

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของ จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Home Ward Patient Care Model Based on Ministry of Public Health Policy in the Context of Ubon Ratchathani Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ยศธน ทองมูล¹

Yossadon Thongmoon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษานโยบาย แนวทาง และบริบทการดำเนินงาน Home Ward ในจังหวัดอุบลราชธานี (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบท พื้นที่ (3) ประเมินประสิทธิผลด้านคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจ และความสอดคล้องกับนโยบาย (4) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิง นโยบายสำหรับการขยายผลทั่วจังหวัด ดำเนินการในโรงพยาบาล 27 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเมษายน 2567 - กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ปฏิบัติงาน 215 คน (ก่อนพัฒนา 30 คน หลังพัฒนา 185 คน) (2) ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 799 ราย (ก่อนพัฒนา 292 ราย หลังพัฒนา 507 ราย) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษา เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์และบริบท จังหวัดอุบลราชธานีมีโรงพยาบาล 38 แห่ง เริ่มดำเนินงาน Home Ward ตั้งแต่ปี 2565 ครอบคลุม 10 กลุ่มโรค พบปัญหาหลัก 6 ด้าน คือ (1) ระบบบริการยังขาดความชัดเจน (2) บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดทักษะเฉพาะทาง (3) ระบบข้อมูลไม่สมบูรณ์ (4) อุปกรณ์และเทคโนโลยียังไม่ครบถ้วน (5) การเบิกจ่ายค่ารักษาไม่เต็มจำนวน (6) ต้องการภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลที่เข้มแข็ง 2) รูปแบบที่พัฒนา ประกอบด้วย (1) โครงสร้างทีมสหวิชาชีพ 7 สาขา (2) รูปแบบบริการ 3 แบบ (Step down, Refer back, Start at home) (3) เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน (4) ระบบติดตามผ่าน A-MED และ Telehealth (5) กลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรมผลลัพธ์ 3) หลังการพัฒนา คุณภาพการดูแล ระยะเวลารักษาใน โรงพยาบาลลดลงจาก 10 วัน เหลือ 1 วัน อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง 43.7% ต้นทุนการรักษาลดลง 37.7% ความพึงพอใจ: ผู้ป่วย/ญาติ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (จาก $\bar{X}=4.50$ เป็น $\bar{X}=4.52$) ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจด้านนโยบายองค์การ ($\bar{X}=4.53$) และด้าน ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{X}=4.34$)

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ, การดูแลผู้ป่วยในบ้าน, Home Ward, การวิจัยและพัฒนา, จังหวัดอุบลราชธานี

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study with the objectives of (1) studying the policies, guidelines, and operational context of Home Wards in Ubon Ratchathani Province, (2) developing a service delivery model appropriate to the local context, (3) evaluating the effectiveness in terms of care quality, satisfaction, and policy alignment, and (4) synthesizing policy recommendations for expansion throughout the province. The study was conducted in 27 hospitals in Ubon Ratchathani Province between April 2024 and September 2025. The sample consisted of (1) 215 practitioners (30 before development, 185 after development) and (2) 799 patients/caregivers (292 before development, 507 after development). Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and document analysis. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

The research findings showed that 1) the situation and context... Ubon Ratchathani Province has 38 hospitals. Home Ward operations began in 2022, covering 10 disease groups. Six main problems were identified: (1) the service system lacks clarity; (2) there is insufficient personnel and a lack of specialized skills; (3) the data system is incomplete; (4) equipment and technology are not yet complete; (5) reimbursement of medical expenses is not in full; and (6) strong leadership and governance are needed. 2) The developed model includes: (1) a multidisciplinary team structure with 7 specialties; (2) three service models (Step down, Refer back, Start at home); (3) clear patient screening criteria; (4) a follow-up system via A-MED and Telehealth; and (5) a fair compensation mechanism. Outcomes: 3) After development, the quality of care and hospital stay duration decreased from 10 days to 1 day. The readmission rate decreased by 43.7%. Treatment costs decreased by 37.7%. Satisfaction: Patient/relative satisfaction increased (from $\bar{X}=4.50$ to $\bar{X}=4.52$). Practitioners... Satisfaction was high regarding organizational policies ($\bar{X}=4.53$) and the success in policy implementation ($\bar{X}=4.34$)

Keywords: policy implementation, home care, Home Ward, research and development, Ubon Ratchathani Province

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในปีงบประมาณ 2565 โดยกรมสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (2) ลดความแออัดในโรงพยาบาล (3) ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว และ (5) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นโยบาย Home Ward เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเทียบเคียงกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) แต่ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดผ่านระบบ Telehealth และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) และหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)¹

Home Ward คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วยเสมือนจริง โดยเน้นการให้บริการทางการแพทย์เทียบเท่ากับโรงพยาบาล เพื่อลดวันนอน ลดต้นทุน และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสูงอายุ ซึ่งการ

