่วย Intermediate care ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 2.38

8) ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน UTI ของผู้ป่วย Intermediate care ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 1.76

สำหรับตัวชี้วัดอีก 3 ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ

1) ร้อยละของผู้ป่วย Fracture Hip ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 78.08

2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 45.66

3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 5.26

ทั้งนี้ จากการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลจำนวน 24 แห่ง ของจังหวัดเชียงใหม่ ตามตัวชี้วัดของปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดมากที่สุดคือผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 คะแนน จำนวน 14 แห่ง ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ ผู้ป่วย Intermediate care *(ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน และ ผู้ป่วย Intermediate care *ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง ร้อยละ 37.6 สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Pneumonia และ UTI โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามผลการประเมินตามตัวชี้วัด (n = 24)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	
	ไม่ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าน จำนวน (ร้อยละ)
1. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	6 (25.00)	18 (75.00)
2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20	4 (16.67)	20 (83.33)
3. ร้อยละของผู้ป่วย TBI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	4 (16.67)	20 (83.33)
4. ร้อยละของผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	2 (8.33)	22 (91.66)
5. ร้อยละของผู้ป่วย Fracture Hip ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	6 (25.00)	18 (75.00)
6. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 คะแนน	14 (58.33)	10 (41.67)
7. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *(ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	9 (37.5)	15 (62.5)
8. ร้อยละการเกิด Pneumonia ของผู้ป่วย Intermediate care	0 (0.00)	24 (100.00)
9. ร้อยละการเกิด Pressure sore ของผู้ป่วย Intermediate care *	0 (0.00)	24 (100.00)
10. ร้อยละการเกิด UTI ของผู้ป่วย Intermediate care *	1 (4.16)	23 (95.83)
11. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *ตามกลุ่มโรคเป้าหมาย เสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน	9 (37.50)	15 (62.50)

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอ และเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษายเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือศูนย์ฟื้นฟู ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาล 9 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 33 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากอำเภอแมริม ไชยปราการ และแม่วาง จำนวน 6 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะดำเนินการและระยะประเมินผล ได้แก่ บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล จากโรงพยาบาล 25 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 247 คน บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน จำนวน 128 คน และผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้ หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine แบบประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ และตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า

1. จากการศึกษารูปแบบการจัดการการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของโรงพยาบาล จำนวน 23 แห่ง ในจังหวัดจังหวัดเชียงใหม่ ที่ผ่านมาพบว่า โรงพยาบาลมีการจัดรูปแบบการให้บริการ 2 รูปแบบ คือ 1) Intermediate ward มีเพียง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสารภีบวรซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 8 ข้อหลัก และ 23 ข้อย่อย และ 2) Intermediate Bed มีจำนวนจำนวน 22 แห่ง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมดทั้ง 8 ข้อหลัก และ 20 ข้อย่อย มีจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลดอยหล่อ โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ โรงพยาบาลเชียงดาว ไม่ผ่าน 9 หัวข้อ สำหรับหัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ข้อ 8 อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ข้อย่อย Plastic AFO ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ถึง 18 แห่ง (81.8%) และหัวข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์รองลงมาคือ Shoulder/Bobath sling 72.7%

2. ระบบการบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัด เชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และอสม. โดย 3 กลุ่มแรก จะเป็นหลักสูตรใน

รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านบทเรียนออนไลน์ ใช้ระบบ Canvas Network และการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล สำหรับอสม. จะเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านบทเรียนออนไลน์ ใช้ระบบ Canvas Network เท่านั้น 2) สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดทำสื่อ 3 รูปแบบ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ สื่อภาพเคลื่อนไหวสำหรับช่องทาง TikTok และสื่อสิ่งพิมพ์รูปแบบดิจิทัล เพื่อนำเสนอความรู้ และสร้างเสริมทัศนคติที่ดีและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่หลากหลาย ทั้งเพจเฟซบุ๊ก ยูทูป แอปพลิเคชันไลน์ และTikTok และ 3) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine ประกอบด้วย แอปพลิเคชัน Speedy Plan และ แอปพลิเคชัน Speedy Tele

3. ผลความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเนื้อหาในบทเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 71.62 ของกลุ่มผู้ประเมินทั้งหมดคิดเห็นว่าเนื้อหาบทเรียนมีความน่าสนใจและทันสมัยมากที่สุด รองลงมาคือ ประเด็นด้านความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน การประเมินผลตรงตามวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน ความเหมาะสมตรงกับการทำงาน วิธีการประเมินผลผ่านโปรแกรม Canvas และบทเรียนมีความยาก-ง่ายเหมาะสมกับความรู้เดิม คิดเป็นร้อยละ 66.22, 62.16, 60.81, 60.81 และ 52.70 ตามลำดับ สำหรับความพึงพอใจด้านวิธีการถ่ายทอดความรู้ผ่านโปรแกรม Canvas พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 68.92 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจด้านภาษาที่วิทยากรใช้ถ่ายทอดเนื้อหาว่าเข้าใจได้ง่ายและเหมาะสม และภาพประกอบที่อยู่ในบทเรียนมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและชัดเจนในระดับมากที่สุด โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อบทเรียนออนไลน์ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.51 รองลงมามีความพึงพอใจในระดับมาก และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.08 และ 5.41 ตามลำดับ

4. ผลความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อในประเด็นรูปแบบการนำเสนอ เนื้อหา และการเข้าถึงสื่อในระดับที่มาก โดยร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเห็นว่าภาษาที่ใช้ในสื่อมีความเข้าใจง่าย ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย และเนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหามากที่สุด สำหรับความพึงพอใจในประเด็นเนื้อหาของสื่อที่ผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วย การใช้สื่อและช่องทางการเผยแพร่สื่อผ่านโซเชียลมีเดีย และความน่าเชื่อถือของสื่อ พบว่าอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.23 57.95 และ 57.95 ตามลำดับ และ 2) กลุ่มอสม. ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อในระดับที่มาก โดยร้อยละ 59.52 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเห็นว่าภาษาที่ใช้ในสื่อของโครงการเข้าใจง่าย รองลงมาเป็นเนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย สื่อของโครงการมีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของท่าน และสื่อมีความสวยงาม น่าใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 52.38 51.59 50.79 50.00 และ 47.62 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างได้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการผลิตสื่อ ได้แก่ 1) อยากให้มีการผลิตสื่อในประเด็นต่าง ๆ ให้ครอบคลุม เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติ/การฟื้นฟูตัวเอง การปฏิบัติตน การเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติ วิธีดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยการป้องกัน complication ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และการดูแลจิตใจผู้ดูแล ลดความเครียดของผู้ดูแล 2) ควรมีการผลิตสื่อที่เข้าถึงง่าย มีความหลากหลาย ไม่ใช่เฉพาะสื่อทางโซเชียลมีเดียเท่านั้น เนื่องจากบางพื้นที่หรือผู้ป่วย/ญาติยังมีข้อจำกัดการใช้งานสมาร์ทโฟน มีข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต

ข้อจำกัดเรื่องการไม่รู้หนังสือ และ 3) ควรผลิตสื่อให้มีความหลากหลายทางภาษา โดยเฉพาะภาษาถิ่น ภาษา กลุ่มชาติพันธุ์ เช่น กะเหรี่ยง ภาษาม้ง ฯลฯ

5. ผลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายและติดตามผลการรักษาด้วย Tele -medicine พบว่า ร้อยละ 57.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแอปพลิเคชัน Speedy Plan ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติในระดับปานกลาง และร้อยละ 50.0 มีความเห็นว่าแอปพลิเคชันมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระดับปานกลาง สำหรับความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชัน Speedy Tele พบว่า ร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 58.33 และร้อยละ 54.17 ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ในทางปฏิบัติ และข้อมูลภายในแอปพลิเคชันมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในระดับปานกลาง

6. ผลงานเด่น นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละอำเภอใน จังหวัดเชียงใหม่ โดยหน่วยงานและโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งหมด 26 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการ นำเสนอผลงานทางวิชาการ จำนวน 40 เรื่อง ในการประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงาน เด่นและนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระหว่างวันที่ 15 – 16 สิงหาคม 2566 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติดิเอ็มเพรสเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้เข้าร่วมงานที่ตอบสนองประเมิณความ พึงพอใจในประเด็นการประชาสัมพันธ์การจัดงาน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 56.14 ประเด็นรูปแบบการจัดงาน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 49.12 ประเด็นเนื้อหาและการ นำไปใช้ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 52.63 และประเด็นความรู้และประโยชน์จากการเข้า ร่วมงาน ส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.88

7. ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลจำนวน 24 แห่ง ของจังหวัด เชียงใหม่ ตามตัวชี้วัดของปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดมากที่สุดคือ ผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 คะแนน จำนวน 14 แห่ง ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ ผู้ป่วย Intermediate care*(ผู้ป่วยนอก) ได้รับการ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน และ ผู้ป่วย Intermediate care *ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง ร้อยละ 37.6 สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Pneumonia และ UTI โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

1. การนำตัวหลักสูตร สื่อรณรงค์ รวมทั้งโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นมาไปใช้ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การเข้าถึงการใช้งานสื่อออนไลน์ รวมทั้งโปรแกรม Speedy Plan และ Speedy Tele ในบาง พื้นที่มีข้อจำกัดเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต เนื่องจากมีภูมิประเทศเป็นพื้นที่ภูเขา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนความรู้ของผู้ที่ เคยเข้ารับการอบรมแล้ว และส่งเสริมความรู้และทักษะสำหรับผู้ที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรม

2. ควรมีการนำบทเรียนออนไลน์เพื่อส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นไปเผยแพร่เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในวงกว้างต่อไป

3. ควรมีการผลิตสื่อที่หลากหลาย เหมาะสมกับผู้ใช้งาน ครอบคลุมทุกประเด็น และควรมีสื่อที่มีความหลากหลายทางภาษามากขึ้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นชาติพันธุ์ให้เข้าใจในประเด็นที่ต้องการสื่อสาร

4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายและติดตามผลการรักษาด้วย Tele -medicine ให้สามารถใช้งานได้ง่าย มีรูปแบบที่เหมาะสม และลดขั้นตอนการเข้าใช้งาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการขยายผลการนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายและติดตามผลการรักษาด้วย Tele - medicine ที่พัฒนาขึ้นมา ได้แก่ โปรแกรม Speedy Plan และ Speedy Tele ไปใช้งานกับผู้ป่วยระยะกลางทุกราย

2. ควรมีการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และทุกสหวิชาชีพ

3. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลมีการจัดบริการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลางทุกแห่ง

