

รายงานวิจัย

พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
Model development of long term care for the elderly with stroke
after discharge from hospital.

โดย

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจาก งบประมาณ ประจำปี 2559 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทีมวิจัย

นางฟูฝึญา โอซารส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 นางกรชนก วุฒิสมวงศ์กุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 นางจันทนงค์ อินทร์สุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 นางดลีนพร สนธิรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่ปรึกษาโครงการ

นายแพทย์ศักดิ์ชัย ถิรวิทยาคม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 นายแพทย์กิตติชาติ อินทุสร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ทีมรวบรวมข้อมูล จาก

รพ. ระยอง
 รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ มาบตาพุด
 รพ.บ้านฉาง
 รพ.สต.ยายร้า
 รพ.ชลบุรี
 รพ.บางละมุง
 รพ.บ้านบึง
 รพ.สัตหีบ กม 10
 รพ.สต.นาจอมเทียน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะยาวจากสถานบริการและชุมชน 3) ถอดบทเรียนการได้รับบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อไปยังสถานบริการและชุมชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ 4) สรุปและเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับบริบทของเขตบริการสุขภาพที่ 6 การศึกษานี้อาศัยระเบียบวิธีในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีภูมิลำเนาในจังหวัดตัวอย่าง ติดตามผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว และประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Barthel index ประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life) โดยใช้ WHO ฉบับย่อ และภาวะสุขภาพ (Health status) 2) ศึกษาการดำเนินงานบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวอย่าง รวมถึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา จากข้อมูลการถอดบทเรียนพื้นที่กรณีศึกษาในการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของโรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการจัดบริการขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละจังหวัด การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายขึ้นกับแต่ละแห่งเน้นเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานการดูแลเน้นการดูแลโรคเรื้อรังมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การนำข้อมูลที่จะใช้ปรับปรุงรูปแบบบริการแตกต่างกัน โดยจังหวัดที่มี care manager for Stroke มีการบริหารจัดการ การกำหนดเป้าหมายการดูแลระยะยาว และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย การกำหนดมาตรฐานการดูแล การติดตามประเมินผลและนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ดีกว่า รวมถึงมีเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง มีระบบรายงานและฐานข้อมูลผู้ป่วยระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาในปัจจุบันครอบคลุมเครือข่ายระดับจังหวัดเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมทั้งเขตบริการสุขภาพ ดังนั้นควรมีการแนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถดูแลระยะยาวแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยด้วย ส่วนการศึกษาผลลัพธ์การดูแลระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 290 ในจังหวัดระยองและจังหวัดชลบุรี โดยในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53 มีอายุเฉลี่ย 64.4 ปี จำนวนวันนอนเฉลี่ย ใน Stroke unit 2.6 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 84.5 ได้รับการกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้าน และได้รับการประเมินสมรรถภาพ (Activity of Daily Living: ADL) ร้อยละ 100 เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลต่อเนื่อง โดยแผนการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 81 นัดผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีร้อยละ 35 ที่ได้ส่งตัวให้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต. ใกล้บ้าน และร้อยละ 81 มีการส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการหรือเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พบว่า ร้อยละ 53.5 ของผู้ป่วยรายงานว่า มีนักกายภาพบำบัดมาทำกายภาพบำบัดให้ที่บ้าน โดยการมาเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล

หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 61 โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพมีระดับไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 25.5 จากผลการศึกษานี้ที่ค้นพบว่าการมีรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถขยายผลโดยการนำรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ไปใช้ประโยชน์ในระดับจังหวัดและระดับประเทศได้ เพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ควรกำหนดนโยบาย ให้โรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งมี Care Manager for Stroke และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัด เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการดูแลระยะยาวหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลถึงบริการของผู้ป่วยได้ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน โดยนำรูปแบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ มาพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลางและระยะยาวให้มีความชัดเจนให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งพัฒนามาตรฐานการจัดรูปแบบบริการ โดยกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ และระยะเวลาในการให้บริการ โปรแกรมการดูแลตามความเหมาะสมให้เป็นที่ยอมรับ 3) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัดและประเทศ ที่สะท้อนผลลัพธ์การให้บริการ เพื่อการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาในประเด็นการดูแลที่สำคัญและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ 4) ควรสนับสนุนด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของการบริการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ พัฒนารูปแบบ การดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

Model development, long term care, elderly, stroke.

บทที่ 1

ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย

ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย

ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี 2566 คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับ 14% การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเนื่องจากความชุกของโรคในผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความต้องการบริการสุขภาพต่างๆมากขึ้น หนึ่งในห้าโรคที่พบบ่อยคือโรคหลอดเลือดสมอง การจัดระบบการบริการดูแลโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังมุ่งเน้นระยะวิกฤตหรือเฉียบพลัน (Acute care) โดยมีระบบ Stroke fast tract และพัฒนาหอผู้ป่วย Stroke Unit เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ ความชุกในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ร้อยละ 2.7 (สุชาติ หาญไพบุลย์และคณะ, 2554) และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 24.3 ต่อแสนประชากรในปี 2550 (Hanchaiphibookkul S, 2011) ทั้งยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability ADUSTED Life Year: DALYs) ที่สำคัญของคนไทย ที่มีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากอัตรา 216.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2551 เป็น

อัตรา 307.9 ต่อประชากรแสนคนในปี 2553 รวมถึงอัตราตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยที่ผู้ที่รอดชีวิต จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สิรินาฏ นิภาพร, 2556)

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้ว ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในระยะกลางและระยะยาว (long term care) การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ หรือความพิการอย่างถาวรให้เหลือน้อยที่สุด (สิริชัย นามทรศนีย์ (2554). แต่ระบบการดูแล ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการจัดบริการที่เป็นรูปธรรมค่อนข้างน้อย ซึ่งการดูแลต่อเนื่องจำเป็นอย่างยิ่ง จากการพยากรณ์การฟื้นฟูสภาพจะดีมากขึ้นถ้าภายใน 2 สัปดาห์มีการเคลื่อนไหวของแขนขาได้ แต่หากเกิน 6 เดือนโอกาสการฟื้นฟูสภาพจะค่อนข้างน้อย ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้กลุ่มผู้สูงอายุ โดย 1 ใน 4 มีปัญหาทุพพลภาพระยะยาว ในจำนวนนี้ร้อยละ 1.6 ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยลำพัง และร้อยละ 3.1 ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยอิสระ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ควรจะเริ่มตั้งแต่อาการผู้ป่วยคงที่ (stable) หรือภายใน 3 เดือนแรกที่เกิดโรค อาการจะค่อยๆดีขึ้นจนถึง 6 เดือน หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจฟื้นฟูสภาพไปได้เรื่อยๆ จนถึงเวลา 2 ปี ซึ่งการดูแลระยะนี้ (Intermediate care) เป็นการดูแลรักษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Department and Health, 2009) จะมีส่วนสำคัญในการช่วยลดความพิการถาวรในผู้ป่วยได้ แต่ในการศึกษาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กรณีการศึกษาอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่ามีร้อยละ 64 ของผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติ ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน และร้อยละ 13 เท่านั้นที่มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้าน (จเร วิชชาไทย และคณะ, 2553) อีกทั้งในการเข้าถึงบริการ (access) สุขภาพสำหรับคนกลุ่มนี้ยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพิงผู้อื่น ประกอบกับบางรายมีความลำบากในการเคลื่อนย้าย โดยเฉพาะผู้อยู่ในชนบทยังเข้าถึง

บริการนี้ค่อนข้างน้อยมาก จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการสนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน จัดระบบบริการที่เป็นรูปธรรม มีการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ และระยะเวลาในการให้บริการ ตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละระดับ (จเร วิชาไทย และคณะ, 2553)

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยบริการวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และเป็นสถานบริการเฉพาะทางฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุจึงวางแผนการวิจัยเพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่ามีระบบบริการรูปแบบอย่างไร มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสูงอายุมากน้อยเพียงใด และผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังได้รับบริการเป็นอย่างไร แล้วถอดบทเรียนที่เป็นประเด็นสำคัญเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 3.2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะยาวจากสถานบริการและชุมชน
- 3.3 เพื่อถอดบทเรียนการได้รับบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อไปยังสถานบริการและชุมชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 3.4 สรุปและขอเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับบริบทของเขตบริการสุขภาพที่ 6

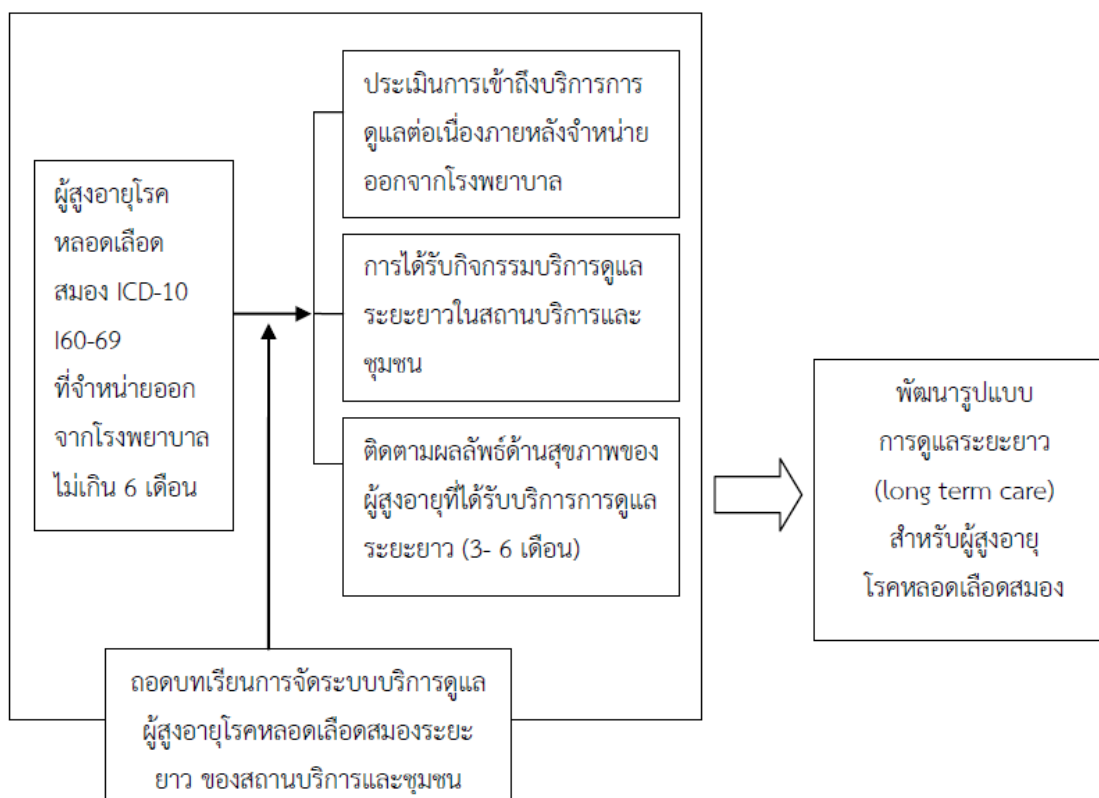
ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นติดตามและประเมินการเข้าถึงบริการการดูแลอายุระยะยาว (long term care) ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อไประดับชุมชน นำมาถอดบทเรียนและพัฒนาเป็นรูปแบบการให้บริการการดูแลระยะยาว (long term care) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 โดยเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดที่มี stroke unit, stroke fast track ที่ดำเนินการแล้วเท่านั้น

ทฤษฎี สมมุติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

กรอบแนวความคิดของการศึกษานี้มุ่งการประเมินการเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการได้รับบริการที่เป็นการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มต้นศึกษาเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ และถอดบทเรียนการจัดรูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ศึกษา ว่าในปัจจุบันมีรูปแบบใดบ้าง มีการพัฒนาการจัดบริการอย่างไร ควรพัฒนาต่อไปในรูปแบบใดจึงจะเหมาะสม และพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงให้มีคุณภาพเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และภายหลังส่งต่อไปสถานบริการและชุมชน
2. สถานบริการตระหนักถึงการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความพิการและให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. มีข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดที่เป็นรูปธรรม
4. หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูล หรือรูปแบบที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นโยบาย ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดำเนินการจัดบริการต่างๆแก่ผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) ได้แก่ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม” ซึ่งได้ระบุชัดถึงการพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ที่อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตัวเองได้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนด้านต่างๆ” ซึ่งประกอบด้วย อนุมาตรา (1)-(13) การรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็วขึ้น การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณสุขอื่นๆ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำปรึกษา และช่วยเหลือแก้ปัญหาครอบครัว การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นต้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 “สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่างๆที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่าง สอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีมาตรการเรื่องการพัฒนาาระบบบริการทางสุขภาพและสังคมที่สอดประสานกัน และเน้นการบริการถึงบ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และควรเน้นการดำเนินการในช่วง 5 ปีข้างหน้า ประเด็นหนึ่งคือ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย เน้นความพอเพียง และความยั่งยืนของระบบบริการ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว ซึ่งในปี พ.ศ. 2548 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 6 ประการได้แก่

1. มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล
2. มาตรฐานด้านรายได้
3. มาตรฐานด้านที่พักอาศัย
4. มาตรฐานด้านนันทนาการ
5. มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
6. มาตรฐานการสร้างบริการทางสังคม และเครือข่ายการเกื้อหนุน

มาตรฐานงานที่กำหนดไว้ ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการจัดบริการรูปแบบต่างๆ เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการจัดบริการควรสอดคล้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรมวิถีชีวิตของสังคมไทย

การบริการระยะกลาง/ ระยะยาว (Intermediate/ Longterm Care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (acute care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นภาระแก่ญาติ/ครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการได้รับการบริการระยะกลางที่ไม่มีคุณภาพและ/หรือไม่เพียงพอ กลุ่มเป้าหมายงานบริการระยะกลาง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลและพ้นระยะเฉียบพลันหรือมีความปลอดภัยเชิงการแพทย์แล้ว แต่ยังไม่นอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งสามารถไปรับบริการฟื้นฟูที่ใดที่หนึ่งหรือที่บ้าน โดยทีมให้บริการที่ออกไปให้บริการ การจัดระบบแบบนี้จะช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการแออัดในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ามากขึ้น อีกทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้ สอดคล้องกับสภาพบริบทที่บ้านและชุมชนได้ดีและเร็วกว่าการให้การฟื้นฟูที่สถานบริการโดยลำพังงานบริการอะไรบางอย่างที่เป็นบริการระยะกลาง เนื่องจาก เป้าหมายงานบริการระยะกลาง คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย และ การฟื้นฟูการดำรงชีวิตอย่างอิสระให้กับผู้ป่วย ดังนั้น กลุ่มบริการสำคัญ จะประกอบด้วยสองกลุ่ม คือ กลุ่มบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และ กลุ่มบริการฟื้นฟูทางสังคม ขณะเดียวกันเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ยังต้องการบริการทางการแพทย์บางอย่างในช่วงระยะเวลานี้ ฉะนั้น อาจมีบริการทางการแพทย์บางส่วนที่จัดอยู่ในบริการระยะกลางด้วย ดังนั้นการกำหนดว่าบริการระยะกลางมีอะไรบ้างจึงไม่ใช่ง่าย เพราะมีความหลากหลายงานบริการจำนวนมากประเทศอังกฤษ ภายใต้ระบบ National Health System (NHS) ช่วงประมาณปี ค.ศ. 2000 พยายามจะหาคำจำกัดความของบริการระยะกลางว่าคืออะไร ทั้งที่ตัวบริการต่างๆ เช่น บริการฟื้นฟูทั้งด้านการแพทย์และสังคมที่มีพัฒนาการเชิงระบบเป็นเวลานาน แต่ส่วนมากเป็นการตอบสนองความต้องการในระดับท้องถิ่น มีการวางแผนและจัดระบบภายในชุมชนและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ขณะที่ส่วนกลางยังเข้าไปมีส่วนร่วมกำกับทิศทางไม่มาก แต่ท้ายที่สุดก็หาข้อตกลงร่วมกันไม่ได้ว่าบริการระยะกลางคืออะไรบ้าง เนื่องจากมีความหลากหลายมาก คงไม่แตกต่างจากของไทย ที่มีบริการฟื้นฟูที่เป็นภูมิปัญญาไทยบริการเหล่านี้ หากเพื่อจุดประสงค์เพื่อการฟื้นฟู ก็น่าจะเป็นบริการระยะกลางได้เช่นกัน