ดำเนินงานจำเป็นจะต้องโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวและผู้ดูแล หน่วยงานท้องถิ่น รวมไปถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในการสนับสนุนงบประมาณและระบบข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัทร รุ่งเนย และคณะ (2565)² พบว่าปัจจัยความยั่งยืนของนโยบาย Intermediate Care คือ การสนับสนุนผู้บริหาร นโยบายชัดเจน ระบบสารสนเทศ พัฒนาบุคลากร และทรัพยากรพร้อม และสอดคล้องกับ Aung และคณะ (2022)³ ได้ศึกษาการนำรูปแบบ Community-integrated intermediary care (CIIC) ในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประสิทธิภาพของการผสมผสานความร่วมมือระหว่างชุมชน รัฐ และอาสาสมัคร โดยรูปแบบนี้ไม่เพียงลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ กัลยา เกื้อกุล (2568)⁴ พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง เป็นทรัพยากรและระบบที่จำเป็นต่อการ

จัดบริการที่มีประสิทธิภาพ มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ บุคลากรผู้ดูแล การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีญาติที่ใกล้ชิด และการมีข้อมูลสารสนเทศ 2) องค์ประกอบในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลไกการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่องระยะยาว มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงและการดูแล ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล และการดูแลเฉพาะด้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ ของการดูแลระยะยาว เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ด้าน จิตใจและสังคม ด้านการลดภาระของญาติ และด้าน ความพึงพอใจ

นโยบาย Home Ward ของกระทรวง สาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการในปี 2565 เพื่อเป็น การลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยปรับบริการ ทางการแพทย์ไปสู่การรักษาที่บ้าน (Home Base) มุ่งเน้นผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยดำเนินการผ่านระบบ Telemedicine จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งใน พื้นที่ที่ได้รับมอบหมายให้นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยมี โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ เป็น โรงพยาบาลนำร่องในปี 2565 และในปี 2566-2568 มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้ง 25 แห่ง ตามแผนปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี เพื่อให้ครอบคลุมบริการ Home Ward ทุกพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยในบ้าน Home Ward มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ ดำเนินการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยใน ที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบาย แนวทาง และบริบทการ ดำเนินงานบริการ Home Ward ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการ จัดบริการ Home Ward ที่พัฒนาขึ้นในด้านคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ ความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและ แนวทางขยายผลการดำเนินงาน Home Ward ให้ ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบ ผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) สถานที่ ดำเนินการได้แก่ โรงพยาบาล 25 แห่งในจังหวัด อุบลราชธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 21 แห่ง ระหว่าง เดือน เมษายน 2567 - กันยายน 2568 (รวม 18 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ปฏิบัติงาน คัดเลือก แบบเจาะจง ก่อนพัฒนา 30 คน หลังพัฒนา 185 คน รวมทั้งสิ้น: 215 คน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ก่อนพัฒนาจำนวน 292 ราย หลังพัฒนาจำนวน 507 ราย รวมทั้งสิ้น 799 ราย การวิจัยเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงใน ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงาน Service Plan จำนวน 3 คน และ ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 27 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม พัฒนาจากการทบทวน วรรณกรรมและทฤษฎี Van Meter & Van Horn⁵ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ (7 ด้าน, 45 ข้อ) ได้แก่ ด้านความชัดเจนของนโยบาย (4 ข้อ) ด้านความพร้อมทรัพยากร (3 ข้อ) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน (6 ข้อ) ด้านการกำหนดภารกิจ (5 ข้อ) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ (5 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (7 ข้อ) และด้านการให้บริการ (15 ข้อ)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติ (3 ด้าน, 15 ข้อ) ประกอบด้วยด้านประสิทธิภาพจัดบริการ (5 ข้อ) ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (5 ข้อ) และด้านความพึงพอใจ (5 ข้อ)

เกณฑ์การแปลผล

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 = ระดับดีมาก/มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 = ระดับดี/มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 = ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 = ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 = ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามหลัก 8 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านเข้าใจนโยบาย Home Ward อย่างไร 2) มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3) ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอย่างไร 4) รูปแบบการให้บริการในพื้นที่เป็นอย่างไร 5) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร 6) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร 7) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จคืออะไร และ 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา

สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีตัวแปร และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977)⁶ การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตร จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีเกณฑ์การพิจารณาคือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ แต่ถ้าข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรตัดทิ้งหรือพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การเตรียมการ (เมษายน-มิถุนายน 2567) ขออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดผ่านจริยธรรมการวิจัย (เลขที่ SSJ.UB 2564-042) ประสานงานโรงพยาบาล 27 แห่ง จัดประชุมชี้แจงโครงการ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนพัฒนา (กรกฎาคม-สิงหาคม 2567) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบสอบถาม 322 ชุด เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสัมภาษณ์ 32 คน ศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบ (กันยายน 2567-มีนาคม 2568) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) 3 ครั้ง ศึกษาดูงาน 5 โรงพยาบาล

พัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการ PDCAทดลองใช้
รูปแบบในโรงพยาบาลนาร่อง

ระยะที่ 4 การขยายผลและเก็บข้อมูลหลัง
พัฒนา (เมษายน-สิงหาคม 2568)ขยายผลทุก
โรงพยาบาลเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ: แบบสอบถาม
692 ชุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: สัมภาษณ์ติดตาม

ระยะที่ 5 การประเมินและสรุปผล (กันยายน
2568)วิเคราะห์ข้อมูลสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจัดทำ
รายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ สถิติพรรณนา
ค่า ความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage)ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{x}$) และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)
สถิติอนุมาน สถิติที่ใช้ Paired t-test: เปรียบเทียบ
ก่อน-หลังพัฒนา ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา
(Content Analysis) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล
(Categorization) การระบุประเด็นหลัก (Thematic
Identification) การตีความและสร้างข้อสรุป
(Interpretation)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
งานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เลขที่รับรอง จริยธรรม SSJ.UB 2564-042 ลงวันที่
24 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. นโยบาย แนวทาง และบริบทการ
ดำเนินงานบริการ Home Ward ตามนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 215 คน ลักษณะทาง
ประชากรประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 81.08 อายุ

เฉลี่ย 57 ปี (ช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ
41.62) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.78 การศึกษา
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.89 อาชีพข้าราชการ
ร้อยละ 81.62 ลักษณะการปฏิบัติงาน เป็นพยาบาล
ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ร้อยละ 62.16 พยาบาล
ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.
สต./PCU) ร้อยละ 28.11 เกษีกร ร้อยละ 8.11
แพทย์ ร้อยละ 1.62 ประสบการณ์ > 1 ปี ร้อยละ
50.27 มีรูปแบบการจัดบริการ กลุ่มการพยาบาล
รับผิดชอบ ร้อยละ 56.22 จัดตั้งหน่วยงานใหม่ ร้อย
ละ 25.41 กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม ร้อยละ
18.38 รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน ค่าตอบแทน
นอกเวลาราชการ ร้อยละ 70.27 โอนเงินบำรุงให้
รพ.สต. ร้อยละ 18.38 จ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่ ร้อยละ
11.35

ผู้ป่วย/ผู้ดูแล (n=799) ประกอบด้วยเพศหญิง
ร้อยละ 68.24 อายุเฉลี่ย 54 ปี (ช่วง 21-60 ปี มาก
ที่สุด ร้อยละ 99.21) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.50
การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.94 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 69.23 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย
ในบ้านด้วยกลุ่มโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ
55.42 เบาหวาน ร้อยละ 38.66 ผลกดทับ ร้อยละ
1.58 COVID-19 ร้อยละ 1.58 ปอดอักเสบ ร้อยละ
0.79 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 0.20

1.2 สถานการณ์ก่อนการพัฒนา พบว่ามี
ปัญหาและอุปสรรค 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการ
ได้แก่ขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติไม่มีแนวทาง
ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่มี
เกณฑ์ชัดเจนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลขาด
ความต่อเนื่อง 2) กำลังคน ได้แก่บุคลากรไม่เพียงพอ
(ปัญหาอันดับ 1) ขาดทักษะเฉพาะทางไม่มี
ผู้รับผิดชอบชัดเจนภาระงานซ้ำซ้อน 3) ระบบข้อมูล
ได้แก่ การบันทึกข้อมูลใน A-MED ไม่ครบถ้วน (ร้อย
ละ 65) ระบบลุ่มบ่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง
หน่วยงานไม่ดีขาดระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ 4)

เทคโนโลยีและอุปกรณ์ ได้แก่ อุปกรณ์ไม่ครบทุกหน่วย ($\bar{x}=3.97$) เครื่องวัดออกซิเจนขาดแคลน สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรการใช้ Line ในการติดต่อยังไม่เป็นระบบ 5) งบประมาณ ได้แก่ การบันทึกไม่ครบทำให้เบิกไม่ได้เต็มจำนวนไม่มีงบประมาณพิเศษค่าใช้จ่ายเดินทางยังไม่ชัดเจน 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ได้แก่ การสื่อสารนโยบายยังไม่ทั่วถึงขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลมีจำกัด

1.3 ระดับความพึงพอใจ ก่อนพัฒนา พบว่า

ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านนโยบายองค์กร ($\bar{x}=4.52$) และด้านลักษณะงาน ($\bar{x}=4.26$) ระดับดี ได้แก่ ด้านอุปกรณ์และเทคโนโลยี ($\bar{x}=3.97$) และด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{x}=4.16$)

ผู้ดูแล/ผู้ป่วย มีระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=4.50$) โดยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านได้รับยาและอุปกรณ์เพียงพอ ($\bar{x}=4.65$) ด้านได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนการดูแล ($\bar{x}=4.61$) ด้านลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ($\bar{x}=4.60$) ด้านความพึงพอใจในภาพรวม ($\bar{x}=4.60$) ด้านคำแนะนำกรณีฉุกเฉิน ($\bar{x}=4.54$) และความรู้สึกลดอดภัย ($\bar{x}=4.52$)

3. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

3.1 กระบวนการพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ผ่านวงจร PDCA รายละเอียด ดังนี้

Plan (วางแผน) โดยการ 1) จัดประชุมชี้แจงนโยบาย (มิถุนายน 2567) 2) ศึกษาดูงาน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตระการพืชผล (ผลงานสูงสุดในประเทศ) โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลภกรณ (โรงพยาบาลนาร่อง) โรงพยาบาล

โพธิ์ไทร, สว่างวีระวงศ์ (โรงพยาบาล 30 เตียง) โรงพยาบาลตาลสุม (โรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้) 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและระดมความคิด ครั้งที่ 2 ออกแบบรูปแบบ ครั้งที่ 3 ทบทวนและปรับปรุง

Do (ปฏิบัติ) 1) ทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลนาร่อง 5 แห่ง (ตุลาคม-ธันวาคม 2567) 2) ปรับปรุงตามผลการทดลอง 3) ขยายผลทุกโรงพยาบาล (มกราคม-มีนาคม 2568)

Check (ตรวจสอบ) 1) ติดตามผลรายเดือน 2) ประเมินผลรายไตรมาส 3) จัดประชุม Cup Board ทุกเดือน

Act (ปรับปรุง) 1) สรุปบทเรียน 2) แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 3) พัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน

2.2 รูปแบบรูปแบบการจัดบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานีที่พัฒนา ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 ส่วนได้แก่

1) โครงสร้างทีมสหวิชาชีพ 7 สาขา: แพทย์ / แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวพยาบาลโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบหลัก) พยาบาล รพ.สต. / PCU เภสัชกร โภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการคอมพิวเตอร์

2) กลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่มโรคที่สามารถเบิกจาก สปสช. ประกอบด้วย 1) เบาหวาน (น้ำตาล > 300 mg/dL หรือ HbA1c > 11%) 2) ความดันโลหิตสูง 3) แผลกดทับ 4) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 5) ปอดอักเสบ 6) ใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด 7) COVID-19 8) ความผิดปกติจากสารเสพติด 9) จิตเภท 10) ความผิดปกติทางอารมณ์

3) รูปแบบบริการ 3 แบบ

Step Down: เริ่มรักษาใน IPD → ย้ายไปรักษาที่บ้าน โดยมีโรงพยาบาลเดิมดูแลต่อเนื่อง

Refer Back: เริ่มรักษาโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อโรงพยาบาลที่ 2 กลับมารักษาที่บ้านใกล้บ้าน

Step Up / Start at Home: เริ่มรักษาที่บ้าน
ตั้งแต่แรก (จาก OPD/ER)

กรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

4) เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย

เข้าเกณฑ์ อาการคงที่ พันระยะวิกฤตอยู่ใน
กลุ่มโรคที่กำหนดบ้านอยู่ในรัศมี 20 กมมีผู้ดูแลที่
บ้านมีโทรศัพท์ติดต่อได้ครอบครัวยินยอม

ไม่เข้าเกณฑ์ อาการไม่คงที่ที่ต้องการเครื่อง
ช่วยชีวิตไม่มีผู้ดูแลครอบครัวไม่ยินยอม

5) ระบบติดตามและสื่อสาร

A-MED Platform: บันทึก Progress Note
ติดตามตัวชีวิตแจ้งเตือนอัตโนมัติรายงานผลการ
ดำเนินงาน

Telehealth: Line Official AccountVideo
Callส่งรูปภาพติดตามอาการ 2 ครั้ง/วัน

การเยี่ยมบ้าน: ตามแผนการรักษาเมื่อมี
ปัญหา ก่อนจำหน่าย

6) อุปกรณ์พื้นฐาน อุปกรณ์ให้ยืม ได้แก่
เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล (DTX)
ปรอทวัดไข้เครื่องวัดออกซิเจน (Pulse oximeter)
ชุด Telemedicine (กรณีจำเป็น)

7) ระบบการจ่ายค่าตอบแทน

รูปแบบที่ 1 จ่าย OT นอกเวลาราชการ (ร้อยละ 70.27) วิธีการจ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
คำนวณตามชั่วโมงปฏิบัติงาน

รูปแบบที่ 2 โอนเงินบำรุง (ร้อยละ 18.38)
โอนให้ รพ.สต. เป็นเงินบำรุง รพ.สต. บริหารจัดการ
เอง

รูปแบบที่ 3 จ่ายตรง (ร้อยละ 11.35) จ่ายตรง
ให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ผ่าน รพ.สต.