4. ควรจัดให้มีการจัดบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลางครบทั้ง 4 กลุ่มโรค พัฒนาศักยภาพให้มีองค์ความรู้ มีจำนวนที่เพียงพอในการให้บริการ มีการจัดหาอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการรักษา ให้บริการทั้งในรูปแบบ OPD/IPD มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยสหวิชาชีพ และดูแลผู้ป่วยจนครบระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)*. นนทบุรี: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation). (2559). *การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันสิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข.
- จักรกริช กล้าผจญ และ สยาม ทองประเสริฐ. (2567). *การเพิ่มพูนทักษะด้วยบทเรียนออนไลน์และฝึกปฏิบัติเพื่อการพัฒนาาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลาทิพย์ ชื่อวัฒนะ, จักรกริช กล้าผจญ, สยาม ทองประเสริฐ, ศิวพร สุกฤตตานนท์, วัชรินทร์ อิงคินันท์, บุษราคัม แก้วประภา, และพิมพ์ ศรีสกุล. (2565). *รูปแบบการพัฒนาาระบบการบริการการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับแม่ข่ายโรงพยาบาลสันทรายและการเชื่อมโยงสู่เครือข่ายบริการโซนสอง จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). *การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและระบบกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพทางไกลสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง*. เชียงใหม่ : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภัสกรณ์ เจริญสะอาด. (2563). *การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด*, Retrieve from http://gishealth.moph.go.th/healthmap/upload/document/work_11073_191121_144846.pdf.
- นภัส แก้ววิเชียร และคณะ (2564). *นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อหนทาง ข้างหน้า*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(5).
- น้อมจิต จันทรน้อยและคณะ. (2563). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุทัยธานี*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 10(3): 438-56.
- วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ และคณะ. (2565). *การพัฒนาารูปแบบการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2): 119-32.
- ศิวพร สุกฤตตานนท์, ชลาทิพย์ ชื่อวัฒนะ, และอัคริมา นันทนาสิทธิ์. (2567). *การรณรงค์สื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Löhr K., Weinhardt M., Sieber S. The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods*, 2020. 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920916976>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แนวคำถามการสัมภาษณ์

ประเด็นที่ 1 การบริการดำเนินการ และติดตามผล IMC

- 1.1 ผู้รับผิดชอบ IMC มีการมอบหมายอย่างไร รูปแบบไหน
- 1.2 ประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการให้บริการตามเกณฑ์ IMC bed, ward มีแนวทางอย่างไรให้ได้ตามเกณฑ์
- 1.3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ระหว่างแผนก มีแนวทางอย่างไร ปัญหาอุปสรรคอย่างไร
- 1.4 การรับผู้ป่วยไว้ดูแลอย่างไร ใครเป็นผู้พิจารณารับไว้หรือการให้บริการ
- 1.5 การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรค การวิเคราะห์ตัวชี้วัด นำไปพัฒนา การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด

ประเด็นที่ 2 ระบบบริการบริหารพื้นที่บูรณะกลางในโรงพยาบาล (SWOT analysis)

- 2.1 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยงานของท่าน มีจุดเด่นที่ควบคุมได้อะไรบ้าง
- 2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยงานของท่าน มีจุดอ่อนที่ควบคุมได้อะไรบ้าง
- 2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยงานของท่าน มีโอกาสอะไรบ้าง
- 2.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยงานของท่าน มีอุปสรรคอะไรบ้าง
- 2.5 ท่านคิดว่าคนในหน่วยงานและคนนอกหน่วยงาน มีความเข้าใจในระบบเป็นอย่างไร เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น
- 2.6 สิ่งที่ต้องการจะปรับปรุงให้ดีขึ้นในเชิงระบบ
- 2.7 ถ้ามีการปรับปรุงแล้วจะเกิดอะไรขึ้น
- 2.8 ถ้าไม่ได้ปรับปรุง จะเกิดอะไร

ประเด็นที่ 3 ความต้องการหัวข้อการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะของสหวิชาชีพ (E-learning) กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ 5 กลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และอสม.

ประเด็นที่ 4 การรณรงค์สื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่

- 4.1 โปรดระบุสถานภาพของท่าน
- 4.2 หน่วยงานของท่านมีระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง หรือ IMC หรือไม่
- 4.3 มีวิชาชีพใดบ้างที่ให้บริการ IMC ในหน่วยงานของท่าน
- 4.4 ในโรงพยาบาลของท่านมีระบบการดูแลดังนี้หรือไม่
- 4.5 ท่านให้ความสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของหน่วยงานท่านเท่าไร
- 4.6 ประสบการณ์ทำงานของท่านที่เกี่ยวข้องกับการดูแล หรือฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
- 4.7 ท่านคิดว่าข้อมูลการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ท่านบอกคนไข้และญาติผู้ดูแลมีลักษณะอย่างไร
- 4.8 ท่านคิดว่าข้อมูลที่ท่านบอกกับญาติและผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นที่บ้าน
- 4.9 คำถาม อากักร หรือข้อมูลที่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและญาติมักถามท่านบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ

- 4.10 หัวข้อความรู้ที่เหมาะสมกับสิ่งพิมพ์เน้นภาพ แบบกระดาษ
- 4.11 หัวข้อความรู้ที่เหมาะสมกับการผลิตเป็นคลิป หรือวิดีโอเผยแพร่ทางยูทูป
- 4.12 ทักษะคดีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ขัดขวางการฟื้นฟูผู้ป่วย
- 4.13 คนดัง (influencer) สายแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด อสม.

ประเด็นที่ 5 การพัฒนา Application เพื่อการวางแผนการจำหน่าย และติดตามอาการผ่าน Tele-medicine

- 5.1 ท่านคิดว่าเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย IMC ของจังหวัดเชียงใหม่ ณ ปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง
- 5.2 จงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาแบบ root cause analysis ของเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย IMC ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แผนผังก้างปลา (fish bone)
- 5.3 ท่านคาดหวังในอนาคตอย่างไรเกี่ยวกับเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย IMC ของจังหวัดเชียงใหม่
- 5.4 จงเสนอเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย IMC ของจังหวัดเชียงใหม่ที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้หลักสูตรการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพ
ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเลือกข้อมูลที่ตรงกับท่าน

1) เพศ

- ชาย
 หญิง
 ไม่ต้องการระบุ

2) อายุ

- ต่ำกว่า 19
 20-29 ปี
 30-39 ปี
 40-49 ปี
 50-59 ปี
 60 ปีขึ้นไป

3) สังกัดหน่วยงานของท่าน

- โปรรระบุ

4) วิชาชีพ

- พยาบาลวิชาชีพ
 นักกายภาพบำบัด
 นักกิจกรรมบำบัด
 อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อบทเรียนแบบออนไลน์

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เนื้อหาบทเรียน					
บทเรียนมีเนื้อหาที่เหมาะสมตรงกับการทำงานของท่าน					
บทเรียนมีความยาก ง่ายเหมาะสมกับความรู้เดิมของท่าน					
เนื้อหาที่มีความน่าสนใจ ทันสมัย					
เนื้อหาที่มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องกัน					
การประเมินผลภาคทฤษฎีเหมาะสมตรงตามวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน					

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
วิธีการประเมินผลภาคทฤษฎีผ่านโปรแกรม Canvas มีความเหมาะสมและสะดวก					
วิธีการถ่ายทอดของบทเรียนออนไลน์					
ความยาวของการนำเสนอแต่ละหน่วย/ตอน มีความเหมาะสม					
ภาษาที่ผู้สอนใช้ถ่ายทอดเนื้อหาเข้าใจได้ง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสม					
การถ่ายทอดเนื้อหาของผู้สอนน่าสนใจ น่าติดตาม					
วิถีทัศนสื่อการเรียนรู้สวยงามคมชัด					
สื่อทันสมัย ใช้งานง่าย สะดวก					
ภาพประกอบที่อยู่ในบทเรียนสอดคล้องกับเนื้อหา ชัดเจน					
การประเมิน Platform Canvas Instructure					
ช่องทาง Canvas Instructure ง่ายต่อการใช้งาน					
ภาพรวม					
ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อบทเรียน E-Learning อยู่ในระดับใด					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้สื่อรณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการบริหาร
ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

ชาย

หญิง

เพศอื่นๆ

2. อายุ _____ ปี

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. /เทียบเท่า

ปริญญาตรี ปริญญาโท /เอก อื่นๆระบุ.....

4. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วย

แพทย์

พยาบาลและสหวิชาชีพ

อสม

อื่นๆระบุ.....

5. ท่านเป็นผู้ป่วย หรือ ท่านดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยมาจากโรคหรืออาการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เส้นเลือดสมองแตก ตีบ ตัน บาดเจ็บที่สมอง

บาดเจ็บไขสันหลัง กระดูกสะโพกหัก อื่น ๆ โปรดระบุ

6. ท่านใช้สื่อและช่องทาง (เฟสบุ๊ก ยูทูป ไลน์ ตี๊กตอก) ของโครงการบ่อยเพียงใด

ทุกวัน

2-3 วันต่อสัปดาห์

สัปดาห์ละครั้ง

เดือนละครั้ง

7. ที่ผ่านมามีท่านใช้สื่อหรือช่องทางใดของโครงการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เฟสบุ๊ก

ยูทูป

ไลน์

ตี๊กตอก

ผ่านพบ

8. ท่านรู้จักสื่อของโครงการจากช่องทางใด

แพทย์ พยาบาล อสม. เป็นผู้แนะนำ

ใช้เครื่องมือสืบค้นเช่น google ค้นหา

มีผู้แชร์สื่อให้

เห็นจากโซเชียลมีเดีย (เฟสบุ๊ก ยูทูป ไลน์ ฯลฯ)

เห็นจากโปสเตอร์ที่โรงพยาบาล

อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่อรูปแบบการนำเสนอ เนื้อหา และการเข้าถึงสื่อ

โปรดระบุความพึงพอใจของท่านที่มีต่อสื่อของโครงการ โดย 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การนำเสนอ					
1. ภาษาที่ใช้ในสื่อของโครงการเข้าใจง่าย					
2. ขนาดตัวอักษรบรรยายที่ใช้ในสื่ออ่านง่าย					
3. สื่อมีความสวยงาม น่าใช้งาน					
4. สื่อของโครงการมีความน่าเชื่อถือ					
เนื้อหา					
5. เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของท่าน					
6. เนื้อหาของสื่อที่โครงการผลิตตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล					
ความพึงพอใจในภาพรวม					
7. ท่านมีความพอใจกับสื่อและช่องทางโซเชียลมีเดียของโครงการ					

ส่วนที่ 3 ด้านการนำสื่อไปใช้ประโยชน์

โปรดระบุความคิดเห็นของท่านที่มีต่อสื่อของโครงการ โดย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก และ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านได้นำความรู้ที่ได้เรียนรู้จากสื่อของโครงการไปใช้ดูแลผู้ป่วยจริง					
2. หลังจากท่านดูสื่อของโครงการแล้วท่านกลับมาทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น					
3. เมื่อท่านได้ดูสื่อของโครงการแล้วท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น					
4. เมื่อท่านได้ดูสื่อของโครงการแล้ว ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ทำให้ช่วยลดการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อถามข้อสงสัยในบางครั้งได้					
5. ท่านจะแนะนำหรือแชร์สื่อของโครงการให้ผู้อื่น					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและ
ติดตามดูแลผู้ป่วยด้วย Tele-medicine

กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้

1. สังกัด โรงพยาบาล.....
2. วิชาชีพ แพทย์
 พยาบาล
 นักกายภาพบำบัด
 นักกิจกรรมบำบัด
 อื่นๆ ระบุ.....
3. ท่านเคยใช้แอปพลิเคชัน Speedy Plan
 ใช่ ไม่เคยใช้
4. ท่านเคยใช้แอปพลิเคชัน Speedy Tele
 ใช่ ไม่เคยใช้
5. ความถี่ในการใช้งาน แอปพลิเคชัน Speedy Plan
 ใช้ทุกเคส ใช้บางเคส ไม่เคยใช้
6. ความถี่ในการใช้งาน แอปพลิเคชัน Speedy Tele
 ใช้ทุกเคส ใช้บางเคส ไม่เคยใช้
7. สามารถนำ Speedy Plan ไปใช้ได้ง่าย
 มากที่สุด
 มาก
 ปานกลาง
 น้อย
 น้อยที่สุด
8. สามารถนำ Speedy Tele ไปใช้ได้ง่าย
 มากที่สุด
 มาก
 ปานกลาง
 น้อย
 น้อยที่สุด
9. ข้อมูลในแอปพลิเคชัน Speedy Plan ครบถ้วน
 มากที่สุด
 มาก
 ปานกลาง
 น้อย
 น้อยที่สุด