จนที่สุด ระบบ NHS ก็เลือกที่จะกำหนดความหมายบริการระยะกลางในขอบเขตที่เป็นเงื่อนไขมากกว่าว่าจะมีบริการอะไรบ้าง ดังนี้ คือ 1) ต้องเป็นบริการที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น 2) ต้องมีแผนการให้บริการรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟู กำหนดบริการที่ต้องให้ครอบคลุมทั้งหมด 3) ในเป้าหมายต้องระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถทักษะในการดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด 4) ช่วงระยะเวลาให้บริการต้องชัดเจน ในระบบ NHS กำหนดให้ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หากครบแล้วต้องประเมินและถ้าจำเป็นต้องฟื้นฟูโดยมีเป้าหมายต่อ ก็เข้าโปรแกรมต่อไปอีกรอบ ถ้ามีความพิการ แต่ต้องให้บริการฟื้นฟูและสนับสนุนติดต่อไปอีกเพื่อการคงสภาพผู้ป่วย จะถือว่าเป็นการออกจากโปรแกรมบริการระยะกลางแต่เข้าสู่ระบบบริการระยะยาว

นโยบายกับการพัฒนาระบบบริการระยะกลางและระยะยาว

มีปัจจัยภายในสำคัญที่ผลักดันให้เกิดความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการระยะกลาง

1. ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น จากที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มพบการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และความพิการที่ต้องการฟื้นฟู
2. เทคโนโลยีการแพทย์ดีขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง แม้ว่าจะรอดชีวิตแต่จะมีความพิการที่ต้องการบริการระยะกลาง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟู

3. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่ให้ความสำคัญผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เช่น บริการระยะกลางที่ให้ความคุ้มครองทั้งที่สถานบริการและที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดกับการจัดบริการปฐมภูมิ

4. ระบบบริการที่ถูกกดดันให้ต้องเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ฟื้นตัวอันตราย อาการปลอดภัยมากแล้ว ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลต่อไปโดยไม่จำเป็น ในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาประเมินในปี ค.ศ. 2000 พบว่าประมาณ 20% ของเตียงที่รับนอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่สมควรจะต้องนอนในโรงพยาบาลอีก

5. ความต้องการให้เกิดการบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสังคมในส่วนที่เป็นบริการระยะกลาง เพราะล้าหลังบริการระยะกลางที่เป็นบริการทางการแพทย์ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างอิสระได้สูงสุดเท่าที่ควรจะเป็น ด้วยเหตุปัจจัยข้างต้น กลายเป็นแรงผลักดันให้ระบบต้องการโมเดลทางเลือกเพื่อลดแรงกดดัน โดยเฉพาะต่อโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการบริการระยะกลางที่ และความต้องการของผู้ป่วยที่สูงขึ้น

การพัฒนาบริการระยะกลางในประเทศอังกฤษระยะแรก เกิดขึ้นไม่ใช่จากภาครัฐเข้าไปชี้นำหรือสนับสนุนการพัฒนา แต่เกิดจากการตอบสนองของชุมชน ที่พบว่ายังมีความต้องการบริการดังกล่าวมีการจัดระบบภายในกันเอง จนเกิดระบบที่หลากหลายในหลายพื้นที่ แต่ภาครัฐส่วนกลางรับรู้ว่าเป็นบริการระยะกลางเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ ในช่วงปี ค.ศ. 1999 – 2000 ถือเป็นระยะแรกของการพัฒนา เพราะมีนักวิชาการ ชุมชนนักปฏิบัติ นักนโยบาย พยายามค้นหาคำจำกัดความ ขอบเขตบริการระยะกลาง ซึ่งมีคำถามเหล่านี้ที่ผุดขึ้นมาเพื่อหาคำตอบ

1. บริการระยะกลางคือบริการอะไร
2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกับบริการระยะกลางเป็นบริการเดียวกันใช่หรือไม่
3. ระบบบริการระยะกลางเป็นระบบที่ควรแยกออกมาหรืออยู่ในระบบบริการที่มีอยู่แล้ว
4. บริการระยะกลางเป็นทางเลือกสำหรับบริการฉุกเฉินหรือเป็นบริการเสริมขึ้นมา
5. บริการอะไรบ้างที่เป็นบริการระยะกลาง เช่น บริการฟื้นฟูที่ให้ในช่วงผู้ป่วยรับบริการฉุกเฉิน (acute care) ถือเป็นบริการระยะกลางหรือไม่
6. กลุ่มเป้าหมายบริการระยะกลางคือกลุ่มใดบ้าง แต่ก็ยังไม่มีข้อยุติที่เห็นตรงกัน ในทางนโยบายก็ไม่มีมีการกำหนดคำจำกัดความบริการระยะกลางออกมาให้ชัดเจน

ระยะที่สองของการพัฒนา ช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2004 เป็นช่วงที่รัฐต้องการทำให้ระบบบริการระยะกลางเป็นระบบหลักหนึ่งในระบบบริการที่บูรณาการทั้งบริการสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน มีการสนับสนุนงบประมาณ การลงทุน และกำหนดเป้าหมาย และกรอบบริการ ที่สุด NHS เลือกที่จะกำหนดบริการระยะกลางเป็นเงื่อนไข ที่มีเงื่อนไขดังนี้

1. เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล หรือต้องเผชิญกับบริการระยะยาวโดยไม่จำเป็น
2. เป็นบริการที่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง มีแผนให้บริการผู้ป่วยที่เห็นร่วมกันในกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล

3. บริการระยะกลางส่วนใหญ่เป็นบริการฟื้นฟูต้องใช้ทีมบริการสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักบำบัดการพูด พยาบาล แพทย์ปฐมภูมิ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้บริการด้านสังคมเพื่อการฟื้นฟู ผู้เกี่ยวข้องการบริหารจัดการ บุคลากรเฉพาะทาง กรณีมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการ อื่นๆ

4. แผนการให้บริการต้องทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ในระยะนี้ มีการใช้ข้อเสนอจากรายงาน National Beds Inquiry 2000 ที่เสนอทางเลือกให้ 3 ฉากทัศน์ คือ **หนึ่ง** ไม่ต้องทำอะไร รักษาทิศทางที่เป็นอยู่ต่อไป ไม่จำเป็นต้องสนับสนุนการพัฒนาระบบที่ช่วยลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น **สอง** พัฒนาไปในทิศทางเพิ่มจำนวนเตียงรับนอนผู้ป่วยในแต่ไว้สำหรับให้บริการฟื้นฟู และให้บริการฟื้นฟูแบบบริการผู้ป่วยนอกที่เน้นให้ที่โรงพยาบาล และ **สาม** พัฒนาให้มีบริการที่บ้าน ลดจำนวนวันนอนโดยไม่จำเป็นผ่านระบบสุขภาพและสังคมในชุมชน มีเป้าหมายทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างอิสระมากที่สุด ซึ่งรัฐบาลตัดสินใจจะเดินไปโดยใช้ทิศทางทัศน์ที่สามกลุ่มเป้าหมายเน้นที่ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระให้มากที่สุด ลดการพึ่งพา มุ่งพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมต่อกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ บนฐานการกระจายอำนาจการบริหารจัดการแก่หน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง บูรณาการบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม สนับสนุนการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ ในชุมชนจนมาถึงระยะพัฒนาที่สามหรือระยะปัจจุบัน ที่เน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคมให้เป็นระบบเดียวกัน โดยวางหลักการพื้นฐานที่เสริมสร้างความสำเร็จ คือ

1. องค์กรบริการสุขภาพและสังคมต้องเป็นภาคีทำงานร่วมกัน ทั้งการวางแผนและการลงทุนพัฒนาระบบ
2. ต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการประเมินและบริการเฉพาะทางให้ได้ ถ้ามีความต้องการ
3. ต้องมีทีมให้บริการประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ทั่วไป (general practitioners) แพทย์ที่โรงพยาบาล พยาบาล นักกายภาพ นักอาชีวและนักกิจกรรมบำบัด นักฝึกพูด เจ้าหน้าที่ด้านสังคม และเจ้าหน้าที่ทั่วไปที่ทำหน้าที่บริหารและสนับสนุนการทำงาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้มีกองทุนย่อยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในปีงบประมาณ 2552 ได้รับการจัดสรรในอัตรา 5 บาทต่อประชากรของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (47.026 ล้านคน) จำนวนวงเงินประมาณ 235.13 ล้านบาท ร้อยละ 70 ของกองทุนนี้ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ จำนวนเงิน 164.59 ล้านบาท และบริการฟื้นฟูฯ อีก 30% คิดเป็น 70.54 ล้านบาท ใช้เพื่อการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ในวงเงินก้อนแรกกำหนดให้ผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจากกองทุนนี้ต้องได้รับการประเมิน และจดทะเบียนสิทธิเป็นคนพิการ และใช้ระบบการจ่ายตามงานบริการมีราคากำหนด ในก้อนที่สองจะมีงบประมาณจำนวนหนึ่งสนับสนุนสถานบริการเพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ แก่คนพิการ

การสนับสนุนจากนโยบายการบริหารกองทุนฟื้นฟูภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากเงื่อนไขการจ่ายสำหรับบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์ ต้องเป็นผู้ที่จดทะเบียนเป็นคนพิการ กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะกำกึ่งไม่ชัดเจน จะเป็นคนพิการตามเกณฑ์กำหนดหรือไม่ บริการฟื้นฟูและอุปกรณ์ที่ควรจะได้รับ สถานบริการจะไม่สามารถส่งมาขอเบิกจากกองทุนฟื้นฟูนี้ แต่ต้องใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ที่ไปยังสถานบริการสนับสนุน

ค่าใช้จ่าย จนกระทั่ง 6 เดือนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วประเมินพบว่าเข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ การเบิกจ่ายจะได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูต่อไป ซึ่งก็ถือว่าเป็นช่วงการให้บริการระยะยาวแล้ว (long term care) อีกกรณีที่พบบ่อย คือ การจดทะเบียนผู้ป่วยเป็นคนพิการให้ ตั้งแต่เนิ่นๆ เนื่องจากหน่วยบริการเห็นว่า แม้จะเลย 6 เดือนไปก็จะมีคามพิการเข้าตามเกณฑ์จดทะเบียนอย่างชัดเจน ซึ่งก็สามารถขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรก บริการระยะกลาง ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูในภาพที่ชัดเจนกว่า คือ เงินงบประมาณที่ไปสนับสนุนการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูให้แก่สถานบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะกลาง รวมทั้งคนพิการที่ต้องการบริการฟื้นฟูเพื่ออำรงสภาพ มีโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นฟูดีขึ้นทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยรวม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีเป้าหมายครอบคลุมบุคคลที่มีความพิการ ขณะที่ ผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องการบริการระยะกลาง ไม่ได้ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนนี้อย่างชัดเจน ทั้งที่ชนิดบริการที่ทั้งสองกลุ่มได้รับไม่ต่างกัน ยกเว้นระดับความเข้มข้น ที่กลุ่มต้องการบริการระยะกลางมีความต้องการมากกว่าด้วยซ้ำ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู กลายเป็นสองวิธีปฏิบัติในเชิงนโยบายที่ต่างกัน

ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ต่อแนวทางการบริหารงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ นั่นคือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมผู้ป่วยที่ต้องการบริการ subacute care ที่เป็นบริการฟื้นฟูฯ ซึ่งก็คือบริการฟื้นฟูฯระยะกลาง ทำให้กองทุนนี้มีขยายการคุ้มครองที่กว้างขวางขึ้น เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วย ที่มีความพิการแต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีความพิการถาวรหรือไม่ นอกจากนั้นงบประมาณกองทุนนี้ยังเพิ่มขึ้นเป็น 8.08 บาทต่อหัว ของจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวงเงินงบประมาณ 381.62 ล้านบาท แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนที่ใช้สนับสนุนการพัฒนากระบวนการ และพัฒนาศักยภาพองค์กรคนพิการมีอยู่ 20% ในปริมาณ 76.33 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่ไม่น้อยเลย ในทางยุทธศาสตร์โครงสร้างระบบการประกัน มีการจัดสรรงบประมาณให้ สปสช.เขตให้มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการมากขึ้น ร่วมกับการทำหน้าที่บริหารจัดการ เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯร่วมกับหน่วยบริการและองค์กร หรือเครือข่ายองค์กรคนพิการ ถือเป็นการขยับในทางยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการกระจายอำนาจ และเพิ่มโอกาสการสร้างนวัตกรรมระบบบริการฟื้นฟูฯ

รูปแบบการจัดบริการระยะกลางและระยะยาว

การจัดโปรแกรมบริการระยะกลางของอังกฤษ เน้นการให้บริการที่ระดับชุมชนมีโปรแกรมเป็นกลุ่มบริการดังนี้

1. Home from Hospital เน้นให้บริการดูแลที่บ้าน
2. Rapid Response Scheme ให้บริการที่บ้าน หรือสถานบริการที่ให้การนอน บริการที่ให้เป็นส่วนงานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น การให้ IV, peg tube, catheter replacement, crisis psychiatric care
3. Step Up / Down Schemes ให้บริการที่หน่วยบริการที่รับผู้ป่วยนอน เช่น nursing home ทดแทนการนอนในโรงพยาบาล
4. Rehabilitation Schemes ให้บริการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชา (multidisciplinary team)
5. Stroke schemes สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ให้บริการที่บ้าน เป้าหมายเพื่อฟื้นฟู

สมรรถภาพทางกายและการดำรงชีวิตอิสระให้มากที่สุด ตลอดจนการฟื้นฟูด้านอาชีพ

6. Community Hospital Schemes เป็นบริการระยะกลางที่อยู่ในโรงพยาบาลในช่วงฉุกเฉิน เป็นช่วงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่เหมาะจะให้บริการที่สถานบริการภายนอกหรือที่บ้าน

การพัฒนาาระบบบริการระยะกลางและระยะยาวของไทย

สำหรับประเทศไทย ในงานวิจัยศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างวัด สำนักสงฆ์ กับหน่วยอื่น เพื่อดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ในส่วนที่เป็น intermediate care โดย สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน จัดกลุ่มบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังนี้

1. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฟื้นฟูทางการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หมอนวด หมอพื้นบ้าน ผู้ช่วยเหลือ

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

3. การช่วยเหลือและเตรียมทางด้านสังคม ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล เตรียมสภาพบ้านและชุมชนรองรับการกลับไปอยู่ของผู้ป่วย เตรียมการปรับตัวด้านสังคม อาชีพ รายได้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากร จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชน

จะเห็นว่า ส่วนหนึ่งของบริการระยะกลางของไทยมีความสัมพันธ์กับชุมชน วัฒนธรรม และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บางพื้นที่หรือบางโรงพยาบาลมีการใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกมาเสริมกับบริการฟื้นฟูแผนปัจจุบัน หรือร่วมกับแผนไทย ผสมผสานกันไป แต่ทุกๆบริการต้องมีเป้าหมาย คือ เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยบนฐานการมีเป้าหมายที่ชัดเจน และควรเป็นบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ให้ประสิทธิผลในการฟื้นฟู

การบริการระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

ผลการสำรวจที่น่าสนใจในสหราชอาณาจักร ระบุว่า 20% ของผู้ป่วย stroke เสียชีวิตภายใน 30 วัน ในกลุ่มคนที่รอดชีวิต มีประมาณ 30% สมรรถภาพสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เหมือนเดิมภายใน 3 สัปดาห์ อีกเกือบ 50% ฟื้นฟูกลับมาได้เหมือนเดิม แต่ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน Cochrane ประเมินเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูในช่วงบริการฉุกเฉิน (acute phase) กับโรงพยาบาลที่ไม่ได้ให้ พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูฯ เน้นการทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ตั้งแต่เนิ่น (early mobilization) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ประมาณ 18% จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง อยู่ระหว่าง 2 – 10 วัน โดยผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่หอพักผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตั้งแต่ในช่วงที่นอนในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่ต้องการบริการระยะยาวที่อยู่ในสถานบริการน้อยลง และมีทักษะการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่า งานวิจัยทดลอง