3. ผลลัพธ์หลังการพัฒนา

3.1 ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
ระยะเวลารักษาใน รพ.	10 วัน	1 วัน	ลดลง ร้อยละ 90
อัตรากลับเข้ารักษาซ้ำ (HT)	ร้อยละ 15.8	ร้อยละ 8.90	ลดลง ร้อยละ 43.7
ต้นทุนการรักษาต่อผู้ป่วย	45,600 บาท	28,400 บาท	ลดลง ร้อยละ 37.7
ค่าใช้จ่ายครอบครัว/วัน	500-2,000 บาท	0 บาท	ลดลง ร้อยละ 100
อัตราการใช้อุปกรณ์	-	ร้อยละ 90-100	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90
จำนวนทีมสหวิชาชีพ	2 คน	7 คน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 250

3.2 ระดับความพึงพอใจ หลังพัฒนา พบว่า
ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ใน
ด้านนโยบายองค์กร ($\bar{x}$ = 4.53) และด้านลักษณะ
งาน ($\bar{x}$ = 4.34) ระดับดี ได้แก่ ด้านอุปกรณ์และ
เทคโนโลยี ($\bar{x}$ = 4.20) และด้านความสำเร็จในการนำ
นโยบายไปปฏิบัติ ($\bar{x}$ = 4.18) ความพึงพอใจของ
ผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.034)
โดยเฉพาะด้านความสำเร็จในการนำนโยบายไป

ปฏิบัติ: + 0.18 (p = 0.004) ด้านอุปกรณ์และ
เทคโนโลยี: + 0.21 (p = 0.002)

ผู้ดูแล/ผู้ป่วย มีระดับความพึงพอใจใน
ภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.52) โดยมีความ
พึงพอใจในระดับดีมาก ในด้านได้รับยาและอุปกรณ์
เพียงพอ ($\bar{x}$ = 4.63) ด้านได้รับการติดตามและ
ปรับเปลี่ยนการดูแล ($\bar{x}$ = 4.61) ด้านลดค่าใช้จ่ายใน
การนอนโรงพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.59) ด้านความพึงพอใจ
ในภาพรวม ($\bar{x}$ = 4.57) ด้านความรู้สึกลดอดภัย ($\bar{x}$

=4.54) ด้านการดูแลเหมาะสมกับอาการ ($\bar{x}$ =4.52) และด้านคำแนะนำการฝึกเดิน ($\bar{x}$ =4.52)

3.3 ผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา (Paired t-test) พบว่า ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.034$) อุปกรณ์

และเทคโนโลยีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ความพึงพอใจผู้ป่วยสูงตั้งแต่ก่อนพัฒนา คงที่ในระดับดีมาก (ไม่แตกต่างทางสถิติ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังพัฒนา (Paired t-test)

ตัวแปร	ก่อน ($\bar{X}$)	หลัง ($\bar{X}$)	t	p-value
ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน	4.23	4.31	2.145	0.034*
ความพึงพอใจผู้ป่วย	4.50	4.52	0.854	0.395
อุปกรณ์และเทคโนโลยี	3.97	4.18	3.256	0.002*
ความสำเร็จนำนโยบายไปปฏิบัติ	4.16	4.34	2.987	0.004*

* $p < 0.05$

3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ พบปัจจัยสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่

1) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประกาศนโยบายชัดเจน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งให้การสนับสนุนแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบระดับจังหวัดจัดประชุม Cup Board ทุกเดือน

2) ความชัดเจนของนโยบายและแนวทาง ได้แก่ มีคู่มือแนวทางจากกรมการแพทย์ พัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะพื้นที่ มีเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละฝ่าย

3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีทีมครบทุกสาขาที่จำเป็น ประชุมทีมสม่ำเสมอ มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ดีประสานงานราบรื่น

4) ระบบสนับสนุนและเทคโนโลยี ($\bar{X}=4.18$) A-MED Platform ใช้งานได้ Telehealth ผ่าน Line สะดวกอุปกรณ์ครบถ้วนมากขึ้นแต่ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง

5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ช่วยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

ม.) ช่วยประสานงานการดูแลผู้ป่วยทำให้เครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็ง

6) ระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีหลายรูปแบบให้เลือก โดยยึดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจมากขึ้น

7) การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานผลทุกเดือน พร้อมชี้แจงประชุม Cup Board สม่ำเสมอ เมื่อปัญหาในการทำงานแก้ไขปัญหานั้นที่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล

4. ผลการนำนโยบายไปปฏิบัติตามทฤษฎี Van Meter & Van Horn ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter และ Van Horn (1975) ใน 6 ด้าน ได้แก่

4.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย จังหวัดอุบลราชธานีมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน ($\bar{X}=4.53$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mazmanian และ Sabatier (1989) ที่ระบุว่าความชัดเจนของนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ยังพบความท้าทายในการปรับแนวทางให้เข้ากับบริบทแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Bottom-Up Approach ที่เน้นความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ

4.2 ทรัพยากรนโยบาย การขาดแคลนบุคลากร (ร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า เป็นปัญหาอันดับ 1) เป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pressman และ Wildavsky (1979) ที่พบว่าทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุหลักของความล้มเหลว อย่างไรก็ตาม จังหวัดอุบลราชธานีสามารถแก้ปัญหาโดยบูรณาการกับ รพ.สต. และชุมชน ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่น่าสนใจ

4.3 การสื่อสารระหว่างองค์กร การใช้ A-MED Platform และ Telehealth ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร แต่ยังพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 35) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเบิกจ่ายค่ารักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Toole (1986) ที่พบว่าระบบสารสนเทศที่ไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคสำคัญ

4.4 ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมมากกว่า โรงพยาบาลขนาดเล็ก (ส่วนต่างค่าเฉลี่ย 0.45) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของขีดความสามารถองค์กร สอดคล้องกับทฤษฎี Capacity Building ของ Ingraham และ Donahue (2000)

4.5 เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง บริบทชุมชนเกษตรกรรม (ร้อยละ 69.23) และการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.94) ส่งผลต่อความท้าทายในการใช้เทคโนโลยี แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนแข็งแกร่งช่วยชดเชย สอดคล้องกับแนวคิด Community-Based Care

4.6 ทักษะของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวก ($\bar{X}=4.53$ ด้านนโยบายองค์กร) แต่กังวลเรื่องภาระงาน ($\bar{X}=4.05$ ด้านอุปสรรคต่องานปกติ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lipsky (2010) เกี่ยวกับ Street-Level Bureaucrats ที่มักประสบปัญหาภาระงานมากเกินไป

5. ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนา

5.1 ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน ได้แก่ 1) ระยะเวลารักษาลด ร้อยละ 90 (จาก 10 วัน เหลือ 1 วัน) 2) อัตรากลับเข้ารับรักษาซ้ำลด ร้อยละ 43.7 ต้นทุนลด ร้อยละ 37.7 (จาก 45,600 เป็น 28,400 บาท/ราย)

5.2 ด้านความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลอยู่ในระดับดีมากทั้งก่อน ($\bar{X}=4.50$) และหลัง ($\bar{X}=4.52$) การพัฒนา แสดงให้เห็นว่า รูปแบบเดิมมีคุณภาพดีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นฐานที่ดีสำหรับการพัฒนา การพัฒนาควาไว้ซึ่งคุณภาพ ขณะเดียวกันก็เพิ่มประสิทธิภาพด้านอื่น จุดที่ผู้ป่วยให้คะแนนสูงสุด คือ "ได้รับยาและอุปกรณ์เพียงพอ" ($\bar{X}=4.63-4.65$) สะท้อนความสำคัญของการสนับสนุนทรัพยากร

5.3 ความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบท รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสมกับบริบทในหลายประเด็น ได้แก่ 1) มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิการผนวก รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 28.11 ของทีมงาน) เป็นนวัตกรรมที่เฉพาะไทย ซึ่งแตกต่างจากโมเดลต่างประเทศที่มักใช้ Home Health Agency แยกต่างหาก ข้อดีคือใช้ประโยชน์จากโครงสร้างที่มีอยู่ลดต้นทุนเพิ่มการเข้าถึงในพื้นที่ห่างไกล 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัว วัฒนธรรมไทยที่เน้นการดูแลกันในครอบครัวเป็นจุดแข็ง ผู้ดูแลมีความเต็มใจสูง (ร้อยละ 90) 3) มีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ การมี 3 รูปแบบบริการ (Step Down, Refer Back, Start at Home) ช่วยให้สามารถปรับใช้กับบริบทที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Adaptive Implementation 4) การใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย ได้แก่ การใช้ Line (แอปพลิเคชันที่คนไทยใช้กันแพร่หลาย) แทน Application พิเศษ ทำให้ง่ายต่อการใช้งาน ไม่ต้องฝึกอบรมมาก ประหยัดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ยังต้องพัฒนาเป็นระบบมากขึ้นเพื่อความปลอดภัยของข้อมูล