10. ข้อมูลในแอปพลิเคชัน Speedy Plan ครบถ้วน
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด
11. Speedy Plan มีประโยชน์ในการนำไปใช้
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด
12. Speedy tele มีประโยชน์ในการนำไปใช้
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด
13. Speedy Plan ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด
14. Speedy Tele ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด
15. การเข้าถึงแอปพลิเคชัน Speedy Plan ได้ง่าย
- มากที่สุด
 - มาก
 - ปานกลาง
 - น้อย
 - น้อยที่สุด

16. การเข้าถึงแอปพลิเคชัน Speedy Tele ได้ง่าย

- มากที่สุด
- มาก
- ปานกลาง
- น้อย
- น้อยที่สุด

17. Speedy Plan มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

- มากที่สุด
- มาก
- ปานกลาง
- น้อย
- น้อยที่สุด

18. Speedy Tele มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

- มากที่สุด
- มาก
- ปานกลาง
- น้อย
- น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
แบบประเมินระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

โรงพยาบาล วันที่.....

ประเด็น IMC	สิ่งที่ทำได้ดี	โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ/ประเด็น แลกเปลี่ยน										
<p>ระบบการดูแล/การให้บริการผู้ป่วย IMC (โครงสร้าง สถานที่/แผนก อุปกรณ์ เครื่องมือ flowระบบการดูแล การรับไว้ดูแล แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สื่อ แผ่นพับต่างๆ การประเมิน การวางแผนจำหน่าย การ consult การทำงานร่วมกันของทีมวิชาชีพ)</p> <p>คะแนนการประเมิน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2	3	4	5							
1	2	3	4	5								
<p>การลงข้อมูลผู้ป่วย การเก็บข้อมูล IMC (การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย บันทึกการให้บริการ การส่งต่อและการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการ เครื่องมือ/โปรแกรม/application ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย)</p> <p>คะแนนการประเมิน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2	3	4	5							
1	2	3	4	5								
<p>การ Claim การให้บริการ IMC (การเบิกชดเชยค่าบริการต่างๆ เกี่ยวกับ IMC จากแหล่งงบประมาณต่างๆ เช่น สปสช., กองทุนฟื้นฟูจังหวัด เป็นต้น)</p> <p>คะแนนการประเมิน</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2	3	4	5							
1	2	3	4	5								

ประเด็น IMC	สิ่งที่ทำได้ดี	โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ/ประเด็น แลกเปลี่ยน										
<p>การส่งต่อและการรับผู้ป่วย IMC</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระหว่างแผนก/วิชาชีพในโรงพยาบาล - ระหว่างโรงพยาบาล - ระหว่าง รพ.กับ รพ.สต.และชุมชน <p>(การเชื่อมโยงระบบส่งต่อข้อมูลและ ตัวผู้ป่วย เกณฑ์การรับและส่งต่อ ผู้ป่วย Flow การส่งต่อ แนวทางการ รับและส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับ)</p> <p>คะแนนการประเมิน</p> <table border="1" data-bbox="300 819 675 920"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5							
1	2	3	4	5								
อื่นๆ/ นวัตกรรม (ถ้ามี)												

ผู้ประเมิน/สรุป

.....

ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่น และนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่

เลือกวิชาชีพของท่าน

.....แพทย์ พยาบาล นักร่างกายบำบัด นักกิจกรรมบำบัด
.....นักวิชาการสาธารณสุข

ข้อความคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การประชาสัมพันธ์					
2. รูปแบบการจัด					
3. เนื้อหาในการเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์					
4. ท่านได้รับความรู้และประโยชน์					

ภาคผนวก ช
ตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ	ข้อมูลราย โรงพยาบาล
1	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน หมายเหตุ นับเฉพาะผู้ป่วยเข้าเกณฑ์IMCที่เป็นมาครบ 6 เดือน	≥85%	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและได้ติดตามครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน X 100	
			จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกสายที่เข้าระบบ IMC ครบ 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยBI=20 ก่อนครบ 6 เดือน	
			ผลลัพธ์	
2	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 หมายเหตุ นับเฉพาะผู้ป่วยStroke เข้าเกณฑ์ IMCที่เป็นมาครบ 6 เดือน	≥85%	จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและได้ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 X 100	
			จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ทุกสายและเป็นมาครบ 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยBI=20 ก่อนครบ 6 เดือน	
			ผลลัพธ์	
3	ร้อยละของผู้ป่วย TBI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 หมายเหตุ นับเฉพาะผู้ป่วย TBI เข้าเกณฑ์ IMCที่เป็นมาครบ 6 เดือน	≥85%	จำนวนผู้ป่วย TBI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและได้ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 X 100	
			จำนวนผู้ป่วย TBI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ทุกสายและเป็นมาครบ 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยBI=20 ก่อนครบ 6 เดือน	
			ผลลัพธ์	
4	ร้อยละของผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 หมายเหตุ นับเฉพาะผู้ป่วย SCI เข้าเกณฑ์ IMCที่เป็นมาครบ 6 เดือน	≥85%	จำนวนผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและได้ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 X 100	
			จำนวนผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ทุกสายและเป็นมาครบ 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยBI=20 ก่อนครบ 6 เดือน	
			ผลลัพธ์	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ	ข้อมูลราย โรงพยาบาล
5	ร้อยละของผู้ป่วย Fracture Hip ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 หมายถึง นับเฉพาะผู้ป่วย Fracture Hip เข้าเกณฑ์ IMC ที่เป็นมาครบ 6 เดือน	≥85%	จำนวนผู้ป่วย Fracture Hip (Fragility fracture) ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ได้รับการฟื้นฟูและได้ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 X 100	
			จำนวนผู้ป่วย Fracture Hip (Fragility fracture) ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care * ทุกรายและเป็นมาครบ 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วย BI=20 ก่อนครบ 6 เดือน	
			ผลลัพธ์	
6	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *(ผู้ป่วยใน) ที่มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย	≥60%	จำนวนผู้ป่วย IMC มี BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย (โดยเทียบ BI จากเริ่มเข้าระบบ IMC) X 100	
			จำนวนผู้ป่วย Intermediate care * ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วยทั้งหมด	
			ผลลัพธ์	
7	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *(ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	≥50%	จำนวนผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน X 100	
			จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	
			ผลลัพธ์	
8	ร้อยละการเกิด Pneumonia ของผู้ป่วย Intermediate care *	≤ 20%	จำนวนครั้งการเกิด Pneumonia ของผู้ป่วย Intermediate care X 100	
			จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care	
			ผลลัพธ์	
9	ร้อยละการเกิด Pressure sore ของผู้ป่วย Intermediate care *	≤ 20%	จำนวนครั้งการเกิด Pressure sore ของผู้ป่วย Intermediate care X 100	
			จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care	
			ผลลัพธ์	
10	ร้อยละการเกิด UTI ของผู้ป่วย Intermediate care *	≤ 20%	จำนวนครั้งการเกิด UTI ของผู้ป่วย Intermediate care X 100	
			จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care	
			ผลลัพธ์	
11	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน	≤5%	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care * ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือน X 100	
			จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care	
			ผลลัพธ์	