ในอังกฤษ เปรียบเทียบระหว่างการฟื้นฟูที่บ้านกับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลแบบเข้าไปเย็บกลับหรือวันเดียว หลังจาก 6 เดือนภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูที่บ้านให้ผลคะแนน Barthel ตีว่ากลุ่มได้รับการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญและแนะนำว่าในรอบ 6 เดือนหลังการจำหน่าย ผู้ป่วย ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 15 - 20 ครั้ง ซึ่งเป็นปริมาณที่จะให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูได้ใกล้เคียงกับที่ วางเป้าหมายไว้ แต่โดยเฉลี่ยผู้ป่วยกลุ่ม stroke ต้องการบริการฟื้นฟูอยู่ที่ประมาณ 14 สัปดาห์ (3 เดือนครึ่ง) จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ออกไปให้บริการที่บ้าน 12 ครั้ง สัปดาห์ คานาดา เป็นประเทศหนึ่งที่มี home-based program และเล็งเห็นว่าระบบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะรองรับปัญหาผู้ป่วย stroke ที่ก่อให้เกิดความ พิจารตามมา ประชากรคานาดากว่า 3 แสนคนที่รอดชีวิตจาก stroke มีภาวะเรื้อรังและความพิการต่อเนื่อง ซึ่งมี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โปรแกรมของคานาดามีจุดเด่นที่ มีพยาบาลไปเยี่ยมและให้บริการที่บ้านทุกวัน ผู้ป่วยหรือ ญาติสามารถโทรศัพท์ร้องขอบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และกลุ่มบริการนี้ เป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเข้าโปรแกรม home-based care ต้องถูกส่งไปให้ทีมให้บริการปฐมภูมิ โดยทีมบริการจะทำงาน ร่วมกันเป็นเครือข่ายกับทีมผู้ดูแล ทั้งนี้ผลการประเมินค่าใช้จ่ายเพื่อทำโปรแกรมนี พบว่าระยะแรกมีค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น โดยเป็นค่าแรงงานพยาบาลและทีมให้บริการเป็นหลักในการออกไปในชุมชน แต่ที่สุดแล้วค่าใช้จ่ายจะ ลดลงเป็นลำดับ ภายหลังระบบเริ่มจะลงตัว รายงานการศึกษาหนึ่งในคานาดา ได้ติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย stroke ภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปรับบริการต่อที่บ้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,946 ตัวอย่าง พบว่า ระหว่างสามเดือนแรกหลังถูกจำหน่าย มีอัตราการเสียชีวิตเป็น 3.2% อัตราการนอนกลับไป ที่ โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นและสัมพันธ์กับความถี่-ห่างการให้บริการที่บ้าน กล่าวคือถ้าได้รับน้อย โอกาสกลับไปนอนที่ โรงพยาบาลอีกครั้งก็สูงขึ้น การศึกษาอภิปรายว่า ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา community-based post-stroke ต่อไป และต้องมีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการ โดยเฉพาะนโยบายต้องสนับสนุนการวางแผนและให้บริการ ต่อเนื่องในชุมชนภายหลังออกจากโรงพยาบาล เพราะสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์สุขภาพ

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ค่อนข้างน่าเป็นห่วง มีรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม 2548 เป็นหัวข้อข่าวระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้คนไทยเป็นอัมพฤกษ์และ อัมพาตโดยเฉลี่ย 4 นาทีต่อคน ในรายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550 ความสำคัญคือ อัมพฤกษ์ อัมพาต 10 คน จะเสียชีวิตราย 25 คน สำหรับคนที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 คือ เป็น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเดินไม่ได้หรือเคลื่อนไหวทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันไม่ได้ตามปกติ บาง รายอาจต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา ที่สำคัญคือต้องการการดูแลและคนดูแลใกล้ชิด กรณีผู้ที่หายดี กลับมาใกล้เคียงกับคนปกติ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ปัญหาระยะยาวของผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรือผู้ป่วยที่ต้องการ บริการระยะกลางที่เป็นบริการฟื้นฟู คือ ภาวะทุพพลภาพซึ่งเกิดภายหลังเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับบ้าน พบว่าระบบบริการยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

การศึกษาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในปี 2545 พบว่า การจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไม่สามารถ ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ผู้ให้บริการขาดองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะ ความรู้ที่แนะนำผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้ป่วยนำไปใช้ได้ไม่มาก และขาดการมีส่วนร่วม

จากผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ระบบการนัดหมายและการติดตามโดยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ไม่มีการติดตามผล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับบริการฟื้นฟูอีกเลยหลังจากออกจากโรงพยาบาล หลายรายมีความลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล และต้องการการฟื้นฟูที่บ้าน

แนวทางการปฏิบัติที่ดีเมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วย stroke ออกจากโรงพยาบาล

การจำหน่ายผู้ป่วย stroke ออกจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้านและชุมชน เป็นความท้าทายของผู้ป่วย กระบวนการต้องทำตั้งแต่เนิ่นๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม และทำร่วมกับทีมบริการปฐมภูมิ ทีมให้บริการสังคม และผู้ให้บริการสาขาต่างๆ ที่ต้องเกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยมาใช้พิจารณาด้วย ต้องวางแผนกำหนดบทบาทบุคลากรต่างๆ ที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องหลังการจำหน่าย การปรับแต่งสภาพบ้านให้เหมาะสมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ ควรติดตั้งให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่าย มีข้อเสนอแนะว่า ทีมให้บริการควรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อเก็บข้อมูล นำมาใช้วางแผนการจำหน่าย วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น และทำแผนร่วมกับผู้ดูแล แต่ปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า การไปเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลวางแผน จะให้ประสิทธิผลการจัดบริการที่ดีกว่า ทำให้ยังไม่ได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ต้องทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเขียนให้ชัดเจน ข้อมูลในแผนการจำหน่ายควรประกอบด้วย

1. ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยตอนจำหน่ายออก
2. ผลการตรวจประเมินต่างๆ ระดับสมรรถภาพร่างกาย ความสามารถ
3. แผนการให้บริการของทีมให้บริการ การนัดหมายประเมินหรือตรวจสอบเพิ่มเติมที่สถานบริการปฐมภูมิ และ หรือ โรงพยาบาล
4. เบอร์โทรศัพท์บุคลากรหรือผู้จัดการที่รับผิดชอบดูแลการบริหารจัดการที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ถ้าต้องการความช่วยเหลือใดๆ
5. วันที่รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลและวันจำหน่ายออก

การจัดบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือกรณีอื่นๆ เราจะเห็นทิศทางที่มุ่งไปที่ชุมชนมากขึ้น ใช้เวลาน้อยลงสำหรับบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาล แต่คำถามที่น่าสนใจ คือ เรากำลังมุ่งไปสู่การขยายขอบเขตบริการของสถานพยาบาล (extension of institutionalized care) หรือ ไปสู่การจัดบริการบนฐานชุมชน (community based care) มีหลักฐานวิจัยประเมินว่าการบริการฟื้นฟูในชุมชนสามารถพัฒนาทักษะการทำกิจวัตรประจำวันของคนไข้ได้อย่างชัดเจน แต่ก็ยังเป็นระบบที่เพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลอย่างมากเช่นกัน ขณะเดียวกัน งานวิจัยในนิวซีแลนด์ระบุว่า ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 80% ของผู้ป่วยรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน และ 83% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีพัฒนาการสมรรถภาพฟื้นกลับมาต่ำกว่าที่เป้าหมายกำหนดไว้ และควรได้บริการฟื้นฟูต่อเนื่องไปอีก แม้ว่ามีความชัดเจนที่การจัดบริการระยะกลางสำหรับผู้ป่วย stroke มุ่งไปสู่ชุมชน งานวิจัยจำนวนหนึ่งสนับสนุนประสิทธิผลการจัดบริการในชุมชน แต่ก็ไม่มีหลักฐานเพียงพอจะฟันธงว่า ระบบต้องเปลี่ยนจุดเน้นเองงานบริการฟื้นฟูออกจากบริการผู้ป่วยในทั้งหมด แต่ที่ต้องปรับอย่างแน่นอน คือ การปรับตำรา รูปแบบการเรียนการสอน ให้สามารถทำงานในระบบสุขภาพชุมชนได้ ปัญหาที่พบบ่อย คือ การจัดระบบบริการโดยที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะขาดแคลนบุคลากรหรือทีมให้บริการ ปล่อยให้มีการจัดบริการเกิดขึ้นตามสภาพการขาดแคลนทรัพยากร ส่งผลเสียหายกับผู้ป่วย

การควบคุมกำกับและประเมินผลการจัดบริการระยะกลาง/ระยะยาว

การกำกับและประเมินผล ควรดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้ตัวชี้วัดหลากหลาย เช่นระยะเวลานอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย บริการที่ผู้ป่วยได้รับ สมรรถนะ และทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับบริการ การประเมินผู้ป่วยควรดำเนินการเป็นช่วงๆ เช่น 3 6 และ 12 เดือน ระบบบริการต้องมีการพัฒนาชุดข้อมูลพื้นฐาน ที่สนับสนุนการกำกับ ประเมินการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง การบรรลุเป้าหมายการลดจำนวนวันนอน ที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลอาจไม่ใช่เป้าหมายสำคัญเลย ถ้าในพื้นที่มีข้อจำกัดไม่สามารถจัดบริการออกไปที่บ้านได้ หรือไม่มีสถานบริการรองรับต่อจากโรงพยาบาลข้อกังวลสำคัญ คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่ได้รับบริการใดๆอีกเลย ราชวิทยาลัยแพทย์ของอังกฤษ สรุปปัจจัยความสำเร็จของกึ่งจัดบริการระยะกลางที่เป็นบริการทางการแพทย์ มีดังนี้

1. ต้องมีการประเมินความต้องการบริการ และการวางแผนจัดบริการ บนฐานการมีส่วนร่วมกับชุมชน
2. ทีมให้บริการต้องมีความกระตือรือร้น เรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. มีการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ
4. มีการทำงานข้ามและเป็นภาคีกับหน่วยงานต่างๆ
5. มีแบบแผนขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน
6. มีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการพัฒนาาระบบบริการระยะกลาง
7. มีการสื่อสารทั่วถึงทั้งในทีมงาน บุคลากรต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
8. มีบริการที่ประสานเชื่อมต่อกัน
9. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการผ่านช่องทางเดียว
10. มีระบบประเมินผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน
11. บุคคลที่เป็นผู้จัดการบริการต้องประสานการทำงานระหว่างสถานบริการทุติยภูมิและปฐมภูมิ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1

1. การทบทวนวรรณกรรม กรอบความคิดและระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและระยะยาวทั้งในและต่างประเทศ
2. คัดเลือกโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่มี Stroke unit และคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke) code ICD-10 I60-69 ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์/ ทัวไป และมีการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ที่บ้าน หรือนัดมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยติดตามผลการให้บริการสุขภาพไปอีก เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ
3. ทำการประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทำการติดตามผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือถูกส่งตัวกลับมาอยู่ในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และทำการสำรวจติดตามโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุดดังนี้
 - ชุดที่ 1 เป็นแบบประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรกที่ไปพบ
 - ชุดที่ 2 เป็นแบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาโดยทำการสำรวจในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 - ชุดที่ 3 เป็นแบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายและการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เกี่ยวกับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และภาวะสุขภาพ (Health status) ทำการตรวจวัด หลังการได้รับการบริการดูแลระยะยาวในเดือนที่ 3 - 6
4. ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของพื้นที่โรงพยาบาลตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบในการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของโรงพยาบาล การสนทนากลุ่มของทีมโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ
5. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน และการติดตามประเมินการเข้าถึงบริการมาประชุม หาแนวทางในการพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาว (long term care) แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตบริการที่ 6
6. นำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว ให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ วิพากษ์ และหาข้อสรุปรูปแบบฯ
7. จัดทำรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองฉบับสมบูรณ์ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระยะสั้นและระยะยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นตัวอย่างเขตบริการสุขภาพที่ 6 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจังหวัดที่มีการจัดบริการ Stroke fast track, Stroke unit แล้ว การศึกษาทั้งระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลือกผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าที่มีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนก่อนเริ่มเก็บข้อมูล จังหวัดละ 40-50 คน

หลักเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke : code I60 - I69) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจังหวัด และมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายให้ไปรับบริการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนั้นๆ
2. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป Acute stroke (code I60 - I69) ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัยในครั้งนี้โดยยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ (ลงนามใน consent form) และมีภูมิลำเนาในพื้นที่ศึกษา
3. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป Acute stroke (code I60 - I69) ที่มีอาการคงที่ขณะจำหน่าย และสามารถติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพได้ ตลอดช่วงการศึกษา (ประมาณ 6 เดือน)

หลักเกณฑ์คัดออกจากการเป็นกลุ่มการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป Acute stroke ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขณะดำเนินการอาสาสมัคร เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมการศึกษา หรือย้ายภูมิลำเนาไปจังหวัดอื่น หรือกรณีเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยเก่า Stroke/CVA รักษามานานมากกว่า 6 เดือน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีอาการไม่คงที่และมีโอกาสเสียชีวิตสูง

สถานที่ทำวิจัย/เก็บข้อมูล

พื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 6 เขต โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เขตละ 1 จังหวัดเป็นตัวแทน โดยเลือกจังหวัดที่มีการจัดบริการ Stroke fast track และ Stroke unit แล้ว ศึกษาทั้งระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ระดับละ 1 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) แบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมาโดยทำการสำรวจ 2 ครั้ง
- 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายและการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และภาวะสุขภาพ (Health status) ก่อน-หลังได้รับการดูแลระยะยาวเดือนที่ 3- 6
- 4) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการและชุมชน

- 5) แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สำหรับบันทึกรายละเอียดจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการเข้าร่วมกิจกรรมโดยการจัดทำสมุดบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินและแบบสอบถามทุกฉบับ แล้วนำมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. การเข้าถึงบริการ การได้รับบริการ โดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และภาวะสุขภาพ (Health status) ก่อนและหลังการได้รับการดูแล วิเคราะห์โดยแจกแจง ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นรายด้านและภาพรวม
3. การถอดบทเรียน เสนอเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามประเด็นที่ค้นพบ
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอเป็นรายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติ และข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาการทำวิจัย โครงการวิจัยนี้ดำเนินการวิจัย 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย การศึกษาผลลัพธ์การดูแลระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 290 ในจังหวัดระยองและจังหวัดชลบุรี โดยในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53 มีอายุเฉลี่ย 64.4 ปี จำนวนวันนอนเฉลี่ย ใน Stroke unit 2.6 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 84.5 ได้รับการกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้าน และได้รับการประเมินสมรรถภาพ (Activity of Daily Living: ADL) ร้อยละ 100 เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลต่อเนื่อง โดยแผนการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 81 นัดผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีร้อยละ 35 ที่ได้ส่งตัวให้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต. ใกล้บ้าน และร้อยละ 81 มีการส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการหรือเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พบว่า ร้อยละ 53.5 ของผู้ป่วยรายงานว่ามึนงงกายภาพบำบัดมาทำกายภาพบำบัดให้ที่บ้าน โดยการมาเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 61 โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพมีระดับไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 25.5

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
- ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	64.1311.36)	
- กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี	76	38.0
- กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี	62	31.0
- กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี	42	22.5
- กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป	16	8.0
- เพศชาย	106	53
- เพศหญิง	94	47
ระดับการศึกษา		
- 1. ไม่ได้เรียน	11	5.5
- 2. ประถมศึกษา	153	76.5
- 3. มัธยมศึกษา	27	13.5
- 4. ปวช/ ปวส/ อนุปริญญา	6	3.0
- 5. ปริญญาตรี	1	0.5
- 6. สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.0

สิทธิการรักษา		
- 1. สวัสดิการข้าราชการ	7	3.5
- 2. บัตรประกันสังคม	23	11.5
- 3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	158	79.0
- 4. อื่นๆ ระบุ	12	6.0

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทางสังคม

ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนป่วย		
<input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ	1	0.5
<input type="checkbox"/> 2. พนักงานเอกชน	8	4.0
<input type="checkbox"/> 3. รับจ้างทั่วไป	71	35.5
- <input type="checkbox"/> 4. ธุรกิจส่วนตัว	6	3.0
- <input type="checkbox"/> 5. เกษตกร	29	14.5
- <input type="checkbox"/> 6. ค้าขาย	51	25.5
- <input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	6
- <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ	22	11.0
บทบาทในครอบครัว		
- <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว	110	55.0
- <input type="checkbox"/> 2. สมาชิกครอบครัว	87	43.5
- <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ	3	1.5
ในครอบครัวท่าน มีผู้ดูแล/ ช่วยเหลือท่านคือใคร		
- <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	18	9.0
- <input type="checkbox"/> 2. มี	182	91.0
ความเพียงพอของรายได้ (หลังป่วย)		
- <input type="checkbox"/> 1. เพียงพอ	106	53.0
- <input type="checkbox"/> 2. ไม่เพียงพอ	94	47.0
ในชุมชนหรือบ้านใกล้เคียงมีใครให้ความช่วยเหลือท่าน		
- <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	63	31.5
- <input type="checkbox"/> 2. มี	137	68.5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสภาวะการเจ็บป่วยขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน (Length of stay)	3 (2.64)	
- ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
โรคที่เป็นในการไปนอนพักรักษาในโรงพยาบาล		
- 1. หลอดเลือดในสมองตีบ	184	92.0
- 2. หลอดเลือดในสมองแตก	16	8.0
สภาพร่างกายด้านการพูด		
- 1. ปกติ	89	44.5
- 2. พูดไม่ชัด	73	36.5
- 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง	4	2.0
- 4. ฟังเข้าใจ แต่พูดไม่เป็นคำ	22	11.0
- 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง	6	3.0
- 6. อื่นๆ ระบุ	6	3.0
สภาพร่างกายด้านการเคี้ยว/กลืน		
- 1. ปกติ	155	77.5
- 2. ไม่มี	6	3.0
- 3. ผิดปกติอื่นๆ ระบุ	39	19.5
อุปกรณ์พิเศษที่ใช้ขณะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
- ใส่ท่อ/เจาะคอ	4	2.0
- ให้อาหารทางสาย	9	4.5
- ใส่สายสวนปัสสาวะ	7	3.5
- อื่นๆ เช่น	33	16.5
การรักษาที่ได้รับ		
- ยา	196	98.0
- ผ่าตัด	7	3.5
- กายภาพบำบัด	169	84.5

จำนวน และร้อยละของบริการที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บริการที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับแจ้ง เมื่อออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง		
- 1. การนัดให้กลับมารับบริการที่โรงพยาบาลที่จำหน่าย	162	81
- 2. ส่งตัวให้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล/ รพ.สต. ใกล้บ้าน	70	35
- 3. มีการส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการ/ เยี่ยมบ้าน	162	81
- 4. ไม่มีการให้ข้อมูลใดๆ	0	0
- 5. อื่นๆ	11	5.5
การรักษาโรคหลังจากที่ท่านออกจากโรงพยาบาล		
- 1. ไม่ได้รักษาต่อ	24	12.0
- 2. ซ้ำยามากินเอง	8	4.0
- 3. รักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน	147	73.5
- 4. รักษากับแพทย์แผนไทย/ แผนจีน	52	26.0
- 5. รักษากับพระ/ เป่าน้ำมันต์ / หมอทางไสยศาสตร์	0	0
- 6. อื่นๆ ระบุ	16	8.0
การกายภาพบำบัด หลังจากที่ท่านออกจากโรงพยาบาล		
- 1. ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด	7	3.5
- 2. ไปทำกายภาพบำบัดที่รพ. / รพ.สต. ใกล้บ้าน	25	12.5
- 3. มีนักกายภาพบำบัดมาทำให้ที่บ้าน/ เยี่ยมบ้าน	107	53.5
- 4. กายภาพบำบัดกับแพทย์แผนไทย	18	9.0
- 5. กายภาพบำบัดโดยญาติทำให้ที่บ้าน	132	66.0
- 6. กายภาพกับพระ/ เป่าน้ำมันต์ / หมอทางไสยศาสตร์	0	0
- 7. อื่นๆ	34	17.0

ผลการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป หลังจากทำนออกจากโรงพยาบาลช่วง 3-6 เดือน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	23	11.5
- คุณภาพชีวิตกลางๆ	134	67.0
- คุณภาพชีวิตที่ดี	39	1.0
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	29	14.5
- คุณภาพชีวิตกลางๆ	109	54.5
- คุณภาพชีวิตที่ดี	59	29.5
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ		
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	51	25.5
- คุณภาพชีวิตกลางๆ	107	53.5
- คุณภาพชีวิตที่ดี	39	19.5
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	22	11.0
- คุณภาพชีวิตกลางๆ	104	52.0
- คุณภาพชีวิตที่ดี	71	35.5
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	20	10.0
- คุณภาพชีวิตกลางๆ	122	61.0
- คุณภาพชีวิตที่ดี	54	27.0

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินลักษณะผิวหนัง		
- ปกติ	191	95.5
- มีแผลกดทับ	2	1
ประเมินของกล้ามเนื้อของแขนขา (muscle tone)		
- ไม่มีการหดเกร็ง	140	70.0
- อ่อนปวกเปียก	2.7	13.5
- มีการหดเกร็ง		
ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ		
Mild	160	80.0
Moderate	28	14.0
Severe	1	0.5
ประเมินการรับรู้ความรู้สึก		
แขนขวา 1. ปกติ		
- 2. ลดลง	157	78.5
- 3. ไม่รู้สึก	29	14.5
- 3. ไม่รู้สึก	6	3.0
แขนซ้าย 1. ปกติ		
- 2. ลดลง	162	81.0
- 3. ไม่รู้สึก	26	13.0
- 3. ไม่รู้สึก	3	1.5
ขาขวา 1. ปกติ		
- 2. ลดลง	159	79.5
- 3. ไม่รู้สึก	31	15.5
- 3. ไม่รู้สึก	6	3.0
ขาซ้าย 1. ปกติ		
- 2. ลดลง	178	89.0
- 3. ไม่รู้สึก	18	9.0
- 3. ไม่รู้สึก	2	1.0

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาข้อติด โดยการทำให้ passive ทุกตำแหน่ง		
แขนขวา - ข้อไหล่		
- 1. ข้อปกติ	193	96.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	7	3.5
- 3. ข้อติดมาก	0	0
แขนขวา- ข้อศอก		
- 1. ข้อปกติ	195	97.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	5	2.5
- 3. ข้อติดมาก	0	0
แขนขวา - ข้อมือ		
- 1. ข้อปกติ	177	88.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	23	11.5
- 3. ข้อติดมาก	0	0
แขนซ้าย - ข้อไหล่		
- 1. ข้อปกติ	193	96.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	7	3.5
- 3. ข้อติดมาก	0	0
แขนซ้าย - ข้อศอก		
- 1. ข้อปกติ	196	98.0
- 2. ข้อติดปานกลาง	4	2.0
- 3. ข้อติดมาก	0	0
แขนซ้าย - ข้อมือ		
- 1. ข้อปกติ	191	95.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	9	4.5
- 3. ข้อติดมาก	0	0

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาข้อติด โดยการทำให้ passive ทุกตำแหน่ง		
ชาย - ข้อสะโพก		
- 1. ข้อปกติ	193	96.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	6	3.0
- 3. ข้อติดมาก	1	0.5
ชาย ข้อเข่า		
- 1. ข้อปกติ	194	97.0
- 2. ข้อติดปานกลาง	6	3.0
- 3. ข้อติดมาก	0	0
ชาย ข้อเท้า		
- 1. ข้อปกติ	192	96.0
- 2. ข้อติดปานกลาง	8	4.0
- 3. ข้อติดมาก	0	0
ชาย ข้อสะโพก		
- 1. ข้อปกติ	195	97.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	4	2.0
- 3. ข้อติดมาก	1	0.5
ชาย ข้อเข่า		
- 1. ข้อปกติ	196	98.0
- 2. ข้อติดปานกลาง	4	2.0
- 3. ข้อติดมาก	0	0
ชาย ข้อเท้า		
- 1. ข้อปกติ	183	91.5
- 2. ข้อติดปานกลาง	3	1.5
- 3. ข้อติดมาก	8	4.0

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินการเคี้ยว/ กลืนน้ำ/ กลืนอาหาร /การเคี้ยว/ กลืน		
- 1. ปกติ	174	87.0
- 2. กลืนลำบาก	24	12.0
- 3. ผิดปกติ ระบุอาการ	2	1.0
การสำลัก		
- 1. ไม่มี	174	87.0
- 2. มี	60	30.0
- 3. ผิดปกติ ระบุอาการ	2	1.0
ประเมินการพูด/ สื่อสาร		
- 1. ปกติ	142	71.0
- 2. พูดไม่ชัด	31	15.5
- 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง	5	2.5
- 4. ฟังเข้าใจ แต่พูดไม่เป็นคำ	14	7.0
- 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง	1	0.5
- 6. อื่นๆ ระบุ	0	0

จำนวน และร้อยละการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บริการที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาพิเศษที่ได้รับ		
- 1. ใส่ท่อเจาะคอ	6	3.0
- 2. ให้อาหารทางสายยาง	0	0
- 3. ใส่สายสวนปัสสาวะ	0	0
ความคาดหวังของผู้ป่วยว่าร่างกายจะกลับคืนได้		
- 1. ไม่คาดหวังแล้ว	21	10.5
- 2. คาดหวังว่าจะดีขึ้น	83	41.5
- 3. คาดหวังว่าจะหายกลับมาปกติ	94	47.0
ความคาดหวังของญาติ/ครอบครัวว่าร่างกายผู้ป่วยจะกลับคืนได้		
- 1. ไม่คาดหวังแล้ว	15	7.5
- 2. คาดหวังว่าจะดีขึ้น	87	43
- 3. คาดหวังว่าจะหายกลับมาปกติ	95	47.5

ตอนที่ 2 ผลการสัมภาษณ์

การถอดบทเรียนการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะยาวแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในพื้นที่ศึกษา 2 จังหวัดที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่างของเขตบริการสุขภาพที่ 6 คือ จังหวัดชลบุรี และ ระยอง ซึ่งมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ข้อมูลดังกล่าวมาจาก ศึกษาการจัดการบริการของโรงพยาบาลต่างๆที่มีการดำเนินงานด้านนี้ ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินงานด้านนี้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศึกษาของทั้ง 2 จังหวัด โดย จังหวัดระยอง ประกอบด้วย โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลมาบตาพุด โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลสัตหีบ กม 10 และ รพ.สต. นาจอมเทียน โดยมีการลงเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการ การใช้บริการสุขภาพ และประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปสัมภาษณ์ การจัดการระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการ ทีมบริหารโรงพยาบาล รพ.ระยอง

โครงสร้าง โรงพยาบาลระยองมีหน่วยบริการ Unit Stroke จำนวน 8 เตียง ดำเนินการบริหารหน่วยงานโดย ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) พยาบาลนิมนวล มีระบบการแยกการบริหารหน่วยบริการ Unit Stroke ที่ชัดเจน ในรูปแบบคณะกรรมการ ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน ได้แก่ แพทย์ระบบประสาท เป็นประธาน นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด งานเภสัชกร พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นเลขานุการ โดยมีการจัดทำแผนงานโครงการเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนทีมการดูแลผู้ป่วยมีระบบการจัดทำแผนการบริหารพัฒนาบุคลากร โดยมีการตั้งเป้าหมายจัดส่งบุคลากรทางการพยาบาลเข้าฝึกอบรมตามหลักสูตรของสถาบันประสาทวิทยา (หลักสูตร 4 เดือน) ปีละ 1 คน เริ่มปีงบประมาณ 2552 ปัจจุบันผ่านการฝึกอบรม 3 คน และสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของหอผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระยอง โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้จากพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรของสถาบันประสาทวิทยา หลักสูตรจำนวน 5 วัน อัตราส่วน พยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 4 คน (ตามมาตรฐาน อัตราส่วน พยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 2 คน) ส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ได้แก่ เตียงผู้ป่วยไฟฟ้าตามมาตรฐานสถาบันประสาท

ระบบการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย และต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด Rt - PA จากห้องฉุกเฉิน ต้องเข้ารับการดูแลต่อเนื่องใน Unit Stroke ตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จนอาการดีขึ้น

โรงพยาบาลระยองมีระบบการดูแลสำหรับภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป้าหมาย 100% ผู้ป่วยต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยวันแรกผู้ดูแลผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการลงแผนที่บ้านของผู้ป่วย หลังจากนั้น มีการนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ที่ Unit Stroke ทุกวันช่วงบ่าย

ของวันพฤหัสบดี โดยการนัดพบแพทย์ระบบประสาท นักกายภาพบำบัด พยาบาล และนัดติดตามอาการ 2 เดือน และนัดติดตามอาการตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดยมีรูปแบบระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่โรงพยาบาลชุมชนตามเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลระยอง และมีระบบการนัดผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองระยอง ระบบการนัดรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลระยอง และที่เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลระยอง ส่วนผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตเทศบาลระยอง ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลลูกเครือข่ายของโรงพยาบาลระยอง ทั้ง 8 แห่งเช่น โรงพยาบาลบ้านค่าย โรงพยาบาลมาบตาพุด โรงพยาบาลบ้านฉาง ฯลฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 18 แห่ง โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานของสถาบันประสาท และมีทีมผู้นิเทศการประเมินทุกปี

ข้อเสนอแนะ

1. งานทุกงานต้องมีผู้รับผิดชอบหลัก และสามารถตัดสินใจได้
2. ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
3. ต้องมีการแบ่งการดูแลของโรคต่างๆเฉพาะโรคโดยเฉพาะแต่ละโรคของการเจ็บป่วย
4. ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

การปรับปรุงระบบ

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีบางส่วน เน้นการให้ความรู้สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
3. องค์การบริหารส่วนตำบล ต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

สรุปสัมภาษณ์ การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการของทีมผู้ให้บริการ Unit stroke

การจัดการภายในของ รพ.เพื่อรองรับการให้บริการการจัดการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากหน่วยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีแนวทาง CPG ในการปฏิบัติงาน มี care map และมี flow การปฏิบัติงานที่ชัดเจนของทีม

ระบบ - การ admit เข้ามา จะมีระบบ D/c plan ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง มีการประเมินการดูแลต่อเนื่อง โดยการประเมิน ADL < 50 พร้อมทั้งเตรียมผู้ดูแล มีแบบฟอร์มให้ผู้ดูแลกรอกข้อมูล

- วันต่อมาเริ่มโปรแกรม หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องทำการฟื้นฟูภายใน 72 hr. และภายใน 24 hr ต้องทำโปรแกรมจากนักโภชนาการ กายภาพบำบัด เกสซิกร แพทย์ และต้องสอนผู้ดูแลด้วย

- เตรียม D/C rang of stay 3 วัน D/C looted คนไข้ที่ 3-5 case/day ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนการ D/C จะขึ้นกับอาการของผู้ป่วยแต่ละคน

- ผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำ Emboli และกลุ่มที่ทำ Embolic จะนอน 1 wk.

- ระหว่างที่คนไข้อยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมาฝึกในการดูแลคนไข้ที่บ้าน และก่อนกลับบ้านจะต้องมีการมาวางแผนที่บ้านก่อนกลับว่าอยู่ส่วนไหน ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล และจะมีงานเวชกรรมมาช่วยดูแลที่จันทร์ปาย และพฤษพิสัย

- ทุก case เยี่ยมบ้าน 100% หลังจากกลับบ้านภายใน 1 wk. ตามระบบใบเยี่ยมบ้านส่งไปที่ รพช.8 แห่ง ตามที่อยู่ของคนไข้ และส่งต่อไปที่ รพ.สต.ทุก case โดยมีแบบฟอร์มให้ตอบกลับ โดยการประเมิน ADL แต่มีปัญหาคือการตอบกลับยังไม่ครบ ซึ่งในปี 58 ตอบกลับมาประมาณ 45% และในปี 59 ตอบกลับ 60%

Protocol การเยี่ยม

- แบ่งระดับคนไข้ ระดับ 1 เยี่ยมภายใน 1 wk.
- นัด F/U หลังจาก D/C นัดครั้งแรกภายใน 2 wk. วันพฤษพิสัย เวลา 13.00 น. – 15.00 น. ช่วงเช้า เวลา 8.00 น. – 10.00 น. พบกายภาพบำบัดก่อนในระหว่างที่รอพบพยาบาล
- หลังจากนั้นจะนัด 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ซึ่งใน 3 เดือน 6 เดือน กลับมาตรวจตามนัดประมาณ 50 % ตามการประเมิน ADL และภาวะแทรกซ้อน โดยการกำหนด target 3 เดือน 6 เดือน ดูที่ Lipid ให้เพิ่ม HDL ให้ได้ตามระดับที่ต้องการ แล้วให้ตามต่อที่ รพช.
- มี CPG มี CARE map ของทีม ทำ FLOW นัด F/U
- มีแผนตาม 1 ปี ว่าตายกี่คน
- รพช. ที่มีระบบการเยี่ยมบ้านที่ดี คือ รพ.บ้านค่าย หากเป็น รพ.สต. จะเป็น รพ.สต. ที่ขึ้นกับเขตเมือง เนื่องจากจะมีนักกายภาพลงเยี่ยมด้วย

การบริหารจัดการแนวคิดแนวคิดพัฒนาต่อยอด

- พัฒนาน้องพยาบาลเพิ่มขึ้น
- ส่งอบรมพยาบาลหลักสูตร Stroke 4 เดือน ซึ่งปัจจุบันมี 3 คน และกำลังเรียน 1 คน ตามมาตรฐานต้องมี 8 คน รวมที่อบรม Stroke หลักสูตร 5 วัน
- คนที่ไปอบรมกลับมาแล้วจะต้องมาปฏิบัติงานที่ Unit Stroke จริงๆ
- มีการเพิ่มพูนความรู้ทุกปี มีแผนด้านการพัฒนาบุคลากรทุกปี มีการสำรวจ Training need ของบุคลากร อย่างน้อย ต้องได้ผ่านการอบรมหลักสูตร 5 วัน

จุดเด่น

- เป็นระบบที่พัฒนาต่อเนื่อง
- การพัฒนา รพ.ลูกข่ายในการให้ยา RTPA ได้ คือ รพ. แกลง และพัฒนาต่อในปี 60 ที่รพ.มาบตาพุด
- การเข้าถึงมีการจัดประชุม การติดตามนิเทศ รพ.ลูกข่าย รพช. 8 แห่ง ในด้าน
 - การฟื้นฟู
 - การดูแลต่อเนื่อง
 - การเยี่ยมบ้าน
 - การใช้ CPG
 - การจัดประชุมทุก 6 เดือน ช่วง เดือนกันยายน และ มีนาคม 2 ครั้ง / ปี
- CPG มีการพัฒนาการนำไปใช้ในแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด และส่งให้ลูกข่ายทุกปี และมีการนิเทศติดตามทุกปี

การนำข้อมูลกลับมาพัฒนาระบบ

- มีการประชุมกรรมการทุก 4 เดือน
- ประเมินอัตราการตาย เป้า 7 % ของผู้ป่วยที่ให้ยา RTPA ซึ่งปีนี้ได้ 4 %
- มีปัญหาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน NCD ปี 59 เชิญคลินิก NCD ร่วมกันรณรงค์ลดการเกิดโรค ในปี 58

เอา case มาเทียบกับ NCD จะมีที่ซ้ำกันประมาณ 28 case

- เพิ่มเครือข่ายในการให้ RTPA ของรพ.มาตาพุดในปี 60

จุดเริ่มต้น

- เริ่มจาก CM (Care Manager) ทำแผน คน เงิน ของ
- พัฒนา CPG
- การติดตาม KPI การลงข้อมูล รวมทั้งการติดตามผลการเยี่ยมบ้านที่ให้ รพช. ส่งข้อมูลกลับ CM จะเป็นคนลงข้อมูลเอง วิเคราะห์เองทั้งหมด
- คุณเพ็ญศิริ จะเยี่ยมทุก case ที่ออกจาก Unit และจะส่งไป รพช. ตามที่อยู่

ปัญหาที่อยากปรับให้ดีขึ้น

- ปัญหาด้านบุคลากร ความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลคนไข้ Stroke
 - ปรับเรื่องอัตรากำลังมาตรฐาน 1:2 ปัจจุบัน 1:4 แต่รวมกับ ward อื่นๆด้วย ซึ่งตอนนี้ประมาณ 1:10
 - CM ซึ่งเป็น APN ต้องพัฒนาระบบทั้งหมดรวมทั้ง Med และ Sun
 - ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยได้ 80 % ขึ้น
 - มีช่องทางรับข้อร้องเรียน แบบประเมิน แบบแสดงความคิดเห็นของ รพ.
 - การ Claim ส่งชื่อผู้ป่วยไปที่การเงิน โดยทาง Unit จะเป็นคนคิดให้ แล้วโทรลงไปแจ้งที่การเงิน
- หน่วยนี้เกี่ยวข้องตั้งแต่ Admit stroke unit 3 วันกลับบ้าน อาการคงที่ ย้ายออก
ข้อบ่งชี้ในการรับ หากหมอวินิจฉัยว่าเป็น stroke 100% เข้าได้เลย แต่ถ้าหากมีเครื่องช่วยหายใจ 95% ที่รับ

**สรุปสัมภาษณ์ การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการ
ทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลบ้านฉาง**

ระบบการให้บริการ

- ทีมงาน - ทีมรพ.ระยอง D/c case ส่งมาเป็นเอกสารทางอีเมล บางดวงจะทำการปรีนเอกสารออกมาและส่งทางไลน์ ไปยัง รพ.สต. ซึ่งจัดตั้งเป็นกลุ่มไลน์ และแจ้งทางไลน์ว่าเป็นของพื้นที่รพ.สต.ไหน
- หลังจากนั้นจะส่งเป็นเอกสารไปทาง สสอ. แล้วเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะมารับเอกสารจาก สสอ. กรอกข้อมูล แล้วตอบกลับ
 - Flow chart รวมของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งกำลังจะมีการปรับปรุงระบบ
 - ทุก case จะส่งเข้าแมล์กลุ่ม จะส่งจากศูนย์เยี่ยมบ้าน รพ.บ้านฉาง ไปยัง สสอ. และ รพ.สต. และจะต้องเปิดอีเมล ซึ่งทาง รพ.บ้านฉางจะกำกับติดตามทางไลน์

การปรับปรุง

- ปรับวิธีการตอบรับใหม่ โดยการนำ Excel จากจังหวัดมาใช้ ด้วยการ Scan เอกสารจาก รพ.สต. ส่งทางไลน์ และรพ.บ้านฉางจะลงทะเบียนตอบกลับ รวบรวมที่ศูนย์ส่งต่อ ส่งไปให้ รพ.ระยอง
- ข้อมูลเก็บทุกเดือน ซึ่งทุกโรคทุกวัยใช้ระบบเดียวกัน

ระบบใหม่

- หลังจากได้รับ case จาก รพ. ระยอง ก็จะทำการลงทะเบียนในเขตรับผิดชอบของ รพ. มี 7 หมู่บ้าน รพ.สต.9 แห่ง
- แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ใน รพ. มีพื้ที่นา รับผิดชอบหลัก ประสานทีมเยี่ยมบ้าน
- นักกายภาพบำบัดลงเยี่ยมกับ รพ.สต. ทุก case เดือนละประมาณ 5-6 case ทั้งในและนอกเขต
- การเยี่ยมแต่ละครั้งจะมีกายภาพบำบัดลงเยี่ยมด้วยทุกครั้ง เยี่ยม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน
- บาง case รพ.ระยองส่งมาเพื่อ admit ต่อ พันระยะ 3 วัน มีทั้งระบบ Refer in และ Refer out
- รวมทั้งผู้ป่วย Stroke ที่รพ.อื่นส่งกลับมา

โครงสร้างของระบบบริการ

- เป็นในรูปของคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- มี Line group มีแพทย์เป็นประธาน
- ตั้งจาก Stroke fast text ประกอบด้วย
 - ให้มีทีม
 - มีการประชุม
 - มีเครือข่าย
 - มีการประเมินติดตามงาน
- มีทีมของโรค NCD ร่วมอยู่ด้วย
- เครือข่ายมี Care map สำหรับการดูแลทุกระยะ
- ก่อน D/C จะมี D/C plan ของ รพ.ระยองส่งมาให้ ซึ่งใช้ CPG เดียวกับของรพ.ระยอง
- D/C ช่วง 1 เดือน เยี่ยม 3 ครั้ง เป็นอย่างน้อย
- เยี่ยมครั้งแรกโดยการประเมิน ADL ต่ำกว่า 75 ลงมา และ ADL >75 เยี่ยมทุก 3 เดือน
- D/C จาก รพ.ระยองทุก case จะนัดก่อนเพื่อให้บุคลากรคุยกับคนไข้ก่อนว่าจะ F/U ที่ไหน
- ในการเยี่ยมจะประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตบ้านฉาง 3 อปท.
 - เทศบาลเมืองบ้านฉาง 80 กว่า %
 - เทศบาลตำบลบ้านฉาง
 - เทศบาลตำบลพาลา
- ทีมใหญ่ที่ลงเยี่ยม จะมีนักสังคมสงเคราะห์ งานสวัสดิการสังคมชุมชนลงไปช่วย
- อปท. ช่วยในเรื่องของเงินทุน และอุปกรณ์ช่วยต่างๆ

เครือข่ายทีม_คณะทำงานใหญ่ประกอบไปด้วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้

- มีคณะกรรมการที่มีระดับอำเภอประกอบไปด้วย
 - นายอำเภอ เป็นประธาน
 - ผอ.โรงพยาบาล
 - สาธารณสุขอำเภอ
 - ทีมผู้ปฏิบัติ
- ส่วนใหญ่ในการคุยงานจะคุยในทีม NCD
- จะมึงบจาก อบจ.ระยอง งบเรื่องการฟื้นฟูมาสนับสนุนทุกๆ ละประมาณ 1-1.5 แสนบาท

มุมมองของผู้ป่วย

- จุดเด่นการให้บริการต่อเนื่อง ผู้ป่วย Stroke กับผู้ป่วยปกติต่างกัน
- Stroke ดูการเคลื่อนไหว ADL ล้ม
- ผู้ป่วยประเภทอื่นดูกายภาพทั่วไป สังคม จิตใจ

เป้าหมาย

- ในแต่ละเดือนของการลงเยี่ยมใช้เกณฑ์ ADL ในการเพิ่มขึ้นแต่ละครั้ง ไม่มีโปรแกรมชัดเจน พัฒนาตามศักยภาพของผู้ป่วย มีการเก็บข้อมูลจากการประเมิน ADL ครั้ง ในการเยี่ยม 1-3 ครั้ง

การเชื่อมโยงเครือข่ายของทุกอำเภอในจังหวัดระยอง

- จัดประชุมทีมหมอครอบครัว แบ่งเป็นทีมย่อย
- พัฒนาวិชาการให้กับทีม พัฒนาระบบประสานงานการส่งต่อให้เร็วขึ้น
- แบ่งระดับผู้ป่วยเป็นระดับ 1, 2, 3 ซึ่งในแต่ละระดับเยี่ยมภายในวัน
- พัฒนาการให้บรรจุในแผนของจังหวัด สสจ.ร่วมกับ รพ.ระยอง
- พัฒนาระบบ COC ศูนย์เยี่ยมบ้านให้มีระบบที่ชัดเจน และส่งข้อมูลกลับที่ สสจ. ฝ่ายแผนงาน ฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน ทีมหมอครอบครัวของ สสจ. แต่สสจ. มีปัญหาการจัดระบบ จึงประสานกับ รพ.ระยองทีมเวชศาสตร์ครอบครัว

งานที่ดูแล COC กับ Acute เราเน้นที่ไหน

- เหมือนจิ๊กซอเชื่อมต่อกัน

กายภาพบำบัด

- ทีมจะมี 3 คน จะบริหารจัดการโดยสัปดาห์ละครั้งในการเยี่ยม Stroke และขาขาด
- เข้าดูผู้ป่วย OPD บำบัดงานเอกสารและขึ้น Ward ดูทำคนไข้ใน
- รพ.สต.ที่มีระบบการเยี่ยมคนไข้ดีคือ รพ.สต.ยายล้ำ

ระบบการส่งข้อมูล

- โดยศูนย์เยี่ยมบ้านของรพ. ถ่ายรูปส่งทาง Line โดยแยกเป็น 2 ชุด
 - ชุดที่ 1 ให้กายภาพบำบัด
 - ชุดที่ 2 ให้ รพ.สต.

แล้วศูนย์เยี่ยมบ้านของรพ. รวบรวมตอบกลับ รพ.ระยอง

- ในการส่งต่อผู้ป่วย Stroke จะมี Line group
- ภายภาพบำบัดจะมี Line group ของนักกายภาพบำบัดทั้งจังหวัดระยอง

ในกรณี ผู้ป่วย Stroke D/C จากรพ.ระยอง แบบไหนดีกว่ากัน

1. รพ.ระยอง แล้วกลับบ้าน
2. รพ.ระยองส่งต่อรพ.บ้านฉางแล้วกลับบ้าน

ในมุมมองนักกายภาพ

- ในกรณีที่ 2 เนื่องจากได้เห็นคนไข้ก่อน ได้คุยกับผู้ป่วยและญาติก่อน ทำให้ได้มีการประเมินคนไข้และญาติก่อนเบื้องต้น สามารถวางแผนในการลงเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุม กว่าในกรณีแรก ซึ่งไม่เห็นคนไข้เลย เห็นอีกทีตอนเยี่ยมเลย

ในมุมมองของพยาบาลเยี่ยมบ้าน

- ในกรณีที่ 1 ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่ในกรณีที่ 2 ประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้ดีกว่าได้ดูแลภาวะแทรกซ้อนของคนไข้ และในแง่ของกายภาพบำบัด ได้มีการสอนผู้ป่วย และญาติในการดูแลเพิ่มเติม
- เพราะในการดูแลผู้ป่วย Stroke ญาติสำคัญมากๆ ต้องเข้าใจ และสามารถดูแลได้ถูกต้อง

มุมมองของแพทย์

- ในกรณีที่ 2 ทำให้เห็นคนไข้ มีการประเมินเป็นรูปแบบโดยทีมของโรงพยาบาล
- ทีม กายภาพบำบัดสามารถเน้นการ Reheb ให้กับญาติได้มากขึ้น
- เพราะการรีบ D/C ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแล การรับข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
- ในช่วยวิกฤตผู้ดูแลรับข้อมูลได้ไม่มาก ไม่มั่นใจ 100%
- การกลับมา Admit ที่รพ.อีกครั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการ support ด้านจิตใจ
- กรณีผู้ป่วยยาหมด ไม่มีค่ารถไป รพ.ระยอง ต้องปรึกษาแพทย์ที่บ้านฉางก่อน ส่วนใหญ่เป็น case 30 บาท
- ที่ รพ.บ้านฉาง จะเป็นศูนย์ครอบคลุมทุกอย่าง มีทีมอาสาช่วย อผม., อผส., อสม. และผู้นำชุมชน

มุมมองของแพทย์ในการพัฒนาระบบ อยากให้มีการพัฒนาต้นไหนมากขึ้น

- เรื่อง Information ที่จะสื่อกันในการประเมินผู้ป่วย

มุมมองของแพทย์ในเรื่องการดูแลต่อเนื่อง ระบบที่มีอยู่ดีหรือยัง มีปัจจัยอะไรที่ทำให้สำเร็จ

- ภาพปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีคนดูแล
- ภาพฝัน มีองค์กรที่คอยรับดูแลผู้ป่วยวิกฤต มี Intensive care ตลอดระยะเวลา 3 เดือน
- ภายภาพบำบัดเห็นด้วย อยากให้มีความร่วมมือกับหลายฝ่ายในการดูแล
- ศูนย์พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ควรเน้นการส่งเสริมป้องกันก่อน

การทำงานของ รพ.สต. ต่างกันนี้กับ รพ.เยี่ยมเอง ในแง่กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- ไม่ค่อยต่าง

- รพ.สต. มีพยาบาลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลเบื้องต้น แต่การเคลื่อนไหวจะทำเท่าที่ทำได้
- รพ.เอง ภายภาพบำบัดจะลงฝึกได้เยอะกว่า

ข้อเสนอแนะ/เสนอในการดูแลระบบ

- ระบบดีอยู่แล้ว
- เริ่มดีประมาณ 5 ปี

สรุปสัมภาษณ์ การจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการ ทีมดูแลต่อเนื่องทีม รพ.มาบตาพุด

- มีชุมชนในเขตรับผิดชอบ 38 ชุมชน งานเวชกรรมสังคมเยี่ยมทุกแห่ง
- มี รพ.สต.26 แห่ง
- รพ.ระยอง ส่งมาที่เวชกรรมสังคม แล้วกระจาย case ให้แต่ละหน่วยรับผิดชอบ และส่งผลการเยี่ยมตอบกลับมาที่ เวชกรรมสังคม
- กรณี case stroke ทางรพ. จะเยี่ยมเองทั้งหมด 38 ชุมชน
- รพ.ระยองทำระบบ coc ให้กระจาย รพ.แม่ข่าย ส่งต่อรพ.ชุมชนบางอำเภอ ส่งต่อ สสอ. ส่งต่อรพ.สต.
- โครงสร้างมี คุณ ดวงฤทัย หัวหน้าเวชกรรมสังคมดูภาพรวม
- มีพยาบาลเป็นหัวหน้างานส่งเสริม เยี่ยมบ้าน และมีพยาบาลรับผิดชอบเยี่ยม case stroke อย่างเดียว
- มี PT 1 คน รับผิดชอบออกชุมชน
- ซึ่งในทีมเยี่ยมบ้านมีพยาบาลทั้งหมด 5 คน แบ่งรับผิดชอบเยี่ยม
 - เยี่ยมผสอ. ผู้พิการ
 - แม่และเด็ก
 - stroke
 - palliative care
- แต่ในการออกเยี่ยมจะออกเยี่ยมทุกคน โดยประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ มีนักร่างกายภาพ, โภชนาการ, นักจิตวิทยา, เกษษกร, นักสังคมสงเคราะห์
- หลักๆ จะมีพยาบาลและกายภาพบำบัด ออกคู่กัน มีปัญหาด้านไหนที่ Consult เป็นเรื่อง ๆ และในทีมจะมีแพทย์ให้คำปรึกษา
- ตามระบบ หากทีม รพ.สต. เยี่ยมเอง มีปัญหาอะไรจะมีใบ Request ว่าต้องการวิชาชีพไหน

การดูแล case stroke มีกระบวนการพิเศษ

- KPI stroke เยี่ยมบ้านครั้งแรกไม่เกิน 14 วัน หลังจากระยองส่งมาให้ ต่อไปเป็นรอบ 3 เดือน 6 เดือน
- โดยใช้เกณฑ์ใช้ระดับ ADL เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ไม่เกิด Recurrent ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5
- case ที่ประเมินแล้วมีโอกาสดีขึ้นจะเยี่ยมก่อน 3 เดือน พิจารณาเป็นรายๆ
- KPI ของรพ.ระยองจะนิเทศปีละครั้ง

การพัฒนาเครือข่าย

- มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการจาก รพ.ระยองทุกปี
- และทาง รพ.จะส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรของสถาบันประสาท

- เครือข่ายในพื้นที่ทำงานเป็นระบบเดียวกันในการเยี่ยม case stroke
- ในส่วนที่เทศบาลเยี่ยมเองไม่มีตัวชี้วัด
- การหายของ case ในการเยี่ยม 14 วันแรกจะหายไม่เยอะ
- ครอบรอบ 3 เดือน จะหายเยอะ
- แต่หากอยู่ครบ 3 เดือน ส่วนใหญ่จะอยู่รอพบหมอ รับประทาน และกลับภูมิลำเนา

ปัญหา/อุปสรรค

- นอกจากผู้ป่วยหาย ก็จะมีตาย
- การออกเยี่ยมจะเยี่ยมทุกเช้า อังคารบ่าย พุธ. เช้า เยี่ยม case stroke
- ADL เพิ่มขึ้น 1 ระดับ และ 3 เดือนแรกจะเพิ่มค่อนข้างดี ส่วน 3 ไป 6 เดือน ปรับค่อนข้างยาก
- เกณฑ์ของ PT มี 5 ระดับ ตามเอกสารแนบ ภาคผนวก

นวัตกรรม

- รพ.จัดทำแนวทางการส่งต่อ case ให้งานเยี่ยมบ้าน
- แนวทางในการรับ case แนวทางในการดูแล แจ้งทุก ward ให้ศูนย์บริการเยี่ยมบ้านติดต่อ
- ทางเมลล์ ทางไลน์ มี Line home health care
- มีตั้งคณะกรรมการทีมหมอครอบครัว
- มีแนวทางการตอบรับ การส่งเอกสาร การคืนข้อมูลกลับไปยังที่เดิมอย่างไร และมีการแชร์ข้อมูลกัน
- มีการประชุมปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน
 - ปีละ 2 ครั้ง
 - ประชุมทั้งภายใน และเครือข่ายในพื้นที่นอก รพ.
 - โยยการเอา case ที่มีปัญหาแลกเปลี่ยน Conference กัน มีทั้งหมด 7 แห่ง
 - case ที่เลือก เป็น Case ที่ประสบความสำเร็จในการดูแล และ case ที่ไม่ประสบความสำเร็จ

เช่น case ที่ศูนย์ทำคนเดียวไม่ได้ ต้องใช้สหสาขาเข้าไปช่วยในการดูแล

มุมมองของ PT ในการเยี่ยมครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีการกำหนดเป้าหมายของ PT

- PT เน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด
- ต้องมีคนดูแลคอยกระตุ้น เพราะหากไม่มีคนดูแลที่ดีผู้ป่วยจะไม่ทำ
- หาก case ที่ไม่มีคนดูแลจะไม่ได้ผลตามเป้า
- การพัฒนาระบบพัฒนามาตั้งแต่ ปี 55
- เมื่อก่อนมีปัญหาการส่งเอกสาร ไม่ถึงบ้าง มาช้าบ้าง
- ตอนหลังมีการปรับส่งทางเมลล์ ปรับมาได้ประมาณ 2 ปี
- ส่วนในปีนี้มี Line group
- ระยองมานิเทศเรามีปัญหาตรงส่วนไหน ระยองนำไปปรับปรุง ส่วนของมาบตาพุดก็ปรับของตัวเอง

วิธีการเยี่ยม

- KPI เหมือนกันเยี่ยม 14 วัน ครบ 100%
- ADL ต้องดีขึ้น 1 ระดับ รพ. กำหนดเอง
- ครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ครบ 6 เดือนมี ADL เพิ่มขึ้น 1 ระดับ

ความแตกต่างจากที่อื่น

- เมื่อก่อนเยี่ยมครั้งแรก
 - เยี่ยมครั้งที่ 2 และ 3 เยี่ยมบาง case
 - ไป 38 ชุมชนร่วมกับศูนย์
 - จัดอบรมทั้งภายในและภายนอก เชื่อมต่อทำให้ไปถึงศูนย์ได้
 - ผู้ป่วย ADL ดีขึ้น หรือผู้ป่วยดูดีขึ้นแต่คะแนนไม่เพิ่ม
 - ผู้ป่วยปี 59 ประมาณ 60 ราย เฉพาะเดือน เมษา 14 ราย
- มี PT ลงทุกครั้งระบบคล้ายบ้านฉาง
- มี PT มา 4 ปี

มาตรฐานการดูแล

- ใช้การคุยปรึกษากันแล้วนำมาปรับ
- ใช้เกณฑ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพ ของสำนักการพยาบาล
- มาตรฐานเฉพาะโรคมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับพื้นที่
- สหสาขานำมาปรับใช้เอง

มุมมองผู้ปฏิบัติการพัฒนาต่อยอด

- การเชื่อมต่อการส่งต่อข้อมูล การส่งต่อ case ให้ไร้รอยต่อ
- ในอนาคต case ที่อยู่ในพื้นที่ของศูนย์ให้เยี่ยมเอง พัฒนาให้มีระบบการตอบกลับเอกสารให้มากขึ้น
- Plan stroke unit ในปี 60 ที่ รพ. Case เยอะขึ้น

มีแผนปรับ

- เน้น CM ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
- งานเวชกรรมมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- พัฒนา CG เพื่อเป็นเครือข่าย ตอนนี้มี 14 คน เป้าทั้งหมด 30 คน
- plan พัฒนา CG วันที่ 16 พค.นี้
- จากการมีประชากรแฝงประมาณ 78,000 คน แต่ปัจจุบันมี แส่นกว่าคน ทำให้สามารถนำมาปรับแผนใน

การขอบุคลากรเพิ่มได้

ปัจจัยสำคัญ KSF

- ผู้บริหารให้ความสำคัญ ให้สิทธิ์กับผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจ
- ทน.มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูเรื่องวิชาการแนวทางในการดูแลคนไข้
- มีแพทย์ออกตรวจเยี่ยมบ้านกับศูนย์
- รพ.มีบุคลากรที่เพียงพอโดยเฉพาะพยาบาล สามารถทำงานได้ครบ
- มีงบประมาณสนับสนุน
- มีเครือข่ายประสานงาน เทศบาลคุยกันได้
- รพ. สนับสนุนยาให้กับศูนย์บริการ
- มีการสื่อสารประสานงานที่ดีกับเทศบาล
- เครือข่ายที่เข้ามา

- ศูนย์บริการมืออุปกรณ์ของกองทุนไฟฟ้า
- รพ. มี Support ผู้ป่วยติดเตียงให้ศูนย์สามารถมาเบิกอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ที่เวชกรรมไม่
ต้องไปเบิกที่ ER
- โดยใช้ระบบการนัดจ่ายเป็นอาทิตย์
- แต่ให้ในรายที่ไม่มีจริงๆ โดยใช้ระบบการส่งต่อ
- มีการติดตามประเมินการใช้ของที่เบิกไป
- ปรับระบบมาประมาณ 3 ปี ตั้งแต่ 56
- ผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีการประสานโทรเข้ามาแจ้งก่อน แล้วนัดเข้ามารับ อังคาร กับพว. มาถึงได้เลย

ระบบพัฒนาต่อ

- OPD case ยังไม่มีจุดที่รองรับ
- Case ที่มา F/U เราไม่เห็นคนไข้มาสามารถประเมินก่อนได้ ถ้าเห็นคนไข้ก่อนเราสามารถหารือในการ

บริหารจัดการพัสดุ

มุมมอง ในการเยี่ยมผู้ป่วย stroke ระบบที่มีอยู่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่อย่างไร

มุมมองพยาบาล

- ระบบเยี่ยม 14 วัน 3 เดือน 6 เดือน ในผู้ป่วยปกติ
- ญาติคือจุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- ญาติดูแลดี เอาใจใส่ดี ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว
- เยี่ยมเน้นความสำคัญที่ญาติ ให้ญาติทำให้อุบัติในสิ่งที่สอน

มุมมองกายภาพบำบัด

- มีเครือข่ายการส่งต่อ case stroke จะดูว่าคนไข้คนนี้อยู่ในเขตของใคร
- PT จะทราบว่าได้รับผู้ป่วยมาแล้ว เจอเราจะดูว่า ADL ดีขึ้นมั๊ย
- การส่งต่อข้อมูล ดูที่งานเยี่ยมบ้าน เยี่ยมแล้ว ADL เป็นอย่างไร
- มีข้อมูลส่งมาให้รู้ว่าเรามีการเยี่ยมมีทั้งที่เป็น case stroke และไม่ใช่ Stroke
- ถ้าเป็น case stroke ลงเยี่ยมกับทีม stroke

ระบบการดูแลระหว่างทางกลับบ้านจาก รพ.ระยอง ส่งต่อ รพ.ชุมชน/ศูนย์ดูแล ก่อนกลับบ้าน ควรเป็นอย่างไร กายภาพบำบัด

- ในแง่ของการฟื้นฟูน่าจะได้ผลมากกว่าระบบเดิม ช่วงที่อยู่ รพ. ADL อาจจะไม่ดีขึ้น กลับไปบ้านอาจจะดีขึ้น หากญาติดูแลดีจะดีขึ้นเร็วมาก ในบางกรณีที่มีซึมเศร้าร่วมด้วยการฟื้นฟูจะไม่ดี

พยาบาล

- ถ้ามีเป็นสิ่งที่ดี ในกรณีญาติไม่พร้อม หรือมีปัญหา เราสามารถกระตุ้นผู้ป่วยได้
- มีช่วงเวลาให้ญาติได้รู้จักวิธีการดูแลแล้วจะดี เพียงแต่หน่วยบริการต้องมีความพร้อมทุกด้าน ถ้าทำได้เป็น
สิ่งที่ดี
- ลดเรื่องของการกลับเป็นซ้ำได้ เน้นการสอน

- สามารถประเมินความสำคัญของคนไข้ได้ ได้เห็นคนไข้ก่อน
- ในแง่ของเศรษฐกิจ การเป็นหัวหน้าครอบครัว ญาติจะเครียด
- ด้านจิตใจให้ความรู้ Health group ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

พยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke

- การมี ward ดีสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้เห็นคนไข้ก่อนกลับไปบ้าน เพราะเอกสารที่ ระยะเวลาส่งต่อมาไม่ละเอียด ทำให้ได้ประเมินคนไข้ก่อน เช่น แขนขาอ่อนแรง อยู่ในระดับไหน เอกสารการส่งต่อไม่สมบูรณ์ เคยแจ้งกลับไปแล้วแต่ยังไม่มีการแก้ไข

- จะได้วางแผนการเยี่ยมได้ถูกต้อง
- ดูญาติได้ด้วยว่าพร้อมจะดูแลผู้ป่วยมั้ย หรือมีคนอื่นๆ ที่สามารถดูได้อีกมั้ย
- รวมทั้งวางแผนเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องดูแลด้วย

กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี

สรุปสัมภาษณ์ การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการ ทีมดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านบึง

โครงสร้าง

งานติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มการพยาบาล โดยจะรับผิดชอบทั้งหมด 14 รพ.สต. และ 1 CMU ซึ่งในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพจะประกอบไปด้วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.

ระบบการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีใบส่งตัวมาจาก ร.พ.ชลบุรี มีทั้งกรณีที่ส่งมาเพื่อรับยาต่อเนื่องและส่งมาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จาก ร.พ.ชลบุรีจะถูกนำข้อมูลเข้าที่หน่วยงานธุรการ
2. ธุรการนำข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(HHC)
3. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(HHC) ลงทะเบียนผู้ป่วยนอกเขตที่ได้รับ
4. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คัดแยกข้อมูลผู้ป่วยตามเขตรับผิดชอบของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน
5. ประสานงานพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบติดตามเยี่ยม
6. ส่งต่อใบสรุปข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
7. เมื่อติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยแล้ว ส่งใบตอบกลับมาที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
8. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำหน้าที่รวบรวม สรุปข้อมูล พร้อมทั้งส่งใบตอบกลับให้ที่ ร.พ.ชลบุรี

การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านที่หอผู้ป่วยซึ่งรับผิดชอบโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี(Case Manager)และทีมเยี่ยมบ้านมาประเมินอีกครั้ง จะมีการประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยจะมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(HHC) เป็นส่วนใน

การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม ถ้าไม่มีก็จะประสานไปที่ รพสต.ใกล้บ้าน ถ้า รพสต.ไม่มีก็จะมีการจัดหาผู้ยากไร้(เป็นกล่องรับบริจาคของ ร.พ.)

ระยะเวลาและความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ครั้งที่ 1 ภายใน 1-2 สัปดาห์ตามความเร่งด่วน

ครั้งต่อไป ทุก 1-2 เดือนหรือตามความจำเป็นของปัญหา จนกว่าจะยุติบริการการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและนักกายภาพ ร่วมเยี่ยม Case ดังนี้

- ผู้ป่วย Stroke รายใหม่หรือที่รับส่งต่อมาจาก ร.พ.ชลบุรีที่มี Barthel ADL 0-90 คะแนน หรือผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

- ศูนย์ดูแลต่อเนื่องและกายภาพ จะเยี่ยม Case อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีพยาบาลผู้รับผิดชอบ Case ใน รพสต.ร่วมเยี่ยม Case ด้วยก่อนส่งต่อ

การพัฒนาบุคลากร

- ร.พ.ชลบุรีจะมีการจัดประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณปีละ 1 ครั้ง ทาง ร.พ.บ้านบึงก็จะพิจารณาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้เข้าร่วมประชุม

- Stroke Team ของ ร.พ.ชลบุรีจะมีการมานิเทศให้ปีละ 1 ครั้ง

การสนับสนุนของโรงพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน

- ปัจจุบันได้รับการสนับสนุนเรื่องรถเพื่อใช้ออกเยี่ยมบ้าน

- ด้านบุคลากร มีการสนับสนุนอัตรากำลังมาช่วยในรูปแบบ Part time เฉพาะวันที่มีการออกเยี่ยมบ้าน

เครือข่ายอื่นที่ช่วยสนับสนุน

- อบต. เทศบาลและกองสาธารณสุข ช่วยสนับสนุนด้านอุปกรณ์ช่วยผู้พิการ เช่น รถเข็น ช่วยดูแลเรื่องเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการ และดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย เป็นต้น

การปรับปรุงระบบ

- มีการสื่อสารงานและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางมือถือโดยใช้ระบบไลน์เข้ามาช่วย เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ช่วยให้เห็นปัญหาชัดเจนขึ้น เช่น การส่งภาพขนาด ลักษณะแผลของผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์ที่ติดในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ทีมได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวมา

สรุปสัมภาษณ์ การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการ ทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลสตึก กม.10

โครงสร้าง เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสตึก กม.10 มีทั้งหมด 6 รพสต.และ 2 PCU

ระบบการดูแลผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาจาก ร.พ.ชลบุรี จะมีทั้งกรณีที่ส่งมาเพื่อรับยาต่อเนื่องและส่งมาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน จะมีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยเข้ามาในไลน์กลุ่มของ HHC ชลบุรี เพื่อให้ ร.พ.สตึก กม.10 ได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นและเตรียมพร้อมที่จะรับผู้ป่วย หลังจากนั้นจะมีการส่งเอกสารมาพร้อมกับผู้ป่วยอีกครั้ง

งานผู้ป่วยในจะมีบทบาทในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนร่วมกัน ทั้งในเรื่องการรักษา การใช้จ่าย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผลและอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย การเตรียมผู้ดูแล การเตรียมที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย การจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม รถเข็น ไม้เท้า รวมทั้งเตรียมด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยจะมีการส่งต่อข้อมูลให้ PCU ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย หากPCU พบปัญหาที่ซับซ้อน ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะ Consult มาที่ ร.พ.สัตหีบ กม.10

ตัวชี้วัด

ต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA 100 %

การเยี่ยมผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์ส่งทำกายภาพบำบัด นักกายภาพจะมีการประเมิน Barthel index เพื่อแบ่งระดับผู้ป่วย ดังนี้

1. คะแนน Barthel index มากกว่า 95 คะแนน เป็นกลุ่ม mild ให้ Home program ผู้ป่วย/ญาติ และจะมีการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่าย 1 เดือน
2. คะแนน Barthel index น้อยกว่า 95 คะแนน ให้ Home program ผู้ป่วย/ญาติ
 - กลุ่ม moderate (25-95 คะแนน) โทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์และวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพสต.ลงเยี่ยมภายใน 1 และ 2 เดือนแรกเดือนละ 1 ครั้ง และเดือนถัดไป 2 เดือนครั้งจนครบ 6 เดือนแรก
 - กลุ่ม sever (น้อยกว่า 25 คะแนน) โทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์และวางแผนการเยี่ยมร่วมกับ รพสต.ลงเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์และเดือนละ 1 ครั้งใน 6 เดือนแรก
 - ผู้ป่วยที่สามารถมา ร.พ.ได้ให้นัดมาพบนักกายภาพบำบัดพร้อมวันที่แพทย์นัด follow up หลังจำหน่าย

การพัฒนาบุคลากร

- ร.พ.สัตหีบ กม.10 จัดอบรมให้บุคลากรเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ 1 ครั้ง
- ร.พ.ชลบุรีจะมีการจัดประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณปีละ 1 ครั้ง ทาง ร.พ.สัตหีบ กม.10 ก็จะพิจารณาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้เข้าร่วมประชุม
- ได้รับการนิเทศงานโดย Stroke Team จาก ร.พ.ชลบุรี ปีละ 1 ครั้ง

ปัญหาและอุปสรรค

- โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณมากพอที่จะช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ไม่ทราบขั้นตอนการดำเนินการขอทุนสนับสนุนจากเทศบาล
- มีการ Set ระบบตาม Top down แต่ยังไม่มีการติดตามข้อมูลที่ขาดการส่งกลับ
- ทางโรงพยาบาลขาดงบประมาณในการส่งบุคลากรไปอบรมเพิ่มพูนความรู้

ข้อเสนอแนะ

- อยากให้ ร.พ.เป็นแม่ข่ายและอยากให้มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ PCU
- อยากให้มีแพทย์ เป็นส่วนหนึ่งของทีมเยี่ยมบ้านด้วย

จากข้อมูลการถอดบทเรียนพื้นที่กรณีศึกษาในการจัดบริการดูแลระยะยาวๆ ของโรงพยาบาล พบว่ารูปแบบการจัดบริการขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละจังหวัด การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายขึ้นกับแต่ละแห่ง เน้นเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานการดูแลเน้นการดูแลโรคเรื้อรังมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การนำข้อมูลที่จะใช้ปรับปรุงรูปแบบบริการแตกต่างกัน โดยจังหวัดที่มี care manager for Stroke มีการบริหารจัดการ การกำหนดเป้าหมายการดูแลระยะยาว และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย การกำหนดมาตรฐานการดูแล การติดตามประเมินผลและนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ดีกว่า รวมถึงมีเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง มีระบบรายงานและฐานข้อมูลผู้ป่วยระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาในปัจจุบันครอบคลุมเครือข่ายระดับจังหวัดเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมทั้งเขตบริการสุขภาพ ดังนั้นควรมีการแนวคิกระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถดูแลระยะยาวแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยด้วย

เป้าหมายการจัดบริการผู้ป่วยใน นอกจากต้องการให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติแล้ว ยังต้องมีเป้าหมายอีกระดับคือ ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจกลับมาให้ได้เร็วและมากที่สุด ประโยชน์จะเกิดกับผู้ป่วยเช่น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระพึ่งพิงต่อสมาชิกในครอบครัว ในส่วนโรงพยาบาลเอง ก็สามารถลดจำนวนวันนอนโดยไม่จำเป็น เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ในโรงพยาบาล ผ่านระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ช่วยกรุยทางด้านความคิดและแนวทางการปฏิบัติให้กับทีมบริการทางการแพทย์ เพื่อให้มีการบูรณาการกันระหว่างฝ่ายต่างๆได้มากขึ้น โรงพยาบาลที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ มีการพัฒนาระบบรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่เห็นชัดเจน คือ การมีทีมจัดการผู้ป่วย (patient care team) เป็นทีมเชื่อมประสานการเดินทางของผู้ป่วยและข้อมูลในโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งการประสานกับฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือทีมให้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล เพื่อขอคำปรึกษา และให้บริการฟื้นฟูในช่วงที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลจังหวัด

บทบาททีมบุคลากรในโรงพยาบาลเป้าหมายสำคัญคือการประสานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการระยะยาวต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ไม่ล่าช้าหน่วยบริการปลายทางที่จะรับบริหารจัดการ หรือดูแลต่อต้องรับทราบ ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลเข้าใจและให้การดูแลขั้นพื้นฐาน อีกทั้งรู้ว่าจะต้องไปรับบริการที่ใดต่อโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างศึกษา จัดเตรียมการส่งต่อเพื่อให้มีความต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการระยะกลาง โดยมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (home health care (HHC)) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะการดำรงชีวิตอิสระได้มากขึ้น จะช่วยลดการกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ต้องกลับเข้าไปนอนในโรงพยาบาลอีกครั้ง ลดความเสี่ยงต่อคนไข้ ลดการสิ้นเปลืองทรัพยากรของระบบรูปแบบการกำหนดแผนให้บริการฟื้นฟูต่อเนื่องของทีมฟื้นฟูในโรงพยาบาล การนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูเป็นบริการผู้ป่วยนอกเป็นส่วนหากเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ จะมีทีมบริการฟื้นฟูออกไปให้บริการที่บ้านเน้นกระตุ้นการสนทนาและผู้ดูแลซ้ำอีกครั้ง หลังจากที่เคยสอนมาแล้วขณะนอนในโรงพยาบาล รูปแบบดังกล่าวคล้ายกันกับโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ผู้ป่วยภายใต้กรอบเวลา และการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตาม มาตรฐานที่ควรจะเป็นยังเป็นจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาต่อไปอีก เพราะเป็นต้นธารที่ช่วยยกระดับความเข้าใจและคุณค่าบริการฟื้นฟูที่เป็นบริการต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่จัดให้มีบริการเกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลต้องส่งผ่านไปยังหน่วยบริการปลายทาง เกิดการแชร์ข้อมูล สร้างการเรียนรู้

ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ โดยข้อมูลต้องผูกไปพร้อมกันข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่ได้แยกออกจากกันการ จัดระบบบริการ ภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป้าหมายการจัดบริการในช่วงนี้ คือ ผู้ป่วยต้องเข้าถึงบริการ ระยะยาวที่มีคุณภาพได้รวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการบริการฟื้นฟูระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ยังควรเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับ priority ลำดับต้น และต้องการบริการที่มีความเข้มข้นทั้งปริมาณและคุณภาพกว่าที่เป็นอยู่ การ กำหนดให้ผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับบริการที่ดีที่สุด คือ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจจะน้อยเกินไป

สรุปและขอเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง ดังนี้

1) ควรกำหนดนโยบาย ให้โรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งมี Care Manager for Stroke และ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัด เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนา รูปแบบบริการดูแลระยะยาวหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ และ เพิ่มเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้

2) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน โดยนำรูปแบบการดูแลระยะยาวที่มี ประสิทธิภาพ มาพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลางและระยะยาวให้มีความชัดเจนให้เป็นรูปธรรม รวมทั้ง พัฒนามาตรฐานการจัดรูปแบบบริการ โดยกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ และระยะเวลาในการให้บริการ โปรแกรมการดูแลตามความเหมาะสมให้เป็นที่ยอมรับ

3) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้มาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัดและประเทศ ที่สะท้อนผลลัพธ์การ ให้บริการ เพื่อการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาในประเด็นการดูแลที่สำคัญและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้รับบริการ

4) ควรสนับสนุนด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของการบริการดูแลระยะยาวในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิงของโครงการวิจัย

- กัญญาลักษณ์ ฌ รังสี. การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ม.ป.ท. : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- จเร วิชาไทยและคณะ.(2553). โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้หลักประกันสุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสดี, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์.(2549). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน.สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ.(2553) การสังเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- สิริชัย นามทรงศนี (2554). การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) : ประสบการณ์จากโรงพยาบาลชุมชน. วิชาการโรงพยาบาลชุมชน.มูลนิธิแพทย์ชนบท. ออนไลน์ <http://ruraldoc.or.th/paper/19>.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, (2555). การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข : การสำรวจแบบวันเดียว.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- สุชาติ หาญไพบุลย์และคณะ. (2554). ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย: โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 94(1): 427-436.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 1 การบริหารงบประมาณจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ม.ป.ท. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างวัดสำนักสงฆ์ กับหน่วยอื่น เพื่อดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ในส่วนที่เป็น intermediate care (เอกสารนำเสนอขึ้นต้น ยังไม่มีรายงานฉบับสมบูรณ์). 2552.
- Armstrong, C.D. etl al. Home-based Intermediate Care Program vs Hospitalization . Canadian Family Physician.
- Cochrane Library. Therapy-based Rehabilitation Services for Stroke Patients at Home Vol 2003.

- Cooper, Robin, Robert S. Kaplan.(1999) *The design of Cost Management Systems: Text, Case, and Readings*. Prentice-Hall, 1999.
- Department and Health. (2009). Intermediate Care – Halfway Home. Update guidance for the NHS and Local authorities.
- Department of Health. Intermediate Care . *Health Service Circular 2001/001/Local Authority Circular*. [ออนไลน์] 2001.
- Department of Health, Social Services and Public Safety. *Audit of Intermediate Care: FinalReport-Vol1*. October 2008.
- Director of Adult Social Care. *Intermediate Care: Report to Scrutiny Committee for Adult Federation of Medical Royal Colleges. Medical Aspects of Intermediate Care: Report of a Working Party*. UK : Wiltshire, December 2002.
- Kucukyazici, B., Verter, V., Nadeau, L., Mayo, N.E. (2009). Improving Post-stroke Health Outcome: Can Facilitated Care Help? Health Policy.
- King M, Lapsley I, Mitchell F and Moyes J (1994) Activity Based Costing in Hospitals A Case Study Investigation. London: Chartered Institute of Management Accountants.
- Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, et al. (2011) Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J MedAssoc Thai*; 94: 427-36.
- Hilton RW, Maher MW and Selto FH (2003) Costing Management Strategies for Business Decisions. Second edition. Boston: McGraw-Hill Irwin.
- London Borough of Barking and Dagenham. *A Short Guide to Intermediate Care in Barkingand Dagenham*.
- Roe, B. and Beech, R. . *Intermediate and Continuing Care Policy and Practice*. London : Blackwell, 2005.
- Wade, D.T., Hewer, R.L. *Functional Abilities after Stroke: Measurement, Natural History and Prognosis*. น.ป.ท. : J Neuro Neurosurg Psychiatry, 1987.
- Gladman, J. Forster, A. and Young, J. *Hospital and Homebased Rehabilitation after Discharge from Hospital for Stroke Patients: Analysis of Two Trials*. Age and Ageing.
- Hale, L.A. *Community-based or Home-based Stroke Rehabilitation: Confusion or Common Sense?* NZ Journal of Physiotherapy, November 2004.
- Heart and Stroke Foundation. Heart and Stroke Foundation. [ออนไลน์]
<http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=33&ArticleID>.

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย [SF] ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูล (Record form) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย [SF_1]
2. แบบประเมินการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [SF_2]
3. แบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพการดูแลระยะยาวในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา [SF_3]
4. แบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายและการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ
 - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) [SF_4]
 - คุณภาพชีวิต (Quality of life) [SF_5]
 - ภาวะสุขภาพ (Health status) ของผู้ป่วยในช่วง 3 - 6 เดือน [SF_6]
5. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการทุกระดับ [SF_7]

[SF_2]

แบบประเมินการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลของท่าน ตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	code
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	
อายุปี	
บทบาทผู้ป่วยภายในครอบครัว <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> 2. สมาชิกครอบครัว <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน	
ในครอบครัวท่าน มีผู้ดูแล/ ช่วยเหลือท่านคือใคร <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุให้ครบ	
ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 4. ปวช/ ปวส/ อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี	
อาชีพหลักก่อนป่วย <input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 2. พนักงานเอกชน <input type="checkbox"/> 3. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 4. ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 5. เกษตกร <input type="checkbox"/> 6. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....	
รายได้หลักของผู้ป่วยและครอบครัว (ก่อน)ป่วย.....	
รายได้หลักของผู้ป่วยและครอบครัว (หลัง)ป่วย.....	
ความเพียงพอของรายได้ <input type="checkbox"/> 1. เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เพียงพอ	
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1.สวัสดิการข้าราชการ <input type="checkbox"/> 2. บัตรประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆระบุ.....	
ในชุมชนหรือบ้านใกล้เคียงของท่าน มีใครให้ความช่วยเหลือท่านหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ใครบ้างระบุให้ครบ	
ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (ที่ผู้ป่วยและญาติทราบ)	code
โรคที่เป็นในการไปนอนพักรักษาในโรงพยาบาล คืออะไร <input type="checkbox"/> 1. หลอดเลือดในสมองตีบ <input type="checkbox"/> 2. หลอดเลือดในสมองแตก <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....	

<p>การรักษาที่ได้รับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนั้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. รักษาด้วยยา <input type="checkbox"/> 2. รักษาด้วยการผ่าตัด <input type="checkbox"/> 3. รักษาด้วยกายภาพบำบัด</p> <p><input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนั้น ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง เป็นเงิน.....บาท</p>	
<p>สภาพร่างกายด้านการเคลื่อนไหวของท่าน ขณะออกจากโรงพยาบาลครั้งนั้นเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา <input type="checkbox"/> 2. อัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. อัมพาตทั้งตัว <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>สภาพร่างกายด้านการพูดของท่าน ขณะออกจากโรงพยาบาลครั้งนั้นเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. พูดไม่ชัด <input type="checkbox"/> 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ฟังเข้าใจ แต่พูดไม่เป็นคำ <input type="checkbox"/> 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>สภาพร่างกายด้านการเคี้ยว/กลืน ของท่าน ขณะออกจากโรงพยาบาลครั้งนั้นเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี <input type="checkbox"/> 3. ผิดปกติอื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>ขณะที่ท่านถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น ท่านต้องมีการใช้อุปกรณ์พิเศษ อะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใส่ท่อ/ เจาะคอ <input type="checkbox"/> 2. ให้อาหารทางสาย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ใส่สายสวนปัสสาวะ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....</p>	

แบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพการดูแลระยะยาวในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลของท่านตามความเป็นจริง เกี่ยวกับการได้รับบริการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในครั้งนั้น

กิจกรรมบริการสุขภาพ	code
<p>เมื่อท่านออกจากโรงพยาบาล ท่าน<u>ได้รับแจ้ง</u> จากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. การนัดให้กลับมารับบริการที่โรงพยาบาลที่จำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ส่งตัวให้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล/ รพ.สต. ใกล้บ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> 3. มีการส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการ/ เยี่ยมบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่มีการให้ข้อมูลใดๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>หลังจากที่ท่านออกจากโรงพยาบาลครั้งนั้น ท่าน<u>รักษาโรคที่ท่านเป็น</u>ต่ออย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รักษาต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ซึ่ยามากินเอง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. รักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> 4. รักษากับแพทย์แผนไทย/ แผนจีน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. รักษากับพระ/ เป่าน้ำมัน / หมอทางไสยศาสตร์</p> <p><input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>หลังจากที่ท่านออกจากโรงพยาบาลครั้งนั้น ท่าน<u>ได้ทำกายภาพบำบัด</u> อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไปทำกายภาพบำบัดที่รพ. / รพ.สต. ใกล้บ้าน ระบุจำนวนครั้ง.....ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 3. มีนักกายภาพบำบัดมาทำให้ที่บ้าน/ เยี่ยมบ้าน ระบุจำนวนครั้ง.....ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 4. กายภาพบำบัดกับแพทย์แผนไทย ระบุจำนวนครั้ง.....ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 5. กายภาพบำบัดโดยญาติทำให้ที่บ้าน ระบุจำนวนครั้ง.....ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 6. กายภาพกับพระ/ เป่าน้ำมัน / หมอทางไสยศาสตร์ ระบุจำนวนครั้ง.....ต่อเดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>ท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ อะไรบ้าง ระบุให้ครบ</p> <p>ได้รับอุปกรณ์เหล่านั้นมาจากไหน โปรดระบุ.....</p>	

แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
The Barthel Activity of Daily Living Index

ดัชนีบาร์เทล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Bathel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Wade, 1992)

กิจกรรม	Code (ผู้วิจัย)
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 10 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	
2. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 10 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 15 สามารถลุกจากเตียง ที่นอน หรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถถือค้ำเก้าอี้เข็นได้	
3. Mobility การเดินการเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 5 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 10 เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง 1 คน 15 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน	
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 10 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	
5. Bathing การอาบน้ำ เช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัว ดูแลความสะอาดของร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 5 สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	

กิจกรรม	Code (ผู้วิจัย)
6. Grooming สุขวิทยาส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 5 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	
7. Toilet use การใช้ห้องสุขา หรือกระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือ การสอดตั้งกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 5 ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 10 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด-ตั้งกระโถน รวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดหลังจากการขับถ่าย	
8. Bowels การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 0 กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 5 กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 10 กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	
9. Bladder การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะให้ 5 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ 10 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คายสวนปัสสาวะสามารถดูแลตัวเอง	
10. Stairs การขึ้นลงบันได 0 ไม่สามารถทำได้ 5 ต้องการคนช่วยเหลือ 10 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
รวมคะแนน	

โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL-BREF-THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	Code
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด						
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด						
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่(ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)						
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด						
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด						
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด						
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน						
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองไหม						
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน						
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน						
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน						

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	Code
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำงาน มากน้อยเพียงใด						
13	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ ไหน						
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน แค่ไหน						
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน						
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด						
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด						
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด						
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อย เพียงใด						
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด						
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการ คมนาคม)มากน้อยเพียงใด						
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด						
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด						
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การชั่งตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)						
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด						

[SF_6]

แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Health status)

คำชี้แจง ท่านจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป หลังจากท่านออกจากโรงพยาบาลช่วง 3-6 เดือน

การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป	code
วันที่ที่ประเมินภาวะสุขภาพ ท่านออกจากรพ. มานานเท่าใดเดือน.....วัน	
ประเมินลักษณะผิวหนัง <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. มีแผลกดทับ ระบุตำแหน่ง.....ขนาด.....ซม. <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....	
ประเมินกของกล้ามเนื้อของแขนขา (muscle tone) <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีการหดเกร็ง <input type="checkbox"/> 2. อ่อนปวกเปียก ระบุตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> 3. มีการหดเกร็ง ระบุตำแหน่ง..... ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 1. Mild <input type="checkbox"/> 2. Moderate <input type="checkbox"/> 3. Severe	
ประเมินการรับรู้ความรู้สึก ระบุวิธีการตรวจ..... แขนขวา <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ลดลง <input type="checkbox"/> 3. ไม่รู้สึก แขนซ้าย <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ลดลง <input type="checkbox"/> 3. ไม่รู้สึก ขาขวา <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ลดลง <input type="checkbox"/> 3. ไม่รู้สึก ขาซ้าย <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ลดลง <input type="checkbox"/> 3. ไม่รู้สึก	
ประเมินข้อติด โดยการท่า passive ทุกตำแหน่ง (ข้อปกติ หมายถึง เต็มองศา, ข้อติดปานกลาง หมายถึง > 50 องศา, ข้อติดมาก หมายถึง < 50 องศา) แขนขวา -ข้อไหล่ <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก -ข้อศอก <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก -ข้อมือ <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก แขนซ้าย -ข้อไหล่ <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก -ข้อศอก <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก -ข้อมือ <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก	
การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป	code
ประเมินข้อติด โดยการท่า passive ทุกตำแหน่ง (ข้อปกติ หมายถึง เต็มองศา, ข้อติดปานกลาง หมายถึง > 50 องศา, ข้อติดมาก หมายถึง < 50 องศา) ขาขวา -ข้อสะโพก <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก	

<p>-ข้อเข้า <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก</p> <p>-ข้อเท้า <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก</p> <p>ขาซ้าย - ข้อสะโพก <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก</p> <p>-ข้อเข้า <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก</p> <p>-ข้อเท้า <input type="checkbox"/> 1. ข้อปกติ <input type="checkbox"/> 2. ข้อติดปานกลาง <input type="checkbox"/> 3. ข้อติดมาก</p>	
<p>ประเมินการเคี้ยว/ กลืนน้ำ/ กลืนอาหาร</p> <p>การเคี้ยว/ กลืน <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> 3. ผิดปกติ ระบุอาการ.....</p> <p>การสำลัก <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี <input type="checkbox"/> 3. ผิดปกติ ระบุอาการ.....</p>	
<p>ประเมินการพูด/ สื่อสาร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. พูดไม่ชัด <input type="checkbox"/> 3. ฟังเข้าใจ แต่พูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ฟังเข้าใจ แต่พูดไม่เป็นคำ <input type="checkbox"/> 5. ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่รู้เรื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>การรักษาพิเศษอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ใส่ท่อเจาะคอ <input type="checkbox"/> 2. ให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> 3. ใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....</p>	
<p>ความคาดหวังของผู้ป่วยว่าร่างกายจะกลับคืนได้/ ดีขึ้นแค่ไหน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่คาดหวังแล้ว <input type="checkbox"/> 2. คาดหวังว่าจะดีขึ้น <input type="checkbox"/> 3. คาดหวังว่าจะหายกลับมาปกติ</p>	
<p>ความคาดหวังของญาติ/ครอบครัว ว่าร่างกายผู้ป่วยจะกลับคืนได้/ ดีขึ้นแค่ไหน</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่คาดหวังแล้ว <input type="checkbox"/> 2. คาดหวังว่าจะดีขึ้น <input type="checkbox"/> 3. คาดหวังว่าจะหายกลับมาปกติ</p>	
<p>ความต้องการการบริการดูแลสุขภาพ หลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยและญาติ มีอะไรเพิ่มเติมอีกบ้าง</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p>	

[SF_7]

แบบสัมภาษณ์ การจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานบริการ

ประเด็นสัมภาษณ์ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง

การสัมภาษณ์ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ สำหรับการให้บริการการจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในสถานบริการทุกระดับ (รวมถึงประสานเพื่อขอศึกษาวิเคราะห์ระบบการทำงานของโรงพยาบาล)

1. การจัดการภายในของโรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการการจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
 - การให้บริการดูแลต่อเนื่อง เช่น Flow การปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการให้บริการการจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีหรือไม่ อย่างไร
 - ประเด็นที่ต้องบริหารจัดการที่แตกต่างกันและประเด็นที่เหมือนกัน สำหรับกรณีของผู้ป่วยแต่ละสิทธิของโรคหลอดเลือดสมอง ว่ามีการจัดการเพื่อการปฏิบัติอย่างไร
2. การเรียกเก็บ (claim) มีการตรวจสอบและจัดการเรื่องความซ้ำซ้อนของเงื่อนไขการจ่ายตามแนวทางการรักษาหรือไม่ อย่างไร
3. ระบบการส่งต่อและการดูแลความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลรักษาของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นอย่างไร
4. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูล ของสถานบริการแต่ละระดับอย่างไร
5. การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยครอบคลุมมากน้อยเพียงใด
6. จุดเด่นของวิธีการจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในสถานบริการแต่ละระดับ
 - ใช้มาตรฐานการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
 - มีปัญหาในทางปฏิบัติ ในการใช้แนวทางปฏิบัติตามที่กำหนดหรือไม่ อย่างไร
7. ประเด็นในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการจักระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในสถานบริการ มีเรื่องใดบ้าง อาทิ
8. ประเด็นที่ควรมีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง อย่างไร
9. การเปิดช่องทางรับฟังปัญหา/ ข้อร้องเรียนแก่ผู้ใช้บริการ
10. การนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา และปรับปรุงเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
11. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด มีความเข้าใจดีแล้ว และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดยกเว้นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางหุสียา โอซารส กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทร 038-343572 มือถือ 081-6531536

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (โรคจิต - หมดสติ) ให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายหรือผู้ปกครอง หรือญาติที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ลงนามยินยอม

ลงนาม.....ผู้แทน/ผู้ปกครอง/ญาติ

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

1. ชื่อโครงการ พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก นางพวีญา โอซารส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ผู้วิจัยร่วม นางกรชนก วุฒิสมวงศ์กุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 นางจันทนงค์ อินทร์สุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 นางดลिनพร สนธิรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ที่ปรึกษาวิจัย นพ. ศักดิ์ชัย ธีรวิทยาคม ผอ.รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
 นพ.กิตติชาติ อินทสุร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
4. หมายเลขโทรศัพท์ 038-343572 โทรสาร 038-343572 ที่ติดต่อได้สะดวก 24 ชั่วโมง
 โทรศัพท์ที่ทำงาน 038-343572 ที่ติดต่อได้สะดวก 24 ชั่วโมง
 เคลื่อนที่ 081-6531536 ที่ติดต่อได้สะดวก 24 ชั่วโมง
5. เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร ได้แก่
 - 5.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังมุ่งเน้นระยะวิกฤตหรือเฉียบพลัน (Acute care) โดยมีระบบ Stroke fast tract และพัฒนาหอผู้ป่วย Stroke Unit เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ความชุกในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ร้อยละ 2.7 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในระยะกลางและระยะยาว (long term care) การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ หรือความพิการอย่างถาวรให้เหลือน้อยที่สุด แต่ระบบการดูแล ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการจัดบริการที่เป็นรูปธรรมค่อนข้างน้อยการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กรณีการศึกษาอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่ามีร้อยละ 64 ของผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน และร้อยละ 13 เท่านั้นที่มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้าน เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่ามีระบบบริการรูปแบบอย่างไร มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสูงอายุน้อยเพียงใด และผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังได้รับการบริการเป็นอย่างไร

5.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

- เพื่อประเมินการเข้าถึงและการได้รับการบริการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (long term care) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะยาวจากสถานบริการและชุมชน

5.3 วิธีการศึกษาโดยสังเขป

- ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่มี Stroke unit และคัดเลือกรุ่นตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke) code ICD-10 I60-69 ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และมีการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อรับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ที่บ้าน หรือนัดมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยติดตามผลการให้บริการสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วง 3-6 เดือน

- ทำการประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทำการติดตามผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือถูกส่งตัวกลับมาอยู่ในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และทำการสำรวจติดตามโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุดดังนี้

6) ชุดที่ 1 เป็นแบบประเมินการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งแรกที่ไปพบ

7) ชุดที่ 2 เป็นแบบแบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพการดูแลระยะยาวในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โดยทำการสำรวจในเดือนที่ 3 - 6 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ชุดที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะทางสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายและการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เกี่ยวกับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และภาวะสุขภาพ (Health status) ทำการตรวจและสอบถามผู้ป่วยในช่วง 3 - 6 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

- ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการบริการดูแลระยะยาวในเดือนที่ 3 -6

5.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและต่อผู้อื่น กรณีเป็นการศึกษาที่ไม่มีประโยชน์ต่ออาสาสมัครโดยตรงให้แจ้งให้อาสาสมัครทราบอย่างชัดเจน

- ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และภายหลังส่งต่อไปสถานบริการและชุมชน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าของการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวต่อไป

5.6 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครในการร่วมการศึกษาหรือความเสี่ยงทางร่างกายจิตใจและผลกระทบทางสังคม

- มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในระดับน้อย เนื่องจากการสอบถามข้อมูลโดยแบบสอบถามเท่านั้น และผู้ป่วยยังได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจากวิธีการวิจัยครั้งนี้

5.7 การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

- ระบุบุคคล และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ให้อาสาสมัครไว้

- 5.8 กรณีการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐาน หรือทางเลือกการตรวจรักษาอื่น ๆ จะต้องแจ้งให้
อาสาสมัครทราบโดยชัดเจน
- การวินิจฉัยครั้งนี้ไม่มีการตรวจรักษา หรือตรวจวินิจฉัยพิเศษใดๆ
- 5.9 ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของอาสาสมัคร
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวอาสาสมัครเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ
สรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการ
วิจัยเท่านั้น
- 5.10 กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย อาสาสมัครจะได้รับการดูแล รักษา
โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้าง
- 5.11 การตอบแทน ขดเซยแก่อาสาสมัคร โดยระบุจำนวนและกำหนดเวลาการทดแทนขดเซยอย่าง
ชัดเจน
- อาสาสมัคร มีค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 175 บาทต่อครั้ง
- 5.12 ในกรณีเกิดอันตรายถึงขั้นร้ายแรง เช่นพิการ เสียชีวิต อาสาสมัครหรือทายาทจะได้รับการชดเซย
อย่างไร
- การวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายรุนแรง
- 5.13 ต้องระบุให้ชัดเจนว่าอาสาสมัครจะถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแล
รักษาที่พึงได้รับตามปกติ
- อาสาสมัครมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่อาสาสมัครจะ
ได้รับต่อไป
- 5.14 ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ หรือผู้อื่นที่อาสาสมัครสามารถติดต่อได้สะดวก ทั้งในและนอก
เวลาราชการ กรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน
- นางพูนีญา โอซารส หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณ
สังวรเพื่อผู้สูงอายุ โทร 038-343572 มือถือ 081-6531536
-