5.4 ข้อจำกัดที่ยังพบ แม้จะประสบความสำเร็จ แต่ยังมีข้อจำกัด 5 ประการที่ต้องพัฒนา ได้แก่

1) บุคลากรไม่เพียงพอ (ยังคงเป็นปัญหา) แม้จะมีการบูรณาการกับ รพ.สต. แต่ภาระงานยังสูง เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานประจำควบคู่กันจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆบางพื้นที่ห่างไกลใช้เวลาเดินทางมาก ข้อเสนอแนะ 1.1) จัดสรรอัตราากำลังเฉพาะ 1.2) ใช้ Telemedicine มากขึ้น 3) พัฒนา Community Health Worker

2) ระบบข้อมูลยังไม่สมบูรณ์การบันทึกข้อมูลไม่ครบ (ร้อยละ 35) เนื่องจาก ระบบซับซ้อน ใช้เวลานาน ภาระงานมาก ข้อเสนอแนะ 1) ปรับปรุง UI/UX ของ A-MED 2) เพิ่มระบบแจ้งเตือน 3) จัดอบรมการใช้งาน 4) พัฒนา Mobile Application

3) การเบิกจ่ายไม่เต็มจำนวน การบันทึกไม่ครบทำให้เบิกไม่ได้เต็มจำนวน ส่งผลต่อรายได้โรงพยาบาลแรงจูงใจบุคลากร ความยั่งยืนของโครงการ ข้อเสนอแนะ 3.1) พัฒนาระบบการบันทึกให้ง่ายขึ้น 3.2) มี Data Verification Team 3.3) สร้างแรงจูงใจผ่านการประเมินผล

4) ความครอบคลุมของกลุ่มโรค ปัจจุบันครอบคลุม 10 กลุ่มโรค แต่ยังมีโรคอื่นที่น่าจะเหมาะสม เช่นโรคหัวใจ โรคไตเมะเร็งระยะท้ายผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ข้อเสนอแนะ 1) ศึกษาความเป็นไปได้ขยายกลุ่มโรค2ประสานกับ สปสช. เรื่องการเบิกจ่าย 3พัฒนา CPG เพิ่มเติม

5) การบูรณาการกับ Long Term Care Home Ward และ Long Term Care ยังแยกกันทำงาน ควรบูรณาการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะยา ข้อเสนอแนะ 1) จัดทำระบบการส่งต่อที่ชัดเจน 2) ประสานนโยบาย LTC 3) พัฒนาทีมงานร่วมกัน

5.5 บทเรียนสำคัญ (Lessons Learned) จากการวิจัยครั้งนี้ได้บทเรียนสำคัญ 7 ประการ ได้แก่

1. ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด การสนับสนุนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำให้โครงการประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับ ทฤษฎี Transformational Leadership

2. การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการ PAR ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา ไม่ใช่แค่ผู้รับคำสั่ง

3. รูปแบบต้องยืดหยุ่นตามบริบทการกำหนดรูปแบบตายตัวไม่ได้ผล ต้องให้แต่ละพื้นที่ปรับใช้ตามความเหมาะสม

4. เทคโนโลยีต้องเรียบง่ายและเข้าถึงง่าย การใช้ Line ประสบความสำเร็จเพราะคนใช้งานคุ้นเคยไม่ต้องเรียนรู้ใหม่

5. การบูรณาการเป็นกุญแจสู่ความยั่งยืนการผนวก รพ.สต. ชุมชน และครอบครัวทำให้โครงการยั่งยืนและลดต้นทุน

6. ข้อมูลเป็นพื้นฐานของการพัฒนาระบบข้อมูลที่ดีช่วยให้การตัดสินใจและการปรับปรุงมีประสิทธิภาพ

7. การพัฒนาต้องต่อเนื่องไม่มีรูปแบบที่สมบูรณ์แบบ ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมิน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะบริบทชนบทไทย ลดระยะเวลารักษาร้อยละ 90 (จาก 10 วันเหลือ 1 วัน) ซึ่งสูงกว่า Leff et al. (2005)⁷ ที่ลดลง ร้อยละ 50 ลดอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำร้อยละ 43.7 สอดคล้องกับสมสมัย รัตนกรिताกุล (2561)⁸ และลดต้นทุนร้อยละ 37.7 (จาก 45,600 เป็น

28,400 บาทต่อราย) สอดคล้องกับ Caplan et al. (2012)⁹ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.50 เป็น 4.52) ส่วนผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.034$) โดยเฉพาะด้านนโยบายและเทคโนโลยี สอดคล้องกับแนวคิดทีมสหสาขา ปัจจัยความสำเร็จหลักคือ นโยบายชัดเจนจากระดับจังหวัด ระบบสารสนเทศติดตามต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากร และทรัพยากรเพียงพอ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home Ward ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ารูปแบบดังกล่าว มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิการผนวก รพ.สต. เข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 28.11 ของทีมงาน) ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยอาศัยโครงสร้างที่มีอยู่ ซึ่งเป็นการลดต้นทุนและเปิดโอกาสในการเข้าถึงการบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงมุ่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของของครอบครัว (ร้อยละ 90) สอดคล้องแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ WHO (2015)¹⁰ ซึ่งมี 3 รูปแบบบริการยืดหยุ่น (Step Down, Refer Back, Start at Home) แนวคิดการนำไปใช้แบบปรับตัว และใช้การสื่อสารผ่าน Line ที่เข้าถึงง่าย ลดการฝึกอบรม สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง ลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิต¹¹

อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยนี้ พบข้อจำกัดสำคัญได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ ระบบข้อมูลไม่สมบูรณ์ (บันทึกไม่ครบร้อยละ 35) การเบิกจ่ายไม่เต็มจำนวน ครอบคลุมกลุ่มโรคจำกัด (10 กลุ่ม) และการบูรณาการกับการดูแลระยะยาว (LTC) ยังอยู่ในระดับต่ำ จึงควรมีการจัดสรรอัตรากำลังเฉพาะ พัฒนาระบบการสื่อสาร telemedicine โดยการปรับปรุงส่วนต่อประสานผู้ใช้ของระบบ A-MED และพัฒนาแอปพลิเคชันติดตาม รวมถึงการสร้างทีมตรวจสอบข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับการ

ประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขยายกลุ่มโรคและแนวปฏิบัติทางคลินิกชัดเจน (CPG) และพัฒนาระบบส่งต่อกับ LTC ซึ่งจากงานวิจัยพบบทเรียนสำคัญ 7 ประการ เช่น ภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมแบบวิจัยปฏิบัติการ รูปแบบยืดหยุ่น เทคโนโลยีเรียบง่าย และการบูรณาการเพื่อความยั่งยืน ข้อเสนอแนะนโยบายคือ สนับสนุนงบประมาณผ่าน สปสช. พัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลกลาง อบรมบุคลากรทั่วประเทศ และประเมินผลอย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA เพื่อเป็นต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ขยายผลรูปแบบ Home Ward ไปยังโรงพยาบาลเอกชนและหน่วยบริการอื่นในจังหวัด
2. จัดทำ แนวทางการดำเนินงานมาตรฐาน (Home ward Guideline) ระดับเขตสุขภาพ 10
3. พัฒนาระบบ ติดตาม-ประเมินผล (Monitoring & Evaluation System) แบบต่อเนื่อง
4. จัดงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ และระบบสารสนเทศให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จัดทำ หลักสูตรอบรมบุคลากร ด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนา ระบบสื่อสารออนไลน์/telehealth เพิ่มประสิทธิภาพติดตามอาการ
3. สนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดัน, ชุดตรวจน้ำตาล ให้ครอบคลุมผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษา ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเชิงลึกแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal Study)
2. ศึกษาค่าใช้จ่ายเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ Cost-effectiveness ของ Home ward

3. พัฒนา โมเดลการดูแลเฉพาะโรค เช่น
Stroke, COPD, ผู้สูงอายุพึ่งพิง

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ Home ward ระหว่าง
จังหวัด/เขตสุขภาพต่างพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. Aung, M. N., Moolphate, S., Aung, T. N. N., Katonyoo, C., Nanthamongkolchai, S., Supakankunti, S., Patcharanarumol, W., Kengganpanich, M., Vapattanawong, P., Chaiyasong, S., Vorasiriamon, P., & Tangcharoensathien, V. (2022). Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: A cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. Health Research Policy and Systems, 20(Suppl 1), Article 110.
4. กัลยา เกื้อกุล.(2568). รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 10(4). 1-12
2. นงนัท รุ่งนัยและคณะ, 2565 การปฏิบัติการพยาบาล: การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 5(1), 6-16.
5. Van Meter, Donald S. & Van Horn, Carl E. (1975). "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework". **Administration & Society**. 6(4) : 463.
6. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2(2), 49-60.
7. Leff, B., et al. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Annals of Internal Medicine, 143(11), 798-808.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16330791/>
8. สมสมัย รัตนกรिताกุล สุริย์รัตน์ ธนากิจ นิสากร กรุ๊งไกรเพชร อริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษาบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26(1). 79 – 90
9. Caplan, G. A., et al. (2012). A meta-analysis of "hospital in the home". Medical Journal of Australia, 197(9), 512-519.
10. World Health Organization (WHO). (2015). Family-centered care in long-term care in Asia.
11. World Health Organization (WHO). (2018). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions.