



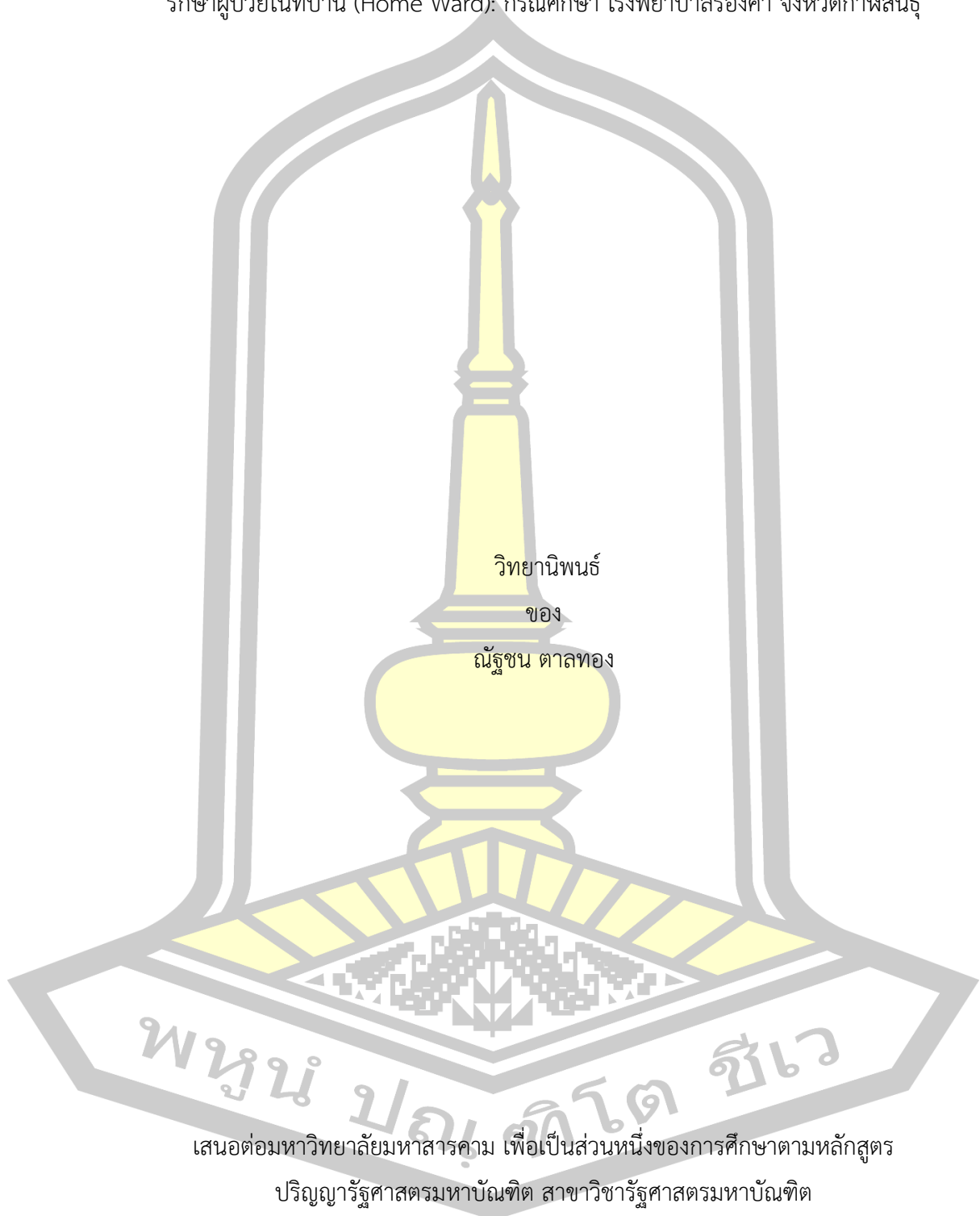
การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการ
รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์
ของ
ณัฐชน ดาลทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการ
รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์



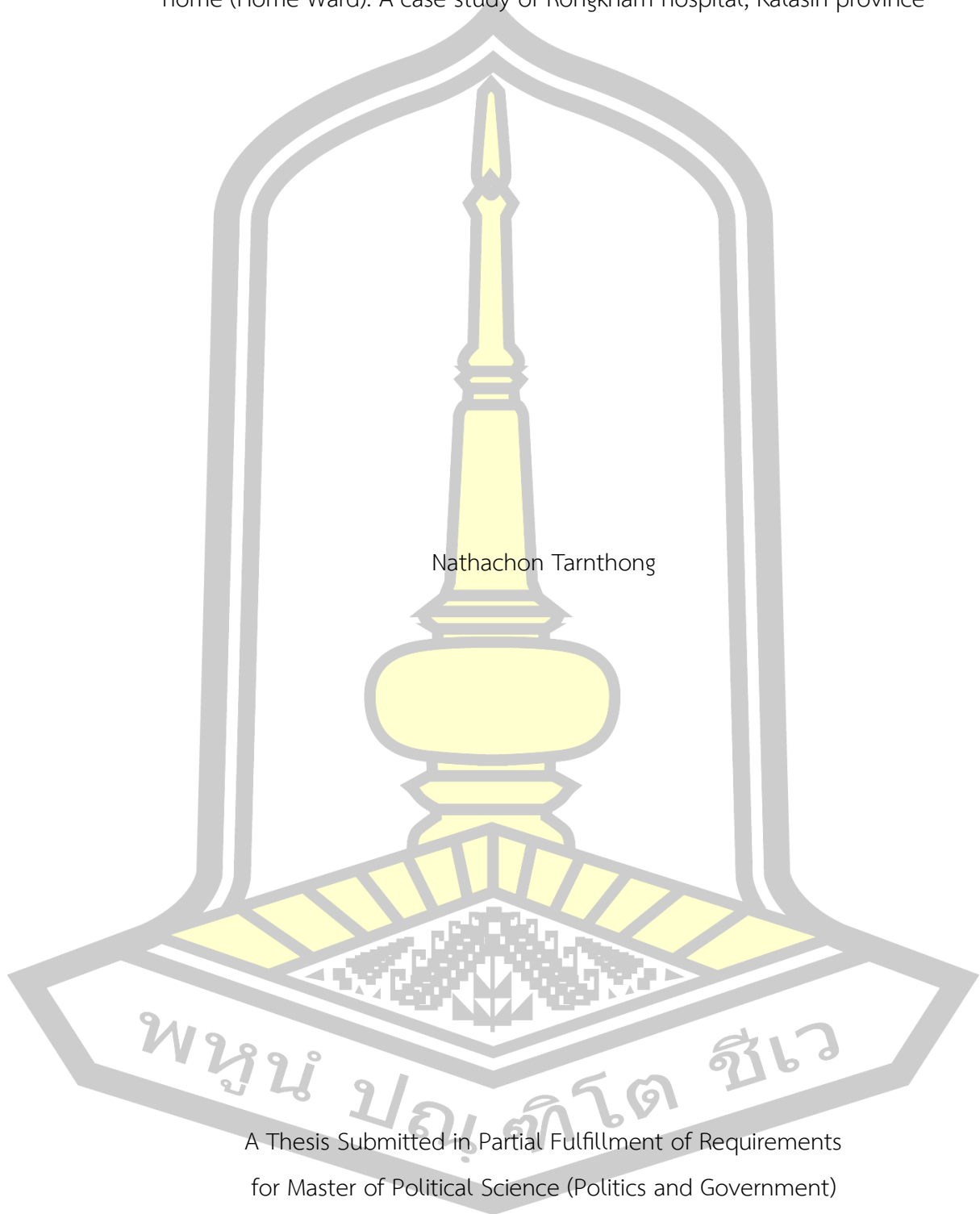
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The telemedicine to apply for improving the quality of inpatient care services at home (Home Ward): A case study of Rongkham hospital, Kalasin province



Nathachon Tarnthong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Political Science (Politics and Government)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายณัฐชน ตาลทอง แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. จีรศักดิ์ โภกาวิน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จิตรลดา ไชยะ)

กรรมการ

(ดร. ชินวัตร เชื้อสระคู)

กรรมการ

(ผศ. ดร. ทักษวัฒน์ เหล่าสุวรรณ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. เจริญ งามชัย)

คณบดีวิทยาลัยการเมืองการปกครอง

(ผศ. ดร. พลเดช เขาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษาโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์		
ผู้วิจัย	ณัฐชน ตาลทอง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตรลดา ไชยะ		
ปริญญา	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

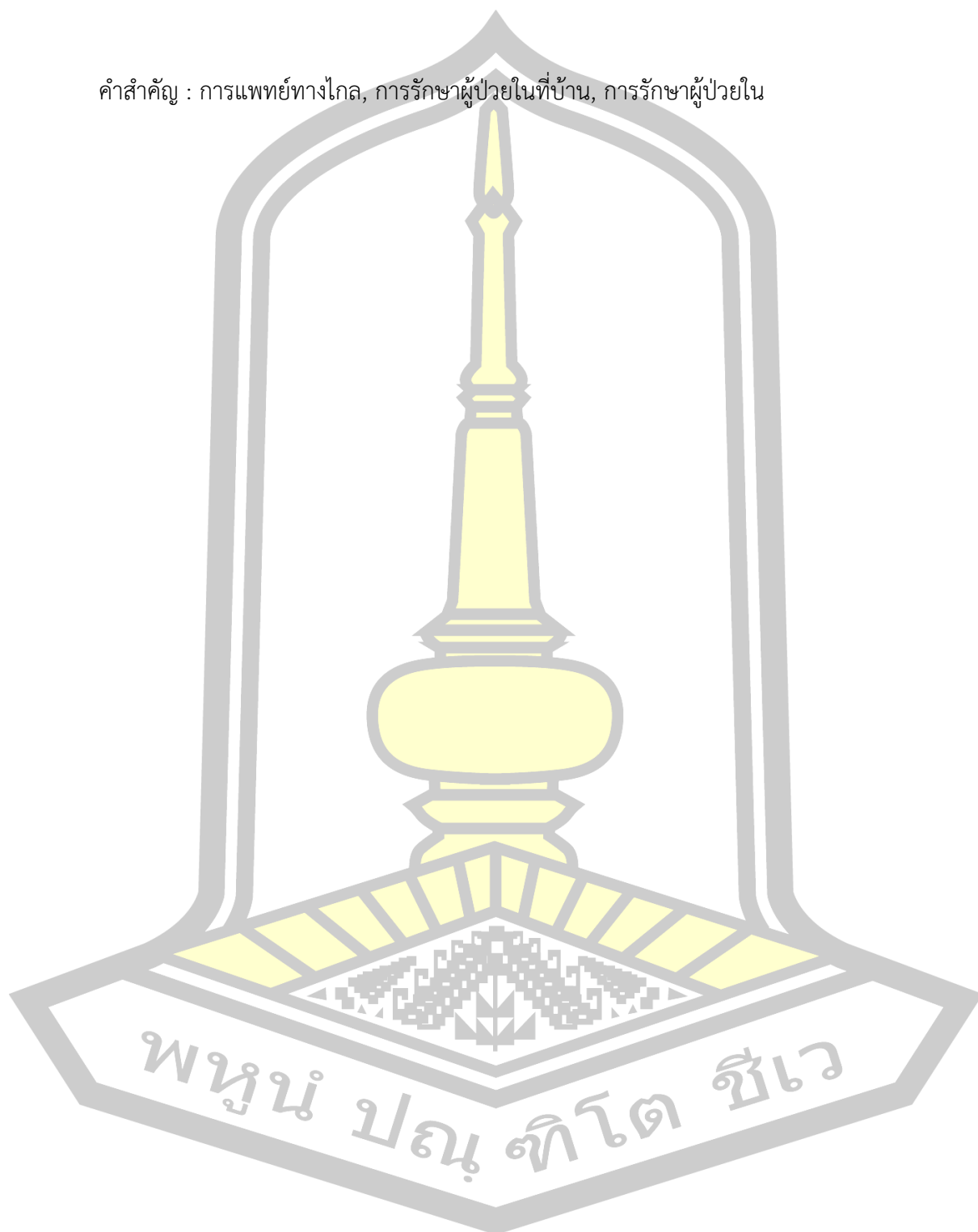
งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในเขตชนบท การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติที่เคยได้รับบริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงการวิเคราะห์บริบทของระบบบริการในพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่า การให้บริการในรูปแบบการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่ใช้ระบบ Telemedicine ได้รับการตอบรับเชิงบวกจากผู้รับบริการ ทั้งในด้านความสะดวก ความสะดวกเนื่องจากการดูแล การลดค่าใช้จ่าย และการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร รูปแบบที่เหมาะสมควรเป็นการดูแลแบบบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชันพื้นฐาน และอุปกรณ์ตรวจวัดอาการเบื้องต้น ควบคู่กับการให้การดูแลด้านจิตสังคม การคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การติดตามอาการอย่างเป็นระบบ และการสนับสนุนจากนโยบายภาครัฐ

ข้อเสนอแนะจากผลวิจัยประกอบด้วย การเพิ่มอัตรากำลังและการอบรมทีมบุคลากร การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น การพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศ การออกแบบกระบวนการบริการที่สอดคล้องกับบริบทจริง และการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบ

Home Ward ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : การแพทย์ทางไกล, การรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน, การรักษาผู้ป่วยใน



TITLE	The telemedicine to apply for improving the quality of inpatient care services at home (Home Ward): A case study of Rongkham hospital, Kalasin province		
AUTHOR	Nathachon Tarnthong		
ADVISORS	Assistant Professor Chitralada Chaiya , Ph.D.		
DEGREE	Master of Political Science	MAJOR	Politics and Government
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

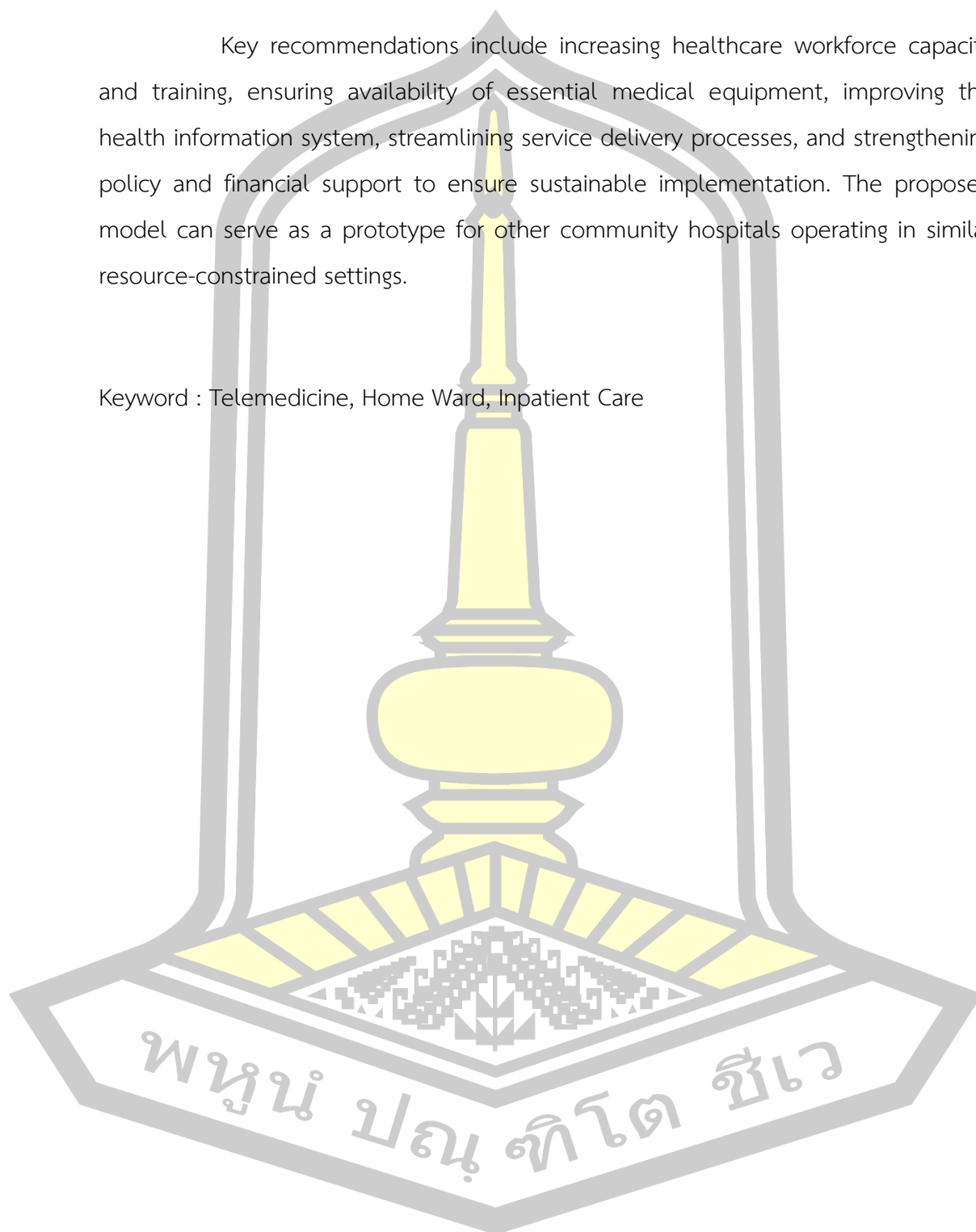
This research aims to study and develop an appropriate model for home-based inpatient care services (Home Ward) through the application of telemedicine systems to enhance the quality of patient care at Rong Kham Hospital, a small community hospital located in Kalasin Province, Thailand. A mixed-methods research design was employed, combining document analysis, quantitative data collection through questionnaires administered to patients and caregivers who had received Home Ward services, and qualitative data collection via in-depth interviews with multidisciplinary teams, patients, and caregivers, as well as contextual analysis of the local healthcare system.

The findings revealed that the Home Ward service, when integrated with telemedicine, was positively received by service users in multiple aspects, including convenience, continuity of care, cost reduction, and enhanced engagement of patients, families, and communities in self-health management. The model demonstrated particular value in rural areas with limited resources. The appropriate care approach involves integrated collaboration among hospital-based multidisciplinary teams, primary care units, and village health volunteers, supported by accessible technologies such as smartphones, basic applications, and simple health monitoring devices. It also emphasized psychosocial support, appropriate

patient screening, systematic follow-ups, and supportive government policies.

Key recommendations include increasing healthcare workforce capacity and training, ensuring availability of essential medical equipment, improving the health information system, streamlining service delivery processes, and strengthening policy and financial support to ensure sustainable implementation. The proposed model can serve as a prototype for other community hospitals operating in similar resource-constrained settings.

Keyword : Telemedicine, Home Ward, Inpatient Care



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้จากความช่วยเหลือและการสนับสนุนของหลายฝ่าย อันดับแรก ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตรลดา ไชยะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นอย่างสูงยิ่ง ที่คอยชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนองค์ความรู้ทุก ด้านในการดำเนินการทำวิจัยฉบับนี้ รวมถึงการคอยให้กำลังใจที่เปี่ยมล้น ความเชี่ยวชาญและการให้การ สนับสนุนคำปรึกษาของอาจารย์ เป็นกำลังใจสำคัญอย่างยิ่งแก่ข้าพเจ้าในการดำเนินการวิจัยและคุณภาพ ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรศักดิ์ โปกาวิน ดร.ชินวัตร เชื้อสระคู และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทชชวฒน์ เหล่าสุวรรณ ที่ได้ชี้แนะแนวทางการแก้ไข ข้อบกพร่องของงานวิจัยชิ้นนี้ อีกทั้งยังให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มี คุณภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งขอขอบพระคุณเจ้าหน้าทีผู้ประสานงานที่คอยชี้แนะแนวทาง และให้คำแนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม และผู้ร่วมให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ท่านได้สละเวลาอันมี ค่าของท่าน เพื่อมอบความคิดเห็น มอบข้อมูลเชิงลึกต่าง ๆ และเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้อย่างยิ่ง ความคิดเห็นของทุกท่านเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการวิจัยนี้ ขอแสดงความขอบคุณอย่างสุดซึ้ง ต่อทุกท่านที่ได้สละเวลาเพื่อสนับสนุนการวิจัยนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนทุกเรื่อง ทั้งเรื่องการเรียนรู้ การดำเนินการวิจัย การมอบกำลังใจ การให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ และการสนับสนุนของทุกท่านมีค่าและมีความหมาย อย่างสูงในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จและกำลังใจสำคัญ ครอบครัวอันเป็นที่รัก ของข้าพเจ้า ที่คอยมอบกำลังใจและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งตลอดมา

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

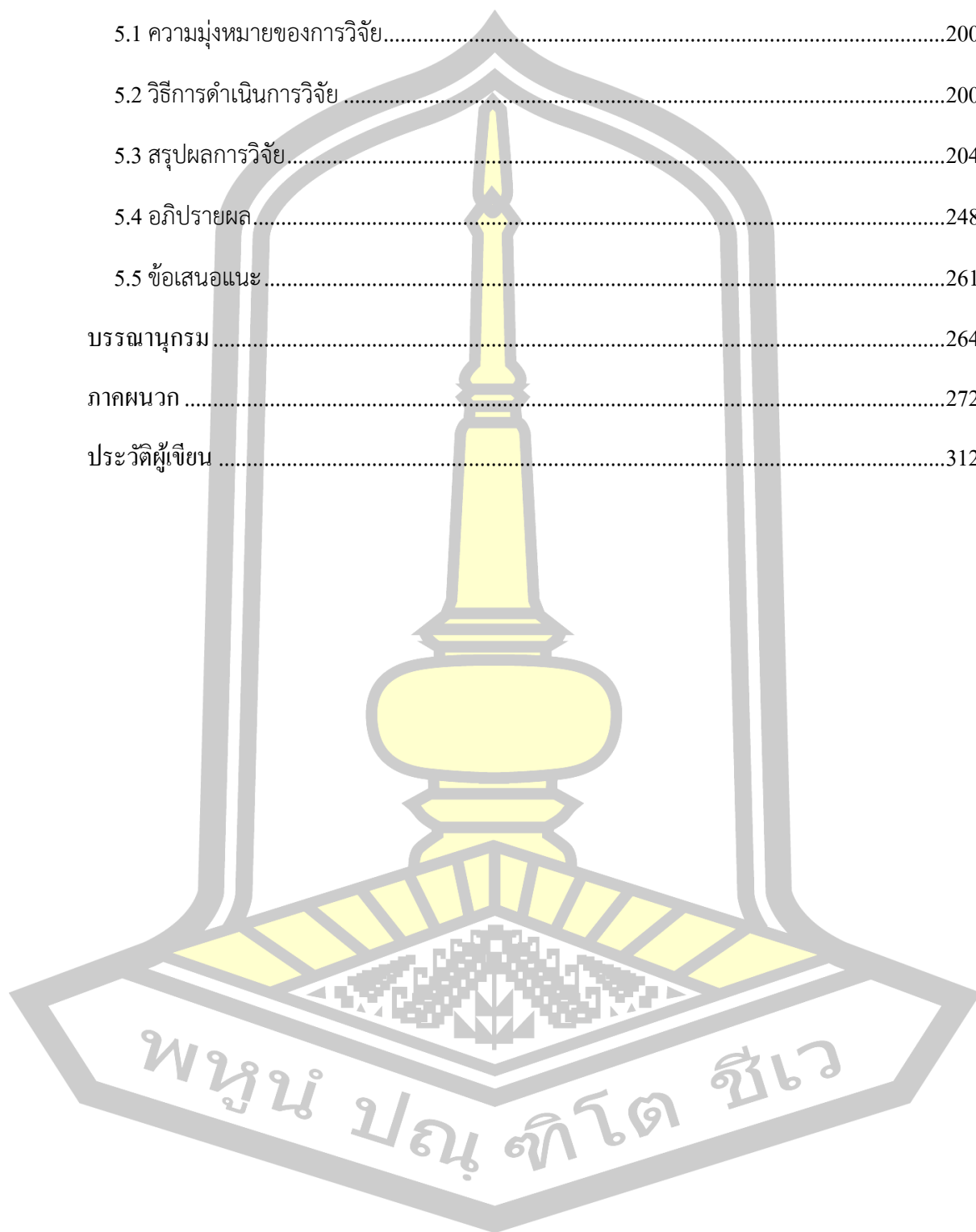
ณัฐชน ตาลทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฅ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	7
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
2.1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	19
2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	29
2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	35

2.4 หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประเทศไทย.....	44
2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพื้นฐานของประเทศไทย	47
2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ	49
2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการและคุณภาพการบริการ.....	52
2.8 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	56
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ	58
2.10 กรอบแนวคิดในการศึกษา	97
บทที่ 3	100
วิธีดำเนินการวิจัย.....	100
3.1 รูปแบบและแผนผังการวิจัย	100
3.2 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	100
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	101
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	104
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	105
3.6 การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	106
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล	106
บทที่ 4	107
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	107
4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล	107
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	110
บทที่ 5	200

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	200
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	200
5.2 วิธีการดำเนินการวิจัย	200
5.3 สรุปผลการวิจัย.....	204
5.4 อภิปรายผล.....	248
5.5 ข้อเสนอแนะ	261
บรรณานุกรม	264
ภาคผนวก	272
ประวัติผู้เขียน	312



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินความพร้อมของระบบงานของหน่วยบริการสุขภาพ ที่จะเปิดให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน.....	36
ตารางที่ 2 เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน.....	36
ตารางที่ 3 การประเมินที่อยู่อาศัยและผู้ดูแล (ทีมเยี่ยมบ้านเป็นผู้ประเมิน).....	37
ตารางที่ 4 การประเมินความรู้ความเข้าใจ และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลแบบ Home ward ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล.....	37
ตารางที่ 5 การประเมินทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย.....	37
ตารางที่ 6 แบบประเมินการดูแลโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ.....	38
ตารางที่ 7 แบบประเมินการดูแลโรคปอดอักเสบ.....	39
ตารางที่ 8 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer).....	40
ตารางที่ 9 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ.....	41
ตารางที่ 10 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension).....	42
ตารางที่ 11 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2).....	43
ตารางที่ 12 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation).....	43
ตารางที่ 13 การทบทวนวรรณกรรม ด้านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine).....	61
ตารางที่ 14 ปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine).....	71
ตารางที่ 15 ความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine).....	78
ตารางที่ 16 มาตรฐานและรูปของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เหมาะสม.....	89
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบ Telemedicine ในแต่ละประเทศ.....	117
ตารางที่ 18 ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	119

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ จำแนกตาม ด้านความถี่การเข้ารับบริการ	123
ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการบริการ ในส่วนของระยะเวลารอพบแพทย์	124
ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการบริการ ในส่วนของระยะเวลารอรับยา.....	125
ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการบริการ ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ	125
ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ	126
ตารางที่ 24 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความแออัด.....	127
ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward	128
ตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward.....	129
ตารางที่ 27 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา.....	130
ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา.....	130

ตารางที่ 29 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	131
ตารางที่ 30 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ.....	132
ตารางที่ 31 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของ ระบบ	132
ตารางที่ 32 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา	133
ตารางที่ 33 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความพึงพอใจต่อระบบระบบ ให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	134
ตารางที่ 34 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	135
ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไข ในอนาคตของบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	136
ตารางที่ 36 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	137
ตารางที่ 37 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นด้านการอบรมให้ ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward).....	140
ตารางที่ 38 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นด้านความต้องการให้บริการ	141
ตารางที่ 39 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย.....	142
ตารางที่ 40 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	143

ตารางที่ 41 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ
 รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ.....143

ตารางที่ 42 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ
 รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของ
 ระบบ144

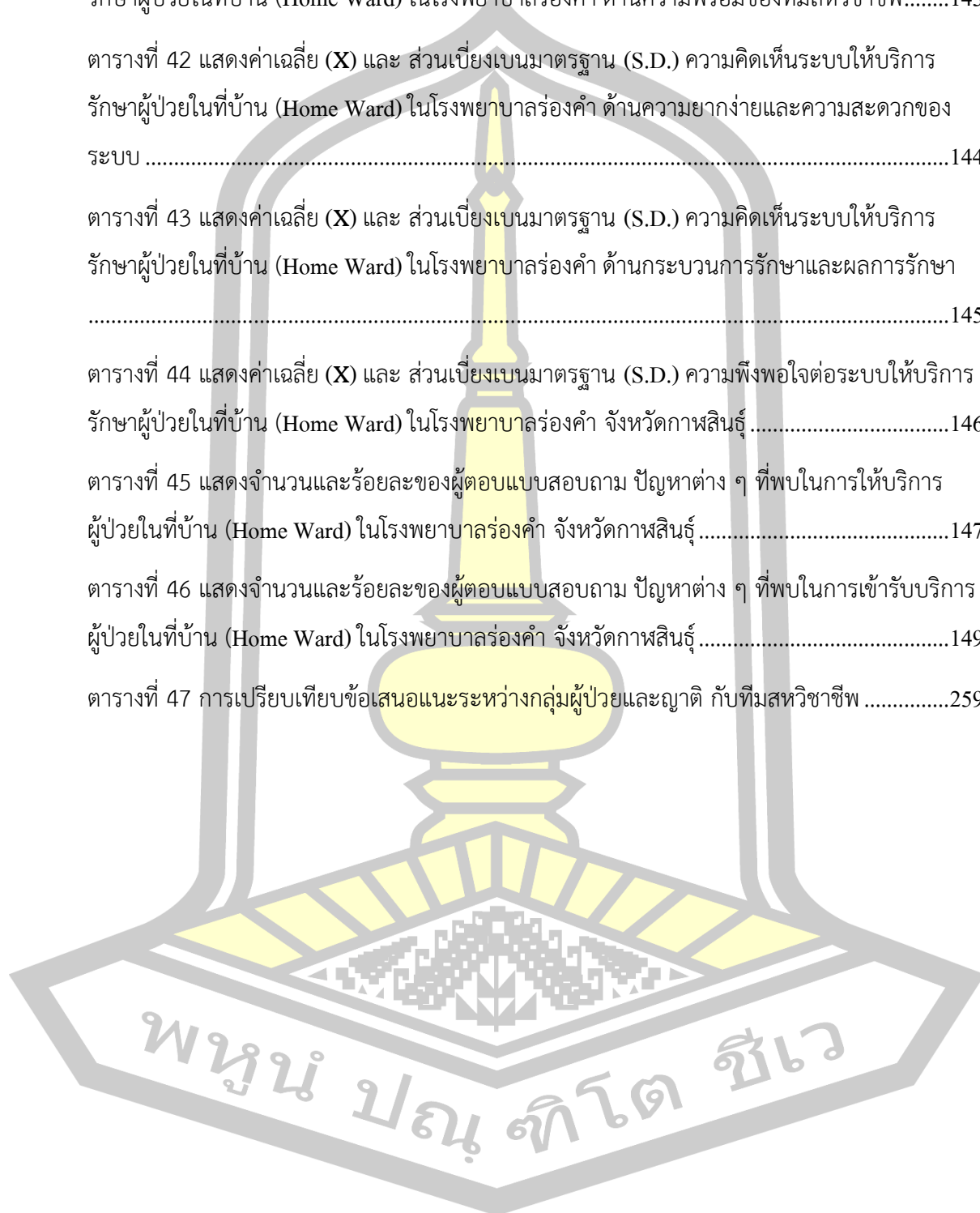
ตารางที่ 43 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ
 รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา
145

ตารางที่ 44 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการ
 รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....146

ตารางที่ 45 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการ
 ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....147

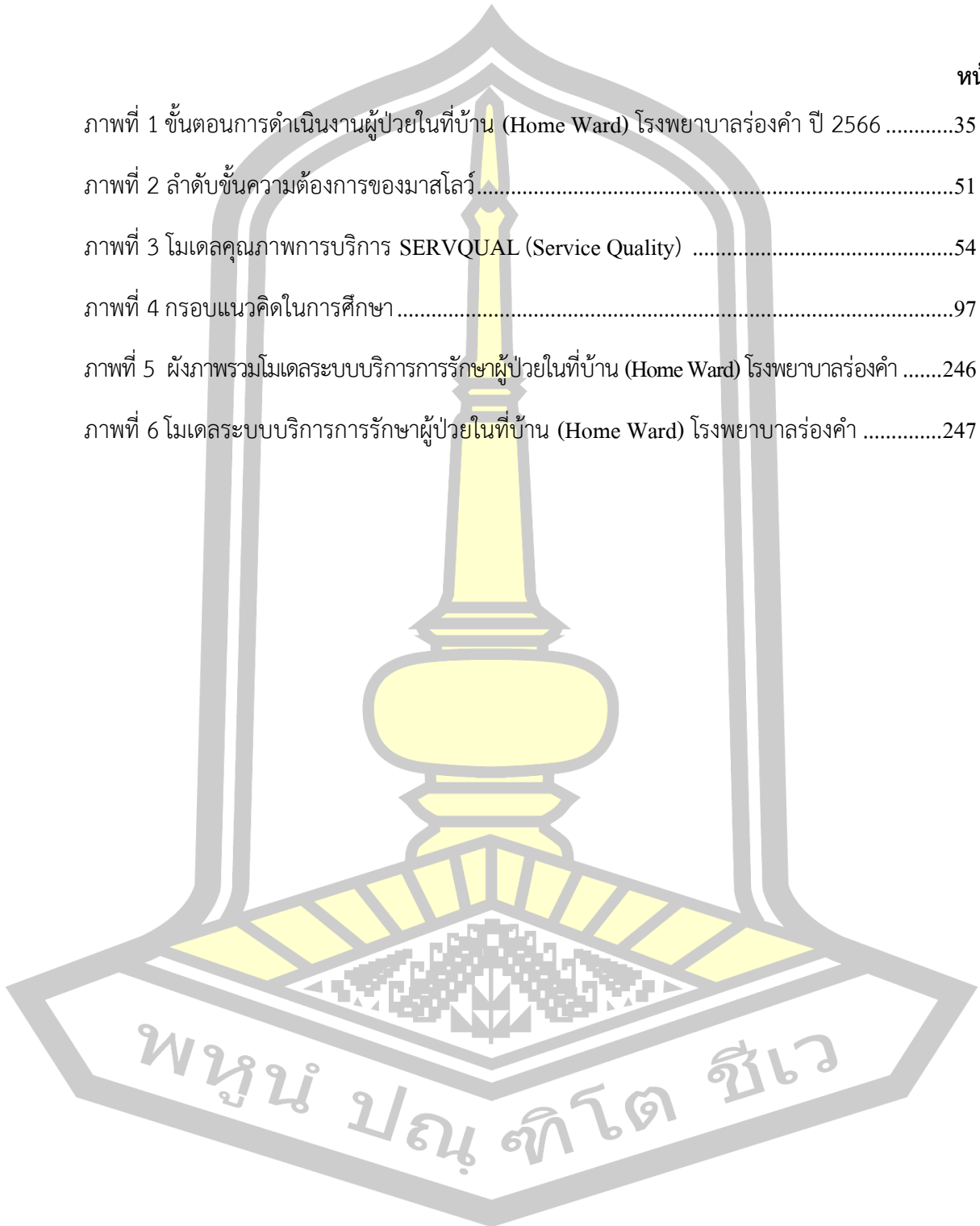
ตารางที่ 46 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการ
 ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....149

ตารางที่ 47 การเปรียบเทียบข้อเสนอแนะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ259



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ปี 2566	35
ภาพที่ 2 ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์.....	51
ภาพที่ 3 โมเดลคุณภาพการบริการ SERVQUAL (Service Quality)	54
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	97
ภาพที่ 5 ผังภาพรวมโมเดลระบบบริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ	246
ภาพที่ 6 โมเดลระบบบริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ	247



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญ คือ ประชาชนคนไทยทุกคนต้องได้รับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 47 ให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กอปรกับ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 57 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2560) ซึ่งปัจจุบันการบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนโดยระบบสาธารณสุขไทยกำลังกำลังเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายหลายอย่าง อาทิเช่น ปัญหาการขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยมีพื้นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารหรือห่างไกลสถานบริการด้านสุขภาพ ปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประเทศไทยกำลังปัญหาผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล ดังเช่น สถิติอัตราการใช้บริการผู้ป่วยของประเทศไทย ในปี 2566 มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน 170.391 ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 3.628 ครั้ง/คน/ปี และมีการใช้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 6.092 ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.130 ครั้ง/คน/ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) การเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ และปัจจุบันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ก่อให้เกิดทั้งภาวะเตียงผู้ป่วยในเต็ม ปัญหาการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นไปอย่างยากลำบากเนื่องจากต้องมีการรักษาระยะห่าง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อต้องมีการทำการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และการที่ประชาชนต้องปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New normal) ดังนั้นเพื่อเป็นการมอบบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนคนไทยทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ต้องได้รับ การรักษาด้วยรูปแบบการแพทย์ทางไกลหรือ

Telemedicine จึงก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง การรักษา ความสะดวกของการเดินทาง การประหยัดเวลาในการรอคิว ลดโอกาสการแพร่เชื้อ ลด โอกาสที่ผู้ป่วยต้องออกจากบ้าน ลดจำนวนคนภายในโรงพยาบาลและเพิ่มความปลอดภัยจากโรคติดต่อ เชื้อ Covid-19 และจากการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ จนเกิดเป็นการบริการทางสุขภาพแบบใหม่ในชื่อว่า การบริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ซึ่งเป็นหนึ่งในบริการที่นำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาประยุกต์ใช้เพื่อที่จะ สามารถแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ประเทศไทยต้องเผชิญ ดังที่กล่าวมาทั้งหมด และเพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย เนื่องจากจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาแก่คนไข้ ถึงแม้ว่าผู้รับบริการจะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลระบบการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จะสามารถ ลดอุปสรรคเรื่องระยะทาง เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไกลทางมาพบแพทย์ อีกทั้งยังสามารถ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ และจะเป็นการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงการ ติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการก็จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว

การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine เป็นการให้บริการทางด้านสุขภาพโดยแพทย์และ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้บริการทางการแพทย์ ทั้งด้านการวินิจฉัย การรักษา การให้ คำปรึกษา การให้ความรู้และการส่งข้อมูลทางการแพทย์ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (WHO, 2010) ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีหลากหลายรูปแบบ อาทิ โทรศัพท์, การโทรศัพท์ภาพ (Video call), แอปพลิเคชันข้อความต่าง ๆ เช่น Line โดยจะต้องกำกับดูแลผ่าน ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และรวมถึงและประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ การรับส่งข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับปัจจุบัน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคม โดยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การใช้โทรศัพท์แบบมีสาย จนถึงแบบไร้สาย และต่อเนื่องจนปัจจุบันที่สามารถติดต่อสื่อสารหรือวิดีโอคอลได้สะดวก ถึงแม้จะอยู่ใน คนละพื้นที่ ซึ่งการพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยีด้านการสื่อสารนี้ก็ได้ออกประโยชน์แก่การให้บริการ หลายๆด้าน โดยการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จะเป็นการให้บริการทาง สุขภาพด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางร่างกายของผู้ป่วยได้ในทุกวัน (วีระชน , 2566) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายที่เชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือ และส่งข้อมูล ไปที่โรงพยาบาล ซึ่งจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทหรือ ห่างไกลสถานบริการด้านสุขภาพ

ปัจจุบันหลังเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 มีจำนวนประเทศทั้งหมด 23 ประเทศ ที่ รัฐบาลของประเทศนั้น ๆ อนุญาตให้มีการให้คำปรึกษาทางไกลหรือ telemedicine โดยเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์ ได้แก่ เอสโตเนีย ออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน ญี่ปุ่น สวีเดน นอร์เวย์ เป็นต้น และอีก 6 ประเทศที่ได้นำระบบ Telemedicine มาใช้ก่อนแล้วตั้งแต่ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 เช่น เอสโตเนีย เยอรมัน ไอซ์แลนด์ ลักเซมเบิร์ก โปรตุเกส และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น (OECD, 2023) และอีกหลายประเทศกำลังพิจารณานำระบบ Telemedicine มาใช้กับระบบสาธารณสุขของประเทศตนเอง ดังเช่นประเทศไทย ที่ได้เริ่มมีการจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในส่วนภาคเอกชน เช่น แอปพลิเคชัน ALL PharmaSee® ของร้านยา eXtaPlus® ที่จัดทำโดยบริษัท ซีพี ออลล์ (จำกัดมหาชน) ที่สามารถให้ผู้รับบริการติดต่อสอบถาม สื่อสารกับเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันได้แบบทันที (Realtime) ในส่วนของภาครัฐ เช่น DMS telemedicine, Home Ward ของกรมการแพทย์ที่จัดสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นการลดความแออัดของสถานพยาบาลเนื่องจากสามารถติดตามอาการให้คำปรึกษาแนะนำแก่คนไข้ผ่านทางออนไลน์ได้ เป็นต้น

การบริการผู้ป่วยในบ้าน หรือ Home Ward เป็นการนำเอาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาประยุกต์ใช้กับการรักษาผู้ป่วยใน (Inpatient) ในโรงพยาบาล ซึ่งการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เกิดขึ้นจากการที่กรมการแพทย์มีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) ซึ่งการบริการดูแลรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้บ้านเป็นหอพักผู้ป่วยแทนการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา (กรมการแพทย์, 2565)

โรงพยาบาลร่งคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยในเพื่อรองรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 30 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 120 คน ปัจจุบันโรงพยาบาลร่งคำมีหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล ทั้งหมด 14 หน่วยงานย่อย ได้แก่ 1. กลุ่มงานบริหาร 2. กลุ่มการพยาบาล 3. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ 4. กลุ่มองค์กรแพทย์ 5. กลุ่มงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 6. กลุ่มงานทันตกรรม 7. กลุ่มงานเภสัชกรรม 8. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ 9. กลุ่มงานปฐมนุฎิ 10. กลุ่มงานรังสี 11. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 12. กลุ่มงานโภชนาการ 13. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือก 14. กลุ่มงานกายภาพ โดยทั้ง 14 หน่วยงานย่อยนั้น ถูกแบ่งออกเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็น สัตว์ส่วนชัดเจน เพื่อความสะดวกในการทำงาน โดยทุก 14 หน่วยงานย่อยนั้นต้องมีการประสานงาน กันตลอดเวลา เพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการทำงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลร่งคำ เพื่อเป็นการรักษาคุณภาพของการบริการและเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และปัจจุบันโรงพยาบาลร่งคำให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลร่งคำ ตำบลสามัคคี และตำบลเหล่าอ้อย รวมถึงการให้บริการผู้ป่วยที่มาจากนอกพื้นที่ด้วย

โรงพยาบาลร่งคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในการ ให้บริการด้านสุขภาพทั่วไปทุกสาขา ซึ่งลักษณะของโรคไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หากเกินขีด ความสามารถในการรักษาจะทำการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลร่งคำมีโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามัคคี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าอ้อย โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งนั้นนั้น จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ ให้การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่ ซับซ้อน และการส่งต่อที่เหมาะสม ซึ่ง ณ วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2567 จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากร ทั้งหมด 754,276 คน และอำเภอร่งคำมีประชากรทั้งหมด 12,260 คน นับเป็นอำเภอที่มีประชากร น้อยที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลร่งคำมีผู้เข้ารับบริการจำนวนครั้ง ทั้งหมด 51,497 ครั้ง แบ่งเป็น ผู้ป่วยนอกจำนวน 49,909 ครั้ง และผู้ป่วยในจำนวน 1,588 ครั้ง หรือ คิดเป็นจำนวนคนคือ ผู้ป่วยนอกจำนวน 10,754 คน และผู้ป่วยในจำนวน 844 คน ส่วนในปี 2567 ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม ถึง 13 ธันวาคม 2567 โรงพยาบาลร่งคำมีผู้เข้ารับบริการจำนวนครั้งทั้งหมด 54,322 ครั้ง แบ่งเป็น ผู้ป่วยนอกจำนวน 52,442 ครั้ง และผู้ป่วยในจำนวน 2,583 ครั้ง หรือคิดเป็น จำนวนคนคือ ผู้ป่วยนอกจำนวน 12,894 คน และผู้ป่วยในจำนวน 1,880 คน

จากข้อมูลข้างต้น จึงเห็นได้ว่าโรงพยาบาลร่งคำได้มีอัตราผู้ป่วยมาเข้ารับบริการที่ สถานพยาบาลมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เมื่อเกิดโรคระบาดโควิด 19 ทางโรงพยาบาลได้ประสบปัญหาเตียงผู้ป่วยไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มี เตียงรองรับผู้ป่วยในเพียง 30 เตียง ดังนั้นเมื่อมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก จึงต้องรับผู้ป่วยเข้ารับ รักษาติดตามและจัดสรรแยกพื้นที่จากผู้ป่วยโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหอบหืด และ อาการเจ็บป่วยทั่วไป เช่น คนไข้ที่มาด้วยอาการท้องเสีย เป็นไข้สูง หรืออุบัติเหตุ เป็นต้น ประกอบกับ ผู้ป่วยโรคอื่นมีจำนวนมาก จึงก่อให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ทำให้จำนวนเตียงรองรับการ รักษาพยาบาลไม่เพียงพอ อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยหลายรายอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สะดวกเข้า มารับบริการได้บ่อยหรือไม่สามารถมาตามวันนัดหมายได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลร่งคำได้เล็งเห็น

ความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้นำเอาระบบการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine ในรูปแบบของการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน หรือ Home Ward เข้ามาปรับใช้กับระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (In-patient) ในหอผู้ป่วยในและเพื่อสอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ที่กำลังผลักดันให้ทุกๆ โรงพยาบาลได้เริ่มต้นใช้ระบบ Home Ward นี้ เพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษา และลดค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาที่โรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางแก่ผู้ป่วย

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ทั้งภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยหลายรายอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ปัญหาความแออัดและการเพิ่มโอกาสในแพร่เชื้อในโรงพยาบาล และปัจจุบันยังไม่มีผู้วิจัยเกี่ยวกับระบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และการวิจัยในเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่มีการสำรวจข้อมูลทั้งผู้ป่วยเอง ญาติผู้ป่วย บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขาอาชีพ ในประเทศไทยยังมีน้อย จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยจะมุ่งเน้นศึกษากระบวนการให้บริการ ปัญหาที่พบของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบของผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อนำมาหาข้อควรปรับปรุงเพื่อต่อยอดการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลร่งคำต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ คืออะไร มีแบบใดบ้าง และแตกต่างกันอย่างไร

1.2.2 ระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ มีปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง และควรมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างไร

1.2.3 ระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.3.2 เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบระบบการบริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.3 เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเนื้อหาที่ศึกษาถึงระบบการแพทย์ทางไกลทั้งประเทศไทยและต่างประเทศโดยรวบรวมจาก การศึกษา ค้นคว้าและสังเคราะห์บทความ ตำรา งานวิจัย และเอกสารต่างๆจาก แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ศึกษาถึงปัญหาที่พบในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ และปัญหาที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) รวมถึงความพึงพอใจและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยศึกษาข้อมูลจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อเป็นแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

1.4.2 ขอบเขตประชากร

ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ และญาติผู้ป่วย ที่รับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 500 คน

1.4.3 ขอบเขตพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลร่งคำ ในอำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4.4 ขอบเขตระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยนำเข้า

1. คน คือ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ ทันตแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และญาติผู้ป่วย

2. เครื่องมือ คือ ระบบ Telemedicine ในรูปแบบ Home Ward เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดความดัน พรอทวัดไข้

3. แนวปฏิบัติที่ใช้ คือ คู่มือการปฏิบัติงานแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และแนวปฏิบัติงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

2. กระบวนการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

1. การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (self-monitor form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home ward clinical assessment form)

2. ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสถานะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ประเมินสุขภาวะทางจิต (psychosocial wellbeing) ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน

4. ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันภาวะเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

5. บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบันในเว็บไซต์ <https://homeward.dms.go.th>

1.5.2 ตัวแปรตาม

1. ปัญหาที่พบของบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

เป็นการรวบรวมปัจจัยปัญหาที่พบจากทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จากทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ เป็นผลข้อมูลของระดับความพึงพอใจจากทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ในหัวข้อดังนี้ 1. ระบบการซักประวัติ และตรวจร่างกาย 2. ความสะดวกสบายของการให้หรือรับบริการ 3. การดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 4. ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย 5. ความง่ายต่อการใช้งานของระบบ 6. ประโยชน์ที่ได้รับจากรับบริการ

3. ข้อเสนอแนะบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ เป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ที่ดำเนินการสอบถามและสัมภาษณ์ในผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 หมวดบุคลากรทางการแพทย์

1. ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ มีความรู้ มีทักษะและความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกันในระบบการให้บริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ ทันตแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. แพทย์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านการตรวจค้นโรคและความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ สั่งยาให้การรักษา ส่งเสริม สนับสนุน ป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3. เภสัชกร หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเรื่องการจ่ายยา การให้คำปรึกษาแนะนำการ ใช้อา การโทรหรือวิดีโอคอลเพื่อการติดตามการแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยในบ้าน

4. พยาบาลผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเรื่องการรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบผู้ป่วยในบ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้านขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ติดตามอาการผู้ป่วยในทุกวัน ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านการดูแลผู้ป่วยทุกวัน และรายงานอาการผู้ป่วยแก่แพทย์

5. พยาบาลผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเรื่องการซักประวัติผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ และสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยของผู้ป่วยแก่แพทย์ ก่อนทำการรับเข้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในบ้าน

6. พยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเรื่องการซักประวัติผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ และสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยของผู้ป่วยแก่แพทย์ ก่อนทำการรับเข้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในบ้าน

7. เทคนิคการแพทย์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างต่าง ๆ เช่น เลือด ปัสสาวะ เสมหะ และสารคัดหลั่งต่าง ๆ จากคนไข้ เพื่อช่วยแพทย์วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

8. นักกายภาพบำบัด หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านการทำกายภาพบำบัด ส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยใช้วิธีตามหลักวิทยาศาสตร์และการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัด

9. นักรังสีเทคนิค หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านการตรวจวิเคราะห์ร่างกายผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางรังสี เพื่อส่งภาพเอกซเรย์ให้แพทย์ทำการอ่านวินิจฉัยเพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ต่อไป

10. นักโภชนาการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านการให้คำแนะนำ และดูแลโภชนาการของผู้ป่วย รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกิน โดยต้องประสานงานกับแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อดูอาการของผู้ป่วย และวางแผนมื้ออาหาร และแผนโภชนาการอื่น ๆ ให้เหมาะสม

11. พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 เขตตำบลของอำเภอรณรงค์ ที่ทำหน้าที่ดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การให้คำแนะนำการวัดความดัน วัดไข้ การวัดค่าน้ำตาล ที่บ้านผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และประสานงานกับพยาบาลผู้ป่วยในทุกวัน

12. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ผู้ที่ได้รับหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นอาสาสมัครที่ทำงานช่วยเหลือโรงพยาบาลรณรงค์ ทั้ง 3 เขตตำบลของอำเภอรณรงค์ ที่ทำหน้าที่ดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การให้คำแนะนำการวัดความดัน วัดไข้ การวัดค่าน้ำตาล ที่บ้านผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และประสานงานกับพยาบาลผู้ป่วยในทุกวัน

1.6.2 หมวดผู้ป่วย ญาติ

1. ผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในบ้าน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับเข้าสู่การรักษาด้วยระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในบ้าน หมายถึง ญาติของผู้ป่วยที่รับเข้าสู่การรักษาด้วยระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.6.3 หมวดระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

1. ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพ โดยเป็นการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความหมายรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ การวินิจฉัย การรักษา การให้คำปรึกษา การให้ความรู้และการส่งข้อมูลทางการแพทย์ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในรูปแบบ ทัศนูปกรณ์เชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Visual aid) และกำกับดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2. การบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward หรือ Hospital Care at Home) หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์

3. วิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal) หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตอันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ ประกอบด้วยวิถีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะอ้างรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต

4. การโทรศัพท์ภาพ (Video call) หมายถึง เทคโนโลยีการสื่อสารและโทรคมนาคม สำหรับการรับและส่งสัญญาณเสียงวิดีโอโดยผู้ใช้ที่อยู่ในสถานที่ที่ต่างกันสำหรับการสื่อสารระหว่างผู้คนในแบบทันที

5. Covid -19 หมายถึง คือโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสครั้งแรกในช่วงเดือนธันวาคมปี 2019 ที่ตลาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้มีการกลายพันธุ์เป็นหลากหลายสายพันธุ์และมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก

6. ระบบเวชระเบียน (Medical records) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา บันทึกรายงานทั้งหมดของแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วย เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการรักษา อาการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ค่ารักษาพยาบาล ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ เป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย...เป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย เป็นต้น

7. Administrative and electronic health record (EHR) data หมายถึง แฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยแบบออนไลน์ เป็นประวัติการรักษาของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่ง

ผู้ให้บริการการรักษาก็จะเก็บรักษาไว้ระยะเวลาหนึ่ง และอาจรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่สำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภายใต้การดูแลของผู้ให้บริการการรักษารายใดรายหนึ่ง โดยเฉพาะ ซึ่งรวมถึงข้อมูลประชากร บันทึกความคืบหน้าในการรักษา ปัญหาในการรักษา ข้อมูลการใช้ยา อาการป่วยที่สำคัญ ประวัติการรักษาในอดีต การฉีดวัคซีน ข้อมูลห้องปฏิบัติการ และรายงานรังสีวิทยา เป็นต้น

8. Care giver หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้านกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน ไปจนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง

9. C.A.R.E.G.I.V.E.R mnemonic หมายถึง แนวทางการประเมินผู้ดูแล ได้แก่ C: care ดูแลอะไรบ้าง A: affect รู้สึกอย่างไร R: rest ได้พักบ้างไหม E: empathy เข้าใจความลำบาก G: goals อยากให้เป็นอย่างไร I: information ให้ข้อมูล อย่างง่าย V: ventilate ให้ระบายความทุกข์ E: empower ปลุกปลอบกำลังใจ R: resources หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ) ช่วยในการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยมา นานแล้ว เช่นกรณีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

10. Community-Based Home Hospitalization (CBHH) หมายถึง ชื่อเรียกของการรักษาผู้ป่วยในที่บ้านของประเทศอิสราเอล

11. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ลดภาวะพึ่งพิง

12. DMS Telemedicine หมายถึง ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่จัดทำโดยกรมการแพทย์แห่งประเทศไทย

13. holistic care หมายถึง การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคลครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

14. Home isolation หมายถึง การให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 รักษาตัวที่บ้าน แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขทางการแพทย์ เช่น อายุไม่เกิน 60 ปีขึ้นไป มีปัจจัยแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสม และมีอาการไม่รุนแรง แยกตัวออกมาอยู่ให้เป็นสัดส่วน อยู่ห่างจากคนในบ้าน ระบายอากาศให้มากที่สุด หากเป็นห้องที่มีหน้าต่างก็เปิดเพื่อให้อากาศถ่ายเทกักตัวจนครบกำหนด ห้ามออกไปไหนต้องสวม

หน้าากอนามัยอยู่ตลอดเวลา เว้นแต่ว่าอยู่คนเดียวถึงจะสามารถถอดออกได้ หมั่นล้างมือ หรือทำความสะอาดร่างกายบ่อย ๆ ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยเด็ดขาด แยกของใช้ทุกอย่างออกจากคนในบ้าน และทิ้งขยะแยกเป็นขยะติดเชื้อ

15. IOT Internet of Things (IoT) หมายถึง "สิ่ง" จำนวนมากมายที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตเพื่อให้พวกเขาสามารถแบ่งปันข้อมูลกับสิ่งอื่น ๆ

16. MAXQDA 18 หมายถึง ซอฟต์แวร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

17. Glucometer หมายถึง เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

18. Patient centered care หมายถึง การดูแลรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

19. Patient Conditions หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

20. Refer Back หมายถึง ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน รวมไปถึงส่งกลับไปรับการรักษาตามสิทธิรักษาเดิม

21. Self-monitor หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึก พฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองทำได้ด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับบอกความสำเร็จ แต่ละระยะให้ตนเองทราบ หรือบอกให้ทราบว่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อจะได้แก้ไขให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้

22. Self-Monitoring of Blood Glucose (SMBG) คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วและเครื่องตรวจระดับน้ำตาล (glucometer) ทำได้สะดวกที่บ้าน

23. Home Isolation หมายถึง การแยกตัวเอง คือ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 แต่มีอาการ ไข้ ไอ หรืออาการของโรคโควิด-19 อย่างอื่น ทำการพักอยู่ที่บ้าน และไม่ได้ออกไปทำงานหรือไปโรงเรียน หรือออกไปยังที่สาธารณะ ซึ่งเป็นการแยกตัวเองตามความสมัครใจ หรือตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

24. Zarit caregiver burden scale หมายถึง เครื่องมือประเมินความเครียดของผู้ดูแล หรือ แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล

1.6.4 หมวดการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลร่งคำ

1. ผู้ป่วยใน (In-patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการรักษาโดยต้องนอนพักอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 ชั่วโมงเป็นต้นไปตามคำสั่งแพทย์
2. Ward หมายถึง สถานที่พักของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. Admit หมายถึง การรักษาพยาบาลแบบที่แพทย์รับผู้ป่วยไว้เพื่อให้การรักษาในโรงพยาบาล โดยลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน
4. Discharge หมายถึง การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
5. HosXp หมายถึง ซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาล สถานีอนามัย และโรงพยาบาล พัฒนาโดยบุคลากรที่อาสาสมัครมาจากหลายโรงพยาบาล มีเป้าหมายที่จะพัฒนาระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถนำไปใช้งานได้จริงทั้งในระดับสถานีอนามัย ไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์
6. Order หมายถึง คำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือคำสั่งและแผนการรักษาของแพทย์ หรือนักศึกษาแพทย์ที่อยู่ในความควบคุมดูแลของแพทย์ สำหรับการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ที่ใช้สื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ตรงกับแผนการรักษานั้นๆ
7. Hypertension หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบบ่อย บางรายอาจมีภาวะดังกล่าวมานานหลายปีโดยไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตามแม้จะไม่แสดงอาการ แต่สร้างความเสียหายต่อหลอดเลือดและหัวใจ
8. Diabetes Mellitus (DM) หมายถึง โรคเบาหวาน มีสาเหตุจากการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมน อินซูลิน (Insulin) ซึ่งผลิตจากตับอ่อน โดยฮอร์โมน อินซูลิน (Insulin) จะทำหน้าที่เผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เปลี่ยนน้ำตาลในร่างกายไปเป็นไขมัน หากร่างกายมีฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) น้อยหรือไม่มี ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น
9. Patient Consent หมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ที่เกี่ยวกับการแพทย์กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของการประกอบวิชาชีพ แต่ละประเภทนั้น โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายให้เข้าใจชัดเจนถึงเจตนาของการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพ นั้นว่ามีรายละเอียดอย่างไร สามารถก่อให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างไร และอันตรายหรือผลร้ายที่สามารถ

เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น หากจะมีมาก น้อยเพียงใด ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำการอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบ (วิฑูรย์ อึ้ง ประพันธ์ 2532)

10. Fasting blood sugar (FBS) หมายถึง ระดับน้ำตาลในร่างกายน หลังอดอาหาร ก่อนการเจาะเลือดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ผลการตรวจก็คือค่าความเข้มข้นน้ำตาลในเลือด ณ เวลาที่ เจาะเลือดภายใต้ระยะเวลาการอดอาหารตามที่กำหนด เป็นวิธีมาตรฐานที่สามารถเปรียบเทียบค่า ระหว่างบุคคลได้ว่าร่างกายของใครควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากัน

11. Fidelity หมายถึง หลักความซื่อสัตย์ คือแพทย์จะต้องไม่โกหกผู้ป่วย หรือพูดจา ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิด ไม่ใช้อำนาจหน้าที่เพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตน

12. Autonomy หมายถึง หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย คือ การยอมรับใน สิทธิของผู้ป่วย ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง และเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย

13. หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (กลูโคส) ในเลือดที่จับกับฮีโมโกลบินของเม็ด เลือดแดงในช่วง 3-4 เดือนที่ผ่านมา เพราะเม็ดเลือดแดงทั่วไปจะมีอายุขัยอยู่ประมาณ 100-120 วัน ดังนั้น ค่าน้ำตาลที่ตรวจได้จึงเป็นค่าน้ำตาลที่สะสมอยู่ในฮีโมโกลบินนานประมาณ 3-4 เดือน ซึ่งเป็น ค่าที่ช่วยพิจารณาและประเมินผลการรักษาโดยรวมในช่วงที่ผ่านมาว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดีหรือไม่ และยังช่วยคัดกรองและวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ได้ด้วย ซึ่งผู้ป่วยเบาหวาน ควรคุม ให้ระดับน้ำตาลสะสม < 7% (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

14. Confidentiality หมายถึง การรักษาความลับของผู้ป่วย เป็นการปกป้อง ความลับของผู้ป่วย ไม่ว่าจะในด้านโรคที่เป็น ผลการดำเนินการรักษาต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นมาก เพราะผู้ป่วยมอบความไว้วางใจเล่าอาการและประวัติความเป็นมาต่าง ๆ ให้แพทย์ได้ทราบและรักษา



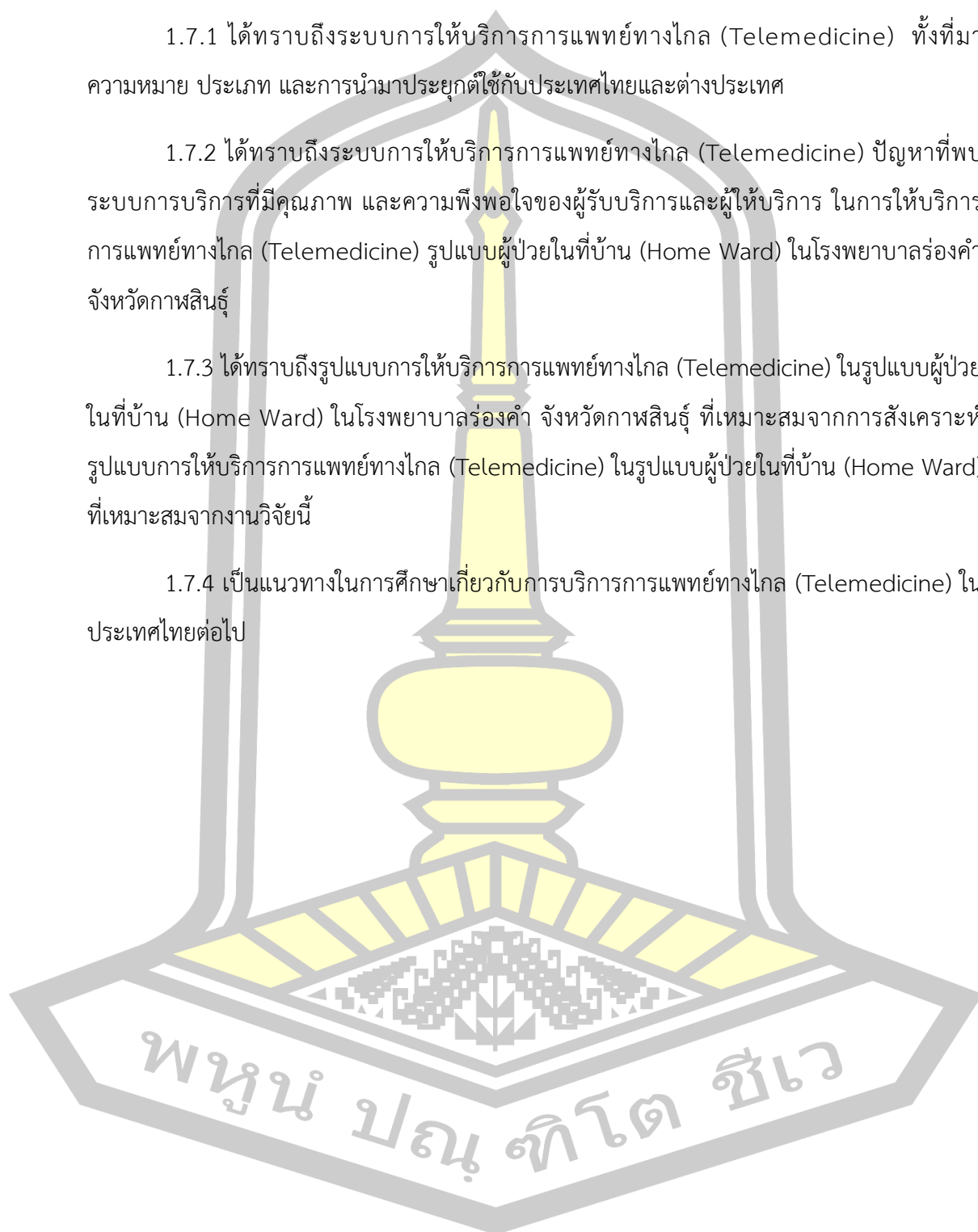
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ได้ทราบถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งที่มา ความหมาย ประเภท และการนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยและต่างประเทศ

1.7.2 ได้ทราบถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.7.3 ได้ทราบถึงรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เหมาะสมจากการสังเคราะห์ รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมจากงานวิจัยนี้

1.7.4 เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใน ประเทศไทยต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์” ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการศึกษาเพื่อวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งมีลำดับในการนำเสนอ ดังนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.1 ความหมายของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.2 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.3 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

2.1.4 ประเภทของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.5 องค์ประกอบที่สำคัญของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.6 ประโยชน์ของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.2.1 ความหมายของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.2.2 วัตถุประสงค์ของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.2.3 รูปแบบการให้บริการของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.2.4 มาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3.1 ความหมายของ Home Ward ด้านมาตรฐานการให้บริการ

2.3.2 แบบประเมินการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ก่อนการ

ให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย โรงพยาบาลร่งคำ

2.3.3 รูปแบบการให้บริการของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.3.3 แบบประเมินในการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ทั้ง 7 กลุ่มโรคของโรงพยาบาลร่งคำ

2.4 หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประเทศไทย

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพื้นฐานของประเทศไทย

2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

2.6.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการและคุณภาพการบริการ

2.7.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

2.7.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

2.7.3 หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการ

2.8 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

2.8.1 เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ

2.8.2 เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

2.8.3 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.9.1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.9.2 ปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.9.3 ความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.9.4 มาตรฐานและรูปของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เหมาะสม

2.10 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.10.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

2.10.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables)

2.10.3 รูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลรณรงค์ฯ ที่เหมาะสม

2.1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1.1 ความหมายของการแพทย์ทางไกล

การบริการการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine มีที่มาจากคำกริยาสองคำเข้ามาด้วยกัน โดยรากศัพท์จะมาจากภาษากรีกซึ่งจะแบ่งออกเป็นสองคำ คำแรกคือ “Tele” ซึ่งหมายถึงระยะทาง และ คำที่สองคือคำว่า “Medicine” ที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน ที่อ่านว่า "Mederi" ซึ่งหมายถึง การรักษา เมื่อรวมกันเป็นคำว่า Telemedicine และแปลเป็นภาษาไทยเรียกว่า “การแพทย์ทางไกล” "โทรเวช" “โทรเวชกรรม” หรือ “คลินิกแพทย์ ออนไลน์” เป็นต้น และความหมายของ Telemedicine มีส่วนที่คล้ายกับความหมายของ Telehealth แต่ความแตกต่างของทั้งสองคำคือระบบการส่งมอบการดูแลสุขภาพและการให้คำปรึกษา โดย Telehealth เป็นการส่งมอบการดูแลสุขภาพในระยะทางไกล (Delivery of Health Care Services) และจะได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ ส่วนคำว่า Telemedicine เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ในระยะทางไกลและคำปรึกษาจะได้จากแพทย์เท่านั้น (Darkins, 2000) และปัจจุบันการบริการทางการแพทย์ที่ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก อีกทั้งคำว่า Telemedicine หรือการแพทย์ทางไกลยังมีการนิยามความหมายเกี่ยวกับการแพทย์ทางไกลจากอีกหลายแหล่ง ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (WHO, 2010) ได้นิยามความหมายคือ “การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)” คือ การให้บริการดูแลสุขภาพ โดยเป็นการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความหมายรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ การวินิจฉัย การรักษา การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการส่งข้อมูลทางการแพทย์ โดยใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารสนเทศในรูปแบบทัศนูปกรณ์เชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Visual aid) และกำกับดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด อีกทั้ง telemedicine เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมาใช้กับงานทางการแพทย์โดยการส่งสัญญาณผ่านสื่อ ซึ่งอาจเป็นสัญญาณดาวเทียมหรือใยแก้วนำแสงร่วมกับเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของแพทย์ต้นทางเพื่อสื่อสารกับกับแพทย์ปลายทาง ติดต่อกันด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียง ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้อันระหว่างกันได้ เป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการรักษาผู้ป่วย และให้บริการทางการแพทย์ ให้เกิดความสะดวกและตอบสนองต่อผู้ใช้งาน

อัคคะนนท์ พงศ์ลักษณ์มาณา (2557) ได้กล่าวว่า Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) หมายถึง การนำความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมมาปรับใช้กับงานทางด้าน การแพทย์โดยตรง โดยใช้การส่งสัญญาณผ่านสื่อโทรคมนาคมอันทันสมัย เช่น เทคโนโลยีการสื่อสาร ผ่านวิดีโอคอนเฟอร์เรนซ์ เป็นต้น โดยที่แพทย์จากต้นทางสามารถติดต่อกับแพทย์ที่ปลายทางได้ด้วย ภาพเคลื่อนไหวและเสียงรวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาหรือข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับคนไข้ได้ รวมถึงการติดต่อระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงาน การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ รวมทั้ง การใช้การแพทย์ทางไกลมาเป็นอุปกรณ์ช่วยอบรมให้ความรู้งานวิชาการทางการแพทย์ต่าง ๆ ได้

สกลนันท์ หุ่นเจริญ (2557) ได้กล่าวว่า ระบบการแพทย์ทางไกล หมายถึง การนำเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ รวมถึงอุปกรณ์มัลติมีเดียเข้ามาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและ การดูแลรักษาทางการแพทย์เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ ห่างไกลกันเพียงใดก็

รัศคลู ชีน่า (Cucina R., 2013) ได้กล่าวถึงระบบการแพทย์ทางไกล คือการใช้ข้อมูลและ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการสนับสนุนการดูแลสุขภาพกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งหลาย ที่อยู่ห่างไกลกัน

องค์กรวิจัยทางอวกาศของอินเดีย (Indian Space Research Organization: ISRO) (Indian Space Research Organization, 2006) ซึ่งเป็นหน่วยงานทำหน้าที่ปรับปรุงและพัฒนา ประสิทธิภาพในการบริการดูแลด้านสุขภาพในประเทศอินเดียโดยใช้การปรับปรุงรูปแบบการเข้าถึง การรักษาที่ดีมากยิ่งขึ้น สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยที่อยู่พื้นที่ห่างไกล และลดแพทย์ที่จะไป อยู่ตามชนบทลง กล่าวไว้ว่า ระบบการแพทย์ทางไกลจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร สมัยใหม่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษา การวินิจฉัยโรค การป้องกัน การวิจัยหรือการประเมิน และการศึกษาต่อเนื่อง แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการให้ความสนใจ กับความก้าวหน้าทาง สุขภาพบุคคลและชุมชน

ในอดีตคำว่า Telemedicine นั้นมีความจำกัดความไว้ว่าเป็นการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยแพทย์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ส่วนคำว่า Telehealth คือการบริการการแพทย์ทางไกลโดยแพทย์ และร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ ต่อมาคำว่า Telemedicine นั้นได้ถูกให้คำจำกัดความ ใหม่ (มนัสวี ศรีราช, 2022) ว่าเป็นการบริการการแพทย์ทางไกลที่นอกจากแพทย์แล้วนั้น ยังได้รวมไป ถึงเภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคแพทย์ นักรังสีเทคนิค และบุคลากรอื่น ๆ ดังนั้น ปัจจุบันทั้งคำว่า Telemedicine และ Telehealth นั้นมีความหมายเดียวกันและใช้แทนกันได้

จากคำนิยามตามที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นนั้น การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine จะมีความหมายรวมๆคือเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ และอุปกรณ์มัลติมีเดียสมัยใหม่ เข้ามาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และแม่นยำ และเป็นการลดอุปสรรคหรือข้อจำกัดในเรื่องระยะทางระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดีแม้ผู้รับบริการกับผู้ให้บริการจะอยู่ห่างไกลกัน

2.1.2 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ประวัติความเป็นมาของระบบ Telemedicine เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 โดยเกิดจากแรงกระตุ้นทางการทหารและเทคโนโลยีทางอวกาศของประเทศสหรัฐอเมริกาพร้อมกับการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในขณะนั้น เมื่อองค์การบริหารการบินอวกาศของสหรัฐอเมริกา หรือ National Aeronautics and Space Administration หรือที่รู้จักกันในชื่อว่าองค์การ NASA โดยองค์การ NASA ได้ทำการส่งนักบินขึ้นไปบนอวกาศเพื่อทำการสำรวจอวกาศ ทำให้ต้องมีการใช้เทคโนโลยีตรวจสอบสภาพร่างกายของนักบินอวกาศและส่งข้อมูลกลับมาโลกเพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ประเมินสภาพร่างกายพร้อมทั้งส่งคำแนะนำกลับไปอยู่ตลอดเวลา ต่อมาในปี ค.ศ. 1964 ได้มีการร่วมมือกันระหว่างสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health: NIMH) และโรงพยาบาลนอร์ฟอล์ก (Norfolk) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารสองทางหรือ Two way communication ผ่านทางโทรศัพท์ที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์ทั่วไป ในปี ค.ศ. 1967 มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานการแพทย์สนามบนนาซาชาติบอสตันโลแกน (Boston's Logan) กับโรงพยาบาลแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital: MGH) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารไมโครเวฟแบบสองทาง (Two-Way Microwave Audio/Video Link) ในปี ค.ศ. 1971 ได้ทดสอบระดับความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการสื่อสารผ่านดาวเทียม ซึ่งการทดสอบนี้ได้ใช้ดาวเทียม NASA's ATS-1 ในปี ค.ศ. 1972 – 1975 องค์การนาซ่าได้ดำเนินโครงการเทคโนโลยีอวกาศที่นำไปใช้ในด้านสุขภาพขั้นสูงของชนบทปาปาโก (Space Technology Applied to Rural Papago Advanced Health Care: STARPAHC) เพื่อนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาช่วยเหลือคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลบริเวณที่ไม่มีบริการทางการแพทย์อย่างเช่น เผ่าอินเดียนแดงปาปาโกของแอริโซนา (Arizona's Papago Indian Reservation) โดยออกแบบโดยองค์การนาซ่าและ Lockheed Missiles & Space Company (LMSC) โดยระบบใช้รูปแบบการสื่อสารแบบ Two-Way Microwave Audio/Video Link ในการ

เชื่อมโยงบุคคลทางการแพทย์ที่ใช้มือถือเข้ากับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ประจำในโรงพยาบาลทucson (Tucson) และโรงพยาบาลฟีนิกซ์ (Phoenix) นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1977 มหาวิทยาลัยเมมโมเรียลแห่งนิวยอร์กแลนด์ของแคนาดา (Canada's Memorial University) ได้ร่วมกับ Canadian Space Program สำหรับการศึกษาทางไกล (Distance Education) และการดูแลสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1984 ได้จัดตั้งโครงการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้นในประเทศออสเตรเลีย เพื่อทดสอบนำร่องเครือข่ายการสื่อสารผ่านดาวเทียม QNetwork ของรัฐบาล (Roger, 2006) โดยเป้าหมายเพื่อเตรียมการดูแลสุขภาพใน 5 เมืองที่อยู่ห่างไกลไปทางใต้ของอ่าวคาร์เพนแทเรีย ในปี ค.ศ. 1989 และหลังจากเกิดแผ่นดินไหวในสหภาพสาธารณรัฐสังคมนิยมโซเวียต ทำให้อเมริกาเสนอให้โซเวียตใช้เครือข่ายระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อรักษาระหว่างรัฐเยเรวาน (Yerevan) รัฐอาร์เมเนีย (Armenia) และศูนย์การแพทย์สี่แห่งในสหรัฐอเมริกา (Teeresa, 1996)

และในปัจจุบันระบบ Telemedicine ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ โดยก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโควิด-19 จำนวนบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณบริการด้านสุขภาพโดยรวมแบบอื่นๆ เช่น การนำ Telemedicine มาใช้กับการนัดหมายด้วยตนเองทั้งหมดในประเทศออสเตรเลีย แคนาดาและโปรตุเกส (Oliveira Hashiguchi, 2020) แม้ว่าจะสามารถใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศส่วนใหญ่ได้ แต่รัฐบาลหลายแห่งก็มีข้อกำหนดเฉพาะทางกฎหมายสำหรับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ลดแรงจูงใจในการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการสำรวจของ The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ก่อนเดือนมีนาคม 2020 มีเพียงแค่ 9 ประเทศเท่านั้นที่อนุญาตให้ใช้ Telemedicine ดำเนินการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยมีข้อจำกัดคือต้องเป็นแพทย์เท่านั้น ได้แก่ ประเทศเกาหลี เอสโตเนีย ฮังการี ไอซ์แลนด์ ไอร์แลนด์ ลักซ์เซมเบิร์ก เม็กซิโก ตุรกี และสหรัฐอเมริกา ต่อมาในช่วงต้นปี 2020 เพื่อตอบแก้ไขปัญหาวิกฤตการณ์โควิด-19 ที่กำลังเกิดขึ้น รัฐบาลและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในหลายๆประเทศ จึงหันมาใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กันเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว และนับตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 หลายๆประเทศมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น เภสัชกร พยาบาล สามารถให้คำปรึกษาทางไกลได้แก่คนไข้ได้ ได้แก่ ประเทศ เอสโตเนีย เยอรมนี ไอซ์แลนด์ ลักซ์เซมเบิร์ก โปรตุเกส และสหรัฐอเมริกา โดยปัจจุบันมี 23 ประเทศที่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์ดำเนินการให้คำปรึกษาทางไกลได้ เช่น เอสโตเนีย ออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน ญี่ปุ่น สวีเดน นอร์เวย์ โดยผู้ป่วยจะต้องให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจาเพื่อเข้าร่วมการปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และมีการอนุญาตให้มีการปรึกษาทางไกลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการได้ (OECD, 2023)

2.1.3 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

ระบบการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine ในประเทศไทยได้มีประวัติเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2536 สืบเนื่องจากรัฐบาลได้มีการส่งเสริมการพัฒนาด้านระบบเวชระเบียน (medical records) ด้วยเทคโนโลยีดาวเทียมไทยคม 1 และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2541 ได้มีโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม (จิตรดา ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา, 2549) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ประจำอยู่น้อย และเพื่อพัฒนาด้านการศึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายสื่อสารข้อมูลและโทรศัพท์ที่ครอบคลุมจังหวัดในส่วนภูมิภาค (Bureau of policy and strategy Ministry of Public, 2006) ในปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 โดยรัฐบาลไทยขณะนั้นได้มีการเตรียมโครงการเมกะ (Mega Projects) ที่ประกอบด้วยโครงสร้างพื้นฐานและนโยบายด้านอื่น ๆ เพื่อพัฒนา Thailand Modernization ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้ เทคโนโลยี และการจัดการความเหมาะสมในส่วนการดูแลสุขภาพ โดยประกอบด้วยหน่วยงาน ภาครัฐ และภาคเอกชนที่ตั้งอยู่ทั้งในเมืองและในชนบท เพื่อพัฒนาเชื่อมโยงระบบคอมพิวเตอร์และข้อมูลการดูแลสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเวชระเบียน เพื่อจัดการบริหารทางการเงิน เพื่อเชื่อมโยงระบบข้อมูลของส่วน Front และ Back เพื่อพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพทั้งประเทศ และเพื่อจัดเตรียมเทคโนโลยีระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นอกจากนี้ได้ทำการเตรียมระบบที่ปรึกษาและระบบนัดหมายกับแพทย์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือโทรศัพท์โดยมีบุคลากรทางการแพทย์จาก 10,000 สถานีอนามัย และ 750 โรงพยาบาลประจำอำเภอ มาคอยให้คำปรึกษาผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต ส่วนระบบการประชุมทางไกลและการศึกษาทางไกล มีนักเรียนพยาบาลกว่า 40 โรงเรียนและวิทยาลัยการแพทย์สามารถมีส่วนร่วมในการประชุมทางวิชาการหรือทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนได้ อีกทั้งประเทศไทยได้มีโครงการจัดทำกรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของประเทศไทยระยะ พ.ศ. 2554 – 2563 (National ICT Policy Framework 2011 – 2020) (ICT, 2020) เป็นโครงการที่ดำเนินการโดยกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ มีวางแผนการบริการภาครัฐยุคใหม่ซึ่งมีการพัฒนาและใช้ ICT เพื่อสุขภาพ หรือที่เรียกว่า ICT for Better Health ที่มีประสิทธิภาพทั่วถึงและเท่าเทียมและเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยทุกคน

ในปี 2562 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบาย (กรมการแพทย์, 2562) เรื่องการลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ และการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนที่อยู่ห่างไกลให้เกิดความเสมอภาค ดังนั้นเพื่อเป็นการสนองต่อนโยบายดังกล่าว กรมการแพทย์จึงมีการปรับแผนงานการให้บริการโดย รพ.สังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ประกอบด้วย สถาบันผิวหนัง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันทรวงอกได้นำระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-Health) มาบริการให้คำปรึกษาในเรื่องการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา ความผิดปกติของปอด และโรคผิวหนัง การดูแลสุขภาพ อำนวยความสะดวกในการสื่อสารด้วยการส่งสัญญาณเสียงและภาพ โดยสามารถก่อประโยชน์ได้เป็นอย่างมาก อีกทั้งยังช่วยลดการเดินทางและลดความแออัดในโรงพยาบาล รวม 35 แห่ง โดยมี กสทช. สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ในการตรวจร่างกาย ระบบการสื่อสาร สามารถให้คำปรึกษาเฉพาะทางด้านจักษุ 295 ครั้ง เฉพาะทางด้านทรวงอก 335 ครั้ง เฉพาะทางด้านผิวหนัง 71 ครั้ง

ต่อมาในปี 2563 นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากรอธิบดีกรมการแพทย์กล่าวว่าในช่วงปี 2563 ขณะที่ประเทศไทยเกิดการระบาด Covid-19 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการมอบหมายนโยบายเรื่องของการบริการที่มอบความปลอดภัยแก่ประชาชน และเป็นการลดผลกระทบจาก Covid-19 ดังนั้นกรมการแพทย์ที่เป็นหน่วยงานหลักในเรื่องการให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย ได้นำเอาระบบการรักษาแบบ Video Call มาใช้กับผู้ป่วยรายที่สมัครใจในการเข้ารับบริการและรับยาทางไปรษณีย์ จุดมุ่งหมายเพื่อเป็นลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดภาระพนักงาน ในขณะเดียวกันก็เพื่อเป็นการทุ่มเททรัพยากรทั้งหมดในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน Covid-19 โดยผู้ป่วยหรือญาติที่มีสมาร์ทโฟน สามารถใช้สมาร์ทโฟนในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ ส่งผลให้สามารถลด ความแออัดในโรงพยาบาลลงได้กว่า 30% ต่อมาปี 2564-2565 กรมการแพทย์ได้นำระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) มาให้บริการแก่ผู้ป่วยทดแทนระบบ Video Call ในการตรวจรักษา วินิจฉัย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงการส่งยาให้กับผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว แม่นยำ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทาง ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการพัฒนาเป็นระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) แล้วจำนวน 30 แห่ง เช่น รพ.ราชวิถีมีการให้บริการผ่านระบบ 46,502 ครั้ง สถาบันประสาทวิทยา 6,200 ครั้ง และมีการขยายเครือข่ายเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต 17 แห่ง และมีการใช้งานระบบ 2,444 ครั้ง, รพ.ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน 7 แห่ง เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่, นำร่องในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 3 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติเขาชะเมา, โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติเส้าไห้, โรงพยาบาลเฉลิม

พระเกียรติनावัง รวมแล้วมีการใช้งานระบบ 74,647 ครั้ง และโรงพยาบาลราชทัณฑ์ สังกัดกรมราชทัณฑ์อีก 2,980 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 77,627 ครั้ง

ในปัจจุบันระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) อยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อขยายขีดความสามารถของ ให้สามารถทำงานเชื่อมโยงกับอุปกรณ์ IOT เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงจัดเก็บข้อมูลประวัติสุขภาพพื้นฐาน ความดัน ชีพจร เพื่อใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ในเบื้องต้น และสามารถรองรับการเชื่อมโยงระบบเพื่อยืนยันตัวตนและระบบการชำระเงินผ่านทาง Application เป่าดัง ซึ่งจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย และยังมีแผนการขยายขีดความสามารถของระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) ให้รองรับการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ซับซ้อนในลักษณะของสหสาขาวิชาเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นการแบ่งปันทรัพยากรผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศอีกด้วย อีกทั้งกรมการแพทย์ยังมีการจัดทำระบบ Personal Health Record (PHR) ของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสมุดประวัติสุขภาพส่วนตัว เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพในอนาคต และสามารถใช้เป็นข้อมูลประวัติส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนด้านการบริการระบบสุขภาพ ช่วยให้การจัดการปัญหาสุขภาพเกิดประสิทธิภาพ ช่วยบริหารจัดการและสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้แบบทันที สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา มีความถูกต้อง รวดเร็ว (กรมการแพทย์, 2562)

2.1.4 ประเภทของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) และ จอห์น เครก กับวิกเตอร์ แพตเตอร์สัน (John Craig, Victor Patterson, 2005) ได้แบ่งประเภทของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ออกเป็น 2 ประเภท ตามพื้นฐานระยะเวลาการส่งข้อมูลและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกันไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพกับผู้ป่วย โดยทั้งสองประเภทมีรายละเอียดดังนี้

ประเภทที่ 1 คือการจัดเก็บการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ (Store-and-Forward Telemedicine or Asynchronous) ซึ่ง ราโอ, รัมโบดี (Rao B., Lombardi A. ll., 2009) กล่าวไว้ว่า เป็นระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่บันทึกไว้ล่วงหน้าระหว่าง 2 คนขึ้นไป ในช่วงเวลาที่ต่างกัน เช่น การที่แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญสุขภาพทำการส่งรายละเอียดการรักษา หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการวินิจฉัย และแนวทางการจัดการที่เหมาะสมส่งไป

ยังปลายทาง ซึ่งระบบ Store-and-Forward Telemedicine นี้แพทย์ผู้รับข้อมูลไม่สามารถซักประวัติหรือตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยได้โดยตรง

ประเภทที่ 2 คือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถโต้ตอบได้ทันที (Real Time Telemedicine Interactive or Synchronous) ตัวอย่างเช่น การพูดคุยทางโทรศัพท์ การประชุมทางไกล (Video - Conferencing) ซึ่งวิธีนี้สามารถช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่อีกสถานที่สามารถซักประวัติผู้ป่วยส่งตรวจร่างกาย และประเมินสถานะทางจิตใจจากโรงพยาบาลที่ขอปรึกษาได้ โดยที่มีแพทย์ที่ขอปรึกษาจากโรงพยาบาลนั้นอยู่กับผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยในการตรวจร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้องค์การโคครอน (Cochrane) (The Cochrane Library, 2010) และ ATA (American Telemedicine Association, 2024) ได้แบ่งเพิ่มจากที่กล่าวไว้ข้างต้น (Asynchronous, Synchronous) เป็นประเภทที่ 3 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเภทที่ 3 คือ การตรวจสอบระยะไกลหรือการเฝ้าติดตามด้วยตนเอง (Remote Monitoring Telemedicine หรือ Self-monitoring / Testing) ซึ่งระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ประเภทนี้ จะคอยอำนวยความสะดวกให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบผู้ป่วยจากระยะทางไกลโดยใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ประเภทนี้จะใช้สำหรับจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือ โรคที่เฉพาะเจาะจงอย่างโรคหัวใจ (Heart Disease) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหอบหืด (Asthma) เป็นต้น ซึ่งระบบประเภทนี้จะเทียบเท่ากับผู้ป่วยมารับ การรักษา กับแพทย์ที่โรงพยาบาล

2.1.5 องค์ประกอบที่สำคัญของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มี 4 ประการ ได้แก่

องค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (WHO, 2010) ได้กล่าววาระบบ Telemedicine จะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ 4 ประการดังนี้

1. เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการให้การสนับสนุนทางด้านการแพทย์
2. เป็นระบบที่จัดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ห่างไกล
3. มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน
4. มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการรักษาโรคให้ดียิ่งขึ้น

2.1.6 ประโยชน์ของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ATA (American Telemedicine Association, 2024) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไว้ว่าประโยชน์หลักของระบบ Telemedicine ประกอบด้วย

1. ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทห่างไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษา (Improved Access) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันที่ อีกทั้งเป็นการขยายงานบริการทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมได้ทุกที่ทุกเวลา

2. Telemedicine เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าการลงทุน (Cost Efficiencies) เนื่องจากมีประโยชน์ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคเพราะใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของแพทย์ในการเดินทางเพื่อมารักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

3. จากผลการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าคุณภาพของบริการทางสุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นั้นมีประสิทธิภาพที่พัฒนาขึ้น (Improved Quality) และดีเทียบเท่ากับบริการให้คำปรึกษาแบบดั้งเดิม ดังนั้นจึงมีประโยชน์โดยในสาขาวิชาเฉพาะทาง เช่น การรักษาทางด้านสุขภาพจิตและการดูแลในห้องผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เป็นต้น

4. ประโยชน์ด้านผลลัพธ์เชิงบวกจากผู้รับบริการและคนในครอบครัว ก่อให้เกิดความต้องการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น (Consumer Demand) โดยในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เนื่องจากการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผู้ให้บริการที่อาจไม่เคยสามารถเข้าถึงได้หรือไม่เคยได้รับมาก่อน จากปัจจัยอุปสรรคด้านระยะทางและความห่างไกลของที่อยู่อาศัยกับบริการทางสุขภาพที่อยู่ในตัวเมือง เป็นต้น

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2563) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันที่ และเป็นการขยายบริการทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลเพิ่มมากขึ้น

2. การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าการลงทุน (Cost Efficiencies) เนื่องจากสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค เพราะมีการใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของแพทย์ในการเดินทางเพื่อมารักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้

3. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไกลมาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเครียดจากการเดินทางได้อีกด้วย

2.1.7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการพัฒนาอย่างยาวนาน ซึ่งปัจจุบันมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่นำระบบนี้ไปประยุกต์ใช้สำหรับงานบริการด้านสุขภาพของตนเอง สำหรับภาคเอกชน มีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่นำระบบ Telemedicine มาใช้ ล่าสุดคือกลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพที่นำนวัตกรรม ROBO DOCTOR หรือหมอหุ่นยนต์จากประเทศสหรัฐอเมริกา นำมาเสริมศักยภาพการรักษาพยาบาลของตนเอง ซึ่งเริ่มใช้กับโรงพยาบาล 4 แห่งของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ได้แก่ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ (ซอยศูนย์วิจัย) โรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน และโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต โดยเริ่มนำร่องใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองและระบบประสาท โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เนื่องจากโรคกลุ่มนี้เมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่รวดเร็วมากเท่าใด ยิ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวและกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง ทีมแพทย์จากโรงพยาบาลเครือข่าย รวมถึงผู้ป่วยและญาติ สามารถซักถามโต้ตอบกันแบบเห็นหน้า ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาแบบ Real Time Interactive และสำหรับภาคเอกชนในส่วนของร้านยา ก็มีการนำเอาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น แอปพลิเคชัน Fascino ของร้านยา Fascino และ ALL-Pharmasee ของร้านยา eXtaPlus ในเครือ Cp ที่ให้บริการปรึกษาเภสัชกรออนไลน์ได้ทุกที่ทุกเวลา ตลอด 24 ชม. โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ส่วนการประยุกต์ระบบ Telemedicine มาใช้กับโรงพยาบาลภาครัฐก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนในปี 2563 ได้เกิดเป็น ระบบ DMS telemedicine โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นการส่งมอบบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยระยะทาง telemedicine

ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล สำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรค และการบาดเจ็บ telemedicine สามารถมีส่วนร่วมในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในประเทศต่าง ๆ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วย โดยไม่ต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมซึ่ง มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล, กลุ่มเสี่ยง และประชากรสูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชนเข้าถึงบริการในพื้นที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา ประวัติน ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ลดระยะเวลาลดการเดินทาง รวมถึงลดความเสี่ยงจากการสัมผัส และ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และต่อมา ปี 2565 ได้มีการพัฒนาอีกระบบคือ การบริการผู้ป่วยในที่บ้าน หรือ Home Ward โดยจะเน้นที่ผู้ป่วยในที่มีเกณฑ์ที่สามารถส่งกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้ แต่ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และลดโอกาสภาวะคนไข้ล้มตึกผู้ป่วยใน จำนวนเตียงเต็มและไม่สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ารักษาได้เหมือนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงแรกที่ผ่านมา ดังนั้นระบบ Home Ward จึงเป็นการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาป้องกันและช่วยแก้ไขปัญหามหาชนไข้ล้มตึกในโรงพยาบาลได้

2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.2.1 ความหมายของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

การบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษายาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์ (กรมการแพทย์, 2565)

การดูแลแบบผู้ป่วยในรูปแบบ Home ward เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นความสำคัญของโรค (disease focus) เป็น การมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม (holistic patient and family focus) ที่สามารถครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงในแง่มุมมองด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังเป็น

การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยในการเน้นย้ำให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว การเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ในด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

และในโอกาสที่ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคความปกติใหม่ หรือ New Normal หลังจากการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 เป็นต้นมา จึงมีการนำบริการทางการแพทย์ออกจากรพ.ไปหาคนไข้ใน “ทุกที่ ทุกเวลา” การเริ่มดำเนินการ “Home Ward” หรือการดูแลรักษาคนไข้ที่บ้าน ไม่ต้องเข้ารับการรักษานอนใน และเริ่มต้นโครงการ ณ วันที่ 1 ก.ค.2565 เป็นต้นไป โดยเริ่มจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อมก่อน เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด แล้วจึงค่อยพัฒนากระจายโครงการไปสู่โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่วนตำบล ต่อไป

2.2.2 วัตถุประสงค์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

1. เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
2. เพื่อลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัดในโรงพยาบาล

2.2.3 รูปแบบการให้บริการของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

1. Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อนแล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาลเดิมดูแล
2. Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ 2 ดูแลแล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้านได้
3. Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้านได้ หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

2.2.4 มาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

1. โรคที่เข้าเกณฑ์การรับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

ปัจจุบัน โครงการระบบ Home Ward ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้นจึงมีโรคที่สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการระบบผู้ป่วยในบ้าน ทั้งหมด 7 โรค เป็นเบื้องต้น ดังนี้ 1) โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) โรคปอดอักเสบ 3) โรคแผลกดทับ 4) ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ 5) โรคความดันโลหิตสูง 6) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 7) โรคโควิด-19

2. การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล

2.1 ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพ

2.2 ต้องมีอุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องให้ผู้ป่วยยืมระหว่างทำการรักษา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (glucometer) และอุปกรณ์ อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละโรค

2.3 ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค

2.4 สถานพยาบาลจัดให้มีระบบการเก็บสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการเอกซเรย์พื้นฐาน โดยจัดช่องทางบริการพิเศษ

2.5 สถานพยาบาลต้องมีวิธีการติดตามอาการ และประเมินอาการตามมาตรฐานผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

2.6 สถานพยาบาลจัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.7 สถานพยาบาลจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแย่งได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.8 สถานพยาบาลมีการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน เช่น แบบฟอร์มซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ แบบฟอร์มติดตามสัญญาณชีพ คำสั่งการรักษา การบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

3. เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน

3.1 สภาวะของผู้ป่วย (Patient Conditions) ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ และไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลงเป็นผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยใน มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้การดูแล (Professional care)

3.2 มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้าน อย่างครบถ้วน

3.3 ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย

4. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

4.1 ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาด้วยการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากแพทย์ อย่างครบถ้วน และให้คำยินยอมก่อนรับบริการ

4.2 ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ต้องมีความปลอดภัย

4.3 ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ควรมีระยะห่างจากสถานพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร และเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก

4.4 ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน สามารถเข้าถึงช่องทางสื่อสารทางโทรศัพท์ หรืออินเทอร์เน็ตได้

4.5 ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนด

5. ขั้นตอนดำเนินการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน

5.1 ตรวจสอบความสมัครใจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์เจ้าของไข้ทำหน้าที่ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ การดูแลแบบ Home ward ได้ มีการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแบบ Home ward แล้ว และผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมที่จะรับการดูแลในรูปแบบดังกล่าว ซึ่งทีมแพทย์อาจมีการพิจารณากำหนดข้อตกลงรูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Home ward consent form) เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนก่อนการเริ่มดำเนินการ และลดโอกาสของการร้องเรียนจากการเข้าใจไม่ตรงกัน

5.2 ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยที่บ้าน ทีมแพทย์ที่ให้ การดูแลในโรงพยาบาลควรได้ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวร่วมกับทีม

แพทย์ที่จะให้ การดูแลที่บ้านก่อนตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward ซึ่งหมายรวมถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะติดเชื้อ และความสะอาดในการติดต่อและติดตามอาการระหว่างนอนพักรักษาที่บ้าน ทีมสามารถใช้เครื่องมือประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Zarit caregiver burden scale) และแนวทางการประเมินผู้ดูแล (C.A.R.E.G.I.V.E.R mnemonic) ช่วยในการประเมิน ความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยมานานแล้ว เช่นกรณีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

5.3 ประเมินลักษณะบ้านเพื่อจัดบริบทที่เหมาะสมในการดูแล ทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำหน้าที่ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อประเมินลักษณะสถานที่ และเตรียมพร้อมอุปกรณ์ในการดูแลตามความเหมาะสม และยืดหยุ่น โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ทีมสามารถใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านตาม INHOMESS checklist (ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวก) เพื่อช่วยในการประเมิน

5.4 ลงทะเบียนผู้ป่วยในเว็บไซต์ Homeward.dms.go.th ซึ่งเป็นระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (DMS Home ward) และเป็นเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยที่รักษาที่บ้าน โดยผู้ใช้เครื่องมือนี้จะเป็นโรงพยาบาล ที่มีแพทย์ พยาบาลหรือสหวิชาชีพคอยดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผ่านระบบ Telehealth หรือแพทย์ทางไกล ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ออกแบบและพัฒนาต่อยอดจากต้นแบบงานวิจัย A-MED Telehealth ของสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยความร่วมมือจาก สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักดิจิทัลการแพทย์กรมการแพทย์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เพื่อให้โรงพยาบาลใช้งานได้ฟรี ไม่ค่าใช้จ่าย ในการบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (DMS Home ward)

6. แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward

6.1 การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (self-monitor form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home ward clinical assessment form)

6.2 ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสถานะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

6.3 ประเมิน psychosocial wellbeing ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน

6.4 ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

6.5 บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน

7. องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง

7.1 Core team ซึ่งรับหน้าที่ดูแลหลัก ติดตามประเมินตลอดระยะการดูแลผู้ป่วย ในทีมจำเป็นต้อง มีแพทย์ที่สามารถให้การดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างรักษาตัวที่บ้านได้ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่มีความสมัครใจพร้อมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทีมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ อันได้แก่ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข การเยี่ยมติดตามจากแพทย์และทีมสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การออกติดตามไปที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง หรือการโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต หรือผ่าน Website Home Ward

7.2 Extended team ซึ่งหมายถึง หน่วยสนับสนุนอื่น ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน พิจารณาตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

ทั้งนี้การประสานงานเพื่อขอความร่วมมือดังกล่าวสามารถพิจารณาทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงการวางแผนก่อนการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward ซึ่งจะมีเว็บไซต์ Home Ward เพื่อที่จะให้ผู้บริหารทุกสหวิชาชีพเข้าไปลงข้อมูลการรักษา ติดตามดูแล ของฝ่ายตนเอง และเพื่อให้คนไข้สามารถติดต่อสื่อสารหรือคุยผ่านเว็บไซต์ได้ หรือหากเป็นกรณีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง/ติดบ้าน การสร้างช่องทางประสานงานระหว่างทีมสุขภาพนอกและในโรงพยาบาล จะสามารถช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

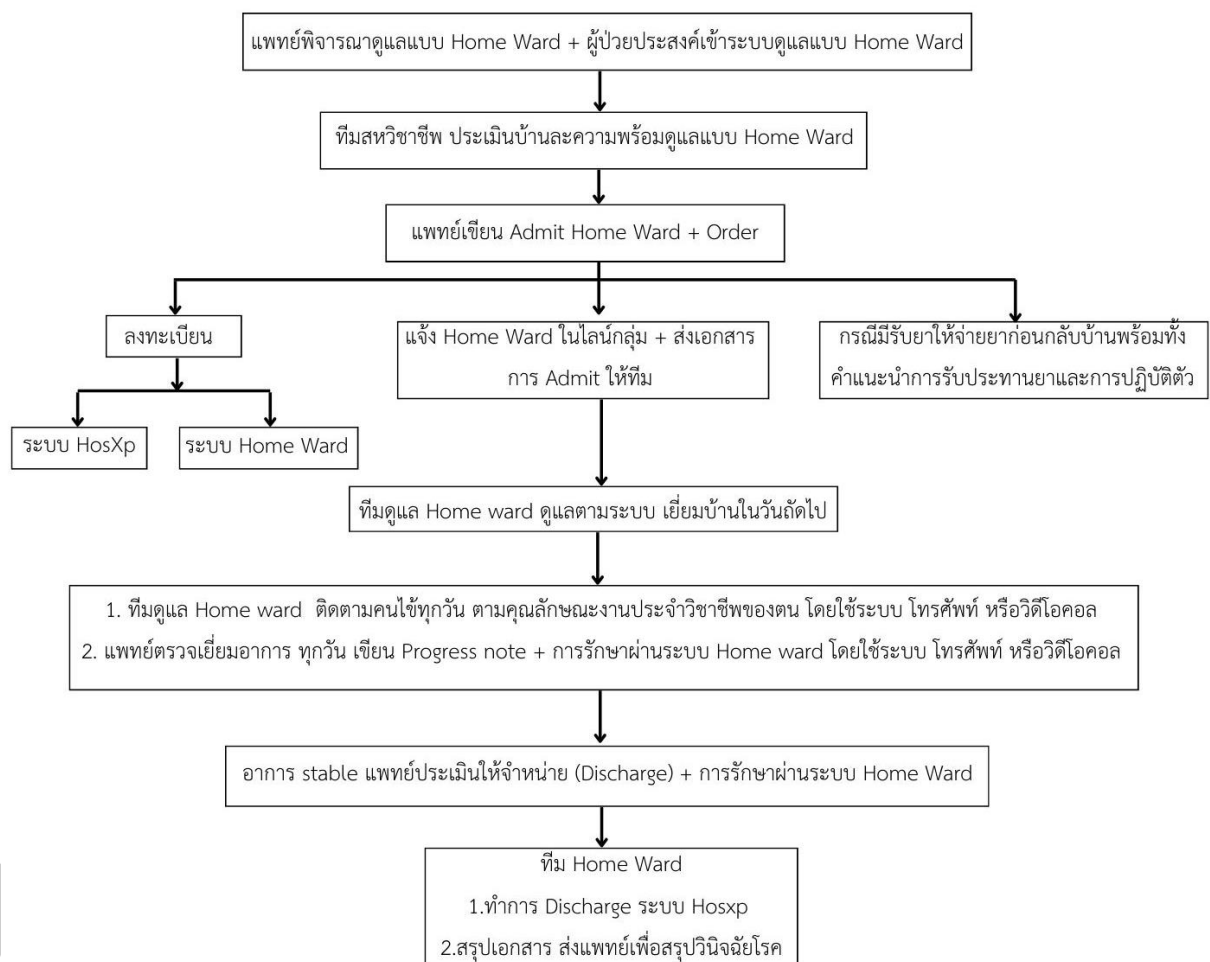
พหุ ๒๓ ๓๒๓ ๓๒๓

2.3 ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

การบริการผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังรูปต่อไปนี้

ขั้นตอนการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในที่บ้าน (Admit Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ปี 2566

จากขั้นตอนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำดังภาพที่ 1 นี้ ทางทีมสหวิชาชีพได้มีการนำมาตราฐานขั้นตอนการดำเนินงานหนังสือ “แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน” โดย กรมการแพทย์ (2565) เสนอ ณ ที่ประชุมระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ดูแลเรื่องผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เพื่อปรึกษาหารือและปรับใช้ให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลร่งคำ

จึงได้มีมติที่ประชุม ให้ทุกสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ประจำปี 2566 ดังข้างต้นนี้

2.3.2 แบบประเมินการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ก่อนการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย โรงพยาบาลร่งคำ

1. การประเมินความพร้อมของระบบงานของหน่วยบริการสุขภาพ ที่จะเปิดให้บริการผู้ป่วยในบ้าน

ตารางที่ 1 การประเมินความพร้อมของระบบงานของหน่วยบริการสุขภาพ ที่จะเปิดให้บริการผู้ป่วยในบ้าน

ลำดับ	แบบประเมิน	มี	ไม่มี
1	มีการกำหนด พื้นที่ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้		
2	แพทย์ในรพ.รับทราบ ระบบ home ward ข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วย ข้อจำกัด เกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยกลับ		
3	มีแพทย์และทีมพยาบาลที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ home ward		
4	มีระบบประเมินความพร้อมศักยภาพของบ้านและครอบครัว รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ที่สามารถการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้		
5	ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย(แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์และทีม home ward ทีมปฐมภูมิหรือทีมเยี่ยมบ้าน)		
6	ระบบการติดต่อสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการกับญาติในแต่ละวัน (เช่น โทรศัพท์, line video call, จัดสรรให้ยืมโทรศัพท์ที่มีอินเทอร์เน็ต ในกรณีผู้ป่วยไม่มี)		
7	ช่องทางในการติดต่อกรณีฉุกเฉิน และรับผู้ป่วยกลับถ้าอาการเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึง ระบบรถรับส่งต่อ		
8	ระบบยืม/จ่ายอุปกรณ์ของรพ.(เช่น thermometer, เครื่องวัดความดัน, เครื่องวัดระดับออกซิเจน, เตียง, ชุดเช็ดทำแผลที่พอเพียง)		
9	ระบบจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลือง (เช่น ผ้าก๊อซในขนาดต่าง ๆ ในจำนวนที่เพียงพอ น้ำเกลือ ไชริงค์ เข็ม)		
10	ระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี อาจเป็นกระดาษหรือ โปรแกรม แอปพลิเคชัน ออนไลน์		
11	ระบบกำจัดขยะติดเชื้อ (เช่น รถจัดเก็บขยะติดเชื้อ, เตาเผาขยะติดเชื้อชุมชน)		
12	มีระบบบริหารความเสี่ยง (risk management) สอดคล้องกับการบริหาร จัดการของโรงพยาบาล		

2. เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน

ตารางที่ 2 เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน

ลำดับ	แบบประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้ป่วยมีสภาวะ (Patient Conditions) เป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ และไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลง เป็นผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยใน มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้การดูแล (Professional care)		
2	มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้าน อย่างครบถ้วน		
3	ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย		

3. การประเมินที่อยู่อาศัยและผู้ดูแล (ทีมเยี่ยมบ้านเป็นผู้ประเมิน)

ตารางที่ 3 การประเมินที่อยู่อาศัยและผู้ดูแล (ทีมเยี่ยมบ้านเป็นผู้ประเมิน)

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	ความปลอดภัยภายในบ้าน		
2	สุขลักษณะภายในบ้าน สิ่งแวดล้อม		
3	มีจำนวนผู้ดูแลเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย		
4	ผู้ดูแลมีทักษะเพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วย		
5	มีอุปกรณ์ เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย		
6	มีเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย		

4. การประเมินความรู้ความเข้าใจ และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลแบบ Home ward ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ตารางที่ 4 การประเมินความรู้ความเข้าใจ และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลแบบ Home ward ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	เข้าใจโรคสภาวะความเจ็บป่วย รับรู้แผนการดูแลรักษา		
2	รับรู้ข้อมูลของยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ วิธีการบริหารยา สามารถจัดยาให้ผู้ป่วยได้		
3	เตรียมสภาพแวดล้อมบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย		
4	ได้ฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
5	รับรู้เข้าใจระบบการดูแลแบบ hospital at home รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลที่บ้าน		
6	รับรู้ว่ามีความผิดปกติแบบใด ควรรีบแจ้งทีมสุขภาพ เพื่อรับทำการประเมิน หรือนำผู้ป่วยกลับเข้ามาดูแลในโรงพยาบาล		
7	รับรู้ว่า อาหารแบบใดที่เหมาะสม กับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนี้		
8	สามารถเข้าถึง ระบบ การติดตามผู้ป่วย ของโรงพยาบาล เช่น สามารถใช้ไลน์วิดีโอ		
9	ได้ยืม อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่มีอยู่แล้วที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน		
10	ได้กำหนดตัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน อย่างน้อย 1-2 คน		
11	มีแผนการดูแลและเป้าหมายการดูแล ในกรณีอาการผู้ป่วยถดถอยลง		

5. การประเมินทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 การประเมินทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	การบริหารจัดการยา การให้ยา		
2	ทักษะการทำแผล/ดูแลทวารเทียม		
3	ทักษะการดูดเสมหะ		

4	ทักษะการให้ออกซิเจน ดูแลอุปกรณ์ช่วยหายใจ		
5	ทักษะการให้อาหารทางสายยาง		
6	การจัดอาหาร เตรียมอาหาร		
7	ทักษะการ ดูแลสายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร (NG T-tube) สายระบายต่าง ๆ		
8	ทักษะการสวนถ่าย		
9	ทักษะการจัดท่า เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียง		
10	ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง เดิน		
11	ทักษะการทำกายภาพบำบัด การเคาะปอด สัมผัสปอด		
12	ทักษะการอาบน้ำ สระผมทำความสะอาดบนเตียง		
13	ทักษะการสังเกตอาการที่ผิดปกติ ในโรคนี้ๆ		
14	ทักษะการใช้อุปกรณ์สื่อสาร กับทีมสุขภาพ/ telemed		

2.3.3 แบบประเมินในการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ทั้ง 7 กลุ่มโรคของโรงพยาบาลร่งคำ

1. โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 6 แบบประเมินการดูแลโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
แบบ Step up			
1	มีการส่งตรวจ Complete blood count (CBC), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte และ urine analysis (UA) พร้อมส่งเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ (Hemoculture and urine culture)		
2	แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ที่สามารถให้วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Gentamicin, Levofloxacin, Ertapenam		
3	ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
4	ตรวจปัสสาวะ (UA) ซ้ำและติดตามผลการเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะเมื่อครบ 72 ชั่วโมง		
5	มีการรายงานผลการเพาะเชื้อพร้อมผลตรวจปัสสาวะเมื่อครบ 72 ชั่วโมงต่อแพทย์เพื่อปรับการรักษา เช่น ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องจนครบระยะเวลาที่แนะนำ หรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบรับประทานจนครบระยะเวลาที่แนะนำหรือส่งกลับเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีผลเพาะเชื้อบ่งชี้ว่าต้องต่อยาปฏิชีวนะบริหาร ณ ขณะนั้น		
6	พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ		
รูปแบบ step down			
1	ผลเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง		
2	แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง ผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock		
3	ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จน		

	ครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
4	เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่มีดีดทางหลอดเลือดดำ ให้พยาบาลวิชาชีพ นำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก		

2. โรคปอดอักเสบ

ตารางที่ 7 แบบประเมินการดูแลโรคปอดอักเสบ

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
แบบ Step up			
1	มีการส่งตรวจ Complete blood count (CBC) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค		
2	มีการพิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) ตามดุลพินิจของแพทย์ แนะนำให้ส่งใน ผู้ป่วย ติดเชื้อปอดอักเสบแบบรุนแรง ที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการรักษาแบบ home ward		
3	มีการพิจารณาส่งเพาะเชื้อจากเสมหะ เพาะเชื้อแบคทีเรีย ในผู้ป่วยปอดอักเสบแบบรุนแรง หรือกรณี ที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุมเชื้อ <i>Methicillin resistant Staphylococcus aureus</i> (MRSA) หรือ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ส่วนการส่งเสมหะตรวจหาเชื้อชนิดอื่น ๆ เช่น เชื้อวัณโรค พิจารณาส่ง ถ้าตำแหน่งของรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่สงสัย หรือระยะเวลาของการมีอาการนานแต่อาการไม่รุนแรง หรือตามดุลพินิจของแพทย์		
4	แพทย์พิจารณา รับประทานแบบ home ward เมื่อ <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เข้าลักษณะปอดอักเสบแบบรุนแรง - คาดการณ์ผู้ป่วยไม่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล ตามดุลพินิจของแพทย์ - ในรายที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ปอดอักเสบแบบรุนแรง ต้องมีความพร้อม ที่จะให้ออกซิเจนที่บ้านและมีการติดตามวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation) ที่บ้านได้ - เหมาะสมในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้ วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Moxifloxacin, Levofloxacin - ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา เช่น ประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้ ประวัติได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนหน้านี้ หรือประวัติติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาเป็นเชื้อประจำถิ่น (Colonization) หรือมีโรคร่วมที่คาดการณ์ว่าอาจมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยา เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และมะเร็งลูกกลาม 		
5	ติดตามสัญญาณชีพและการวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สามารถติดตามอาการผ่านระบบ telemedicine จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ซึ่งควรมีการรายงานสัญญาณชีพ และวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 3 - 4 ครั้งต่อวัน หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงอย่างรวดเร็ว หรือชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือ อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที หรือ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง หรือ ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว มีระดับ $\leq 95\%$ ขณะได้รับออกซิเจน (oxygen supplement) ตั้งแต่ 3 L/min ขึ้นไป ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับ เข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
6	ในกรณีผู้ป่วยดีขึ้นหรือคงตัว ไม่มีอาการการเปลี่ยนแปลงที่แสดงการทรุดลงของปอดอักเสบ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องจนครบระยะเวลาที่แนะนำ หรือเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นรูปแบบรับประทานจนครบระยะเวลาที่แนะนำ		
7	พยาบาลวิชาชีพนำ Heparin lock หรือ saline lock ออก เมื่อไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ		
8	การรักษาเน้นครอบคลุมเชื้อ <i>Streptococcus pneumoniae</i> และ atypical pathogen		

รูปแบบ step down			
1	ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะ (ถ้าได้รับการตรวจ) ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้ วันละ 1 ครั้ง อาการดีขึ้น โอลดลง เสมหะเปลี่ยนสีจางลง และสัญญาณชีพแสดงลักษณะดีขึ้น หรือปกติ เช่น ไม่มีไข้ ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจน้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาที ซีฟจร น้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที ได้รับการติดตาม เอกซเรย์ปอด 48 - 72 ชั่วโมงหลังการรักษา และพบภาพเอกซเรย์ คงที่หรือดีขึ้น		
2	แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง ผ่านทาง Heparin lock หรือ Saline lock		
3	ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะที่บ้านในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ จนครบระยะเวลาที่กำหนด หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีฟจรเต้นเร็ว อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
4	เมื่อสามารถหยุดยาปฏิชีวนะที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ ให้พยาบาลวิชาชีพ นำ Heparin lock หรือ Saline lock ออก		

3. ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer)

ตารางที่ 8 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer)

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
แบบ Step up			
1	มีการทำความสะอาดแผล เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก แบนที่เรียกอยู่บนพื้นแผล ประกอบด้วย 1.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล ได้แก่ -ชุดทำความสะอาดแผลปลอดเชื้อ -กระบอกฉีดยาขนาด 20 ซีซี สำหรับฉีดล้างแผล -ถุงมือสะอาด -พลาสติกหรือเทปปิดผ้าก๊อช -ถุงขยะ -น้ำเกลือปราศจากเชื้อในการล้างแผล (ห้ามใช้ยาแดง) -เบตาดีน -70% แอลกอฮอล์ -ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ในการล้างแผล		
2	มีวัสดุปิดแผลตามลักษณะของแผล ได้แก่ -แผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น วาสลีน ซิลิโคน -กลุ่มโพลียูรีเทนโฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณ ปานกลางโดยวิธีทำความสะอาดแผล ด้วยการเช็ดทำความสะอาด โดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว และซับให้แห้ง ในกรณีที่มีแผลลึกมีโพรงแผล ให้ใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2 - 3 ครั้งจนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใสมีความใส		
3	มีการพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับ ยกสั้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้นอง ถ้านอนตะแคงให้จัดท่ากึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูก บริเวณไหล่และสะโพก		

4	มีการดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล (Nutrition support) ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ ความต้องการพลังงานและได้รับสารอาหารเพียงพอ เหมาะสม และควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2 – 3 ลิตรต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)		
5	ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ในแผลระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้อากาศแห้งผึ่งให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อช (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam ที่บ้าน โดยพยาบาล ทุกวัน หรือแพทย์ติดตามแผลโดยรูปถ่ายผ่านระบบสื่อสาร กับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือมีเนื้อตายมากขึ้น ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
6	เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล		
รูปแบบ step down			
1	ผลเพาะเชื้อจากเลือดและบริเวณแผล ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งหรือสามารถเปลี่ยนเป็นรูปแบบรับประทานได้		
2	แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้ วันละ 1 ครั้ง ผ่านทาง Heparin หรือ Saline lock หรือปรับยาเป็นรูปแบบรับประทาน		
3	มีผู้ดูแลที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงที่บ้าน และสามารถทำความสะอาดแผลได้		
4	แพทย์พิจารณาการดูแลแผล โดยแผลกดทับไม่มีเนื้อตายและทำการเพาะเชื้อแล้วไม่พบเชื้อ และเป็นแผลที่อยู่ในระดับ 1, 2 และ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย		
5	ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ในแผลระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้อากาศแห้งผึ่งให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื้อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อช (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam ที่บ้าน โดยพยาบาล ทุกวัน หรือแพทย์ติดตามแผลโดยรูปถ่าย ผ่านระบบสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหลังจากให้ยาครบ 48 ชั่วโมง แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือมีเนื้อตายมากขึ้นไม่สามารถกำจัดด้วยวัสดุทำแผลได้ ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล		
6	เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยงเช่นปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล		

4. ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ

ตารางที่ 9 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งทางระบบ tele-medicine เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง อักเสบ มีการวัดสัญญาณชีพ ผ่านปรอทวัดไข้และเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดรวมถึงติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด		

2	การเริ่มให้รับอาหารทางปาก หลังผ่าตัดในวันแรกสามารถดื่มน้ำหรือของเหลว ได้ค่อยๆเพิ่มอาหารที่เป็นอาหารอ่อน และเป็นอาหารตามปกติ ทั้งชนิดและปริมาณ โดยดูจากความอยากอาหารและอาการ อึดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร บรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2 - 3 ครั้งจนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส		
3	มีการดูแลเรื่องความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด รับประทานยาระงับความปวดตามคำแนะนำของทีม การรักษา ประเมินความเจ็บปวดผ่านระบบการติดตามหลังการรักษากับทีมดูแลในแต่ละวัน		
4	การดูแลแผลผ่าตัด <i>ไม่มีความจำเป็นต้องเปิดแผลทุกวัน</i> ให้เปิดแผลอีกครั้งตอนวันนัดตัดไหม ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ หากแผลมีเลือดซึมออกมาด้านนอกหรือเปียกน้ำต้องเปลี่ยนผ้าทำแผลใหม่		
5	ข้อบ่งชี้ในการติดต่อกลับมารักษาในโรงพยาบาล มีไข้ หรืออาการหนาวสั่น <ul style="list-style-type: none"> • แผลที่ผ่าตัด บวมแดงหรือมีเลือดออก หรือมีน้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาจากผ้าปิดแผล • ปวดแผลมากขึ้นแทนที่จะลดลงในวันต่อ ๆ มา • คลื่นไส้ อาเจียน • เบื่ออาหาร ไม่สามารถทานอาหารหรือน้ำได้ • โອ้มาก เหนื่อย หายใจเร็ว • ท้องอืด ไม่ถ่ายไม่ผายลม มากกว่า 2 วัน • ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 วัน • อาการอื่นใดที่ผู้รับผิดชอบ home ward เห็นควรให้กลับมารับการตรวจก่อนเวลานัด 		
6	มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลรับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้ป่วยสามารถได้รับการขึ้นทะเบียนและรับบริการการเยี่ยมบ้านได้ (อสม. แพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ หรือ รพช.) ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยผ่าตัด วันเดียวกันกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมี ตัวแทนของทีมการรักษา		

5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)

ตารางที่ 10 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	ให้ยาตามแผนการรักษา		
2	Observe ภาวะแทรกซ้อน ร่วมทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติถึงสัญญาณอันตราย ของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ถูกต้อง		
3	มีการติดตามระดับความดันโลหิต อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง		
4	ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตที่ปกติ อาการของความดันโลหิตสูงและวิธีแก้ปัญหา		
5	ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา การกินยาที่ถูกต้อง		
6	มีการสอนวิธีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกรายงานที่ถูกต้อง		
7	ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนแผนการควบคุมอาหาร/การใช้ยา/การออกกำลังกาย บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน		
8	มีการจัดทำช่องทางการสื่อสาร การรายงานค่าความดันโลหิต		

6. ผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)

ตารางที่ 11 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	ให้ยาตามแผนการรักษา		
2	Observe ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน		
3	มีการติดตามระดับน้ำตาล ในเลือด อย่างน้อยวันละ 2-4 ครั้ง		
4	มีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลที่เหมาะสม ภาวะน้ำตาลสูง/ภาวะน้ำตาลต่ำและวิธีแก้ปัญหา การดูแลตนเอง		
5	ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา สอนวิธีฉีดยาอินซูลิน การกินยาที่ถูกต้อง การเก็บรักษายา		
6	มีการสอนการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การบันทึกรายงาน		
7	มีการสอนการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ		
8	มีการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนแผนการควบคุมอาหาร/การใช้ยา/การออกกำลังกาย บันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน		
9	มีการจัดทำช่องทางการรายงานค่าน้ำตาลในเลือดและอาการผิดปกติ และการบันทึก การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ		

7. ผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ตารางที่ 12 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ลำดับ	แบบประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	มีการแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ		
2	มีการติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้ผู้ติดเชื้อ วัดอุณหภูมิ และวัดระดับออกซิเจนในเลือดทุกวัน ผ่านระบบการสื่อสาร		
3	เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้ระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เมื่อมีอาการไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ระยะเวลาเกินกว่า 24 ชั่วโมง 2) หายใจเร็วกว่า 25 ครั้ง ต่อนาที ในผู้ใหญ่ 3) Oxygen Saturation < 94% 4) โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตามดุลยพินิจของแพทย์ 5) สำหรับในเด็ก หากมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นนอนหรือทานอาหารน้อยลง		

2.4 หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประเทศไทย

ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่จำเป็นต้องลดการเดินทางและการพบปะระหว่างบุคคล ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางอย่างแพร่หลาย

เพื่อให้การให้บริการแพทย์ทางไกลเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ และอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายที่ชัดเจน แพทยสภาได้ออก ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ ซึ่งมีผลบังคับใช้ภายหลังจากการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นระยะเวลา 90 วัน โดยประกาศดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 7/2563 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2563

สาระสำคัญของประกาศฯ

1. ความหมายของคำสำคัญ

“โทรเวช” หรือ “การแพทย์ทางไกล” (Telemedicine) หมายถึง การส่งผ่านหรือการสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่ว่าจะมาจากสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน ไปยังอีกสถานที่หนึ่ง ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ หรือดำเนินการทางการแพทย์ในบริบทของวิชาชีพเวชกรรม ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ส่งข้อมูลดังกล่าว

“การให้บริการผ่านระบบบริหารโทรเวช” หมายถึง การดำเนินการรักษาทางการแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการให้บริการทุกขั้นตอน

“ผู้ให้บริการ” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine และต้องรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการให้บริการดังกล่าว

“ผู้รับบริการ” หมายถึง บุคคลที่ได้รับการรักษาหรือดูแลจากระบบ Telemedicine

“คลินิกออนไลน์” หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายที่ให้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

2. แนวทางปฏิบัติของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการต้องปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 รวมถึงหลักเกณฑ์ในการขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และแนวปฏิบัติที่แพทยสภากำหนดไว้เพิ่มเติม

ต้องมีความรู้ความเข้าใจในเทคโนโลยีที่ใช้ และทราบถึงข้อจำกัดของ Telemedicine เช่น การไม่สามารถตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยและการรักษา

3. ข้อพึงระวังและข้อจำกัดของระบบ Telemedicine

ผู้ให้และผู้รับบริการต้องทราบถึงข้อเท็จจริงตามประกาศสิทธิผู้ป่วย (ประกาศเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558) และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

การให้บริการ Telemedicine เหมาะสมกับบางโรคหรือบางภาวะเท่านั้น ไม่ควรนำมาใช้ในทุกรณี

ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้ Telemedicine ได้ หากเห็นว่าไม่เหมาะสม การใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) หรืออุปกรณ์การแพทย์ ต้องดำเนินการภายใต้กฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ และพระราชบัญญัติยา

4. มาตรฐานของระบบสารสนเทศ

ระบบที่ใช้ต้องสามารถยืนยันตัวตนของผู้ให้และผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน ต้องมีระบบความปลอดภัยของข้อมูลตามพระราชบัญญัติธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

การให้บริการต้องผ่านระบบสารสนเทศที่มีมาตรฐานสากล และสามารถตรวจสอบได้

5. ข้อกำหนดเกี่ยวกับคลินิกออนไลน์

การให้บริการทาง Telemedicine ต้องดำเนินการผ่านสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายเท่านั้น

การปรึกษาระหว่างแพทย์ หรือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้กฎหมายเฉพาะ ไม่ถือเป็น การให้บริการ Telemedicine ตามประกาศฉบับนี้

ในยุคปัจจุบัน การแพทย์มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับความเจริญก้าวหน้าของสังคม ในหลากหลายมิติ ทั้งในด้านวิทยาการ เทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาเหล่านี้ได้ส่งผลให้ขอบเขตของวิชาชีพแพทย์ขยายตัวและมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ดังนั้น สิ่งที่มีบทบาทสำคัญในการยึดเหนี่ยวให้การประกอบวิชาชีพแพทย์ดำเนินไปอย่างถูกต้องและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ (medical professionalism) ก็คือ “จริยธรรมทางการแพทย์” (Medical Ethics) ซึ่งถือเป็นหลักคุณธรรมพื้นฐานที่แพทย์พึงยึดถือในการปฏิบัติงานทางคลินิกและบริการสุขภาพทุกรูปแบบ (ชวภณ กิจหิรัญกุล และคณะ, 2564)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การแพทย์ได้มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการที่ไม่จำกัดเพียงภายในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ขยายไปสู่รูปแบบบริการทางไกล หรือ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อให้บริการตรวจ วินิจฉัย และติดตามการรักษา

ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ สำหรับการกำกับดูแลการให้บริการดังกล่าวให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมทางการแพทย์ แพทยสภาแห่งประเทศไทยจึงได้ออกประกาศแนวทางปฏิบัติ “การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์” เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมสามารถยึดถือเป็นกรอบในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์

ความหมายของจริยธรรม (Ethics)

“จริยธรรม” หมายถึง แนวทางการประพฤติปฏิบัติที่ต้องอาศัยการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ก่อนตัดสินใจว่าอะไรควรทำหรือไม่ควรทำ โดยพิจารณาตามหลักเหตุผลที่สังคมยอมรับ การมีจริยธรรมในการทำงานจะส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีอุดมการณ์ มีความรับผิดชอบ มีความภูมิใจในวิชาชีพ และสร้างผลงานที่มีคุณภาพ ซึ่งผลงานที่เกิดขึ้นนั้นเปรียบเสมือน “กระจกสะท้อนตัวตน” ของผู้ปฏิบัติ ว่ามีความตั้งใจและทุ่มเทต่อหน้าที่มากเพียงใด (สัญญา ภัทรราชย์, 2551)

จริยธรรมวิชาชีพแพทย์

จริยธรรมวิชาชีพแพทย์ คือ หลักเกณฑ์ในการประพฤติปฏิบัติที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อธำรงไว้ซึ่งเกียรติ ศักดิ์ศรี และความน่าเชื่อถือของวิชาชีพ โดยอาจอยู่ในรูปของประมวลจริยธรรมที่มีลายลักษณ์อักษรหรือเป็นแนวปฏิบัติที่ถ่ายทอดในทางวัฒนธรรมวิชาชีพ แม้ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ทุกคนควรยึดถือเป็นแนวทางควบคุมตนเอง เนื่องจากการประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะด้าน ซึ่งประชาชนทั่วไปอาจไม่มีความเข้าใจหรือไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้น หากมีการประกอบวิชาชีพโดยผิดหลักจริยธรรม ย่อมก่อให้เกิดผลเสียหายทั้งต่อผู้รับบริการ และต่อภาพลักษณ์ของวิชาชีพโดยรวม (สัญญา ภัทรราชย์, 2551) จึงมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของจริยธรรมวิชาชีพแพทย์ไว้ ดังนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ยึดถือและปฏิบัติตาม
2. เพื่อธำรงไว้ซึ่งการยอมรับนับถือจากสังคมต่อวิชาชีพแพทย์
3. เพื่อรักษาเกียรติยศและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพให้คงอยู่

สุจิต เฒ่าสวัสดิ์ และคณะ (2543) กล่าวถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกกรณี จะต้องปฏิบัติตามจริยธรรมทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด ตามหลักสำคัญตามจริยธรรมทั้ง 6 ประการ ดังนี้

1. เคารพในสิทธิของผู้ป่วย คือ แพทย์ต้องเคารพสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย รวมถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง และเพียงพอแก่ผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพาะในการแพทย์ทางไกลซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ได้อยู่ต่อหน้าแพทย์ การสื่อสารอย่างครบถ้วนและโปร่งใสจึงมีความสำคัญยิ่ง

2. ยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค การเลือกแนวทางการรักษา และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ผู้ป่วย ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต โดยปราศจากอคติหรือผลประโยชน์ส่วนตน ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการให้บริการที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพในระบบ Telemedicine

3. รักษาความลับของผู้ป่วย คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยต้องได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบเอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะในระบบการแพทย์ทางไกลที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บและสื่อสารข้อมูล การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และการใช้ระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์จึงเป็นสิ่งจำเป็น

4. ไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ คือ แพทย์ต้องไม่ใช้สถานะวิชาชีพในการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนจากผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการเงินหรือผลประโยชน์รูปแบบอื่น อันจะก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะในบริบทของบริการออนไลน์ ที่แพทย์อาจมีความใกล้ชิดกับแพลตฟอร์มหรือผู้ให้บริการระบบเทคโนโลยี

5. ดำรงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ คือ แพทย์ต้องประพฤติปฏิบัติตนให้สมกับฐานะแห่งวิชาชีพ ไม่กระทำการใดที่เสื่อมเสียชื่อเสียง หรือเป็นการลดทอนความน่าเชื่อถือของวิชาชีพเวชกรรม ไม่ว่าจะเป็นการในเวทีสาธารณะหรือบนสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งแพทย์ในระบบ Telemedicine ก็มีหน้าที่เช่นเดียวกันในการรักษาภาพลักษณ์ของวิชาชีพผ่านพฤติกรรมออนไลน์

6. ปฏิบัติตนอยู่ในกรอบของกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ต้องศึกษาและยึดถือปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ ทั้งในด้านการประกอบโรคศิลปะ การให้บริการทางการแพทย์ การคุ้มครองข้อมูล และข้อบังคับเฉพาะเกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล เช่น ประกาศแพทยสภาที่ 54/2563 ว่าด้วยการแพทย์ทางไกล ซึ่งถือเป็นกรอบกฎหมายสำคัญในการปฏิบัติงานของแพทย์ในยุคดิจิทัล

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพื้นฐานของประเทศไทย

ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญตราไว้เพื่อเป็นหลักในการปกครองประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้ความสำคัญกับสิทธิและเสรีภาพของประชาชน โดยบัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล

จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และว่าด้วยหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ประชาชนภายในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ivo อย่างครอบคลุม หากมองลึกลงไปในถึงสิทธิในการรับบริการด้านสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 ให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กอปรกับ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 57 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง จากพื้นฐานแนวคิดดังกล่าวรัฐได้จัดให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) ในประเทศไทยรัฐจัดให้มีประกันสุขภาพภาครัฐ 5 ประเภท ดังนี้ 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme : UCS) 2. สิทธิประกันสังคม 3. สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ 4. สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น และ 5. สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2023)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ทุกคนที่เป็นคนไทยล้วนต้องได้รับสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานอย่างใดอย่างหนึ่งโดยที่ไม่ต้องกังวลว่าเวลาเข้าโรงพยาบาลหรือเกิดปัญหาด้านสุขภาพแล้วจะไม่มีสิทธิในการรักษา และเมื่อปี 2562 มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ไปทั่วทั้งโลก ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตหลายล้านราย และเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก การพร้อมรับมือกับโรคระบาดให้ทันท่วงทีย่อมเป็นหน้าที่ของระบบสาธารณสุขไทยที่ต้องแก้ไขปัญหา และมอบบริการการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดแก่คนไทยทุกคน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางอากาศจึงต้องมีการรักษาระยะห่าง บุคลากรผู้ดูแลก็ต้องสัมผัสตัวผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ผู้ป่วยเองก็ต้องมีการกักตัว และผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อก็ต้องแยกพื้นที่ห่างกับผู้ป่วยที่ติดไวรัสโควิด-16 แต่ด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และการบริหารงานที่เหมาะสม จึงเกิดการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine ขึ้นมาเพื่อลดอุปสรรคด้านระยะทาง หรืออุปสรรคของการเว้นระยะห่าง ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาที่ทั่วถึง ไม่เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ได้เป็นอย่างดี

2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความรู้สึกนามธรรม ที่ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ มีความสลับซับซ้อน จึงมีความยากที่จะวัดความพึงพอใจได้โดยตรง ดังนั้นนักวิชาการหลายท่าน จึงได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ดังนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความพึงพอใจ หมายถึงพอใจชอบใจพฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์หรือภาวะไม่ได้ดูละเอียดในร่างกายเมื่อมนุษย์สามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้แล้วมนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้กำหนดความหมายของคำว่า หมายถึงพอใจชอบใจพฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์หรือภาวะไม่ได้ดูละเอียดในร่างกายเมื่อมนุษย์สามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้แล้วมนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ

จิราพร กำจัดทุกข์ (2552) กล่าวถึงความหมายของ ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของการที่เป็นการยอมรับความรู้สึกที่ยินดี ความรู้สึกชอบในการที่ได้รับบริการ หรือได้รับการตอบสนองตามความคาดหวัง หรือความต้องการที่บุคคลนั้นได้ตั้งไว้

สมบัติ บารมี (2551) กล่าวถึงความหมายของ ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดจากทัศนคติในทางด้านบวกที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นนั้น ทั้งจากภายในและภายนอกของปัจเจกบุคคล

วิมลสิทธิ์ ทรยางกูร (2549) กล่าวถึงความหมายของ ความพึงพอใจว่า ความพึงพอใจเป็นการให้ค่าความรู้สึกของคนที่มีสัมผัสกับโลกทัศน์เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมค่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการจัดการจัดสภาพแวดล้อมจะแตกต่างกัน เช่น ความรู้สึกดี เลว พอใจ ไม่พอใจ สนใจ ไม่สนใจ

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) กล่าวถึงความหมายของ ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงออกในด้านบวกหรือลบ มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

ชัยสมพล ชาวประเสริฐ (2547) กล่าวถึงความหมายของ ความพึงพอใจ หมายถึง อารมณ์แห่งความสุขและความรู้สึกที่คุ้มค่าที่ได้ใช้บริการ โดยที่ความรู้สึกนั้นน่าจะสามารถทำให้เกิดความต้องการในการซ้ำ จนในที่สุดเกิดความติดใจต้องการใช้บริการกับธุรกิจนั้นให้นานเท่านาน เท่าที่ความพอใจนั้นจะยังคงอยู่ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ความจงรักภักดี (Customer loyalty) นั้นได้เกิดขึ้นแล้ว

Aday and Anderson (1975) (อ้างถึงในอรพินท์ ไชยพะยอม (2542)) กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการ เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการการรักษาพยาบาล และความรู้สึกของผู้รับการรักษาพยาบาล มีดังนี้ คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ได้แก่
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)
 - 1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability or Care When Need)
 - 1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานการบริการ (Coordination) ได้แก่
 - 2.1 การได้รับบริการครบทุกประเภทในสถานที่เพียงสถานที่เดียว (Getting All Need at One Place)
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctor for Overall Health)
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา (Follow-up Care)
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (Information about What Was Wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about Treatment) เช่น การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of Care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงจะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกในทางด้านบวก ที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การประเมินความพึงพอใจโดยผู้ใช้บริการจึงเป็นแบบประเมินที่สำคัญที่จะสามารถนำผลการประเมินมาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้นไปและสามารถสร้างความรู้สึกที่ดีต่อการกลับมาใช้บริการอีกครั้งแก่ผู้รับบริการ

2.6.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น ล้วนเกิดขึ้นจากสาเหตุหลักคือการมีสิ่งจูงใจ (Motive) หรือแรงขับเคลื่อน (Drive) ซึ่งเป็นความต้องการที่มีมากพอที่จะจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง (ช่อดาว เมืองพรหม, 2562) ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล

นั้นไม่เหมือนกัน จึงมีแนวความคิดว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา และเมื่อความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วก็จะไม่มีความหมายสำหรับบุคคลนั้นต่อไป

ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1954) (อ้างถึงในพิทยา บวรวัฒนา, 2550) ตั้งอยู่บนสมมติฐาน 3 ประการ ดังนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ โดยความต้องการนั้นไม่มีที่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ความต้องการมีอิทธิพลก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หากความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่ใช่ตัวก่อให้เกิดพฤติกรรมอีก
3. ความต้องการของมนุษย์ จะมีลักษณะความต้องการเป็นลำดับขั้นจากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด และเมื่อความต้องการในระดับแรกได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในลำดับที่สูงขึ้นต่อไป ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) คือ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม อากาศ การพักผ่อน ความต้องการทางเพศ ความต้องการความอบอุ่น ต้องการขจัดความเจ็บป่วยและต้องการรักษาความสมดุลของร่างกาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) คือ มนุษย์ต้องการอยู่อย่างสงบ มีระเบียบวินัย และไม่รุกรานผู้อื่น ความต้องการในระดับนี้อาจแยกย่อยได้ เช่น ความมั่นคงในครอบครัว ความมั่นคงปลอดภัยในอาชีพ การมีหลักประกันชีวิต มีผู้ดูแลเอาใจใส่ยามชราและยามเจ็บไข้ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ความต้องการการยอมรับจากสังคม (Social needs) คือ มนุษย์ต้องการจะแสดงความเป็นเจ้าของ ทั้งจากสถานะของผู้มอบและผู้รับความรัก ความเอ็นดู ความเอาใจใส่ที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง ความต้องการได้รับการยกย่องจากผู้อื่น ความต้องการการยอมรับจากกลุ่ม เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem need) คือ การแสวงหาความต้องการมีเกียรติยศ การได้รับยกย่อง การได้รับการยอมรับ จากคนในสังคม การมีสถานภาพที่ดีทางสังคม มีชื่อเสียง และมีความต้องการที่จะได้รับคำชมเชยจากสิ่งที่ตนกระทำ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้มนุษย์รู้สึกถึงการมีคุณค่าในความสามารถที่ตนได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ขั้นที่ 5 ความต้องการตระหนักในตนเอง (Self-actualization need) คือ เป็นความต้องการสูงสุดของแต่ละบุคคล เช่น ความต้องการที่จะทำทุกอย่างให้สำเร็จ ความต้องการทำทุกอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นต้นเป็นตัวของตัวเองและประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง เป็นต้น (ระกัสสร, 2561)

จากแนวคิดและทฤษฎีและความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจทั้งหมดข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการกับคุณภาพของการบริการของผู้ให้บริการ จะมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการของบุคคล ซึ่งระบบบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) สามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานขั้นที่หนึ่งคือ ความต้องการด้านร่างกาย นั่นคือ มนุษย์ต้องการขจัดความเจ็บป่วยและต้องการรักษาความสมดุลของร่างกายให้ปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ การมอบการดูแลรักษาให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับย่อมสอดคล้องและเติมเต็มความต้องการขั้นพื้นฐานขั้นที่หนึ่งได้ และที่สำคัญคือสามารถนำมาปรับใช้กับระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของทั้งผู้ให้บริการ และผู้ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยในบ้านของโรงพยาบาลรณรงค์ได้

2.7 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการและคุณภาพการบริการ

การบริการ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมหรือกระบวนการใด ๆ แก่ผู้รับบริการ โดยเป็นการส่งมอบการปฏิบัติในรูปแบบที่จับต้องไม่ได้ (Intangible) แก่ผู้รับบริการ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ โดย พิระพัฒน์ ตันตรัตนพงษ์ (2544) กล่าวถึงเป้าหมายสำคัญของการบริการที่ดีคือต้องส่งผลด้านบวกต่อผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึก ทัศนคติ ความคิดทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางที่ดี และเกิดความพึงพอใจในการให้บริการ

2.7.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

มานพ ชุ่มอ่อน (2546) กล่าวถึงการบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ต้องประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก โดยแต่ละปัจจัยเปรียบเสมือนด้านแต่ละด้านของสามเหลี่ยมด้านเท่า โดยภายในสามเหลี่ยมจะบรรจุวงกลมที่เสมือนผู้รับบริการและจำเป็นต้องมีปัจจัยทั้งสามด้านให้ครบในสัดส่วนที่เหมาะสม ห้ามขาด

ตัวใดตัวหนึ่ง เรียกว่า ทฤษฎีสามเหลี่ยมแห่งบริการ Service Triangle (ST) โดยมีหลักสำคัญในการบรรลุเป้าหมายบริการคือ การสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการหรือผู้ใช้บริการ หมายถึงการบริหารงาน เพื่อให้ปัจจัยแห่งสามเหลี่ยมแห่งบริการนี้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกันดังนี้ คือ

1. กลยุทธ์ (Strategy or Purpose) เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตามที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะต้องมีความแม่นยำตรงเพื่อให้เข้าเป้าหมายได้ดี ควรเป็นกลยุทธ์ที่อยู่บนพื้นฐานที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ (Customer Driven Strategy)

2. ระบบงาน (System or Process) จะต้องทำให้ระบบการให้บริการขององค์กรเป็นแบบ Customer Friendly System หมายถึงระบบการทำงานองค์กรเรียบง่ายไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย มีความคล่องตัวสูงและกฎระเบียบต่าง ๆ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการที่ดีกับผู้รับบริการ

3. พนักงาน (Staff or People) พนักงานในทุก ๆ ระดับความรับผิดชอบในส่วนของงานบริการ จะต้องได้รับการพัฒนาและปรับพฤติกรรมการทำงานให้มีลักษณะ Service-conscious คือ มีจิตสำนึกที่ดีต่อการบริการ

2.7.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ

การให้บริการที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ทำให้การบริการขององค์กรประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะองค์กรที่มีรูปแบบการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน เพราะคุณภาพการบริการนั้นเป็นข้อกำหนดหนึ่งที่ประชาชนนำมาพิจารณาในการเลือกรับเข้าบริการ (ช่อดาว เมืองพรหม, 2562)

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2541) กล่าวว่า คุณภาพการบริการเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจให้บริการ และเสนอเกณฑ์พิจารณาคุณภาพการให้บริการตาม que ผู้รับบริการคาดหวัง ดังนี้

1. บริการที่นำเสนอโดยพิจารณาจากความคาดหวังของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

1.1 การให้บริการพื้นฐานเป็นชุด ซึ่งได้แก่ สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับจากกิจกรรมที่เข้ารับบริการ เช่น บริการพื้นฐานของโรงแรม ได้แก่ ความสะอาด ความสุขสบายในการเข้าพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานทั่วไปที่โรงแรมมีให้แก่ผู้พัก เป็นต้น

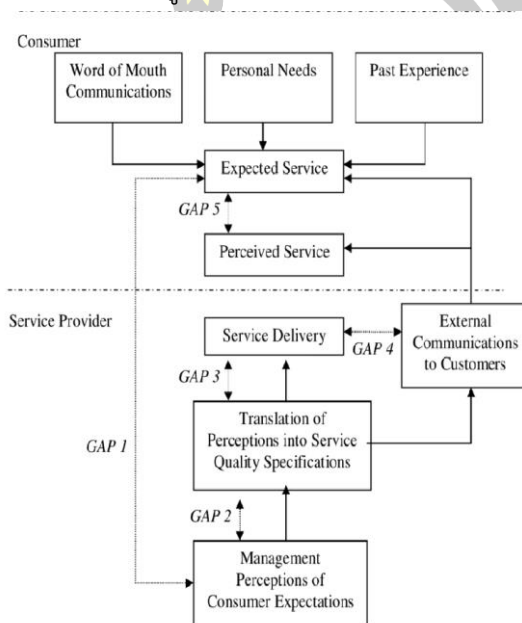
1.2 การให้บริการเสริม ได้แก่ บริการที่มีเพิ่มเติมเหนือจากบริการพื้นฐานทั่วไป เช่น โรงแรมมีสวนหย่อม สระว่ายน้ำ ห้องอาหารเช้า เป็นต้น

2. การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอเหนือกว่าคู่แข่ง เป็นการตอบสนองต่อความคาดหวังในคุณภาพการบริการของผู้รับบริการ โดยความคาดหวังมักเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เปรียบเทียบบริการที่รับรู้กับบริการที่คาดหวัง ถ้าบริการที่รับรู้ต่ำกว่าบริการที่คาดหวังไว้ ผู้รับบริการจะไม่สนใจ ขณะเดียวกันถ้าบริการที่ได้รับนั้นสูงกว่าความคาดหวัง ผู้รับบริการจะใช้บริการนั้นซ้ำอีก

3. ภาพลักษณ์ เป็นการสร้างภาพลักษณ์สำหรับองค์กรที่ให้บริการ โดยอาศัยสัญลักษณ์ตราสินค้า โดยอาศัยเครื่องมือการโฆษณาและการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

2.7.3 หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการ

Parasuraman, Zeithaml และ Berry (1985) (อ้างถึงในพิณทิพ ทศนา (2550) ได้กำหนดปัจจัยหรือเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการของลูกค้าที่เรียกว่า SERVQUAL (Service Quality) ไว้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 3 โมเดลคุณภาพการบริการ SERVQUAL (Service Quality)

ที่มา: Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985)

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ หมายถึง การมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพที่สามารถจับต้องได้ จึงต้องมีรูปแบบการประเมินจากสภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่มีตัวตน โดยการประเมินจะเน้น 2 ส่วน คือ

1.1 เน้นที่อุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกทางวัตถุ เช่น โต๊ะให้บริการเก้าอี้สำหรับนั่งรอ ชั้นวางของ ป้ายหรือสัญลักษณ์ เป็นต้น

1.2 เน้นที่พนักงานและวัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เช่น การแต่งกายของพนักงาน โดยประเด็นในการประเมิน ได้แก่

1.2.1 มีอุปกรณ์ที่ใหม่และทันสมัย

1.2.2 ผู้รับบริการสามารถสังเกตเห็นสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้

1.2.3 พนักงานของบริษัทมีความสุภาพเรียบร้อย

- 1.2.4 สิ่งอำนวยความสะดวกนั้นมีความสอดคล้องกับการให้บริการ
2. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการ ได้ตามที่ได้ให้สัญญาไว้กับผู้รับบริการอย่างน่าเชื่อถือ ถูกต้องและสม่ำเสมอ ได้แก่
 - 2.1 บริษัทได้ให้บริการตามที่ได้สัญญาไว้
 - 2.2 เมื่อผู้รับบริการหรือลูกค้ามีปัญหา บริษัทแสดงออกถึงความจริงใจในการแก้ปัญหา
 - 2.3 บริษัทให้การบริการที่ถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้บริการ
 - 2.4 บริษัทได้ให้บริการตรงตามเวลาสัญญาไว้
 - 2.5 บริษัทไม่มีประวัติในเรื่องความผิดพลาดในการให้บริการ
3. การตอบสนองต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ หมายถึง ความมุ่งมั่นเต็มใจที่จะช่วยเหลือลูกค้าหรือผู้รับบริการ การให้บริการอย่างรวดเร็ว ว่องไวและการพร้อมให้บริการอยู่เสมอ ซึ่งจะสามารถสะท้อนถึงการเตรียมการของบริษัทในการให้การบริการแก่ลูกค้า โดยประเด็นในการประเมิน ได้แก่
 - 3.1 พนักงานได้แจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่าได้รับบริการเมื่อใด
 - 3.2 พนักงานมีความพร้อมที่จะให้บริการได้ทันทุกที่
 - 3.3 พนักงานเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ
 - 3.4 พนักงานไม่ยุ่งเกินไปที่จะตอบสนองต่อคำร้องขอของผู้รับบริการ
4. การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการควรจะต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับลูกค้าที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความสามารถของพนักงาน ความรู้ทักษะในงานบริการของพนักงาน พนักงานต้องจะต้องทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงความปลอดภัยจากอันตราย ลดความเสี่ยงและความกังวลเมื่อเข้ารับบริการ ซึ่งประเด็นที่ใช้ประเมินในเรื่องการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ ได้แก่
 - 4.1 พนักงานให้บริการโดยแสดงออกให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจในการได้รับการบริการ
 - 4.2 ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยเมื่อมาใช้บริการ
 - 4.3 พนักงานมีมารยาทที่ดีต่อผู้รับบริการทุกครั้งที่มาใช้บริการ
 - 4.4 พนักงานมีความรู้ ความสามารถที่จะตอบคำถามของผู้รับบริการอย่างทันทุกที่
5. ความเห็นอกเห็นใจ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ การให้ความสำคัญในการบริการแก่ผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกัน โดยประเด็นที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่
 - 5.1 บริษัทให้ความเอาใจใส่แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

5.2 บริษัทเปิดให้บริการในเวลาที่เหมาะสมแก่การมาใช้บริการของผู้รับบริการ

5.3 พนักงานของบริษัทให้ความเอาใจใส่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

5.4 บริษัทยึดหลักความสนใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

5.5 พนักงานเข้าใจความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้รับบริการ

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการและคุณภาพการบริการที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ การให้บริการที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยหลักและหัวใจที่สำคัญในการทำให้แต่ละองค์กรประสบความสำเร็จ มีความแตกต่าง โดดเด่นจากองค์กรอื่น และการที่องค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีการปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะองค์การทางด้านสุขภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลร่งคำ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล ปัญหาที่พบ รูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ให้บริการ และประชาชน ต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลร่งคำ

2.8 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ช่อดาว เมืองพรหม (2562) กล่าวถึงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า หมายถึง กลไกในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างมีระบบ มีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินตนเองและการประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก ซึ่งจะเป็นองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง จุดประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นเป็นผลการรับรองที่น่าเชื่อถือ

2.8.1 เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อก่อประโยชน์แก่ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาล ดังนี้

1. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนจากรักษา คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น
2. ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานลง ลดความเสี่ยงต่อการเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานให้ดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น
3. ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นแหล่งเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ตลอดเวลา และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืนต่อไป

2.8.2 เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

1. เพื่อการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทั้งโรงพยาบาล รัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนควรจะต้องกระทำ เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบการให้บริการ สุขภาพของโรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแล ผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน

3. เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้เข้ารับบริการ

4. เพื่อสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้เข้ามาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและร่วมผู้ประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

2.8.3 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation (HA) คือ การรับรองว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ อันเกิดจากระบบการทำงานที่ดีของโรงพยาบาล มีการดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังและเอื้ออาทร Hospital Accreditation แปลว่า “การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” เป็นการบูรณาการเนื้อหาสำคัญ โดยแบ่งเป็น 6 หมวด 20 ประเด็น หมวดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย คือ หมวดที่ 6 ได้แก่ การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว การประเมินและวางแผนดูแลรักษาระบบการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการเตรียมจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้แบ่งลำดับชั้นของการ ประเมินและรับรองเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การดำเนินการเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหาความเสี่ยงต่าง ๆ แล้ว นำมาแก้ไขป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ โดยจะต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้โดยไม่ปรากฏความเสี่ยงทางด้าน โครงสร้างกายภาพและกำลังคนที่ชัดเจน ขั้นที่ 1 มีขั้นตอนในการปฏิบัติงาน 2 ช่วง คือ

1. การเตรียมการ โดยการทำความเข้าใจของผู้บริหารเพื่อตัดสินใจกำหนดผู้รับผิดชอบ และรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วยของโรงพยาบาล

2. การพัฒนาและเรียนรู้ การฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงรวมทั้งการจัดทาแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ขั้นที่ 2 การบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกระดับ ขั้นที่ 2 มีขั้นตอนในการปฏิบัติงาน 1 ช่วง คือการ ดำเนินการทำกิจกรรมคุณภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินงานระดับบุคคลทั่วทั้งองค์กร โดยให้หัวหน้าแต่ละ หน่วยหน่วยงานต้องรับผิดชอบต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยมีการเชื่อมโยงระบบงานข้อมูลข่าวสารและความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจนจนเกิดวัฒนธรรมองค์กร โดยขั้นที่ 3 มีขั้นตอนในการปฏิบัติงาน 1 ช่วง คือ การบูรณาการและวางรากฐานการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจบูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกันวางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายครั้งต่อไปให้สูงขึ้น

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.9.1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ณัฐภัสสร เต็มขุนทด (2564) ศึกษาผลของการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ศึกษาศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (DSMES) และติดตามต่อเนื่องกลุ่มทดลองได้รับการติดตามสุขภาพทางไกล โดยผู้วิจัยการสื่อสารให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สร้างทักษะการดูแลตนเองผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ DSME และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (SMBG) เฉพาะในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด ผลการวิจัยพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) และน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงแต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตามสุขภาพทางไกล (telehealth) มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) และน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (telehealth) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี (poor control) เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเรื่องผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง(SMBG) การใช้ยาลดระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และดูแลเฝ้าระวัง (monitoring) หรือติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (selfmanagement) และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ดังนั้นการใช้telehealth เพื่อเป็นริโมทควบคุม (remote monitoring) ด้วยเทคโนโลยีหรือแอปพลิเคชัน การสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะรายงานผลการติดตามระดับน้ำตาล ความดันโลหิต รวมถึงอาการผิดปกติอื่นๆ และจะได้รับการตอบกลับเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างทันท่วงที เพื่อให้มีความสามารถในการ

ดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะช่วยให้ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลดีขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

Russo และคณะ (2022) ได้ศึกษาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการให้คำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ว่ามีคุณภาพและประสิทธิภาพเทียบเท่าการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบตัวต่อตัวหรือไม่อย่างไร โดยเป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทางคลินิกที่รวบรวมระหว่างปี 2019 และ 2020 จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมคลินิกเบาหวานต่าง ๆ ทั่วประเทศอิตาลี ที่ทำงานร่วมกับสมาคมแพทย์เบาหวานประเทศอิตาลี (AMD Annals Initiative) ซึ่งมีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการรักษา (มีจำนวนเป็น 1 ใน 3 จากคลินิกทั่วประเทศ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แสดงระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่ลดลง ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวาน กลุ่มที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการใช้การติดตามตรวจสอบพารามิเตอร์ต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะการตรวจตาและเท้า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีคุณภาพการดูแลที่ดี (คะแนน Q > 25) สูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบพบหน้า นอกจากนี้ ในกลุ่มที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญทั้งหมดยังคงเสถียรเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เกิดขึ้นใน 2562 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันนี้ได้รับการรักษาแบบพบหน้าตามปกติ บ่งชี้ว่าการดูแลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อพารามิเตอร์ที่สำคัญที่สุด ดังนั้นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้การรักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ เทียบได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการปรึกษาแบบเห็นหน้ากัน แม้ว่าอัตราการการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจะคัดกรองได้น้อยในอาสาสมัครที่ได้รับคำปรึกษาจากการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากกว่าแบบการปรึกษาแบบเห็นหน้ากันก็ตาม

Shepperd และคณะ (2016) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเลี่ยงการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยวิธีการรักษาแบบผู้ป่วยใน (Admission avoidance hospital at home) และให้บริการการปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่บ้านของผู้ป่วยแทนการดูแลแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล และจะให้บริการเป็นระยะเวลาจำกัดเท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบ Systemic Review จาก the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE และอื่นๆอีก 2 แห่ง เพื่อที่จะประเมินประสิทธิภาพและต้นทุนในการจัดการผู้ป่วยที่รักษาที่บ้านเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการนอนรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าจากการคัดผู้เข้าร่วมทั้งหมด 1,814 ราย โดยการทดลอง 3 รายการ การทดลองที่ 1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื่องร้อง การทดลอง 2 ราย คือการคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่กำลังฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง และนำการทดลอง 6 รายการคือผู้เข้าร่วมที่มีภาวะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์แบบเฉียบพลันซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และการทดลองที่เหลือคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีภาวะต่าง ๆ ผสมผสานกัน พบว่าการการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Hospital at home) อาจสร้างความแตกต่างเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลยในอัตราการเสียชีวิตในช่วงติดตามผล 6 เดือน มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลยในอัตราความน่าจะเป็นที่จะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น (หรือรับเข้าใหม่) และอาจลดโอกาสในการใช้ชีวิตในระบบดูแลผู้ป่วยในที่พักฟื้นในช่วงติดตามผล 6 เดือน ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลสุขภาพอาจดีขึ้นด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน รายงานการศึกษาน้อยมากที่รายงานผลกระทบต่อผู้ดูแล เมื่อไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ไม่เป็นทางการ การหลีกเลี่ยงการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่บ้าน อาจมีอาจมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากว่าการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉียบพลัน ส่วนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหรือการรักษาที่มีความผันแปรหลากหลายจากทั้งสองวิธีการรักษาตั้งแต่ลดเวลาการรักษา ลงจากปกติ 8.09 วัน จนถึงการเพิ่มระยะเวลาการรักษา 15.39 วัน ในการทดลองที่คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ไปจนถึงการเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 15.90 วัน ในการศึกษาที่คัดเลือกผู้ป่วยที่กำลังฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital at home) โดยมีตัวเลือกในการส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่น (Refer) อาจเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพแทนการดูแลผู้ป่วยในแบบดั้งเดิมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพิเศษที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามหลักฐานมีข้อจำกัดเนื่องจากการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมขนาดเล็กที่รวมอยู่ในบทวิจารณ์ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์หลักของวิจัยนี้มีความไม่แม่นยำในระดับหนึ่ง

Shepperd และคณะ (2021) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment หรือ CGA) โดยการรักษาที่บ้าน (Hospital at Home หรือ HAH) นั้น สามารถทดแทนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้หรือหรือไม่ โดยทำการทดลองแบบ Multisite randomized control trial ทำในโรงพยาบาลและสถานที่ชุมชน 9 แห่งในสหราชอาณาจักร ผลการทดลองพบว่า การหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโดยการรักษาที่บ้าน (Hospital at Home) ร่วมกับการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) ส่งผลให้มีผลลัพธ์การรักษาในด้าน การติดตามผลการรักษา อัตราการเสียชีวิต นั้นคล้ายคลึงกันกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบปกติ รวมถึงการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบระยะยาว ในระยะระหว่าง 6 เดือนในการรักษานั้นลดลง ดังนั้นบริการการรักษาที่บ้าน (Hospital at Home) ประเภทนี้สามารถเป็นทางเลือกอื่นแทนการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุได้

Megido และคณะ (2023) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) เมื่อเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาล (Hospital care) โดยศึกษาในรูปแบบ a retrospective analysis จากฐานข้อมูล A review of the costs of patients in CBHH at Maccabi Healthcare Services (MHS) ของ Community-Based Home Hospitalization (CBHH) ในประเทศอิสราเอล ผลการศึกษาพบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาติดตามผลนั้นต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มของผู้ป่วยที่รับการรักษาที่บ้านหรือ Community-Based Home Hospitalization (CBHH) เมื่อเทียบกับกลุ่มนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ จำนวนวันเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยรักษาที่บ้าน (CBHH) ยังต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่าผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล 4.3 วัน นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันนั้นสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับกลุ่ม CBHH และผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนวันที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่า การวิจัยนี้จึงชี้ให้เห็นว่าความคุ้มค่าของการรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้าน (CBHH) จะต่ำกว่าการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมด้านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถสรุปลงเป็นตารางทบทวนวรรณกรรมตามตารางดังนี้

ตารางที่ 13 การทบทวนวรรณกรรม ด้านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 9(9), CD007491. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพและต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันแบบ Hospital at Home เมื่อเทียบกับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลดั้งเดิม
ระเบียบวิธีวิจัย	วิเคราะห์ทอธีมาน (Systematic Review) จากฐานข้อมูลวิชาการคุณภาพสูง ได้แก่ Cochrane CENTRAL, MEDLINE, EMBASE และอื่น ๆ รวมการทดลองแบบ RCT จำนวน 16 การทดลอง รวมผู้เข้าร่วม 1,814 ราย
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน - อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใกล้เคียงกัน - ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลที่บ้านมากขึ้น - มีแนวโน้มต้นทุนต่ำกว่า หากไม่รวมค่าใช้จ่ายไม่เป็นที่ทางการ

	- ระยะเวลาในการรักษามีความผันแปรขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ป่วย
หัวใจสำคัญ / ธีม หลักของ การศึกษา	การดูแลผู้ป่วยแบบเฉียบพลันที่บ้านสามารถเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและ คุ้มค่าสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเฉพาะราย โดยไม่ลดทอนคุณภาพของการ ดูแลรักษา
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	จุดแข็ง: เป็น systematic review จากฐานข้อมูลระดับสูง ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย หลากหลาย จุดอ่อน: จำนวนตัวอย่างของแต่ละการทดลองน้อย ความไม่แม่นยำของผลลัพธ์ ช่องว่าง: ขาดข้อมูลผลกระทบเชิงจิตสังคมต่อผู้ดูแล และยังไม่ครอบคลุมบริบท ประเทศกำลังพัฒนา
ความเหมือนและ ความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: สอดคล้องกับแนวโน้มงานวิจัยนานาชาติที่ชี้ถึงความคุ้มค่าและ ประสิทธิภาพของ Hospital at Home เช่น Russo และคณะ (2022), Udsen และคณะ (2023) ความต่าง: งานวิจัยของ Shepperd และคณะ (2016) เน้นกลุ่มผู้ป่วยเฉียบพลัน และผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และใช้หลักฐานเชิงระบบจาก Cochrane ซึ่งมีน้ำหนัก ทางวิชาการสูง
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้และข้อดีของระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่ บ้าน (Hospital at Home) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับบริบท ของโรงพยาบาลรณรงค์ขนาดเล็กในประเทศไทยอย่างโรงพยาบาลรณรงค์คำ ที่มี ข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร การใช้บริการแพทย์ทางไกลเพื่อเสริม Hospital at Home จึงเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และต่อยอดในการศึกษานี้
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Shepperd, S., Butler, C., Craddock-Bamford, A., Ellis, G., Gray, A., Hemsley, A., Khanna, P., Langhorne, P., Mort, S., Ramsay, S., Schiff, R., Stott, D. J., Wilkinson, A., Yu, L. M., & Young, J. (2021). Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons? : A Randomized Trial. <i>Annals of internal medicine</i> , 174(7), 889–898. https://doi.org/10.7326/M20-5688
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจสอบว่าการให้บริการ Hospital at Home (HAH) ร่วมกับการประเมิน ผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)

	สามารถเป็นทางเลือกแทนการนอนรักษาในโรงพยาบาลแบบเดิมได้หรือไม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ
ระเบียบวิธีวิจัย	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมหลายไซต์ (Multisite Randomized Controlled Trial: RCT) ดำเนินการในโรงพยาบาลและสถานที่ในชุมชนจำนวน 9 แห่งในสหราชอาณาจักร โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่รับบริการ HAH + CGA กับกลุ่มที่รักษาแบบผู้ป่วยในตามปกติ
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเสียชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ คล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มที่รักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่ม HAH + CGA - การใช้บริการโรงพยาบาลระยะยาวลดลงในกลุ่ม HAH + CGA - บริการ HAH + CGA มีศักยภาพในการเป็นทางเลือกทดแทนการรับรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
หัวใจสำคัญ / อีเอ็มหลักของการศึกษา	การผสมผสานการประเมินแบบ CGA กับบริการ Hospital at Home สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เทียบเท่ากับการรักษาในโรงพยาบาลแบบดั้งเดิม และลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพได้
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: เป็นการวิจัย RCT ขนาดใหญ่ มีหลายไซต์วิจัย และมีกลุ่มเปรียบเทียบชัดเจน</p> <p>จุดอ่อน: ศึกษาเฉพาะบริบทของสหราชอาณาจักร อาจจำกัดการประยุกต์ใช้ในประเทศกำลังพัฒนา</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบเชิงจิตใจหรือประสบการณ์ของผู้ดูแลและครอบครัวในเชิงลึก</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: สอดคล้องกับ Shepperd และคณะ (2016) ที่สนับสนุนการใช้ Hospital at Home สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>ความต่าง: งานวิจัยนี้เน้นการผนวกการประเมินแบบ CGA เข้ากับบริการ HAH ซึ่งเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่างานก่อนหน้า</p>
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินแบบครอบคลุม (CGA) ควบคู่กับ Telemedicine เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Home Ward มีคุณภาพเทียบเท่าการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	ณัฐภัทสร เดิมขุนทด. (2564). ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 65, 75-90.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้การจัดการตนเอง (DSMES) แต่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในรูปแบบสองทาง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามเฉพาะวันที่มาพบแพทย์
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	ทั้งสองกลุ่มมีค่า HbA1C และ FBS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มที่ได้รับการติดตามทางไกลมีผลลัพธ์การลดระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม การใช้เทคโนโลยีช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วย
หัวใจสำคัญ / อิมหลักของการศึกษา	การใช้เทคโนโลยี Telehealth เพื่อการติดตามสุขภาพอย่างใกล้ชิด มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้แอปพลิเคชันที่เข้าถึงง่าย (LINE) สื่อสารแบบสองทาง ช่วยติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>จุดอ่อน: กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะแห่ง (วชิรพยาบาล)</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่ครอบคลุมผลกระทบด้านคุณภาพชีวิต ความเครียด หรือประสบการณ์เชิงลึกของผู้ป่วยและครอบครัว</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: สอดคล้องกับแนวทางการใช้ Telemedicine เพื่อส่งเสริม self-management ในโรคเรื้อรัง</p> <p>ความต่าง: มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีในรูปแบบเรียบง่ายและเข้าถึงง่าย (LINE) ในบริบทไทย ชี้ให้เห็นถึงการนำเทคโนโลยีพื้นฐานมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
สิ่งที่ได้จากการทบทวน	งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแม้ใช้เทคโนโลยีพื้นฐานอย่าง LINE ก็สามารถพัฒนา Telemedicine ที่มีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วรรณกรรม	หรือพื้นที่ทรัพยากรจำกัด ดังนั้นแนวทางการใช้การสื่อสารสองทางในการติดตามผู้ป่วยระยะไกล สามารถนำมาปรับใช้กับระบบ Home Ward เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Megido, I., Sela, Y., & Grinberg, K. (2023). Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. <i>Cost effectiveness and resource allocation : C/E</i> , 21(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12962-023-00424-0
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้าน (CBHH) เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษานี้เก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในระบบดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบเข้มข้น (CBHH) กับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,374 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 1,687 ราย ซึ่งจับคู่ตามอายุและเพศ และครอบคลุมช่วงเวลา มกราคม 2018 – กรกฎาคม 2020
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	ผู้ป่วยในระบบ CBHH มีจำนวนครั้งและวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และมีต้นทุนต่อวันต่ำกว่า ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุ เบาหวาน และผู้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มพักรักษานานกว่า
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	ต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยในระบบ CBHH จะต่ำกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล การบริหารจัดการระบบ CBHH มีลักษณะเฉพาะที่เน้นการประเมินความเป็นไปได้ทางการเงินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการพัฒนาและขยายบริการในอนาคต
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ข้อมูลจริงจากระบบสุขภาพชุมชนขนาดใหญ่ - วัดผลด้านต้นทุนและทรัพยากรอย่างชัดเจน <p>จุดอ่อน:</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นการศึกษาย้อนหลัง ไม่มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนทั้งหมด - ไม่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง <p>ช่องว่าง: ยังขาดข้อมูลด้าน ประสบการณ์ผู้ป่วย และความพึงพอใจในบริการ</p>
ความเหมือนและความต่างจาก	<p>ความเหมือน:</p> <ul style="list-style-type: none"> - คล้ายงานของ Shepperd และคณะ (2021) ที่พบว่า Home Ward ลดการ

งานวิจัยอื่น ๆ	<p>นอนโรงพยาบาลได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอดคล้องกับงานของ Russo และคณะ (2022) ที่ยืนยันประสิทธิภาพของการรักษานอกโรงพยาบาล <p>ความต่าง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยของ Megido และคณะ (2023) เน้น “ต้นทุน” และ “ทรัพยากร” ขณะที่บางงานเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกหรือความพึงพอใจ - ใช้ข้อมูลจากระบบสุขภาพเดียว (MHS) ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะของอิสราเอล
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนแนวคิดที่ว่า Home Ward มีความคุ้มค่าและลดการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาล - ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อเสนอรูปแบบบริการ Home Ward ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน - ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนร่วมกับผลลัพธ์ทางคลินิกในระบบ Telemedicine
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	<p>Russo, G. T., Andreozzi, F., Calabrese, M., Di Bartolo, P., Di Cianni, G., Bruno Giorda, C., Lapice, E., Manicardi, E., Giandalia, A., Lucisano, G., Nicolucci, A., Rocca, A., Rossi, M. C., Spreafico, E., Vespasiani, G., Manicardi, V., & AMD Annals study group (2022). Role of telemedicine during COVID-19 pandemic in type 2 diabetes outpatients: The AMD annals initiative. <i>Diabetes research and clinical practice</i>, 194, 110158. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110158</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อศึกษาว่าการให้คำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เทียบเท่ากับการรักษาแบบพบหน้าหรือไม่ โดยเฉพาะในบริบทของการระบาดของโควิด-19</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>การศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของคลินิกเบาหวานทั่วประเทศอิตาลี ที่ทำงานร่วมกับสมาคมแพทย์เบาหวานแห่งอิตาลี (AMD Annals Initiative) ช่วงปี 2019-2020 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่าน Telemedicine กับผู้ที่เข้ารับการรักษแบบพบหน้า</p>
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่ม Telemedicine มีค่า HbA1c ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา - มีการติดตามค่าทางคลินิกลดลง เช่น การตรวจตาและเท้า

	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่ม Telemedicine มีสัดส่วนคุณภาพการดูแล (Q > 25) สูงกว่า - พารามิเตอร์สุขภาพโดยรวมไม่มีความแตกต่างจากปีที่เข้ารับการรักษแบบพบหน้า - ยืนยันว่า Telemedicine มีประสิทธิภาพในช่วงการระบาดของโควิด-19
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของ การศึกษา	Telemedicine สามารถทดแทนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบพบหน้าได้ในบริบทของโรคระบาด โดยไม่ลดทอนคุณภาพการดูแลในภาพรวม แม้การตรวจคัดกรองบางอย่างจะลดลง
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้ข้อมูลจริงจากหลากหลายคลินิกทั่วประเทศ และช่วงเวลาที่เหมาะสมกับบริบทโควิด-19</p> <p>จุดอ่อน: ขาดข้อมูลการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เช่น ความสม่ำเสมอในการเข้ารับบริการ ค่าการปฏิบัติตามคำแนะนำรายบุคคล</p> <p>ช่องว่าง: ไม่มีการวิเคราะห์เชิงลึกเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</p>
ความเหมือนและ ความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายกับงานของ ญัฐภัตสร เดิมขุนทด (2564) ที่แสดงให้เห็นว่า Telemedicine มีส่วนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและส่งเสริมการดูแลตนเอง</p> <p>ความต่าง: งานของ Russo และคณะ (2022) ที่ใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ระดับประเทศ และเปรียบเทียบก่อน-หลังโควิด ในขณะที่งานของญัฐภัตสรเป็นการทดลองในกลุ่มย่อยและใช้แอปพลิเคชัน Line เป็นสื่อกลางในการให้คำปรึกษา</p>
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ยืนยันว่า Telemedicine มีศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ได้ในระดับที่ใกล้เคียงกับระบบดั้งเดิม - แนวคิดเรื่องการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการวัดคุณภาพการดูแลด้วยดัชนีเชิงปริมาณ เช่น ค่า HbA1c หรือคะแนน Q สามารถนำมาเป็นแนวทางในการประเมินระบบ Home Ward - ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงการคัดกรองสามารถนำไปพิจารณาในการออกแบบระบบ Telehealth ที่ผสมผสานระหว่าง on-site กับ online ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.9.2 ปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

Van den Heuvel และคณะ (2020) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดตามอาการทางไกลที่บ้าน (Home-based telemonitoring) เปรียบเทียบกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยทำการศึกษาวิจัยรูปแบบการใช้กลุ่ม Facebook ที่ปลอดภัยในการจัดกลุ่มสนทนาออนไลน์แบบ Focus group 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสนทนา 2 กลุ่มกับสตรีที่เข้ารับการรักษาในระหว่างตั้งครรภ์ และอีก 2 กลุ่มกับสตรีที่ได้รับการติดตามทางไกลที่บ้านในระยะนำร่อง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหัวข้อ คือ 1) ประสบการณ์การดูแล 2) อารมณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 3) ความเป็นส่วนตัว และ 4) ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่รายงานว่ารู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวลมากขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นทำให้ขาดความเป็นส่วนตัวซึ่งเป็นปัญหาที่น่ากังวลอย่างยิ่ง เนื่องจากส่งผลต่อการติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและครอบครัว ซึ่งปัญหานี้ไม่ได้รับการรายงานในกลุ่มผู้หญิงที่รับการติดตามอาการทางไกล ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มนี้ยังคงรู้สึกเหมือนเป็นผู้ป่วยในบางครั้ง แต่ตอบการได้นอนพักที่บ้านและเตียงนอนของตนเองนั้นของตนเองนั้นสร้างความน่าพอใจเป็นอย่างมาก มีผู้เข้าร่วมที่ติดตามอาการทางไกลเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รายงานว่ารู้สึกวิตกกังวลในบางครั้งเมื่ออยู่ที่บ้าน ในขณะที่ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลอยู่ใกล้ๆ การอยู่บ้านทำให้คู่ครองหรือครอบครัวใช้เวลาเดินทางน้อยลงในการไปเยี่ยมโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อชีวิตครอบครัว จากการทดลองจึงสรุปได้ว่าการติดตามตรวจสอบการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทางไกล (Home-based telemonitoring) ถือเป็นวิธีการใหม่ในการติดตามตรวจสอบภาวะของทารกในครรภ์และมารดาจากที่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การติดตามตรวจสอบทางไกลช่วยให้สตรีอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สบายใจและมีความเป็นส่วนตัวในช่วงเวลาที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวลในชีวิต

Sloan และคณะ (2022) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในโรคข้อ (Rheumatoid) ในระหว่างที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงปี เพื่อสำรวจความยอมรับ ความชอบ และประสบการณ์ในหมู่ผู้ป่วยและแพทย์ในการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการรักษาโรคไขข้อ ในประเทศอังกฤษ โดยวิธีการศึกษาวิเคราะห์แบบผสมผสานตามลำดับ ศึกษาแบบสำรวจและการสัมภาษณ์เชิงลึก ความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มในมุมมองของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้รับการตรวจสอบสำหรับผู้ป่วยและแพทย์โดยใช้ T-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและแพทย์ประเมินว่าการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แย่กว่า

การศึกษาแบบพบหน้ากันเกือบทุกหมวดหมู่ แม้ว่า >60% จะพบว่าสะดวกกว่าก็ตาม การสร้างความสัมพันธ์ทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจและความแม่นยำในการประเมินการรักษาถือเป็นปัญหาสำคัญ (แพทย์ 93% และผู้ป่วย 86% ระบุว่า การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แยกว่าการศึกษาแบบพบหน้ากันในด้านความแม่นยำในการประเมิน การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถูกมองว่าทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด ความไม่เท่าเทียม และอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้เข้าร่วมรายงานว่า การส่งมอบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตอบสนองที่แตกต่างกันอย่างมาจากการดูแลขั้นต้นและขั้นรอง แม้ว่าแพทย์โรคไขข้อจะเน้นย้ำถึงความสำคัญของการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ แต่มีผู้ป่วยเพียง 55% เท่านั้นที่มั่นใจว่าแผนกโรคไขข้อจะตอบกลับภายใน 48 ชั่วโมงระหว่างการรักษาแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยนิยมปรึกษาแพทย์แบบพบหน้ากันมากกว่า ประสบการณ์เชิงลบบางอย่างอาจเกิดจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 มากกว่าการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยเฉพาะ และความเสี่ยงของการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องมากขึ้นจากการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นั้นไม่น่าจะได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์ จำเป็นต้องมีการฝึกอบรม การคัดเลือกผู้ป่วยอย่างรอบคอบ และการปรึกษาหารือเพิ่มเติมกับแพทย์และผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการยอมรับและความปลอดภัยของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในอนาคต

Reed และคณะ (2023) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการรักษาและการติดตามมาตรวจตามนัด ระหว่างการแพทย์ทางวิดีโอหรือทางโทรศัพท์ในการดูแลเบื้องต้นแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เปรียบเทียบกับการเข้ามารักษาแบบปฐมภูมิแบบพบแพทย์ตามปกติ (ที่ห้องรักษาของแพทย์ แผนกฉุกเฉิน การรักษาในวอร์ดของโรงพยาบาล) ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 โดยศึกษาแบบ Retrospective ด้วยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยแบบออนไลน์ (administrative and electronic health record (EHR) data) จากทุกโรงพยาบาลในเครือของ Kaiser Permanente Northern California (KPNC) ผลการศึกษาพบว่าการกลับมาพบแพทย์อีกครั้งแบบพบหน้ากันนั้นสูงขึ้นเล็กน้อยหลังจากการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เมื่อเปรียบเทียบกับมารักษาแบบพบแพทย์ทั่วไปแบบพบหน้ากัน แต่จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานะทางคลินิกโดยเฉพาะ และยังพบว่าอัตราการรักษาและการถ่ายภาพผู้ป่วยสูงกว่าในการเข้าพบแพทย์ในคลินิกเมื่อเทียบกับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เนื่องจากการโทรศัพท์อาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกประเด็นเท่ากับการไปพบแพทย์ที่คลินิก ส่งผลให้มีความต้องการการดูแลติดตามแบบพบหน้ากันมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับอาการปวดกล้ามเนื้อ

และกระดูก ปวดท้อง หรือผิวหนัง ซึ่งข้อมูลจากการตรวจร่างกายมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมาก และที่สำคัญคืออัตราการกลับมาพบแพทย์ที่คลินิกอีกครั้งหลังจากการโทรศัพท์พบแพทย์นั้นสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านโทรศัพท์หรือวิดีโอยังคงสามารถแก้ไขปัญหาด้านคลินิกของผู้ป่วยได้ส่วนใหญ่ นอกจากนี้ การพบแพทย์ทางวิดีโอยังสามารถถ่ายทอดข้อมูลทางภาพและสนับสนุนการโต้ตอบระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับการพบแพทย์ทางโทรศัพท์ ดังนั้นการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อาจมีประโยชน์แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาการดูแลเบื้องต้นที่เฉพาะเจาะจง พบว่ามีการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บ่อยครั้งในการดูแลสุขภาพจิตและการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวนน้อยสำหรับการเข้าพบแพทย์ตามปกติที่อาจได้รับประโยชน์จากการตรวจร่างกายทั่วไปอยู่แล้ว ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและแพทย์กำลังเลือกประเภทการเข้าพบแพทย์ที่เหมาะสมกับปัญหาทางคลินิกเฉพาะประเภทนั้น

Udsen และคณะ (2023) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการแก้ไขปัญหาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยโทรศัพท์ อีเมลล์ และ sms เมื่อเปรียบเทียบกับ การแก้ปัญหาวิธีอื่นๆ ในด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานประเภท 1 (Diabetes type 1) โดยศึกษาด้วยวิธีการ systemic review จากแหล่งข้อมูล The Cochrane Library, PubMed, EMBASE และ CINAHL โดยดูผลลัพธ์หลักคือ ค่าน้ำตาลสะสมย้อนหลัง 3 เดือน หรือ HbA1c% ว่าเกินค่าปกติไปมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการลดระดับ HbA1c% โดยเฉลี่ยมีความสำคัญในการต่อสู้กับความเสียหายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษาทั้งหมด 22 การศึกษา (มีผู้เข้าร่วม 1,615 คน) ผลการรักษา HbA1c% มีแนวโน้มสนับสนุนว่าการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยให้ผู้ป่วยรักษาระดับน้ำตาลได้ดีกว่าวิธีการอื่นๆ แต่ไม่ได้แตกต่างแบบมีนัยยะสำคัญ แต่ผลลัพธ์รองทั้งหมดสนับสนุนการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยกเว้นจำนวนเหตุการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ความแน่นอนของหลักฐานสำหรับผลลัพธ์เหล่านั้นล้วนต่ำหรือต่ำมาก ดังนั้นการศึกษานี้สนับสนุนว่า จึงการลดระดับ HbA1c% สามารถใช้วิธีการรักษาและติดตามแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้เป็นอย่างดี แต่ไม่ได้แตกต่างจากวิธีอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม ด้านปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถสรุปลงเป็นตารางทบทวนวรรณกรรมตามตารางที่ 14 ดังนี้

ตารางที่ 14 ปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Van den Heuvel, J. F. M., Teunis, C. J., Franx, A., Crombag, N. M. T. H., & Bekker, M. N. (2020). Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences. <i>In BMC Pregnancy and Childbirth</i> (Vol. 20, Issue 1). Springer Science and Business Media LLC. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2779-4
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับการได้รับการติดตามอาการที่บ้านผ่านระบบ telemonitoring
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ Focus group บน Facebook กลุ่มปิด แบ่งเป็น 4 กลุ่ม: หญิงตั้งครรภ์ที่รักษาในโรงพยาบาล 2 กลุ่ม และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการติดตามทางไกลที่บ้าน 2 กลุ่ม วิเคราะห์ตามหัวข้อหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล, อารมณ์, ความเป็นส่วนตัว, และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้หญิงที่รักษาในโรงพยาบาลรู้สึกเบื่อหน่าย วิตกกังวล และขาดความเป็นส่วนตัว - ผู้ที่ได้รับการดูแลจากที่บ้านรู้สึกสบายใจมากกว่าแม้ยังรู้สึกเหมือนผู้ป่วยในบางช่วง - การอยู่บ้านช่วยลดภาระการเดินทางของครอบครัว เพิ่มความใกล้ชิด - มีบางรายที่รู้สึกไม่มั่นใจเมื่ออยู่ห่างจากบุคลากรทางการแพทย์ - การติดตามจากที่บ้านเป็นทางเลือกที่ดีในภาวะตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของ การศึกษา	ประสบการณ์ของผู้รับบริการมีบทบาทสำคัญในการประเมินคุณภาพการดูแล โดย Telemonitoring ช่วยเสริมความสบายใจ ความเป็นส่วนตัว และลดความเครียดในการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้วิธีวิจัยที่เข้าถึงประสบการณ์ผู้ใช้จริงในสภาพแวดล้อมจริง, ใช้ Facebook เป็นสื่อกลางที่ปลอดภัยและเข้าถึงง่าย</p> <p>จุดอ่อน: เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ไม่สามารถสรุปทั่วไปในเชิงปริมาณได้, มีโอกาสเกิด bias จากการเลือกกลุ่มสนทนา</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่ครอบคลุมการวิเคราะห์เชิงสุขภาพเชิงคลินิก เช่น ความปลอดภัยของทารก หรือผลลัพธ์ทางการแพทย์โดยตรง</p>

ความเหมือนและ ความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ Russo และคณะ (2022) ที่เน้น ประสบการณ์ผู้ป่วยและการอยู่ที่บ้านช่วยลดความเครียดในช่วงวิกฤต ความต่าง: งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบคุณภาพ ขณะที่งานวิจัยของ Russo และ คณะ (2022) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียน, และงานนี้เน้นกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์โดยเฉพาะ
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการเป็น ปัจจัยสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ของ Home Ward - ข้อค้นพบเรื่อง “ความเป็นส่วนตัว” และ “ความสะดวกสบายในบ้าน” สามารถ นำมาพิจารณาในแง่การออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน เพื่อเสริมสร้าง ความพึงพอใจและลดภาวะเครียดของผู้ป่วย - การใช้กลุ่มสนทนาออนไลน์สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการเก็บข้อมูล ภาคสนามในบริบทของโควิดหรือการวิจัยแบบ low-contact
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	<p>Sloan, M., Lever, E., Harwood, R., Gordon, C., Wincup, C., Blane, M., Brimicombe, J., Lanyon, P., Howard, P., Sutton, S., D'Cruz, D., & Naughton, F. (2022). Telemedicine in rheumatology: a mixed methods study exploring acceptability, preferences and experiences among patients and clinicians. <i>Rheumatology (Oxford, England)</i>, 61(6), 2262–2274. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab796</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อศึกษาความยอมรับ ความชอบ และประสบการณ์ของทั้งผู้ป่วยและแพทย์ที่ ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการรักษาโรคข้อรูมาตอยด์ในช่วงการ ระบาดของโควิด-19 ในประเทศอังกฤษ</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้แบบสอบถามและการ สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างและภายในกลุ่มด้วย T-test</p>
ผลการวิจัย / ข้อ ค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้งผู้ป่วยและแพทย์มองว่า Telemedicine ดีกว่าการพบแพทย์แบบเผชิญหน้า ในหลายด้าน โดยเฉพาะความแม่นยำในการวินิจฉัย (แพทย์ 93%, ผู้ป่วย 86%) - มากกว่า 60% มองว่า Telemedicine สะดวกกว่า - ปัญหาด้านความไว้วางใจ ความเสี่ยงของการวินิจฉัยผิดพลาด ความไม่เท่าเทียมใน การเข้าถึง และความล่าช้าในการตอบสนองยังเป็นประเด็นสำคัญ - ประสบการณ์ลบบางส่วนอาจเกิดจากสถานการณ์การระบาด มากกว่าตัวระบบ Telemedicine เอง

หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของ การศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ความแม่นยำในการประเมินทางคลินิก - ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย - ความสะดวกและความพึงพอใจใน Telemedicine - ความไม่เท่าเทียมและข้อจำกัดเชิงระบบในช่วงวิกฤต
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ครอบคลุมทั้งมุมมองแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>จุดอ่อน: ไม่ได้แยกผลกระทบจากโควิด-19 ออกจากตัว Telemedicine โดย</p> <p>ชัดเจนช่องว่าง: ยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกการปรับปรุงระบบ Telemedicine ให้ตอบโจทย์เฉพาะโรคได้ดีกว่า</p>
ความเหมือนและ ความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายกับ van den Heuvel และคณะ (2020) ที่เน้นเรื่องความรู้สึกปลอดภัย ความสะดวก และการอยู่บ้าน</p> <p>ความต่าง: แตกต่างตรงที่ Sloan เน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ข้อรูมาตอยด์) ซึ่งต้องการความแม่นยำในการประเมินอาการมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มตั้งครรภ์ใน van den Heuvel</p>
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบระบบ Telemedicine ให้เหมาะสมกับลักษณะโรคและระดับความรุนแรงของอาการ - การยอมรับของผู้ใช้งานไม่ได้ขึ้นกับความสะดวกเท่านั้น แต่ยังต้องตอบโจทย์ด้าน “ความมั่นใจในคุณภาพการรักษา” - ความไว้วางใจและระบบตอบสนองอย่างรวดเร็วมีความสำคัญต่อประสบการณ์ผู้ป่วย - นำมาเป็นประเด็นวิเคราะห์ในบริบทของ Home Ward ได้อย่างดี
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	<p>Reed, M., Huang, J., Somers, M., Hsueh, L., Graetz, I., Millman, A., Muelly, E., & Gopalan, A. (2023). “Telemedicine Versus In-Person Primary Care: Treatment and Follow-up Visits.” <i>Annals of Internal Medicine</i>, 176(10), 1349–1357. https://doi.org/10.7326/M23-1335</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาและการติดตามการรักษาระหว่างการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านวิดีโอหรือโทรศัพท์ กับการพบแพทย์แบบเผชิญหน้าในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิช่วงการระบาดของโควิด-19</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>การวิจัยเชิงปริมาณแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) ของผู้ป่วยในระบบ Kaiser Permanente Northern California (KPNC)</p>

ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมาพบแพทย์แบบเผชิญหน้าหลัง Telemedicine สูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับการพบแพทย์ปกติ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่พบแพทย์แบบเผชิญหน้ามีโอกาสได้รับการรักษาหรือการตรวจทางภาพมากกว่า - Telemedicine โดยเฉพาะผ่านโทรศัพท์มีข้อจำกัดในการตรวจร่างกาย จึงอาจไม่ตอบโจทยในกรณีอาการที่ต้องใช้การตรวจประเมินทางกายภาพ - อย่างไรก็ตาม Telemedicine ยังสามารถตอบสนองต่อปัญหาทางคลินิกส่วนใหญ่ได้ และวิดีโอคอลช่วยเพิ่มคุณภาพการโต้ตอบและการประเมินมากกว่าโทรศัพท์
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกใช้ Telemedicine ควรพิจารณาตามลักษณะอาการของผู้ป่วย - ความสมดุลระหว่างความสะดวกและประสิทธิภาพทางคลินิก - ศักยภาพของวิดีโอคอลในการทดแทนการพบแพทย์โดยตรง - ความเหมาะสมในการใช้ Telemedicine สำหรับกลุ่มโรค เช่น สุขภาพจิต
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ ครอบคลุมผู้ป่วยจำนวนมากในระบบสุขภาพจริง</p> <p>จุดอ่อน: จำกัดเฉพาะระบบสุขภาพของ KPNC ซึ่งอาจมีบริบทต่างจากระบบอื่น</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่เจาะลึกกลไกหรือปัจจัยที่นำไปสู่ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างประเภทของอาการผู้ป่วย</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายกับ Sloan และคณะ (2022) ตรงที่ชี้ถึงข้อจำกัดของ Telemedicine ต่อความแม่นยำในการวินิจฉัยบางประเภทอาการ</p> <p>ความต่าง: ต่างจาก van den Heuvel และคณะ (2020) ที่เน้นมุมมองผู้ใช้บริการหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีลักษณะโรคและการติดตามแตกต่างจากโรคทั่วไป ใน Reed และคณะ (2023)</p>
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - งานวิจัยนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบระบบ Telemedicine ให้ยืดหยุ่นตามประเภทของอาการผู้ป่วย - สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ข้อจำกัดในการให้บริการ Telemedicine ในบริบทของ Home Ward โดยเฉพาะอาการที่อาจต้องตรวจร่างกายโดยตรง - ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้วิดีโอมากกว่าโทรศัพท์ในการให้บริการที่ต้องมีการโต้ตอบหรือสื่อสารเชิงคลินิกมากขึ้น

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Udsen, F. W., Hangaard, S., Bender, C., Andersen, J., Kronborg, T., Vestergaard, P., Hejlesen, O., & Laursen, S. (2023). The Effectiveness of Telemedicine Solutions in Type 1 Diabetes Management: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Journal of Diabetes Science and Technology</i> , 17(3), 782–793. https://doi.org/10.1177/19322968221076874
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านช่องทางโทรศัพท์ อีเมล และข้อความสั้น (SMS) ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาแบบเดิม โดยเน้นที่ผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับ HbA1c% เป็นหลัก
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งฐานข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ The Cochrane Library, PubMed, EMBASE และ CINAHL รวมการศึกษา 22 ฉบับ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมรวม 1,615 ราย
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	ผลการศึกษาพบว่า ระบบการแพทย์ทางไกลมีแนวโน้มช่วยลดระดับ HbA1c% ได้ดีกว่าวิธีการรักษาแบบเดิม แต่ความแตกต่างไม่เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์รองส่วนใหญ่ เช่น ความพึงพอใจ ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนสนับสนุนการใช้ Telemedicine ยกเว้นในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและจำนวนเหตุการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง ซึ่งยังไม่เห็นผลที่เด่นชัด
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารระยะไกลสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ โดยมีศักยภาพในการส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล และการควบคุมโรค แม้ผลลัพธ์ทางคลินิกหลักยังไม่แสดงความแตกต่างอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับวิธีการแบบดั้งเดิม
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: เป็นงานวิจัยที่มีขอบเขตครอบคลุมกว้าง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ meta-analysis จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือจุดอ่อน: ระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานยังต่ำ และบางการศึกษามีความหลากหลายทางวิธีวิจัย</p> <p>ช่องว่าง: ยังขาดการเปรียบเทียบผลระหว่างรูปแบบเทคโนโลยีที่ใช้ (เช่น โทรศัพท์ vs SMS) และการติดตามผลในระยะยาว</p>
ความเหมือนและความต่างจาก	ความเหมือน: ผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Reed และคณะ (2023) และงานวิจัยของ Sloan และคณะ (2022) ที่แสดงให้เห็นว่า

งานวิจัยอื่น ๆ	<p>Telemedicine มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>ความต่าง: มีความต่างกัน โดยที่งานวิจัยของ Udsen และคณะ (2023) นี้ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c%) ขณะที่งานวิจัยอื่นเน้นปัจจัยเชิงประสบการณ์และความพึงพอใจ</p>
<p>สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ของ Home Ward - ข้อค้นพบเรื่อง “ความเป็นส่วนตัว” และ “ความสะดวกสบายในบ้าน” สามารถนำมาพิจารณาในแง่การออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยในบ้าน เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจและลดภาวะเครียดของผู้ป่วย - การใช้กลุ่มสนทนาออนไลน์สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการเก็บข้อมูลภาคสนามในบริบทของโควิดหรือการวิจัยแบบ low-contact

2.9.3 ความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

วรรณภา กรีทอง (2559) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -7.69$)

วีระชน ทวีศักดิ์ (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมคือ 1) การประชุมทางไกล 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย, ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย, การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย, การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วยนั้น รูปแบบที่พัฒนาโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นั้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ระดับมาก (Mean= 4.75, SD=0.87) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($Z = 6.32, P < 0.05$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 86.36 ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

Ma และคณะ (2022) สำรองการใช้งานและการรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงประสบการณ์ การประเมินผล และทัศนคติต่อการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ความตั้งใจที่จะใช้ และความเต็มใจที่จะแนะนำให้ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งทำการวิจัยในโรงพยาบาลทั่วประเทศจีน เฉพาะโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผลการศึกษาพบว่าการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยังมีไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกค่อนข้างมากต่อการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ส่วนปัญหาและความคาดหวังที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดสำหรับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้ 4 ประเภท ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานของระบบ กระบวนการบริการ ค่าธรรมเนียมและต้นทุน และความน่าใช้งานของระบบ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถนำไปปรับปรุงต่อไป โดยปรับปรุงความเสถียรของระบบ เพิ่มความตรงต่อเวลาของบริการ หลีกเลี่ยงระยะเวลาการให้บริการสั้นเกินไปและการนำมาตรการจริงจังมาใช้

นัฐยา พานิชย์ดี (2566) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการศึกษา ในด้านการรับรู้พบว่า คะแนนการรับรู้ทางด้านเทคโนโลยีและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกเฉพาะโรค ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($x = 16.67, SD = 1.29$) ส่วนผลการประเมินด้านทักษะการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนนทักษะการใช้โปรแกรมบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งสองโปรแกรมภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($x = 9.28, SD = 0.86$) และผู้รับบริการมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระดับมากที่สุด ($x = 4.67, SD = 0.57$)

Moulaei และคณะ (2023) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมุมมองและความชอบของผู้ป่วยต่อการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เปรียบเทียบกับการพบแพทย์แบบตัวต่อตัว โดยทำการวิจัยในประเทศอิหร่าน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามโดยใช้วิธีการ rational method แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด 1 ข้อ และมีผู้ป่วยทั้งหมด 2,059 เข้าร่วมการศึกษา และใช้การทดสอบไคสแควร์และสถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากคำถามปลายเปิด และวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพโดยใช้ MAXQDA 18 ซึ่งผลการทดลอง

พบว่า จากผู้เข้าร่วม 1,226 คนที่ตอบแบบสอบถาม มี 865 คน (71%) ชอบการเข้ารับการรักษาแบบพบหน้ากันมากกว่า ส่วน 361 คน (29%) ชอบเข้ารับการรักษาแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ส่วนปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษา สภาพสุขภาพเฉพาะ และประสบการณ์ก่อนหน้านั้นกับการรักษาทางไกล ล้วนส่งผลต่อการเลือกใช้การรักษาทางไกล ผู้เข้าร่วมให้เหตุผลทั้งหมด 183 ข้อในการเลือกใช้การรักษาทางไกล (108 เหตุผล) หรือการเข้ารับการรักษาแบบพบหน้ากัน (75 เหตุผล) ประโยชน์หลักสามประการของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การประหยัดค่าใช้จ่าย และการจัดและเอาชนะอุปสรรคด้านระยะทางหรือความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ระหว่างผู้ป่วยและสถานพยาบาลได้ ส่วนเหตุผลหลักในการเลือกเข้ารับการรักษาแบบพบหน้ากัน ได้แก่ การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำยิ่งขึ้น การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่แม่นยำและดีขึ้นโดยแพทย์ และการรักษาโรคที่แม่นยำและดีขึ้น ดังนั้นงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแม้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จะมีประโยชน์มากมาย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงชอบเข้ารับการรักษาแบบพบหน้ากัน ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้รับการยอมรับมากขึ้น บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จึงต้องตอบสนองความต้องการและความกังวลของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีการยอมรับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในวงกว้างมากขึ้น สถาบันดูแลสุขภาพหรือโรงพยาบาลต้องปรับแนวทางการรักษาผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้สอดคล้องกับความต้องการและความกังวลของผู้ป่วย โดยต้องใช้วิธีการเชิงกลยุทธ์เพื่อจัดการกับความกังวลและส่งเสริมให้มีทัศนคติที่เปิดกว้างเพื่อช่วยในการเอาชนะการต่อต้านและอำนวยความสะดวกในการนำการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม ด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถสรุปลงเป็นตารางทบทวนวรรณกรรมตามตารางที่ 15 ดังนี้

ตารางที่ 15 ความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	วรรณภา กรีทอง. (2559). การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 12(1), 23–36.
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบที่ได้รับการพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีการวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test)
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้ระบบ ($t = -7.69, p < .01$) จากระดับปานกลางไปสู่ระดับมาก ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบที่ได้รับการพัฒนา
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	การบริหารจัดการระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ และมีศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติที่มีการเปรียบเทียบผลก่อน-หลัง ทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนาอย่างชัดเจน</p> <p>จุดอ่อน: จำกัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลเดียว ทำให้ขยายผลไปยังบริบทอื่นได้ยาก</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่มีการศึกษาในเชิงระบบข้อมูลหรือการประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมในกระบวนการส่งต่อช่องว่าง: ยังไม่ครอบคลุมการวิเคราะห์เชิงสุขภาพเชิงคลินิก เช่น ความปลอดภัยของทารก หรือผลลัพธ์ทางการแพทย์โดยตรง</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: งานวิจัยนี้คล้ายกับงานที่เน้นพัฒนาระบบบริการโดยมีเป้าหมายคือความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sloan และคณะ (2022) และงานวิจัยของ Ma และคณะ (2022) ในด้าน Telemedicine</p> <p>ความต่าง: งานวิจัยของ วรณภา กรีทอง (2559) มุ่งเน้นที่กระบวนการทางกายภาพในโรงพยาบาลมากกว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นแกนหลัก</p>
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้ให้ข้อคิดสำคัญว่า การออกแบบระบบบริการที่ดีต้องมีการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ และสามารถประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบ Telemedicine สำหรับ Home Ward ที่ตอบโจทย์ทั้งประสิทธิภาพของระบบและความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้งานในภาคสนาม

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	วีระชน ทวีศักดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1).
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบ Telemedicine และประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ของรูปแบบที่พัฒนา
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าน Telemedicine ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก และประเมินผลด้วยแบบสอบถาม ความพึงพอใจ และการเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้งาน โดยใช้สถิติ Z-test และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อเสนอ	รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ในระดับมาก (Mean=4.75, SD=0.87) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.32, p < .05$) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ 100% ข้อเสนอแนะคือควรขยายรูปแบบนี้เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย
หัวใจสำคัญ / อิมพลีเม้นท์หลักของการศึกษา	การบูรณาการ Telemedicine เข้ากับระบบเครือข่ายสุขภาพในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการลดความแออัดในโรงพยาบาลหลัก และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: รูปแบบบริการที่พัฒนาครอบคลุมการสื่อสาร การฝึกอบรม และการส่งต่อแบบมีระบบ และประเมินผลได้อย่างรอบด้าน</p> <p>จุดอ่อน: ขอบเขตการศึกษาจำกัดเฉพาะพื้นที่หนึ่ง อาจมีข้อจำกัดในการนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่าง</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่มีการศึกษาผลกระทบในระยะยาว เช่น การลดค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ หรืออัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: งานวิจัยนี้คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Reed และคณะ (2023) และงานวิจัยของ Udsen และคณะ (2023) ในการใช้ Telemedicine เพื่อจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเสริมศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล</p> <p>ความต่าง: งานวิจัยของ วีระชน ทวีศักดิ์ (2566) นี้จะแตกต่างจากงานวิจัยของวรรณภา กรีทอง (2559) เนื่องจากงานวิจัยของ วรรณภา กรีทอง (2559) จะมุ่งเน้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไม่ได้เชื่อมต่อกับชุมชนอย่างเป็นระบบ</p>

สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	งานวิจัยนี้ให้แนวทางที่มีประโยชน์ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบ Home Ward ที่อาศัย Telemedicine เป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่นเดียวกับกรณีศึกษาโรงพยาบาลรองชาม ซึ่งสามารถนำกิจกรรมหลักทั้ง 4 ด้านมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและชุมชนที่เกี่ยวข้อง
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	Ma, Q., Sun, D., Tan, Z., Li, C., He, X., Zhai, Y., Wang, L., Cui, F., Li, M., Gao, J., Wang, L., & Zhao, J. (2022). <i>Usage and perceptions of telemedicine among health care professionals in China. International Journal of Medical Informatics</i> , 166, 104856.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการใช้งาน การรับรู้ ประสิทธิภาพ ทศนคติ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ความตั้งใจใช้ และความเต็มใจที่จะแนะนำการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ Telemedicine ทั่วประเทศจีน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้งาน
ผลการวิจัย / ข้อ ค้นพบ / ข้อสรุป	พบว่าการใช้ Telemedicine ในระดับโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบค่อนข้างมาก ปัญหาที่พบถูกจัดหมวดเป็น 4 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน กระบวนการบริการ ค่าธรรมเนียม และความสะดวกในการใช้งาน ข้อเสนอแนะรวมถึงการปรับปรุงความตรงต่อเวลา การขยายระยะเวลาการให้บริการ และการใช้มาตรการจูงใจเพื่อส่งเสริมการใช้ระบบ
หัวใจสำคัญ / ธีม หลักของ การศึกษา	ความพร้อมของระบบโครงสร้างพื้นฐานและคุณภาพกระบวนการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้ Telemedicine ของบุคลากรทางการแพทย์ แม้จะมีทัศนคติที่ดี แต่ยังคงขาดความพร้อมเชิงระบบในหลายมิติ
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	จุดแข็ง: เป็นการศึกษาครอบคลุมทั่วประเทศจีน ให้ภาพรวมความคิดและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้งานจริง จุดอ่อน: จำกัดเฉพาะกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีบริการ Telemedicine เท่านั้น อาจไม่สะท้อนความคิดเห็นของบุคลากรที่ยังไม่เคยใช้

	ช่องว่าง: ไม่ได้ศึกษาเชิงลึกในระดับคุณภาพ เช่น ความรู้สึกหรือประสบการณ์ของบุคลากรในแต่ละขั้นตอนการใช้ระบบ
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ van den Heuvel และคณะ (2020) ที่ระบุถึงความสำคัญของโครงสร้างระบบและความสะดวกในการใช้งาน ความต่าง: ต่างจากงานวิจัยของ วีระชน ทวีศักดิ์ (2566) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาแบบบริการ มากกว่าการสำรวจทัศนคติของผู้ให้บริการในภาพรวมระดับประเทศ
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการออกแบบระบบ Telemedicine ที่ใช้งานง่ายและตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้งาน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นบทเรียนสำคัญในการออกแบบระบบ Home Ward ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลรอกขาม ที่ต้องคำนึงทั้งในด้านเทคนิค กระบวนการ และแรงจูงใจ
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	นัฐยา พานิชย์ดี. (2566). การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2).
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยพิจารณาทั้งในด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ระบบ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลองใช้งานระบบ Telemedicine ใช้แบบวัดการรับรู้ การประเมินทักษะการใช้งาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	การรับรู้ด้านเทคโนโลยีและประโยชน์จากการใช้ระบบ Telemedicine เพิ่มขึ้นหลังทดลองใช้งาน ($\bar{x} = 16.67$, $SD = 1.29$) ทักษะการใช้โปรแกรมของบุคลากรมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{x} = 9.28$, $SD = 0.86$) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.67$, $SD = 0.57$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบในการเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพบริการ
หัวใจสำคัญ / อิมพลีคชันของการศึกษา	การพัฒนาระบบ Telemedicine อย่างเป็นระบบสามารถยกระดับการรับรู้ทักษะของบุคลากร และความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเฉพาะทางในบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัด

จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	<p>จุดแข็ง: มีการประเมินผลทั้งเชิงเทคโนโลยีและประสบการณ์ผู้ใช้งานจริง มีข้อมูลก่อนและหลังการทดลองให้เปรียบเทียบชัดเจน</p> <p>จุดอ่อน: จำกัดในบริบทของโรงพยาบาลเดียว อาจไม่สามารถขยายผลได้ในบริบทอื่น</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว หรือผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาทางคลินิกโดยตรง</p>
ความเหมือนและความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ Ma และคณะ (2022) ในด้านการสำรวจประสบการณ์และทัศนคติของบุคลากร</p> <p>ความต่าง: งานวิจัยของ นัฐยา พานิชย์ดี (2566) ใช้การวิจัยกึ่งทดลองและประเมินผลระบบจริงในสถานพยาบาล ส่วนงานวิจัยของ Ma และคณะ (2022) เป็นการสำรวจเชิงปริมาณทั่วประเทศจีน</p>
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม	<p>ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและทดสอบระบบ Telemedicine ในระดับปฏิบัติการ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินระบบบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรอกขาม โดยเฉพาะในเรื่องการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและการสร้างความพึงพอใจในกลุ่มผู้รับบริการเฉพาะทาง</p>
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	<p>Moulaei, K., Sheikhtaheri, A., Fatehi, F., Shanbehzadeh, M., & Bahaadinbeigy, K. (2023). Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients. BMC Medical Informatics and Decision Making, 23(1), 261.</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อศึกษามุมมองและความชอบของผู้ป่วยต่อการใช้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ตัวต่อตัว รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกของผู้ป่วย</p>
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed-Methods) โดยพัฒนาแบบสอบถามด้วยวิธี rational method ซึ่งประกอบด้วยคำถามแบบปิดและคำถามปลายเปิด วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดโดยใช้โปรแกรม MAXQDA 18</p>
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อเสนอ	<p>ผู้ป่วย 71% ชอบการรักษาแบบพบแพทย์ตัวต่อตัว ส่วน 29% ชอบการแพทย์ทางไกล โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเลือก ได้แก่ ระดับการศึกษา สภาพสุขภาพ และ</p>

	<p>ประสบการณ์ก่อนหน้า ผู้ที่เลือก Telemedicine ให้เหตุผลหลักคือ: การหลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อ, การประหยัดค่าใช้จ่าย, และการลดอุปสรรคด้านระยะทาง ส่วนผู้ที่เลือกพบแพทย์โดยตรงให้เหตุผลว่า การวินิจฉัยและการตรวจรักษามีความแม่นยำกว่า งานวิจัยสรุปว่า Telemedicine ต้องตอบสนองความต้องการและความกังวลของผู้ป่วยให้ได้ จึงจะสามารถได้รับการยอมรับในวงกว้าง</p>
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของ การศึกษา	<p>ความชอบของผู้ป่วยมีความหลากหลาย และปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษา การยอมรับ Telemedicine ขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อความคาดหวัง ความเชื่อมั่น และข้อกังวลของผู้ป่วย</p>
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ งานวิจัย	<p>จุดแข็ง: เป็นงานวิจัยแบบผสมที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีการใช้เครื่องมือวิเคราะห์เนื้อหาที่เหมาะสม</p> <p>จุดอ่อน: จำกัดเฉพาะในประเทศอิหร่าน อาจไม่สามารถสรุปผลทั่วไปได้กับบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่าง</p> <p>ช่องว่าง: ยังขาดการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหรือคุณภาพการดูแลภายหลังการเลือกใช้แต่ละรูปแบบการรักษา</p>
ความเหมือนและ ความต่างจาก งานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Sloan และคณะ (2022) และงานวิจัยของ Ma และคณะ (2022) ที่สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ Telemedicine</p> <p>ความต่าง: งานวิจัยของ Moulaei และคณะ (2023) นี้ ใช้วิธีแบบผสม (Mixed-methods) และมีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึกที่เจาะลึกเหตุผลเบื้องหลังการเลือกของผู้ป่วย</p>
สิ่งที่ได้จากการ ทบทวน วรรณกรรม	<p>งานวิจัยนี้ให้ข้อคิดสำคัญเกี่ยวกับความแตกต่างในมุมมองและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการออกแบบระบบ Telemedicine สำหรับบริการ Home Ward ที่ต้องคำนึงถึงทั้งด้านความสะดวก ความเชื่อมั่น และการตอบสนองต่อข้อกังวลของผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มอัตราการยอมรับและใช้ระบบอย่างยั่งยืนในพื้นที่ชนบท</p>

2.9.4 มาตรฐานและรูปของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เหมาะสม

อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) ศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีการประยุกต์ใช้ Telemedicine ช่วยจัดการด้านสุขภาพ และ

ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุก ๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือและจัดส่งไปยังโรงพยาบาลซึ่งจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทในกรณีฉุกเฉิน พบว่าความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรส่งผลต่อการยอมรับการใช้งานระบบโทรเวชกรรม หรือหากบุคลากรเกิดความเชี่ยวชาญในการใช้งานระบบจนรู้สึกว่าการใช้งานเป็นสิ่งที่ง่ายก็จะเป็นประโยชน์ของระบบโทรเวชกรรม ส่งผลทำให้เกิดการยอมรับการใช้งานในที่สุด และปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดการยอมรับการใช้งานคือการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ซึ่งจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้นี้ ประกอบไปด้วย ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ ปัจจัยความพร้อมของเครื่องมือ (Tools) ในเรื่องความพร้อมของกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค ความพร้อมในเรื่องงบประมาณ รวมถึงความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องใช้หลังการวินิจฉัยอาการผ่านระบบโทรเวชกรรม ปัจจัยที่สองที่มีผลรองลงมาคือปัจจัยทางด้านตัวบุคลากร (Staff) ที่ต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้ระบบงานและความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และส่วนสุดท้ายที่มีผลน้อยที่สุดคือปัจจัยทางด้านเทคโนโลยี (Technology) ในเรื่องของความเร็วของการเชื่อมต่อผ่านระบบและความเร็วในการรับส่งข้อมูล แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจัยทางด้านเทคโนโลยี เช่น ความเร็วในการเชื่อมต่อระบบงาน หรือความเร็วในการรับส่งข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่ใช้ อยู่ ไม่ได้ส่งผลต่อการรับรู้มากนัก เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการใช้งานระบบโทรเวชกรรมนั้นไม่ได้ต้องการเลือกระบบเทคโนโลยี แต่เพียงแค่ว่าสามารถเชื่อมต่อได้ และรับส่งข้อมูลได้ก็เพียงพอต่อการดำเนินงานแล้ว

อดิภรณ์ ตรีภตรง (2562) ศึกษา รูปแบบและหลักเกณฑ์ในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยนาระบบเทเลเมดิซีนมาใช้ให้บริการการรักษาสุขภาพในประเทศไทย และมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ใช้บริการธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยผ่านระบบเทเลเมดิซีน จากผลการศึกษามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยศึกษากรณีระบบเทเลเมดิซีน ซึ่งมุ่งศึกษาถึงรูปแบบและหลักเกณฑ์ในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยนาระบบเทเลเมดิซีนมาใช้ให้บริการการรักษาสุขภาพในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขอใบอนุญาต การออกใบอนุญาต และการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการเรื่องการควบคุมคุณภาพมาตรฐานอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีของธุรกิจที่นาระบบเทเลเมดิซีนมาใช้ในการให้บริการรักษาสุขภาพ รวมทั้งศึกษามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ใช้บริการธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยผ่านระบบเทเลเมดิซีน อันได้แก่ สิทธิในการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในธุรกิจให้บริการด้านการรักษาสุขภาพโดยระบบเทเลเมดิซีน และสิทธิในการให้ความยินยอมก่อนเข้ารับรักษาสุขภาพโดยระบบเทเลเมดิซีน เพื่อวิเคราะห์และจัดหาแนวทางถึงมาตรการทาง

กฎหมายในการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของธุรกิจให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับประเทศไทยมากที่สุด จึงได้ศึกษากฎหมายระหว่างประเทศ คือกฎหมายสหภาพยุโรปและกฎหมายต่างประเทศ คือกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา และกฎหมายประเทศสิงคโปร์เพื่อเป็นแนวทางศึกษาในการวางมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีความมั่นใจและไว้วางใจในการรับบริการรักษา นอกจากนี้ เพื่อควบคุมธุรกิจให้บริการด้านการรักษาสุขภาพโดยระบบเทเลเมดิซีนให้อยู่ภายใต้กรอบของกฎหมาย ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมธุรกิจให้มีมาตรฐานเหมาะแก่การให้บริการ แต่ไม่เอื้อประโยชน์ให้ภาคธุรกิจจนเกินไป เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

ดารารวรรณ รองเมือง (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง และจากผลการการศึกษา โดยเปรียบเทียบระยะเวลาของการรักษา ต้นทุน ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed-rank test และสถิติ paired t-test จึงได้ข้อเสนอนี้ว่า ในช่วงวิกฤตโควิด-19 ควรมีปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษา โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) หรือแอปพลิเคชันอื่นที่สามารถดาวน์โหลดมาไว้ในสมาร์ทโฟน (smart phone) เพื่อที่จะสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในสถานการณ์โควิด-19 และการสื่อสารกับแพทย์หรือพยาบาลเมื่อพบปัญหาได้ในทันที อีกทั้งยังความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องตามการรับรู้ของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องและผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อสิ้นสุดการทดลองทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบแพทย์ทางไกลในระดับมาก และมีการจัดส่งยาสู่มือผู้ป่วยถึงบ้านผ่านทางโรงพยาบาลลูกข่ายใกล้บ้าน เช่น ยารักษาโรคไต erythropoietin (EPO) และยารักษาโรคไตเรื้อรังและโรคร่วมอื่นๆ แต่ยังมีข้อวิจารณ์คือ ต้นทุนในการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลสูงกว่าการรักษาตามปกติ จากต้นทุนค่าลงทุนที่ลูกข่าย ถ้าจำนวนบริการที่ลูกข่ายมากขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยของระบบแพทย์ทางไกลก็จะลดลง ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นการให้บริการทางการแพทย์รูปแบบหนึ่งที่สามารถลดการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลได้ดี โรงพยาบาลอื่นๆ จึงอาจนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาและขยายผลในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วิภาวิณย์ อรรถนพพรชัย และชวภณ กิจหิรัญกุล (2564) ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท โดยการประยุกต์ใช้ Telemedicine ซึ่งสามารถช่วยจัดการสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุก ๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเช่น Body Area Network หรือ Wireless Sensor Network ที่เชื่อมต่อกับ

โทรศัพท์มือถือ และจัดส่งไปยังโรงพยาบาล และจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะในกรณีที่ถูกฉีดยา ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยใช้ระบบ Telemedicine ซึ่งยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือ 1) ต้องมีการวางระบบซึ่งต้องดำเนินการประสานงานหลากหลายฝ่าย อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินงานและประสานงาน 2) แพทย์ที่ให้การรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต้องมีความเชี่ยวชาญอาการในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ โดยต้องสามารถดูภาพลักษณะอาการผู้ป่วยผ่านระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และต้องมีความรู้สามารถใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ด้วย 3) การรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายออกมาเป็นแนวทางในการรักษาให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ ดังนั้นการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้กับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันระหว่าง ความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ต้องรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ รวมถึงแนวทางการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และพัฒนาระบบเครือข่าย เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ให้ทันสมัย สามารถใช้ได้ครอบคลุมในพื้นที่ชนบททางไกล ประชาชนชนบทสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมและรวดเร็วทันเวลา จะช่วยให้ประชาชนที่อยู่ชนบททางไกลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับประชาชนในเขตเมือง

แพงพรรณ ศรีบุญลือ และคณะ (2565) ศึกษาผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่าจากการศึกษาเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 73 ราย ได้รับการเยี่ยมจำนวน 142 ครั้ง มีสาเหตุจากอาการปวดหรือหายใจลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรงส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 83.56) ซึ่งอธิบายได้ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและบางรายมีอาการหายใจลำบาก ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 60.27) ผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอง จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 64.38) สำหรับแผนการดูแลที่ครอบครัวได้ตัดสินใจมากที่สุดคือ เลือกปฏิเสธการพุงชีพ ยอมรับสภาวะร่างกายที่ถดถอยดูแลแบบธรรมชาติ (comfort care) จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 84.93) รองลงมาคือเลือกขอรักษาทุกอย่างอย่างเต็มที่ (full medicine) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 12.33) เหตุที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าการตัดสินใจของครอบครัวขึ้นอยู่กับยอมรับและสมรรถนะปัจจุบันของผู้ป่วย ถ้าสมรรถนะร่างกายยังดีครอบครัวยังคงเลือกขอรักษาทุกอย่างเต็มที่ที่การ

เยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลช่วยเหลือในบรรเทาอาการไม่สุขสบายได้ พบว่าช่วยให้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นการประเมินและควบคุมอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว และยังสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ

จิระศักดิ์ กวียานนท์ (2023) ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยรูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยในรูปแบบประเมินผลงานวิจัย (Evaluation research) ด้วยการสัมภาษณ์และสอบถามประชากรผู้เข้ารับการศึกษา มีประชากรที่เข้ารับการศึกษาทั้งหมด 430 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการแบบ Home Ward ในโรงพยาบาลบุญทริก สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่มีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นพบภาวะเสี่ยงผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมาก คือ ไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 36.22 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.12 รองลงมา คือ DM with Hypertension , DM และ BMI คิดเป็นร้อยละ 16.37, 11.41 และ 9.67 และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบดังกล่าวมีอาการดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 82.38 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าได้สอดคล้องไปกับแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน 2565 ของกรมการแพทย์ (2565)6 ที่แนะนำให้ผู้ป่วยกรณีอาการที่ไม่รุนแรง ให้ได้รับการบริการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient & Self Isolation, home isolation) หรือสถานที่รัฐจัดให้ตามความเหมาะสม โดยยึดถึงหลักการป้องกันการแพร่เชื้อตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง และผลการศึกษาสอดคล้องกับการผลการวิจัยของ สมสมัย รัตนกรिताกุล และคณะ (2561) ที่ทำการศึกษาโดยผู้ให้ข้อมูล ในรูปแบบเจาะจงจำนวน 25 คน จากบุคคลหลักผู้พัฒนาและผู้ให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล คือ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกร หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลงานผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด บุคลากรในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดเทศบาลตำบล บุคลากรประจำรพ.สต. คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย พบว่ารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีธนาคารหรือคลังอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม โดยมีพยาบาลช่วยติดต่อสื่อสารขอความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ จนเกิดเป็นภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) อย่างต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการลงเตียง ลดอัตราการกลับมานอนรักษาโรงพยาบาลซ้ำ และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม ด้านมาตรฐานและรูปของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เหมาะสมสามารถสรุปลงเป็นตารางทบทวนวรรณกรรมตามตารางที่ 16 ดังนี้

ตารางที่ 16 มาตรฐานและรูปของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เหมาะสม

ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560). ศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร, 40(4), 641-650.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล โดยมุ่งเน้นที่การใช้งานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของ จังหวัดเชียงใหม่
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้กรณีศึกษา (Case Study) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จัดเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรและการสังเกตการใช้งานระบบโทรเวชกรรม พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	การยอมรับการใช้งานระบบโทรเวชกรรมในพื้นที่ห่างไกลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์, ความเชี่ยวชาญของบุคลากร, และความง่ายในการใช้งาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับการใช้งานเทคโนโลยี (เช่น ความเร็วในการเชื่อมต่อ) มีผลน้อยต่อการรับรู้
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	การยอมรับและความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีในพื้นที่ห่างไกล โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือความพร้อมของเครื่องมือและความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการใช้ระบบ โทรเวชกรรม
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	จุดแข็ง: การศึกษาจากกรณีศึกษาจริงในพื้นที่ห่างไกล, การใช้วิธีการสัมภาษณ์บุคลากรและการสังเกตการใช้งานจริง จุดอ่อน: ขาดการวิเคราะห์ด้านประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยหลังการใช้ระบบโทรเวชกรรม ช่องว่าง: ยังไม่มีการศึกษาผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือการพัฒนาคุณภาพการดูแลของผู้ป่วย
ความเหมือนและความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ Van den Heuvel และคณะ (2020) ที่ศึกษาการยอมรับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในพื้นที่ห่างไกล ความต่าง: แตกต่างกับงานวิจัยของ Van den Heuvel และคณะ (2020) ที่

	กรณีศึกษาของ อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) นี้ เน้นการใช้งานจริงในโรงพยาบาลภาครัฐและมีการเน้นที่ความง่ายในการใช้งานเทคโนโลยี
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาปัจจัยด้านเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการศึกษาการนำระบบโทรเวชกรรมไปใช้ในพื้นที่ชนบทหรือในการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของเครื่องมือและการฝึกอบรมบุคลากร
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	อดิถรณ์ ตรีกรตรง (2562). <i>มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพ: ศึกษากรณีระบบเทเลเมดิซีน</i> . คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษารูปแบบและหลักเกณฑ์ในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในการให้บริการรักษาสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านมาตรการทางกฎหมาย
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษากฎหมายระหว่างประเทศ (กฎหมายสหภาพยุโรป) และกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกาและสิงคโปร์ เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในแต่ละประเทศ และนำเสนอแนวทางการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อเสนอ	พบว่า การควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต้องการมาตรการที่เหมาะสมในการขอและออกใบอนุญาต รวมถึงการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของอุปกรณ์ทางเทคโนโลยี สิทธิของผู้ใช้บริการต้องได้รับการคุ้มครอง โดยเฉพาะสิทธิในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และสิทธิในการให้ความยินยอมก่อนเข้ารับการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
หัวใจสำคัญ / อิมพลีเม้นท์หลักของการศึกษา	การสร้างมาตรฐานทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	จุดแข็ง: การศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายจากหลายประเทศทำให้ได้มุมมองที่หลากหลายในการพัฒนากฎหมายในประเทศไทย จุดอ่อน: ขาดการวิเคราะห์เชิงลึกถึงผลกระทบจากการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทยจริง

	ช่องว่าง: งานวิจัยยังไม่ครอบคลุมการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ van den Heuvel และคณะ (2020) ที่ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้ใช้บริการเทคโนโลยีสุขภาพ ความต่าง: แตกต่างจากงานวิจัยของ van den Heuvel และคณะ (2020) คืองานวิจัยของ อติภรณ์ ตรีภักตรอง (2562) จะเน้นเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายจากหลายประเทศใน
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้ช่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการมีกรอบกฎหมายที่ชัดเจนในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีในกระบวนการรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการวางกรอบกฎหมายและมาตรการคุ้มครองสิทธิของผู้ใช้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) โดยใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	ดรรารวรรณ ร่องเมือง และคณะ (2563). <i>การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: บทเรียนจากระบาดของโควิด-19</i> . สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และศึกษาความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ ต้นทุน และความพึงพอใจของผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพในการใช้ระบบดังกล่าวในช่วงสถานการณ์โควิด-19
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (mixed methods) - การวิเคราะห์เชิงปริมาณ: ใช้สถิติเชิงพรรณนา, Wilcoxon signed-rank test, และ paired t-test เปรียบเทียบระยะเวลา ต้นทุน และความพึงพอใจ - การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์และข้อมูลภาคสนาม
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	ระบบแพทย์ทางไกลช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ดี ความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับสูง มีการจัดส่งยาไปยังผู้ป่วยผ่านโรงพยาบาลลูกข่าย แต่พบว่าต้นทุนการให้บริการระบบนี้ยังสูงอยู่ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการลงทุน อย่างไรก็ตาม ต้นทุนต่อหน่วยมีแนวโน้มลดลงหากมีการขยายการให้บริการในวงกว้าง
หัวใจสำคัญ / สีมหลักของการศึกษา	การประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลในสถานการณ์วิกฤต เพื่อยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเน้นความปลอดภัย ความพึงพอใจ และความต่อเนื่องของบริการ

<p>จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย</p>	<p>จุดแข็ง: การออกแบบระบบดูแลที่ตอบโจทยผู้ป่วยล้างไตโดยเฉพาะ และมีการประเมินทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ</p> <p>จุดอ่อน: ระบบยังมีต้นทุนที่สูงในระยะแรก อาจเป็นอุปสรรคต่อการขยายผลในระยะยาว</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นอย่างชัดเจน</p>
<p>ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ</p>	<p>ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ Reed และคณะ (2023) ที่เน้นความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</p> <p>ความต่าง: แตกต่างงานวิจัยของ Reed และคณะ (2023) และงานวิจัยอื่น ในประเด็นที่งานของดรรารวรรณเน้นเฉพาะผู้ป่วยล้างไตและการออกแบบระบบให้สอดคล้องกับบริบทของวิกฤตโควิด-19 รวมถึงการจัดส่งยา ซึ่งไม่พบในหลายงานวิจัยที่เน้นเพียงการสื่อสารทางไกล</p>
<p>สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของโรคและช่วงเวลา อีกทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องลดการเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล</p>
<p>ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี</p>	<p>วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวภณ กิจศิริญกุล (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(3), 12-23.</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในพื้นที่ชนบท โดยเน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียม</p>
<p>ระเบียบวิธีวิจัย</p>	<p>เป็นการศึกษาเชิงทบทวน (review-based research) และกรณีศึกษา โดยอาศัยข้อมูลจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยและระบบการส่งข้อมูลทางสรีรวิทยาด้วยเทคโนโลยีไร้สาย เช่น Body Area Network และ Wireless Sensor Network ที่เชื่อมกับสมาร์ทโฟน เพื่อส่งข้อมูลไปยังโรงพยาบาลและจัดเก็บเป็นฐานข้อมูล</p>

ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<p>การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถช่วยเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในชนบทห่างไกล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคด้านระบบการจัดการ การประสานงานหลายฝ่าย ความเชี่ยวชาญของแพทย์ในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ และขาดมาตรการทางกฎหมายรองรับ</p>
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	<p>การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมในพื้นที่ชนบท ผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยเน้นการส่งข้อมูลทางสรีรวิทยาแบบเรียลไทม์ และความร่วมมือของระบบสุขภาพระดับประเทศ</p>
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: นำเสนอแนวทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเชื่อมโยงกับการพัฒนา นโยบายระดับประเทศ</p> <p>จุดอ่อน: ขาดข้อมูลการทดลองหรือผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการใช้งานจริงในระดับพื้นที่</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่มีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับการดูแลแบบเดิมหรือระหว่างพื้นที่เมืองกับชนบท</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	<p>ความเหมือน: คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ ดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) ในประเด็นที่เน้นการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จำกัด (เช่น โควิด-19 หรือชนบทห่างไกล)</p> <p>ความเหมือน: แตกต่างจากงานวิจัยของ ดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) ในด้านเป้าหมายของผู้รับบริการ โดยงานวิจัยของ ดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) มีเป้าหมายของผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยล้างไต ส่วนงานวิจัยของ วิภาวิทย์ อรรถนพพรชัย และชวณณ กิจศิริณกุล (2564) มีเป้าหมายของผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และการเน้นเทคโนโลยีเฉพาะด้าน เช่น Wireless Sensor Network</p>
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	<p>งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของระบบการแพทย์ทางไกลในการตอบสนองต่อข้อจำกัดด้านพื้นที่และทรัพยากร โดยเฉพาะในบริบทชนบท ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการออกแบบระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยต้องคำนึงถึงองค์ประกอบด้านเทคโนโลยี การฝึกอบรมบุคลากร และการวางโครงสร้างระบบสนับสนุนเพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน</p>

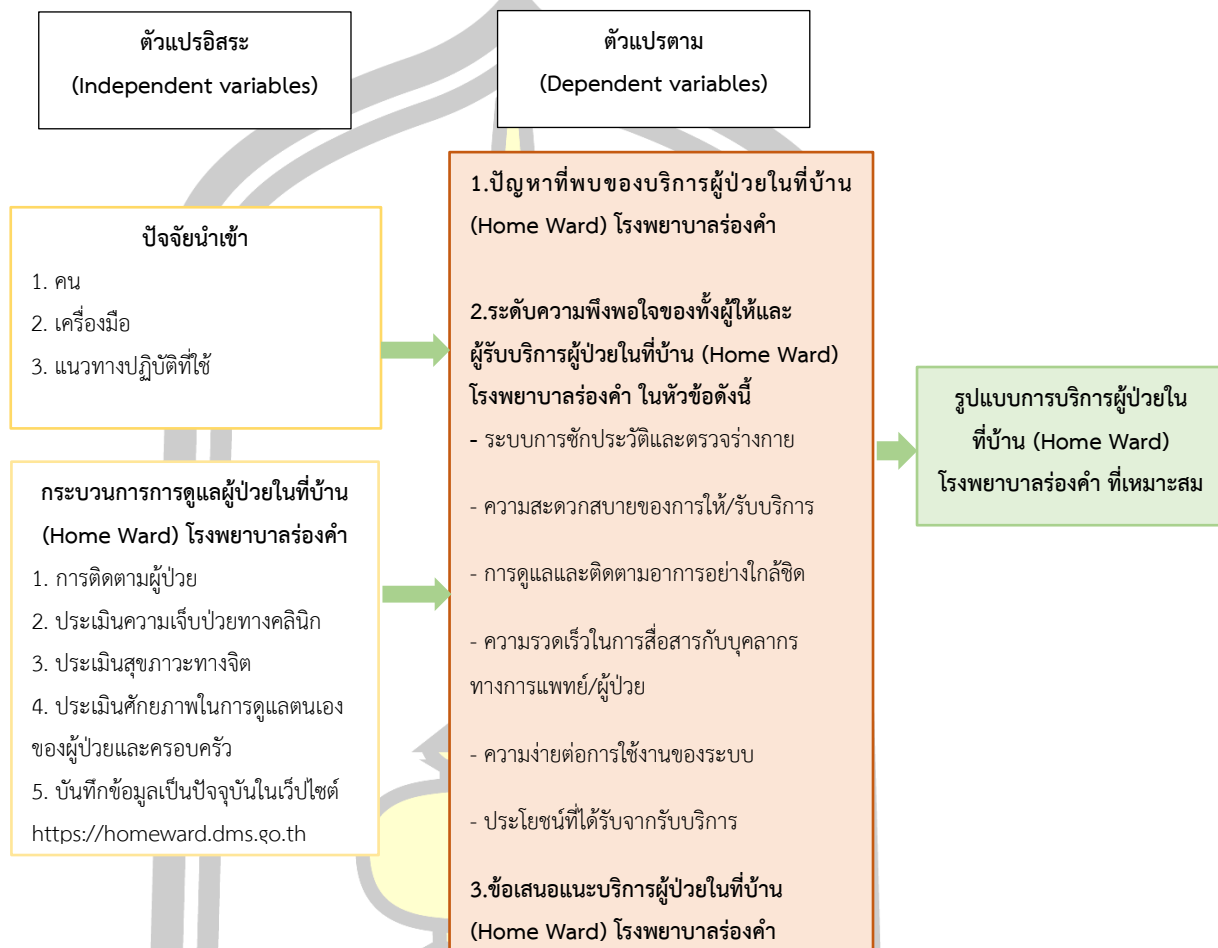
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	แพงพรรณ ศรีบุญลือ, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, ณิชชญา บัวละคร, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2565). “ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ศรีนครินทร์เวชสาร, 37(1).
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 73 ราย ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รวมทั้งสิ้น 142 ครั้ง
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง (83.56%) - ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร (60.27%) - การตัดสินใจดูแลเป็นของผู้ป่วยเองในสัดส่วนสูง (64.38%) - แผนการดูแลที่เลือกมากที่สุดคือ comfort care (84.93%) - การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น บรรเทาอาการได้ดี ลดความวิตกกังวลของครอบครัว และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	การสร้างมาตรฐานทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของงานวิจัย	<p>จุดแข็ง: ใช้ข้อมูลจริงจากเวชระเบียน สะท้อนบริบทการให้บริการจริงในสถานการณ์โรคระบาด, เน้นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>จุดอ่อน: ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine), ขาดข้อมูลเชิงลึกด้านประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ช่องว่าง: ยังไม่ครอบคลุมถึงแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระยะยาวหรือการขยายสู่บริบทนอกสถานการณ์ COVID-19</p>
ความเหมือนและความต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของวิภาวณิช อรรณพพรชัย (2564) ที่แสดงถึงบทบาทของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการเข้าถึงการรักษาในพื้นที่จำกัดและสถานการณ์ฉุกเฉิน

	ความต่าง: เน้นกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองและเน้นผลลัพธ์ด้านการตัดสินใจของครอบครัว รวมถึงภาวะจิตใจมากกว่าการรักษาทางกายภาพ
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการในภาวะวิกฤต ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่บ้าน โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารระหว่างทีมดูแลกับครอบครัวผ่านระบบทางไกล และการวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นข้อมูลสนับสนุนด้านการออกแบบบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติในระดับปฐมภูมิ
ผู้เขียน / ที่มา / หัวข้อ / ปี	จิระศักดิ์ กวียานนท์. (2023). การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home Ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 33-42.
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) สำหรับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ที่อำเภอบุญทริก โดยเน้นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบดูแลผู้ป่วยในบ้านในสถานการณ์โรคระบาด
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้การสัมภาษณ์และแบบสอบถามจากกลุ่มประชากรที่เข้ารับบริการจำนวน 430 ราย
ผลการวิจัย / ข้อค้นพบ / ข้อสรุป	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยง (36.22%) - โรคประจำตัวพบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานร่วมกับความดันฯ - ผู้ป่วยร้อยละ 82.38 มีอาการดีขึ้น - ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์และงานวิจัยก่อนหน้า
หัวใจสำคัญ / ธีมหลักของการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน - การประสานงานข้ามหน่วยงานมีความสำคัญต่อความสำเร็จของบริการ - การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้บริการมีประสิทธิภาพ
จุดแข็ง / จุดอ่อน / ช่องว่างของ	<p>จุดแข็ง: ประเมินผลในบริบทของสถานการณ์จริง (COVID-19), มีขนาดตัวอย่างใหญ่, ครอบคลุมมิติสุขภาพจริง</p> <p>จุดอ่อน: ขาดการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ไม่มีการเปรียบเทียบกับระบบที่ไม่ใช่</p>

งานวิจัย	ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ช่องว่าง: ยังไม่มีการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ หรือคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย
ความเหมือนและความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ	ความเหมือน: คล้ายกับงานวิจัยของ สมสมัย รัตนกริธากุล (2561) ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ความต่าง: งานวิจัยของ จีระศักดิ์ กวียานนท์ (2023) เน้นบริบทของโรคติดเชื้อเฉพาะช่วงวิกฤต COVID-19 และใช้จำนวนประชากรมากกว่า
สิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและช่วงวิกฤตโรคระบาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่มีความจำเป็นต้องมีโครงสร้างสนับสนุนด้านทีมสหสาขา การประสานงาน และการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน องค์ความรู้เหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนา รูปแบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เป็นกรณีศึกษาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้



2.10 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากกรอบแนวคิดดังภาพที่ 4 ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการระบบ Telemedicine มีดังต่อไปนี้

2.10.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

1. ปัจจัยนำเข้า

1. คน คือ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในบ้าน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในบ้าน และญาติผู้ป่วย

2. เครื่องมือ คือ ระบบ Telemedicine ในรูปแบบ Home Ward เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดความดัน พรอทวัดไข้

3. แนวปฏิบัติที่ใช้ คือ คู่มือการปฏิบัติงานแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) และแนวปฏิบัติงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

2. กระบวนการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

1. การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (self-monitor form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home ward clinical assessment form)

2. ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสถานะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ประเมินสุขภาวะทางจิต (psychosocial wellbeing) ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน

4. ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

5. บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบันในเว็ปไซด์ <https://homeward.dms.go.th>

2.10.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables)

1. ปัญหาที่พบของบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

เป็นการรวบรวมปัจจัยปัญหาที่พบจากทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จากทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

เป็นผลข้อมูลของระดับความพึงพอใจจากทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ในหัวข้อดังนี้ 1. ระบบการซักประวัติและตรวจร่างกาย 2. ความสะดวกสบายของการให้หรือรับบริการ 3. การดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 4. ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย 5. ความง่ายต่อการใช้งานของระบบ 6. ประโยชน์ที่ได้รับจากรับบริการ

3. ข้อเสนอแนะบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

เป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ที่ดำเนินการสอบถามและสัมภาษณ์ในผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ

2.10.3 รูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ที่

เหมาะสม

เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำที่เหมาะสม โดยการนำเอาตัวแปรตาม (Dependent variables) ของการวิจัยนี้อันได้แก่ ปัญหาที่พบระดับความพึงพอใจ และรูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ มาวิเคราะห์หาทางแก้ไขในจุดที่ยังบกพร่อง และเน้นย้ำในจุดที่มีมาตรฐานบริการที่ดีแล้วหรือสร้างความพึงพอใจต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไป และนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาปรับใช้ และเพื่อเป็นการสังเคราะห์รูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมแก่บริบทของโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบและแผนผังการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย การแจกแบบสอบถาม (Questionnaires) และการสัมภาษณ์ (Interviews) ที่จะครอบคลุมทั้ง ด้านประสิทธิภาพของระบบ Home Ward ความพึงพอใจทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ และปัญหาต่าง ๆ ที่พบ แก่ทั้งทีมสหวิชาชีพ และฝ่ายผู้ป่วย/ญาติ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยการดำเนินการแจกแบบสอบถาม (Questionnaires) การสัมภาษณ์ (Interviews) และทำการรวบรวมข้อมูลนั้น ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยทั้งสิ้น 9 เดือน โดยเริ่มทำกิจกรรม ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

3.2 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน ณ โรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 500 คน

โดยในการกำหนดจำนวนประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้พิจารณาจากบริบทของพื้นที่ศึกษา ได้แก่ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากรทั้งหมดจำนวน 11,451 คน โดยในจำนวนนี้มี

ผู้รับบริการผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 1,880 คน และมีบุคลากรสาธารณสุขภายในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 122 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2567) ซึ่งกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้หรือมีโอกาสใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ) และกลุ่มผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์) ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมความคิดเห็น มุมมอง และประสบการณ์จากทั้งสองกลุ่มอย่างเหมาะสม งานวิจัยจึงกำหนดจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาไว้ที่ 500 คน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมกลุ่มย่อยสำคัญ ได้แก่ ผู้เคยใช้บริการระบบ Home Ward หรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเข้ารับบริการดังกล่าว ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลร่งคำ ซึ่งจำนวน 500 คนถือเป็นขนาดประชากรที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานวิจัยระดับชุมชน ซึ่งสามารถสะท้อนแนวโน้ม ความคิดเห็น และประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยยังคงความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติด้านเวลาและทรัพยากรในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง 1) ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 110 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 2) ผู้ป่วยและญาติ ที่รับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) จำนวน 51 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น

1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ญาติ โดยจะประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ โดยแบบสอบถามดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติ

ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการ โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ และระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 4 ด้านได้แก่

1. ด้านความถี่การเข้ารับบริการ
2. ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ
3. ช่วงเวลาเข้ารับบริการ
4. ด้านความแออัด

ส่วนที่ 3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward
2. ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ
3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงานและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ร่วมกับแนวคิดการบริบาลผู้ป่วยใน เป็นมาตร ประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดเกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการรับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

1.2 แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยจะประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ โดยแบบสอบถามดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษามูลข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เคยให้บริการ Home

Ward อาชีพ และระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward
2. ด้านความต้องการให้บริการ
3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงานและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ร่วมกับแนวคิดการบริบาลผู้ป่วย เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

2. แบบสัมภาษณ์ (Interviews) โดยแบบสัมภาษณ์จะจำแนกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

- 2.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย ญาติ โดยจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ (Interviews) ดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล อุปกรณ์ติดต่อสื่อสารที่มี โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามในการการสัมภาษณ์ โดยมีประเด็นหลัก ได้แก่

1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ
2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
3. ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6. ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

7. ข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โดยจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ (Interviews) ดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้ให้บริการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล สิทธิการรักษา โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามในการการสัมภาษณ์ โดยมีประเด็นหลัก ได้แก่

1. มุมมองเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3.ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6. ปัญหาที่พบระหว่างการให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

7. ข้อเสนอแนะ

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) แบบสัมภาษณ์ (Interviews) โดยผู้วิจัยจะดำเนินแจกแบบสอบถามแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งทีมสหวิชาชีพ และส่วนของผู้รับบริการและญาติ เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม หากมีข้อมูลใดไม่สมบูรณ์ จะสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างใกล้ชิดด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะดำเนินการ

สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ (Interviews) และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ และดำเนินการวิจัยต่อไป ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาถึงรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อนำมาวิเคราะห์

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนโดยอาศัยกระบวนการและวิธีการของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 110 ชุด สำหรับทีมสหวิชาชีพ และ 51 ชุด สำหรับสำหรับผู้ป่วย ญาติ และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (Interviews) จำนวน 7 ชุด สำหรับทีมสหวิชาชีพ และ 6 ชุด สำหรับสำหรับผู้ป่วย ญาติ ซึ่งใช้ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการสร้างคำถามในแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสาร (Documentary research) ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการศึกษาโดยการอ่านหนังสือ ตำรา บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และ การให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเก็บข้อมูลต่อไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิควิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) และ แบบสัมภาษณ์ (Interviews) โดยผู้วิจัยเข้าสู่สนามวิจัยในฐานะเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานบริบาลผู้ป่วยใน (IPD: In-patient department) และเภสัชกรผู้รับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จากนั้นแจ้งทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการทำวิจัยนี้ เพื่อขอเก็บข้อมูลในรูปแบบแบบสอบถาม ตามความสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

3. เมื่อได้อาสาสมัครที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม (Questionnaires) และแบบสัมภาษณ์ (Interviews) แล้ว จากนั้นดำเนินการแจกแบบสอบถามและทำการสัมภาษณ์แก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้านที่โรงพยาบาลร่งคำ

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม (Questionnaires) และแบบสัมภาษณ์ (Interviews) เพื่อนำมาทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

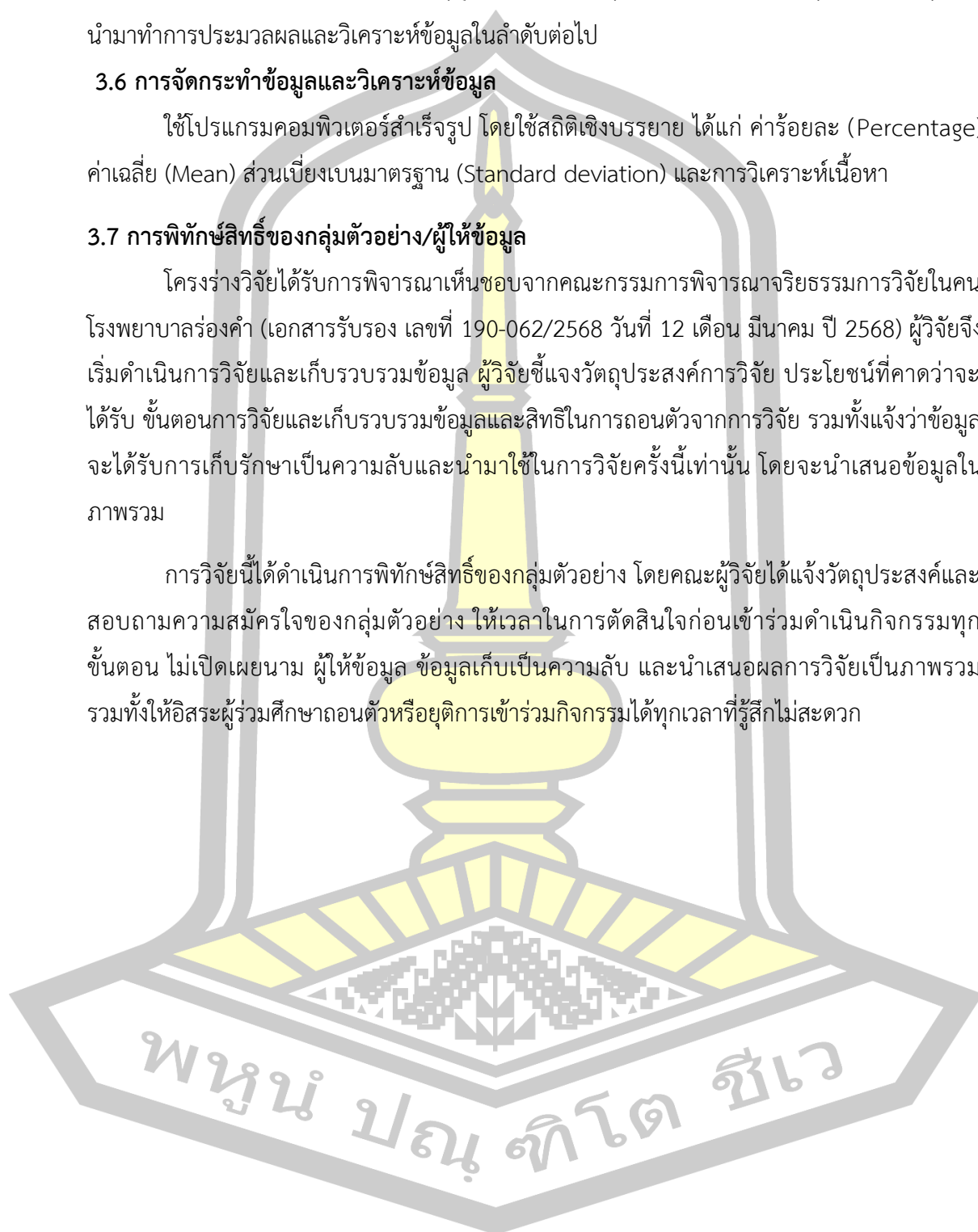
3.6 การจัดการกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์เนื้อหา

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลร่งคำ (เอกสารรับรอง เลขที่ 190-062/2568 วันที่ 12 เดือน มีนาคม ปี 2568) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนาม ผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้การแปลความหมายและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการกำหนดตามลำดับต่อไปนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความเข้าใจในการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นที่เข้าใจตรงกันจึงใช้ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลนี้

\bar{X} แทนค่าเฉลี่ย (Mean)

S.D. แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษา ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 2 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในต่างประเทศ

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ เพื่อศึกษา ถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 1.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1.1.2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

ตอนที่ 1.1.3 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ

ตอนที่ 1.1.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ

ตอนที่ 1.1.5 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความแออัด

ตอนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 2.1.1 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward

ตอนที่ 2.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ

ตอนที่ 2.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 3.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 4 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ

ตอนที่ 4.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 5 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 5.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 5.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ตอนที่ 5.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการให้บริการ

ตอนที่ 5.1.4 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ตอนที่ 6 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 6.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 7 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 7.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ

ตอนที่ 7.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 3 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2536 ภายใต้แนวคิดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) เพื่อขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการสุขภาพไปยังพื้นที่ห่างไกลและขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการนำร่องในระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในระยะแรก ระบบ Telemedicine ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์กับแพทย์ (doctor-to-doctor consultation) โดยเฉพาะในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งสามารถส่งภาพเอกซเรย์หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเวลาจริง หรือแบบไม่เรียลไทม์ก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว แม้จะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์กลางด้านการแพทย์ และเมื่อเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ได้กลายเป็นตัวเร่งสำคัญที่ผลักดันให้ระบบ Telemedicine ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและครอบคลุมการบริการมากยิ่งขึ้น จากการปรับตัวของระบบสาธารณสุขเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรงระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริการทางไกลที่หลากหลาย อาทิ การวินิจฉัยเบื้องต้นผ่านวิดีโอคอล การติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชัน รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยพยาบาลและเภสัชกรผ่านระบบออนไลน์

การเติบโตของระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยนั้น ยังสอดคล้องกับนโยบายภาครัฐ โดยเฉพาะการส่งเสริมโครงการ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหลักผ่านระบบเครือข่ายดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จีระศักดิ์ กวียานนท์ (2562) ที่เสนอแนวทางการพัฒนา “ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพทางไกล” โดยอาศัยการทำงานร่วมกัน

ระหว่างหน่วยบริการระดับต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้บริการถึงบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าของระบบ Telemedicine ในประเทศไทยยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านกฎหมาย มาตรฐานการให้บริการ และความพร้อมของบุคลากรและผู้รับบริการ โดยเฉพาะในประเด็นด้านจริยธรรม ความปลอดภัยของข้อมูล และความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัยทางไกล ซึ่งได้นำไปสู่การประกาศ “ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563” ว่าด้วยหลักเกณฑ์การประกอบวิชาชีพเวชกรรมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งถือเป็นหมุดหมายสำคัญในการกำกับดูแลการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยให้มีมาตรฐานและเป็นไปตามหลักวิชาชีพ

นอกจากนี้ ระบบ Telemedicine ยังได้เข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะในรูปแบบ “Home Ward” ซึ่งเป็นการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด แต่สามารถพักรักษาตัวที่บ้านได้อย่างปลอดภัย โดยระบบ Telemedicine จะช่วยสนับสนุนการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันเป็นแนวทางที่ได้รับการเสนอโดย อติภรณ์ ตรีภักตรอง และคณะ (2561) ซึ่งเน้นการบูรณาการการรักษาในรูปแบบสหวิชาชีพพร้อมกับเทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่

ด้านประสิทธิภาพและผลการรักษา การศึกษาโดย ณัฐภัสสร เต็มขุนทด (2564) พบว่า การติดตามสุขภาพทางไกล (telehealth) ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) และน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ได้มากกว่าการติดตามแบบปกติในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี การใช้แอปพลิเคชัน Line เพื่อสื่อสารและติดตามอาการ ช่วยเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์ในเรื่องการใช้อาหารและการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

ด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล การศึกษาของวรรณภา กรีทอง (2559) พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้ระบบ Telemedicine ($t = -7.69, p < 0.01$) โดยระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และในงานวิจัยของวีระชฌน ทวีศักดิ์ (2566) พบว่า การใช้ระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสมและมีประโยชน์มาก (Mean = 4.75, SD = 0.87) โดยผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.32, p < 0.05$) และนัฐยา พานิชย์ดี (2566) รายงานว่า ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีความพึงพอใจต่อระบบ

Telemedicine คลินิกเฉพาะโรคในระดับมากที่สุด ($x = 4.67$, $SD = 0.57$) โดยการรับรู้และทักษะการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง

มาตรฐานและรูปแบบของระบบการแพทย์ทางไกลที่เหมาะสม การศึกษาของอรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) พบว่า การประยุกต์ใช้ระบบ Telemedicine ในพื้นที่ชนบทสามารถช่วยจัดการสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาและส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายไร้สายไปยังโรงพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้ช่วยในการรักษาผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน การยอมรับการใช้งานระบบขึ้นอยู่กับความพร้อมทางเทคนิค อุปกรณ์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ในขณะที่ปัจจัยทางเทคโนโลยี เช่น ความเร็วการเชื่อมต่อไม่ส่งผลต่อการยอมรับมากนัก เนื่องจากบุคลากรเห็นว่า การเชื่อมต่อและการรับส่งข้อมูลเพียงพอต่อการใช้งาน

อดิภรณ์ ตรีภตรอง (2562) ได้ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ระบบ Telemedicine ในประเทศไทย โดยเน้นการคุ้มครองสิทธิผู้ใช้บริการและการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์การแพทย์และมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้บริการและพัฒนากรอบกฎหมายที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ดารารวรรณ รongเมือง (2563) ศึกษาผลการใช้ระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้อง พบว่าแอปพลิเคชันที่ใช้ในการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อแพทย์ได้ทันทีในช่วงวิกฤตโควิด-19 แม้จะมีต้นทุนที่สูงกว่าการรักษาปกติ แต่ระบบนี้ยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและลดความกังวลของครอบครัว

วิภาวณีย์ อรรณพพรชัย และชวภณ กิจศิริญกุล (2564) พบว่า การใช้ Telemedicine ในการดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินในชนบทช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้แม้ในพื้นที่ห่างไกล แต่ยังคงพัฒนาความเชี่ยวชาญของแพทย์และเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับการใช้ในพื้นที่ชนบท

แพงพรรณ ศรีบุญลือ และคณะ (2565) พบว่า ระบบเยี่ยมบ้านผ่าน Telemedicine ช่วยให้การเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองในช่วงโควิด-19 เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลของครอบครัว และสามารถลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลได้

จีระศักดิ์ กวียานนท์ (2023) ศึกษาผลการใช้ระบบ Home Ward ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า ระบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19

นอกจากนี้ ระบบ Telemedicine ยังได้เข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะในรูปแบบ “Home Ward” ซึ่งเป็นการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด แต่สามารถพักรักษาตัวที่บ้านได้อย่างปลอดภัย โดยระบบ Telemedicine จะช่วยสนับสนุนการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันเป็นแนวทางที่ได้รับการเสนอโดย อติภรณ์ ตรีภักตรอง และคณะ (2561) ซึ่งเน้นการบูรณาการการรักษาในรูปแบบสหวิชาชีพพร้อมกับเทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่

โดยสรุป ระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติจริง และได้กลายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งการพัฒนาาระบบดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และต้องยึดหลักมาตรฐานวิชาชีพควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

ตอนที่ 2 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต่างประเทศ

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต่างประเทศ

จากการศึกษาบริบทของการแพทย์ทางไกลในต่างประเทศ พบว่า จากการศึกษาบริบทของการแพทย์ทางไกลในต่างประเทศ พบว่า ประเทศพัฒนาแล้วจำนวนมากมีการพัฒนาและใช้งานระบบ Telemedicine มาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และเกาหลีใต้ ทั้งนี้ ในระยะแรก ระบบดังกล่าวถูกพัฒนาเพื่อให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลหรือในภารกิจพิเศษ เช่น ภารกิจในอวกาศหรือพื้นที่ทุรกันดาร อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลได้ถูกขยายตัวอย่างรวดเร็วและแพร่หลาย จนกลายเป็นรูปแบบบริการสุขภาพทางเลือกที่สำคัญในหลายประเทศ

ลักษณะเด่นของระบบ Telemedicine ในต่างประเทศคือ ความหลากหลายของรูปแบบการให้บริการ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การให้คำปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโอ (video consultation), การติดตามอาการผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สวมใส่และแอปพลิเคชันสุขภาพ (remote monitoring), ไปจนถึงการดำเนินการรักษาจากระยะไกล เช่น การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (remote robotic surgery) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีขั้นสูงและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ

ในด้านการกำกับดูแล ระบบการแพทย์ทางไกลในต่างประเทศมีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน อาทิ กฎหมายว่าด้วย Telehealth หรือ Telemedicine ซึ่งระบุขอบเขตการให้บริการ สิทธิและ

หน้าที่ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงระบบการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่สามารถเบิกจาก ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐหรือเอกชนได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติมาตรฐานทาง คลินิก (Clinical guidelines) และข้อกำหนดด้านความปลอดภัยไซเบอร์ เพื่อรับประกันคุณภาพและ ความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

ในด้านประสิทธิภาพและผลการรักษา จากการศึกษาการศึกษาของ Russo และคณะ (2022) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แสดงผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ไม่แตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว โดยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลง และ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ แม้ว่าการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจะทำได้น้อยกว่า และ การศึกษาโดย Shepperd และคณะ (2016) พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Hospital at Home) ช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย โดยไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและ การเข้ารับการรักษาใหม่ การรักษาที่บ้านยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลาย และ Shepperd และคณะ (2021) พบว่า การ รักษาผู้ป่วยสูงวัยที่บ้านร่วมกับการประเมินครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) ส่งผลให้การติดตามผลการรักษาและอัตราการเสียชีวิตใกล้เคียงกับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วย ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะยาว อีกทั้งการศึกษาของ Megido และคณะ (2023) พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Community-Based Home Hospitalization: CBHH) มีค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการรักษาที่บ้านมีความคุ้มค่า ทางเศรษฐกิจสูงกว่าการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาที่พบในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล การศึกษาของ Van den Heuvel และคณะ (2020) พบว่า การติดตามอาการทางไกลที่บ้านในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มี ความสะดวกสบายและเป็นส่วนตัวมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยรายงานว่า การรักษาใน โรงพยาบาลทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล เนื่องจากขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งแตกต่างจากการ ติดตามทางไกลที่บ้านที่ช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความสะดวกในการดูแลจากครอบครัว

ในงานวิจัยของ Sloan และคณะ (2022) พบว่า การแพทย์ทางไกลในการรักษาโรคข้อ ระหว่างการระบาดของโควิด-19 ถูกมองว่าแย่กว่าการปรึกษาแบบพบหน้ากันในหลายด้าน เช่น ความ แม่นยำในการประเมินอาการและการสร้างความสัมพันธ์ทางการแพทย์ แม้ว่า 60% ของผู้ป่วยจะเห็น ว่าการแพทย์ทางไกลสะดวกกว่าก็ตาม

Reed และคณะ (2023) ศึกษาการเปรียบเทียบการรักษาโดยแพทย์ทางไกลกับการพบแพทย์ตามปกติในช่วงโควิด-19 พบว่าอัตราการกลับมาพบแพทย์หลังการแพทย์ทางไกลสูงกว่าการพบแพทย์ทั่วไปเล็กน้อย ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการพบแพทย์แบบตัวต่อตัวในบางกรณี โดยเฉพาะในอาการที่ต้องการการตรวจร่างกาย

การศึกษาของ Udsen และคณะ (2023) เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางไกลในการจัดการโรคเบาหวานประเภท 1 พบว่า การแพทย์ทางไกลสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากวิธีการรักษาอื่น ๆ ทั้งนี้ การแพทย์ทางไกลสามารถนำไปใช้ในการรักษาและติดตามผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าผลลัพธ์รองบางประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า แม้การแพทย์ทางไกลจะมีข้อดีในการอำนวยความสะดวกและลดการใช้เวลาของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำในการประเมินและการสร้างความสัมพันธ์ทางการแพทย์ที่ไว้วางใจได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาและการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้งานในอนาคต

ด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล การศึกษาของ Ma และคณะ (2022) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในจีนส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อ Telemedicine แต่ยังพบปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานและค่าธรรมเนียมที่ต้องปรับปรุงเพื่อเพิ่มความพึงพอใจและการใช้บริการ

Moulaei และคณะ (2023) พบว่าในอิหร่าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงชอบการรักษาแบบพบแพทย์ตัวต่อตัวมากกว่าการแพทย์ทางไกล (71% ต่อ 29%) โดยเหตุผลหลักที่ชอบ Telemedicine คือการหลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อและการประหยัดค่าใช้จ่าย. งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า Telemedicine ควรปรับตัวให้ตอบสนองความต้องการและกังวลของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการยอมรับในการใช้บริการ

พหุบัณฑิต ชีเว

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเปรียบเทียบระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการพัฒนาและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ในประเทศไทย ระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยได้รับการพัฒนาในระยะเวลาสั้น ๆ โดยเริ่มเน้นการใช้งานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในระหว่างนี้ประเทศไทยได้พัฒนาและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจากระยะไกล เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) โดยใช้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยจากระยะไกล การให้คำปรึกษาทางออนไลน์ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีคุณภาพในบางพื้นที่ รวมถึงขาดการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในบางพื้นที่

ในต่างประเทศ หรือในประเทศพัฒนาแล้ว ระบบการแพทย์ทางไกลได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่และมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบการประกันสุขภาพที่แข็งแกร่งและมีการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การใช้ AI, IoT และแอปพลิเคชันทางการแพทย์ ซึ่งสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยจากระยะไกลมีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพสูง

จากการศึกษาเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ประเทศไทยได้เริ่มนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการใช้ Telemedicine ได้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจากระยะไกลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แม้ว่าระบบนี้ในประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสามารถเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีคุณภาพในอนาคต ขณะที่ในต่างประเทศ ระบบ Telemedicine ได้รับการพัฒนาและใช้งานอย่างแพร่หลาย โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีลักษณะการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทด้านทรัพยากร เทคโนโลยี โครงสร้างระบบสุขภาพ และนโยบายระดับชาติ การศึกษาเปรียบเทียบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ลักษณะสำคัญของระบบ Telemedicine ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับตัวอย่างในต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย เพื่อสะท้อนถึงข้อเด่น ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนาระบบของไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบ Telemedicine ในแต่ละประเทศ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย
รูปแบบการบริการ	เน้นบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผ่านการเยี่ยมบ้าน การวิดีโอคอล และการติดตามอาการ	มีบริการหลากหลายรูปแบบ ทั้ง Teleconsultation, Telemonitoring และ Remote ICU ครอบคลุมทั้งปฐมภูมิ-ตติยภูมิ	ให้บริการผ่านระบบ NHS 111 และ แพลตฟอร์มออนไลน์ NHS App เน้นความสะดวกและลดการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ	มีระบบ Telehealth สำหรับประชากรในพื้นที่ห่างไกล สนับสนุนโดยรัฐบาลและรัฐต่าง ๆ
โครงสร้างพื้นฐาน	ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะ รพ.ชุมชน มีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ต	โครงสร้างพื้นฐานครอบคลุม มีการลงทุนจากรัฐและภาคเอกชน	มีระบบสารสนเทศของรัฐที่ครอบคลุมและสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ	ใช้โครงข่าย NBN (National Broadband Network) เชื่อมต่อบริการทางไกลได้ทั่วประเทศ
การพัฒนาเทคโนโลยี	ใช้แอปพลิเคชันที่พัฒนาภายในโรงพยาบาลหรือร่วมกับภาคเอกชน เช่น DMS, A-MED	ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น AI วิเคราะห์อาการ เครื่องวัดชีพจรระยะไกล	มีระบบ e-consult และ e-prescription ที่เป็นมาตรฐาน	มีระบบ Virtual Clinics และ e-Health Records
นโยบายสนับสนุน	มีแนวทางจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการ 30 บาท Telemedicine และ Home Ward แต่ยังไม่เป็นนโยบายระดับชาติอย่างสมบูรณ์	มีกฎหมายและการชำระเงินที่รองรับ Telemedicine โดยเฉพาะในช่วง COVID-19	สนับสนุนจากรัฐบาลกลางอย่างเข้มแข็ง และมีการบูรณาการเข้ากับระบบ NHS	Telehealth เป็นนโยบายหลักในการดูแลสุขภาพระยะไกลของรัฐบาลออสเตรเลีย
การเข้าถึงของประชาชน	ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มเปราะบางที่ขาดอุปกรณ์	ประชาชนเข้าถึงบริการได้ผ่านแอปฯ หรืออุปกรณ์ส่วนตัว เนื่องจากมีการสนับสนุนจากรัฐ	ประชาชนสามารถใช้บริการผ่านระบบที่พัฒนาจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	เข้าถึงง่ายโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ผู้รับบริการมีสิทธิ์เบิกจ่ายผ่านระบบ Medicare

จากตารางที่ 17 สามารถสังเคราะห์ได้ว่า ประเทศไทยมีความพยายามในการพัฒนาระบบ Telemedicine ให้สามารถให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในรูปแบบ Home Ward อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดสำคัญในด้านโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยีที่ไม่เป็นมาตรฐาน และการเข้าถึงของประชาชน

ในทางกลับกัน ประเทศที่มีระบบ Telemedicine พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ได้วางระบบไว้ในระดับโครงสร้างและนโยบายอย่างชัดเจน มีการลงทุนในเทคโนโลยีและการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้การบริการมีความต่อเนื่องและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถรองรับการให้บริการผ่านระบบทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีความตระหนักรู้และการยอมรับจากประชาชนต่อการใช้เทคโนโลยีในระบบบริการสุขภาพสูงกว่าประเทศไทย

ดังนั้น การพัฒนาระบบ Telemedicine ในประเทศไทยควรมีการกำหนดนโยบายระดับชาติที่ชัดเจน พัฒนาเทคโนโลยีให้มีมาตรฐานกลาง และส่งเสริมการเข้าถึงในระดับประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากระบบนี้ได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน ดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน คือ ประเทศไทยควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่สามารถรองรับการให้บริการ Telemedicine โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และต้องส่งเสริมการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง
2. การปรับปรุงกฎหมายและนโยบาย คือ ประเทศไทยควรมีการปรับปรุงกฎหมายและนโยบายให้รองรับการใช้งาน Telemedicine อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพให้สามารถรองรับการให้บริการนี้ได้
3. การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ คือ การพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การใช้ระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ประเทศไทยได้เริ่มนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการใช้ Telemedicine ได้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจากระยะไกลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แม้ว่าระบบนี้ในประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีที่

ทันสมัย แต่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสามารถเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ในอนาคต ขณะที่ในต่างประเทศ ระบบ Telemedicine ได้รับการพัฒนาและใช้งานอย่างแพร่หลาย โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 1.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและญาติ จำนวนทั้งหมด 50 คน จำแนกตามตัวแปร คือ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเคยเข้ารับบริการ โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล โดยการหาค่าความถี่ และ ค่าร้อยละ (Percentage) ดังที่แสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 18 ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	23	45.1
หญิง	26	51
เพศทางเลือก	2	3.9
ไม่ต้องการระบุ	0	0
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	5.9
20-25 ปี	5	9.8
26-30 ปี	5	9.8
31-35 ปี	4	7.8
36-40 ปี	7	13.7

41-45 ปี	6	11.8
46-50 ปี	1	2.0
51-55 ปี	5	9.8
56-60 ปี	4	7.8
61 ปี ขึ้นไป	11	21.6
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1,000-10,000 บาท	10	19.6
10,000-20,000 บาท	19	37.3
20,001 – 30,000 บาท	19	37.3
30,001 – 40,000 บาท	2	3.9
40,001 – 50,000 บาท	1	2.0
50,001 – 60,000 บาท	0	0
60,001 – 70,000 บาท	0	0
70,001 – 80,000 บาท	0	0
80,001 บาท ขึ้นไป	0	0
4. สิทธิการรักษาในปัจจุบัน		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	36	70.6
สิทธิประกันสังคม	14	27.5
สิทธิ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัย	0	0
สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ UCEP	0	0
สิทธิอื่น ๆ	1	2
5. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย ที่เคยเข้ารับบริการ		
1-3 วัน	15	29.4
4-6 วัน	12	23.5
7-9 วัน	4	7.8
10-12 วัน	3	5.9
13-15 วัน	0	0
16-20 วัน	17	33.3
6. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ		
โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	15	29.4

โรคปอดอักเสบ	7	13.7
ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer)	1	2.0
ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ	0	0
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)	11	21.6
ผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)	9	17.6
ผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	8	15.7
7. ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล		
1-5 กิโลเมตร	33	64.7
5-10 กิโลเมตร	18	35.3
11-15 กิโลเมตร	0	0
16-20 กิโลเมตร	0	0
21-25 กิโลเมตร	0	0
26-30 กิโลเมตร	0	0
31-35 กิโลเมตร	0	0
36 กิโลเมตรขึ้นไป	0	0

จากตารางที่ 18 แสดงว่า ผู้ป่วยและญาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมาเป็น เพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 และสุดท้ายเป็น เพศทางเลือก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9

จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า มากที่สุด มีอายุระหว่าง 61 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 รองลงมา มีอายุ ระหว่าง 36-40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และน้อยที่สุด มีอายุระหว่าง 46-50 ปี มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0

จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่า มากที่สุด คือระหว่าง 10,001-20,000 บาท มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 และระหว่าง 20,001-30,000 บาท มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา คือระหว่าง 1,000-10,000 บาท มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุด คือระหว่าง 40,001-50,000 บาท มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

จำแนกตามสิทธิการรักษาในปัจจุบันพบว่า มากที่สุด คือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

จำแนกตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเคยเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุด คือ 16-20 วัน มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ 1-3 วัน มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และ น้อยที่สุดคือ 10-12 วัน มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

จำแนกตามโรคที่ได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุด คือ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension) มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer) มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

และสุดท้ายจำแนกตามระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า มากที่สุด คือ ระหว่าง 1-5 กิโลเมตร มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ ระหว่าง 5-10 กิโลเมตร มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ตามลำดับ



ตอนที่ 1.1.2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ
โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ จำแนกตาม ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลร่งคำบ่อยเพียงใด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
ไม่เคย	15	29.4
1 ครั้ง	10	19.6
2 ครั้ง	5	9.8
3 ครั้ง	4	7.8
4 ครั้ง ขึ้นไป	17	33.3

จากตารางที่ 19 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ
โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความถี่การเข้ารับบริการ โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์จำนวนการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร่งคำ พบว่า มากที่สุดคือ ไม่เคย
จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ 1 ครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และ
น้อยที่สุดคือ 3 ครั้ง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตอนที่ 1.1.3 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ
โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับ
บริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลา
พบแพทย์

ระยะเวลาพบแพทย์นานเพียงใด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 นาที	5	9.8
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	45	88.2
1-2 ชั่วโมง	1	2.0
2-3 ชั่วโมง	0	0
3 ชั่วโมง ขึ้นไป	0	0

จากตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการ
การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของ
ระยะเวลาพบแพทย์ โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ระยะเวลาพบแพทย์

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาพบแพทย์ พบว่า มากที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 45
คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 รองลงมาเป็น น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8 และน้อย
ที่สุดคือ 1-2 ชั่วโมง มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลารอรับยา

ระยะเวลารอรับยานานเพียงใด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 นาที	24	47.1
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	27	52.9
1-2 ชั่วโมง	0	0
2-3 ชั่วโมง	0	0
3 ชั่วโมง ขึ้นไป	0	0

จากตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลารอรับยา โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ระยะเวลารอรับยา

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลารอรับยา พบว่า มากที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็น น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ

ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จใช้เวลานานเพียงใด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30 นาที	3	5.9
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	37	72.5
1-2 ชั่วโมง	11	21.6
2-3 ชั่วโมง	0	0
3 ชั่วโมง ขึ้นไป	0	0

จากตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ พบว่า มากที่สุด คือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาเป็น น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 และน้อยที่สุดคือ 1-2 ชั่วโมง มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6

ตอนที่ 1.1.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ

โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ

ท่านมักเข้ารับบริการช่วงเวลาใดมากที่สุด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
6.00 -12.00 น.	31	60.8
12.00-13.00 น.	4	7.8
13.00-18.00 น.	4	7.8
18.00-24.00 น.	12	23.5
24.00-6.00 น.	0	0

จากตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์ช่วงเวลาเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุด คือ 6.00 -12.00 น. จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาเป็น 18.00-24.00 น. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 และน้อยที่สุดคือ 12.00-13.00 น. มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ 13.00-18.00 น. มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8

ตอนที่ 1.1.5 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ
โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความแออัด

ตารางที่ 24 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความแออัด

ด้านความแออัด	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านรู้สึกว่าการพยาบาลมีความแออัดมากน้อยเพียงใด	1.94	0.68	น้อย
รวมด้านความแออัด	1.94	0.68	น้อย

จากตารางที่ 24 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ
โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความแออัด โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความแออัด

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความแออัดของโรงพยาบาลร่งคำ พบว่าอยู่ใน
ระดับ น้อย ($\bar{X} = 1.94$)



ตอนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 2.1.1 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward

ท่านรับรู้ถึงระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จากช่องทางใด	จำนวน (n = 51)	ร้อยละ
ไม่เคยรู้จักมาก่อน	45	88.2
จากคนรู้จัก	6	11.8
โทรทัศน์และสื่อพิมพ์ต่าง ๆ	0	0
อินเทอร์เน็ต	0	0
อื่นๆ นอกเหนือจากนี้	0	0

จากตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ความคิดเห็นพฤติกรรม การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ด้านการรับรู้ระบบ Homeward

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ระบบ Homeward พบว่า มากที่สุด คือ ไม่เคยรู้จักมาก่อน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 และน้อยที่สุด คือ จากคนรู้จัก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ส่วน การรับรู้ถึงระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากทาง โทรทัศน์และสื่อพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และ อื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ ไม่มีผู้ตอบในส่วนของทั้งสามคำตอบนี้

ตอนที่ 2.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาล ร่องคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ

ตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่องคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward

ด้านความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.ท่านมีความต้องการเข้ารับบริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด	3.27	1.00	ปานกลาง
รวมด้านความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward	3.27	1.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 26 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่องคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ความต้องการเข้าใช้บริการระบบ Homeward

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$)

ตอนที่ 2.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่องคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

โดยแบ่งเป็นด้านย่อยได้แก่

1. ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา
2. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย
3. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์
4. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ
5. ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ
6. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ตารางที่ 27 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา

1. ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ทีมสหวิชาชีพมีการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) แก่ท่านได้ดีเพียงพอหรือไม่	3.78	1.10	มาก
รวมด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา	3.78	1.10	มาก

จากตารางที่ 27 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.78$)

ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา

2. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด	3.51	1.07	มาก
2. การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด	3.10	1.19	ปานกลาง
รวมด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย	3.31	1.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 28 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วย ในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.51$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.10$)

ตารางที่ 29 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

3. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ความพร้อมของระบบการให้บริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีความพร้อมระดับใด	3.75	1.04	มาก
2. อุปกรณ์การติดตามผลการรักษาด้วยตนเองที่บ้าน ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้มีความเพียงพอหรือไม่	4.10	1.06	มาก
รวมด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	3.93	1.05	มาก

จากตารางที่ 29 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.93$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ความพร้อมของระบบการให้บริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีความพร้อมระดับใด ($\bar{X} = 3.75$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ อุปกรณ์การติดตามผลการรักษาด้วยตนเองที่บ้าน ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้มีความเพียงพอหรือไม่ ($\bar{X} = 4.10$)

ตารางที่ 30 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

4. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมากน้อยเพียงใด	4.00	1.04	มาก
รวมด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ	4.00	1.04	มาก

จากตารางที่ 30 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพโดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 4.00$)

ตารางที่ 31 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ

5. ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ช่วยเพิ่มความสะดวกรบายในการรับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด	4.29	1.03	มากที่สุด
2. ระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีความง่ายต่อการใช้บริการเพียงใด	4.12	1.03	มาก
3. การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	3.88	1.19	มาก
4. ระบบการติดตามผลการรักษามีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	4.08	1.09	มาก
รวมด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ	4.09	1.09	มาก

จากตารางที่ 31 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 4.09$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการรับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด ($\bar{X} = 4.29$) รองลงมา คือ ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความง่ายต่อการใช้บริการเพียงใด ($\bar{X} = 4.12$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.88$)

ตารางที่ 32 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

6. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้น ท่านมีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด	4.27	1.00	มากที่สุด
2. ท่านมีความเชื่อมั่นในผลการรักษา หลังจากจบกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด	4.37	0.94	มากที่สุด
รวมด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา	4.32	0.97	มากที่สุด

จากตารางที่ 32 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X} = 4.32$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีความเชื่อมั่นในผลการรักษา หลังจากจบกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.37$) และ

คำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้น ท่านมีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.27$)

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 3.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 33 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการบริการการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ประจำวันมากน้อยเพียงใด	3.80	0.53	มาก
2. ท่านได้รับการบริการสะดวกสบายมากขึ้นหรือไม่เพียงใด	3.82	0.77	มาก
3. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพียงใด	3.71	0.76	มาก
4. ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด	3.24	0.89	ปานกลาง
5. ระบบ Home Ward สามารถใช้งานได้เข้าใจง่ายหรือไม่เพียงใด	3.71	0.73	มาก
6. ท่านมีความเห็นว่าระบบผู้ป่วยในบ้านมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด	3.90	0.78	มาก
รวมความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	3.70	0.74	มาก

จากตารางที่ 33 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.70$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านมีความเห็นว่ารระบบผู้ป่วยในที่บ้านมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.90$) รองลงมา คือ ท่านได้รับการบริการสะดวกสบายมากขึ้นหรือไม่เพียงใด ($\bar{X} = 3.82$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.24$)

ตอนที่ 4 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ

ตารางที่ 34 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน	จำนวน (n = 7)	ร้อยละ
1. การติดต่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพยังไม่สะดวกรวดเร็วเพียงพอ	4	57.1
2. ไม่ได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยบ่อยเพียงพอ	1	14.3
3. อุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วไม่เพียงพอ	2	28.6

จากตารางที่ 34 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิเคราะห์จำนวน และ ร้อยละ

ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่า มากที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพยังไม่สะดวกรวดเร็วเพียงพอ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ อุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วไม่เพียงพอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ น้อยที่สุดคือ ไม่ได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยบ่อยเพียงพอ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3

ตอนที่ 4.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไข ในอนาคตของบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคตของบริการผู้ป่วยในที่บ้าน	จำนวน (n = 2)	ร้อยละ
1. เพิ่มการติดตามอาการคนไข้อย่างใกล้ชิดหรือบ่อยกว่าเดิม	1	50
2. ควรมีการเตรียมอุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วให้ผู้ป่วยกลับไปตรวจเองที่บ้านอย่างเพียงพอ	1	50

จากตารางที่ 35 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคตของบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่า มากที่สุด คือ เพิ่มการติดตามอาการคนไข้อย่างใกล้ชิดหรือบ่อยกว่าเดิม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และ มากที่สุด คือ ควรมีการเตรียมอุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วให้ผู้ป่วยกลับไปตรวจเองที่บ้านอย่างเพียงพอ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50

ตอนที่ 5 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งองค์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 5.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 50 คน จำแนกตามตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เคยให้บริการ อาชีพ ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล โดยการหาค่าความถี่ และ ค่าร้อยละ (Percentage) ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 36 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 110)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	22	20.0
หญิง	88	80.0
เพศทางเลือก	0	0
ไม่ต้องการระบุ	0	0
2. อายุ		
20-25 ปี	8	7.3
26-30 ปี	6	5.5
31-35 ปี	10	9.1
36-40 ปี	11	10.0
41-45 ปี	5	4.5
46-50 ปี	15	13.6
51-55 ปี	21	19.1
56-60 ปี	10	9.1
61-70 ปี	16	14.5
71-80 ปี	8	7.3
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	43	39.1
ระดับปริญญาตรี	31	28.2

ระดับปริญญาโท	5	4.5
ระดับปริญญาเอก	0	0
อื่น ๆ	31	28.2
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
10,000 – 20,000 บาท	70	63.6
20,001 – 30,000 บาท	10	9.1
30,001 – 40,000 บาท	9	8.2
40,001 – 50,000 บาท	3	2.7
50,001 – 60,000 บาท	9	8.2
60,001 – 70,000 บาท	2	1.8
70,001 – 80,000 บาท	0	0
80,001 บาท ขึ้นไป	7	6.4
5. สิทธิการรักษาในปัจจุบัน		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	68	61.8
สิทธิประกันสังคม	12	10.9
สิทธิ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัย	0	0
สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ UCEP	0	0
สิทธิข้าราชการ	30	27.3
6. ระยะเวลาที่เคยให้บริการ		
1-3 เดือน	53	48.2
4-6 เดือน	16	14.5
7-9 เดือน	4	3.6
10-12 เดือน	2	1.8
1 ปี ขึ้นไป	35	31.8
7. อาชีพ		
แพทย์	4	3.6
เภสัชกรและ จพง.เภสัชกร	7	6.4
พยาบาล	22	20.0
เทคนิคแพทย์	2	1.8
นักรังสีเทคนิค	1	0.9

นักโภชนาการ	1	0.9
อสม.	67	60.9
อาชีพอื่น ๆ	6	5.5
8. ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล		
1-5 กิโลเมตร	27	24.5
5-10 กิโลเมตร	51	46.4
11-15 กิโลเมตร	17	15.5
16-20 กิโลเมตร	4	3.6
21-25 กิโลเมตร	2	1.8
26-30 กิโลเมตร	2	1.8
31-35 กิโลเมตร	4	3.6
36 กิโลเมตรขึ้นไป	3	2.7

จากตารางที่ 36 แสดงว่า ทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20

จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า มากที่สุด มีอายุระหว่าง 51-55 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 รองลงมา มีอายุ ระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และน้อยที่สุด มีอายุ 41-45 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5

จำแนกตามรายระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า มากที่สุด คือ ระดับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมา ระดับปริญญาตรี มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2 และน้อยที่สุด ระดับปริญญาโท มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2

จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่า มากที่สุด คือ 10,000-20,000 บาท มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ 20,001-30,000 บาท มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และน้อยที่สุดคือ 60,000-70,000 บาท มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8

จำแนกตามสิทธิการรักษาในปัจจุบันพบว่า มากที่สุด คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และน้อยที่สุดคือ สิทธิประกันสังคม มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9

จำแนกตามระยะเวลาที่เคยให้การบริการพบว่า มากที่สุด คือ 1-3 เดือน มีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ 1 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และ น้อยที่สุดคือ 9-12 เดือน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

จำแนกตามอาชีพ พบว่า มากที่สุด คือ อาชีพอาสาสมัคร (อสม.) มีจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ อาชีพพยาบาล มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุด อาชีพนักรังสีเทคนิค มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 และ อาชีพทันตแพทย์ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9

และสุดท้ายจำแนกตามระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า มากที่สุด คือ 5-10 กิโลเมตร มีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 กิโลเมตร มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 และ น้อยที่สุดคือ 21-25 กิโลเมตร มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 และ 26-30 กิโลเมตร มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8

ตอนที่ 5.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ตารางที่ 37 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านได้รับการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในการรักษาผู้ป่วยตามสายงานของท่าน ได้ดีเพียงพอหรือไม่	3.33	0.07	ปานกลาง
2. ท่านได้รับการอบรมระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) บ่อยเพียงใด	3.23	0.08	ปานกลาง
รวมด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	3.28	0.08	ปานกลาง

จากตารางที่ 37 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.28$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านได้รับการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในการรักษาผู้ป่วยตามสายงานของท่าน ได้ดีเพียงพอหรือไม่ ($\bar{X} = 3.33$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านได้รับการอบรมระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) บ่อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.23$)

ตอนที่ 5.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการให้บริการ

ตารางที่ 38 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นด้านความต้องการให้บริการ

ด้านความต้องการให้บริการ	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านมีความต้องการให้มีบริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด	3.57	0.07	มาก
รวมด้านความต้องการให้บริการ	3.57	0.07	มาก

จากตารางที่ 38 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการให้บริการ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความต้องการให้บริการ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.57$)

ตอนที่ 5.1.4 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

โดยแบ่งเป็นด้านย่อยได้แก่

1. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย
2. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์
3. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ
4. ด้านความง่ายและความสะดวกของระบบ
5. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ตารางที่ 39 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย

1. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด	3.74	0.07	มาก
2.การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด	3.64	0.07	มาก
3. ระบบการติดตามผลการรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	3.66	0.07	มาก
รวมด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย	3.68	0.7	มาก

จากตารางที่ 39 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.68$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.74$) รองลงมา คือ ระบบการติดตามผลการรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.66$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.64$)

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 40 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

2. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ความพร้อมของระบบการให้บริการมีความพร้อมระดับใด	3.49	0.07	มาก
2. อุปกรณ์การรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความเพียงพอหรือไม่	3.15	0.09	ปานกลาง
รวมด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์	3.32	0.8	ปานกลาง

จากตารางที่ 40 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพร้อมของระบบการให้บริการมีความพร้อมระดับใด ($\bar{X} = 3.49$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ อุปกรณ์การรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความเพียงพอหรือไม่ ($\bar{X} = 3.15$)

ตารางที่ 41 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

3. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมากน้อยเพียงใด	3.64	0.07	มาก
2. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	3.61	0.07	มาก
3. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	3.69	0.07	มาก
รวมด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ	3.65	0.7	มาก

จากตารางที่ 41 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.65$) หากจะพิจารณาเป็น รายการคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความสะดวกมาก น้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.69$) รองลงมา คือ ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมาก น้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.64$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสะดวก มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.61$)

ตารางที่ 42 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการ รักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของ ระบบ

4. ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ระบบการให้บริการสามารถเพิ่มความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด	3.61	0.06	มาก
รวมด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ	3.61	0.06	มาก

จากตารางที่ 42 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบโดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.61$)

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ตารางที่ 43 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

5. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. กระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยที่บ้านสามารถช่วยให้ใช้ความรู้ทางวิชาชีพของท่านในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่เพียงใด	3.55	0.07	มาก
2. ระบบผู้ป่วยที่บ้านมีภาพรวมที่ดีที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อหรือไม่เพียงใด	3.55	0.07	มาก
รวมด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา	3.55	0.07	มาก

จากตารางที่ 43 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.55$)



ตอนที่ 6 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 6.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 44 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	(\bar{X})	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยในผ่านระบบผู้ป่วยในที่บ้าน	3.74	0.09	มาก
2. การดูแลผู้ป่วยในผ่านระบบผู้ป่วยในที่บ้านในด้านการช่วยให้ท่านทำงานตามลักษณะวิชาชีพ	3.60	0.09	มาก
3. ระบบการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของระบบผู้ป่วยในที่บ้านมีความพึงพอใจ	3.75	0.08	มาก
4. ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พอใจ	3.81	0.08	มาก
รวมความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	3.73	0.09	มาก

จากตารางที่ 44 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ) โดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นพบว่าอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.73$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พอใจ ($\bar{X} = 3.81$) รองลงมา คือ ระบบการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของระบบผู้ป่วย

ในที่บ้านมีความพึงพอใจ ($\bar{X} = 3.75$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยในผ่านระบบผู้ป่วยในที่บ้านในด้านการช่วยให้ท่านทำงานตามลักษณะวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.60$)

ตอนที่ 7 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 7.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ ตารางที่ 45 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน	จำนวน (n = 38)	ร้อยละ
1. บางเคสขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม	1	2.6
2. เจ้าหน้าที่ไม่ได้มีการอบรมความรู้เรื่อง Home Ward และไม่แจ้งรายละเอียดให้ผู้รับผิดชอบรับทราบก่อน	1	2.6
3. อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการให้คนไข้ไปวัดเองที่บ้าน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTx) ไม่เพียงพอ	10	26.3
4. ไม่สะดวกต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ในการออกไปเยี่ยมคนไข้	2	5.3
5. ขาดเครื่องมือรักษาพยาบาลเบื้องต้น	2	5.3
6. ระบบบริการมีหลายขั้นตอนเกินไป ทำให้เกิดความล่าช้า	2	5.3
7. ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ญาติดูแล ทำให้การติดต่อสื่อสารยากลำบาก เช่น หูหนวก	1	2.6
8. คนไข้บางรายติดต่อลำบาก และการขาดความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น ไม่มีโทรศัพท์	3	7.9
9. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพค่อนข้างยาก เนื่องจากแต่ละวิชาชีพมีงานประจำที่ต้องทำอยู่แล้ว	1	2.6
10. การลงโปรแกรม Home Ward ยังมีความยุ่งยาก และใช้เวลานานในการบันทึก	1	2.6
11. จำนวนวันรักษา และจำนวนเม็ดยาที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่มีความแน่นอน โดยเฉพาะยาฆ่าเชื้อ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ1แต่ละคน จึงควรมีแนวทางการให้	2	5.3

จำนวนวันรักษา และจำนวนเม็ดยา ให้แพทย์ปฏิบัติตรงกัน		
12. สื่อสารลำบาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน	1	2.6
13. ผู้ป่วยมีความต้องการเข้ารับบริการ Home Ward จำนวนมาก แต่มีบุคคลากรรองรับบริการมีน้อย	1	2.6
14. การให้ Intervention (การดูแลรักษา และแทรกแซง) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหาเสพติดและจิตเวชจะทำได้ยากกว่ารูปแบบปกติ	1	2.6
15. การให้ Intervention (การดูแลรักษา และแทรกแซง) ของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ไม่เต็มที่	1	2.6
16. การติดต่อสัญญาณ internet ชัดข้อง ทำให้การบริการถูกตัดไปด้วย	1	2.6
17. ขาดการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ผู้ให้การดูแล (caregiver)	1	2.6
18. ขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือการรักษานั้นๆ	1	2.6
19. ผู้ป่วยมีอายุ รับประทานยาเองที่บ้านไม่ถูกต้อง	1	2.6
20. ทีมสหวิชาชีพยังไม่พร้อมสำหรับการรักษารูปแบบ Home Ward	1	2.6
21. ต้องใช้เวลาในการอธิบาย หลังทำการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)	1	2.6

จากตารางที่ 45 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นการนำคำตอบทุกคำตอบมาจัดกลุ่มให้คำตอบที่มีลักษณะเดียวกับอยู่ด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ จำนวน และ ร้อยละ

ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่า มากที่สุด คือ อุปสรรคทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการให้คนไข้ไปวัดเองที่บ้าน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาล (DTx) ไม่เพียงพอ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมา คือ คนไข้บางรายติดต่อลำบาก และการขาดความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น ไม่มีโทรศัพท์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 และน้อยที่สุดคือ คำตอบที่มีผู้ตอบอย่างละ 1 คนต่อคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 2.6 ต่อคำตอบ

ตอนที่ 7.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ
ตารางที่ 46 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับ
บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
1. ให้ติดต่อประสานทีมให้เข้าใจในการดูแล	1	2.9
2. จัดอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมถึง ผู้ให้การดูแล (caregiver) ที่เกี่ยวข้องครบทุกคน	3	8.6
3. ควรมีการตั้งจุดบริการ Home Ward ประจำหมู่บ้าน	2	5.7
4. โรงพยาบาลควรจัดเตรียมให้มีเครื่องมือการรักษาครบ เช่น เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTx) และอยากให้ ผู้ให้การดูแล (caregiver) ในหมู่บ้านมีเครื่องมือในการติดตามอาการเพียงพอทุกคน	6	17.1
5. ควรมีผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงแจก	2	5.7
6. ควรมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการ อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ผู้ให้การดูแล (caregiver)	2	5.7
7. ควรปรับปรุงระบบการดูแลรักษาให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น	1	2.9
8. กระตุ้นให้ครอบครัว ญาติ ผู้ป่วยเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยระหว่างรักษาแบบ Home Ward มากขึ้น	1	2.9
9. ควรมีผู้ประสานงานโดยตรงที่สามารถประสานงานกับทุกวิชาชีพได้ตลอด 24 ชม. ไม่ใช่แค่พยาบาลผู้ป่วยในดูแลฝ่ายเดียว	1	2.9
10. เพิ่มอัตรากำลังของทีมสหวิชาชีพในการบริการ Home Ward	1	2.9
11. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับ Intervention ที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาคนไข้แต่ละราย	1	2.9
12. จัดระบบรูปแบบการให้ Intervention ให้ชัดเจนเป็นรูปแบบ	1	2.9
13. ขยายสัญญาณ internet	1	2.9
14. ปรับแก้ไขโปรแกรม Home ward ให้สามารถบันทึกได้ง่ายขึ้น	1	2.9
15. ปรับขนาดตัวอักษรหน้าจอยาให้ใหญ่ขึ้น เพื่อสะดวกในการมองเห็นและรับประทานยาได้ถูกต้อง	1	2.9

16. ควรมีที่นอนลม แบบปรับฝั่งสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับ	1	2.9
17. กรณีคนไข้ไม่มีโทรศัพท์มือถือ ควรมีผู้ประสานงานและติดต่อส่งงาน เช่น อสม ในพื้นที่, partner อื่นๆ	1	2.9
18. ควรเตรียมทีมสหวิชาชีพให้มีความพร้อมในการให้บริการ ทั้งด้านกำลังคน และความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย	1	2.9
19. แนะนำให้การมาติดตามอาการ (Follow up) คนไข้ต้องระบุว่าเป็น Home Ward	1	2.9
20. ลดขั้นตอนให้ไหลลื่นมากขึ้น ลดในขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน	1	2.9
21. มีการพัฒนาระบบการสื่อสารทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและรับบริการ	1	2.9

จากตารางที่ 46 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิเคราะห์จำนวน และ ร้อยละ

ข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่า มากที่สุด คือ โรงพยาบาลควรจัดเตรียมให้มีเครื่องมือการรักษากรบ เช่น เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และอยากให้ ผู้ให้การดูแล (caregiver) ในหมู่บ้านมีเครื่องมือในการติดตามอาการเพียงพอทุกคน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 รองลงมา คือ จัดอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมถึง ผู้ให้การดูแล (caregiver) ที่เกี่ยวข้องครบทุกคน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และน้อยที่สุดคือคำตอบที่มีผู้ตอบอย่างละ 1 คนต่อคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ต่อคำตอบ

พูน ปณ ภิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ส่วนของผู้ป่วยและญาติ

ตอนที่ 1.1.1 มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

1.1 มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลมีความสะดวก รวดเร็ว และไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะในประเด็นของจำนวนผู้ใช้บริการที่ไม่มากนัก ทำให้สถานที่ไม่แออัด ส่งผลให้กระบวนการรักษาและรับยาใช้เวลาน้อยลง ซึ่งสะท้อนถึงข้อดีของโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทที่มีผู้มาใช้บริการไม่หนาแน่น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจ ขณะเดียวกัน มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบบริการบางประการ โดยเฉพาะในด้านระยะเวลาในการรอคอย ซึ่งสะท้อนถึงความคาดหวังต่อการลดระยะเวลาการให้บริการในขั้นตอนการซักประวัติและการจ่ายยา

อีกหนึ่งประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาคือเรื่องของสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล โดยรวมโรงพยาบาลมีสภาพอาคารที่ดีและบริการน่าพึงพอใจ แต่มีข้อกังวลเกี่ยวกับแมวจรจัดภายในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการบริหารจัดการด้านสุขาภิบาลและความปลอดภัยในพื้นที่บริการ ผลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในด้านความสะดวก ความรวดเร็ว และสภาพแวดล้อมที่ไม่แออัด อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเสนอแนะในประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนา เช่น การลดระยะเวลาการรอรับบริการในบางขั้นตอน และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“แม่เพิ่งมาเป็นความดันได้ 2 เดือน เพิ่งได้กินยา 2 เดือน แม่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล แต่ถ้าโรงพยาบาลกะว่าถ้าโดนจ๊กหนอย ช่วงซักประวัติแม่ว่าอยากโดนจ๊กหนอย ละกะช่วงรอยา”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ผมนอนโรงพยาบาลดู ดูอยู่ครับ แบบว่าตึกในกะดึเปิดอยู่ดอก เสียอย่างเดียวคือมีแมวหลาย สถานที่แบบนั้นผมกะบ่อยากให้แมวมารู้นจ้านหลาย ญาติคนไข้กะเอาแมวกินมาให้แมว ผมกะบ่กล้าเว้าหลายดอกครับ แต่เรื่องอื่น ๆ ผมกะพอใจดีอยู่ครับ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้าโรบลกะว่าถ้าโดนจักหน้อย ช่วงซั๊กประวัติแม่ว่าอยากโดนจักหน้อย ละกะช่วงร่อยา”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“บริการง่าย สดวกดี”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลร่่องคำทางบ้านเฮากะดีอยู่ มันกะไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นบ่ได้ เฮาอยู่บ้านนอก ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะดีอยู่จ้า คนบ่หลาย บ่แออัด ถ้ายาบโดน ธรรมดา ถ้าคนหลายกะโดน”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.2 มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

2.1 ความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกลและการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักบริการในลักษณะนี้มาก่อนที่จะได้รับการแนะนำหรือเข้าร่วมโครงการ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลร่่องคำ ได้กลายเป็นแนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ขณะเดียวกันก็ได้รับการติดตามประเมินผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยหลายคน ก่อนหน้านี้ไม่เคยรู้จักระบบ Home Ward มาก่อน แต่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ว่าไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล

และสามารถรับประทานยา วัดความดัน และส่งข้อมูลสุขภาพให้กับแพทย์ผ่านช่องทางที่กำหนดได้ทุกวัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสะดวกและความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลแบบใหม่นี้

อีกทั้งยังมีการแสดงความพึงพอใจต่อระบบ Home Ward โดยระบุว่าภายหลังจากได้รับการรักษาในรูปแบบนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดสามารถควบคุมได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน แม้ในช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความตระหนักรู้ในสุขภาพของตนเองที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังได้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพภายหลังจากได้รับการดูแลแบบ Home Ward โดยระบุว่าเริ่มหันมาดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การควบคุมอาหาร และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกลับคืนมา และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ญาติของผู้ป่วยก็มีทัศนคติในทิศทางเดียวกัน โดยบางรายกล่าวว่าไม่เคยรู้จักระบบนี้มาก่อน แต่เมื่อได้มีโอกาสรับบริการ พบว่ามีความสะดวก สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ญาติผู้ป่วยซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้และนำเข้าสู่ระบบการดูแลแบบใหม่

โดยสรุป ผลการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่จะไม่มีประสบการณ์หรือความรู้เกี่ยวกับระบบ Home Ward มาก่อน แต่เมื่อได้รับการบริการในรูปแบบดังกล่าวกลับแสดงความพึงพอใจและยอมรับอย่างมาก ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงแต่ช่วยลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล แต่ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเองและครอบครัว อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชนชนบท ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ปลุก บ่เคยรู้จัก เพิ่นบอกว่า แม่เป็นคนป่วยในแต่ว่าบ่ได้นอนโรงพยาบาล ให้กินยาอยู่บ้าน
ละกะวัดความดันส่งให้หมอทุกมือ มือละ 2 ถ้วย เข้า แล่ง...กะคืออยู่ลูก

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“บ่เคยรู้จักครับ เขาก่อรู้จักรอบวังหันนี้หละ บาดนี้ผมกลับคืนไปรอบสองหลังจากรักษา
แบบนี้แล้ว ผมได้คุมน้ำตาล น้ำตาลผมบ่เคยลงแบบนี้มาก่อน แต่ก่อนน้ำตาลบ่เคยลงต่ำกว่า
150 เลย จนผมได้ตัดขา ตามผมกะฟาง ผมเป็นแบบรุนแรงเคะครับ แต่เดี๋ยวนี้น้ำตาลผมกะเสี
งานได้ ผมกะลูกได้ เพิ่นให้มารักษาอยู่บ้านกะควบคุม วัดน้ำตาล วัดความดัน กะส่งให้เพิ่น
ยากะกินอยู่บ้าน ผิดปกติอันใดกะส่งให้เพิ่นเบิ่ง”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“หลังจากรักษาแบบนี้ ผมกะบ่อยากกรบกวน อสม. เลยได้ลองซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลมาเอง เลยได้เริ่มติดตาม ว่ามันขึ้นหรือมันลง พอได้ติดตามแล้วกะได้ลดอาหาร ผมว่ามันดีครับ แต่ก่อนกะไปทำงานกินไปกินไป บ่ควบคุมละครับ บาดผมมารักษาแบบนี้ ผมกะเลยสั่งซื้อมามี้อได้อาการบ่ดีผมกะตรวจ ตรวจเช้า ตรวจแลง เรื่องอาหารผมกะลิจัดตาม มันเลยดีขึ้น แต่ก่อนอยากกินหยั่งกะกิน บ่รู้จักว่าน้ำตาลขึ้น หรือลง ตอนน้กะได้รู้จักว่า ถ้าน้ำตาลขึ้นผมกะลดอาหารครับ ผมกะเลยมีแเฮง ตาผมกะแจ้ง”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“เฮากะเที่ยวก่อนฮู้ ฮู้จักก่อน เที่ยวก่อนนี้กะมาเฟิ่นกะเลยพาทำ ครั้งก่อนจากพญาบาลพาทำ”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“บ่รู้จักมาก่อน เพราะว่าคนไข้เฟิ่นเฟิ่งมีความดันเทียวนี้หละละกะบ่เคยนอนโรงบาล พอหมอให้โบมาวัดความดันอยู่บ้านกะความดันปกติละจ้ ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะบ่รู้จักมาก่อนดอกกะ กะรักษาดีอยู่จ้ ดี กะได้แฮ็ดเวียกจะของพร้อม”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

2.2 ความคิดเห็นด้านการต้องการเข้ารับบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบการดูแลดังกล่าว เช่น การได้รับการดูแลที่บ้านช่วยลดภาระในการเดินทางและความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถอยู่ใกล้ครอบครัวและดูแลภาระอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสะดวกของบริการ โดยเฉพาะการติดตามประเมินผลสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับทีมรักษา ซึ่งช่วยลดภาระในการเดินทางและสร้างความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม บางรายยังคงรู้สึกว่าการพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงมีความจำเป็นในบางกรณีเพื่อสอบถามหรือปรึกษาปัญหาสุขภาพเพิ่มเติม ดังนั้นการให้บริการในรูปแบบ Home

Ward ได้รับการตอบรับในเชิงบวก ทั้งจากมิติความสะดวก ความต่อเนื่องในการดูแล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ แม้ว่าจะมีความคาดหวังในการเข้าถึงบริการแบบเดิมควบคู่กันอยู่บ้างในบางราย ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ถ้าอันนั้น เฮ็ดแบบนี้กะดีคือกันลูก เพราะว่าชั้นเฮานอนโรงพยาบาลมันแสดคิดหลาย เพราะว่าอยู่บ้านกะคนอยู่กันบ่หลายคน ไหนสิห้วงนั้นห้วงนี้ แม่ว่าเฮ็ดแบบนี้กะดีคือกัน”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“อยาก อยากรับบริการอีกจ้า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“กะดีอยู่ได้จ้า เพราะว่าลีได้วัด บ่ต้องไปนอนโรงพยาบาล คือให้ อสม. มาวัดความดันอยู่บ้านจ้า แต่แรกกะวัดมื่อละ 4 เวลา หลังพ้อหมอกะเหลือ 3 เวลา คือ อสม. มาวัน 6 โมงแล้ว 10 โมง กับ 6 โมงแลง ละกะแอดไลน์ไปตักใน...กะมีเฟิ่นโทรมาถามตลอด”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“โอ้ย บ่ๆ ค่ะ ฮ่า ฮ่า... เออธรรมดาแบบที่เคยตรวจไปนำโรงพยาบาลเฮานี้หละค่ะ มันกะบ่ยาก ดอกค่า แต่ว่ากะบ่อยากได้หนีหนา ฮะ ฮะ ไปพบหมอ พบแพทย์กะยังดีอยู่จ้า เป็นจิงได้กะได้สอบถามเฟิ่นนั้นหนา”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.3 ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3. ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเข้ารับบริการดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต้องมีค่าเดินทาง ค่ารักษา หรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ พักค้างคืนและการดูแลจากญาติ นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจว่าการเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ตามระบบ Home Ward อาจได้รับการยกเว้นค่าบริการบางประการ และช่วยลดความลำบากในการ

เดินทาง โดยรวมแล้ว ระบบดังกล่าวส่งผลดีในด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายและเวลาที่ใช้ในการดูแลรักษา ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“บ่ได้เสียค่าใช้จ่ายลูก ตอนแรกแม่ส่งล้วยเอา คือปกติแม่ไปเอายาหนี แม่ลีเสียเงินทีละ 30 บาท แม่บ่ บัดทีนี้มีมือนั้น คีเพิ่นคิ๊บเอิ้นเอาเงิน แม่เลยมาคิดพ้อว่ามันน่าลีเป็นผู้ป่วยในมา รักษาอยู่บ้านกะเลยบ่ได้เสีย บ่ได้เดินทางมาโรงพยาบาลเลยตอนรักษา มีแต่มีเพิ่นบอกให้ไปเอาใบนัดนั้นหละ”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายกะบ่เพิ่ม ว่าลดกะปลด เพียงแต่ว่าตอนนีการกินเฮามีระบบระเบียบวินัย”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ใกล้ บ่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลดู ละกะไม่เสียเงินเพิ่ม”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“มันกะถึกกว่าอยู่ ถ้านอนโรงบาลกะลำบากคนมาเฝ้าอีก”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะธรรมดาอยู่เตะจำ กะถ่อเก่าอยู่”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยตามระบบ Home Ward มีการนำมาใช้ในระดับที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยผู้ป่วยและญาติสามารถใช้เครื่องวัดความดันที่มีอยู่เดิม หรือรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวัดและรายงานข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ดำเนินผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงอุปกรณ์บางประเภท และทักษะการใช้เทคโนโลยีของผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. ในการจัดการข้อมูลออนไลน์ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“แนววัดความดันแม่กะมีอยู่แล้ว พรอทวดไข่ปได้แจกลูก แม่ใช้โทรศัพท์ ส่งไลน์เอาลูก พอเฮ็ดได้อยู่”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ได้ยาคีต ผมงะพกไปน่ายามทำงานครึบ ติดต่อกะโทรศัพท์ ทางไลน์ครึบ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ได้ยาคีต และก้ออุปกรณ์ทำแผล”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2567 : สัมภาษณ์)

“อสม.บได้มีอุปกรณ์ทุกคน ผู้ได้ปมีกะซื้อเอง... ส่วนแม่กะได้แต่ยากลับมา...ติดต่อกะติดต่อทางไลน์จ้า”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ไปเอาน้ำ อสม. อั้น อสม. เขามาตรวจให้ มีอละ 2 เกื่อจ้า การติดต่อสื่อสารแม่ใช้โทรศัพท์ แม่ใช้ไลน์บ่เป็นจ้า อสม. เป็นคนอัพโหลดออนไลน์ง ”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.3 ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่ามีคามพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยให้เหตุผลว่าเป็นทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักรักษาตัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความตึงเครียดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และมีครอบครัวคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ระบบ Home Ward ยังช่วยลดภาระด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการนอนรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม มีบางความคิดเห็นที่สะท้อนถึงความกังวลต่อภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้ามาช่วยในการดูแลและประสานการรักษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาว ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“กะดีอยู่แม่ว่า เองง่าย ๆ ว่า พอใจอยู่ เพราะว่าหยังดี เพราะว่า เฮากะอยู่บ้าน เฮากะเฮ็ดเวียกเฮ็ดดีหยังได้เนาะแต่ถ้าไปนอนโรงพยาบาล แม่ว่ามันแสงลิกกดตัน ไหนลิกิด ไอัย บาดนี้ จ้วงกินน้ำไปน้อ แม่ลืออยู่จ้งได้น้อ”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ผมว่าสะดวกขึ้น แฟนผมกะมาดูแล เมียนี่กะมาดูแล เขากะได้เฮ็ดหยังนำ บั้นจะของกะมี วินัยขึ้น กะฮู้จักจ้งชั้นจ้งซี ได้ฮู้ว่าการไปนอนโรงพยาบาลมันลำบากสำได้ ลูกกะเรียนหนังสืออยู่พี ต้องแลนหลบไปหลบมา ขึ้นอยู่บ้านเขากะได้เฮ็ด ได้ดูแลกันไป มันดีหลายครับ มันดีหลาย”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“โฮมวอร์ดสะดวกสบายกว่ามาโรงพยาบาลจำ บ่อยมักมาโรงพยาบาลจำ”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“แม่จำ กะดีกว่าให้เพิ่นไปนอนโรงพยาบาลอยู่ได้ ผู้ล้งคนผู้เฒ่ากะบ่มีนอนโรงพยาบาลหม่าจำ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะลำบากอยู่จำ กะย่านแต่ อสม. ลำบากหนึ่ละจำ กะเว้าตรงๆไปล้งหละ”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.4 ด้านการสอนวิธีการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้รับบริการบางรายได้รับคำอธิบายจากพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย เช่น การวัดความดันโลหิต การวัดน้ำตาลในเลือด การล้างแผล และการส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้แก่ทีมแพทย์ ซึ่งผู้รับบริการบางรายสามารถเข้าใจวิธีการได้เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมเหล่านี้มาก่อน อย่างไรก็ตาม ยังมีบางรายที่จำได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถทำตามได้เต็มที่ ซึ่งอาจเป็นผลจากความจำที่ไม่ชัดเจน หรือขาดการฝึกฝนเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังมีบางกรณีที่มีการกล่าวถึงข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารระหว่าง อสม. ที่อยู่ในเขตต่างกัน ซึ่งอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับความยากลำบากในการรับการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เพิ่นกะอธิบายอยู่ แต่ว่าแม่กะลืม จำได้แต่ว่านี้หละเป็นผู้ป่วยในแต่มารักษาอยู่บ้าน แม่กะจำเอาสำนี้หละ เพิ่นกะบอกอยู่ว่าเพิ่นกะลี้บให้แม่มาลงความดันถ่ายส่งแม่่น”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“พยาบาลอธิบายให้ฟังอยู่ครับ มันกะพอฮู้อยู่ เพราะเคยเฮ็ดกับ อสม. มา วัดน้ำตาล”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“เขาสอนล้างแผลกับอื่น..ให้วัดความดันส่ง วัดไข้ี่ ปรอทเอาน้ำ อสม. จ้า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“อ้อ ชันแม่ันอันนี้ อสม. กะพอรู้้อยู่จ๊ะ เพราะว่าคุณหมอให้ อสม. เพื่อนวัดแหม่จ้า...แม่กะ เป็น อสม. คือกัน เพียงแต่ว่าคนป่วยอยู่หมู่ 6 แม่อยู่หมู่ 11 กะลมืออสม. ประจำหมู่ 1 มาวัด ส่วนแม่กะบ่อยากข้ามเขต เกรงใจกะเจ้าคะ บ่อยากมีปัญหากัน เป็นเขตรับผิดชอบของไผ ของมัน ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะบ่ได้สอนเดะหละจ้า”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากร

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้สะดวก โดยนิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในการส่งข้อมูลสุขภาพ เช่น ค่าความดันโลหิต และภาพถ่ายผลตรวจ รวมถึงการพูดคุยสอบถามผ่านโทรศัพท์ นอกจากนี้ ยังมีบางรายที่ได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่โดยตรง เช่น การโทรศัพท์แจ้งเตือนหรือสอบถามผลการวัดค่าต่าง ๆ ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการบางรายเลือกติดต่อผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่อาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี การสื่อสารในระบบ Home Ward จึงมีความยืดหยุ่นและสามารถตอบสนองความหลากหลายของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสมดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ชันโดนหลาย เพื่อนกะโทรมาทวงแม่ บางเื่อแม่กะลิ่มเนาะ เห็นว่าขอความดันแหม่จ้า เพื่อนกะลิว่าจั้งซี่ เพื่อนทักไลน์มา”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“คือว่าเมียมเป็นผู้จัดการให้ ไลน์ครับส่งทางไลน์ บาดหนีถ้าความดันเฮาหน่อยหลาย กะส่งไปทางไลน์แหม่ครับ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ทางไลน์จ้า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“ติดต่อบ่อยจ้า ส่วนมากกะมีแต่เฟิ่นโทรมา ส่วนมากแม่กะส่งใบวัดความดัน วัดความดัน แล้วแม่กะถ่ายรูปส่งให้เฟิ่นแหมจ้า ที่นี้พอโดนแล้วความดันปกติ เฟิ่นกะเลยให้เซาวัดส่งจ้า ให้มาตามนัดโรงพยาบาลเอา ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“คุยกับ อสม. อย่างเดียวจ้า บได้ติดต่อโรงพยาบาล”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.6 ด้านการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่นการวัดไข้ วัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า ส่วนใหญ่ใช้ช่องทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อกลางในการส่งข้อมูลสุขภาพ เช่น ค่าความดันโลหิต หรือผลการวัดต่าง ๆ โดยบางรายมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการส่งข้อความ รูปภาพ และการโทรศัพท์ จากบุคลากรเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลยังไม่ถูกส่งเข้าระบบ ขณะที่บางรายมีบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส เป็นผู้ช่วยในการจัดการข้อมูลและประสานงานให้แทน อีกส่วนหนึ่งมีการติดต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหลัก โดยไม่มีการติดต่อโดยตรงกับโรงพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบการติดต่อดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นในการสื่อสาร และบทบาทของครอบครัวและอสม. ที่มีความสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลในระบบ Home Ward ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“แม่วัดไข้ วัดความดันเอง แม่กะบ่ลำบาก แต่ว่าตอนเริ่มกินยาแล้วมันลิเหว็น มันลิเหมื่อย บได้แจ้งพยาบาล ชั้นแม่เมื่อแม่กะวัดความดัน แม่มีแนววัดความดันเอง ชั้นจะของเมื่อหลายแม่กะลิวัดความดันเบ็งว่ามันต่ำหรือมันสูงจั่งซี่แหม แม่กะให้พยาบาลส่งให้เฟิ่นเบ็ง เฟิ่นบอก ว่าถ้าบ่ต่ำกว่า 100 กะบ่เป็นหยั่งเฟิ่นว่า”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“นี่แฟนผมกะเห็ดให้ เป็นหมอล้วนโตเลย เพราะผมเห็ดงานต่างจังหวัด เขาไปนี่เขาจัดการให้เลย มันกะปล่ำปาก”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ให้วัดความดัน แล้วก็ส่งหมอทางไลน์จะมีแนววัดอยู่บ้านอยู่ แล้วก็ปรอทวัดไข้”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“กะมีปรอทวัดไข้อยู่จำ อสม.พกมาเอง ได้จากอนามัย...ปรอท อสม. ปได้มีทุกคน แต่เครื่องวัดความดันมีทุกคน”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ปได้วัดเองจำ มี อสม. วัดให้”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.7 ด้านการติดตามอาการและผลการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการติดตามอาการและผลการรักษาในระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแพทย์ โดยผู้ป่วยหรือญาติจะมีบทบาทในการรายงานค่าทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด หรืออุณหภูมิร่างกาย ผ่านช่องทางไลน์เป็นหลัก การประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยมีทั้งในรูปแบบที่เจ้าหน้าที่โทรศัพท์สอบถามเป็นระยะ และการรายงานผลโดยตรงจากผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งบางรายสามารถตรวจวัดและส่งผลได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ป่วย ขณะเดียวกันในกรณีที่พบความผิดปกติ ผู้ป่วยหรือญาติสามารถแจ้งผ่านไลน์หรือโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำหรือรับการประเมินเพิ่มเติมจากทีมรักษาได้ทันที อย่างไรก็ตาม บทบาทของ อสม. ยังคงมีความสำคัญในการวัดค่าทางคลินิกและสนับสนุนการประสานงานในพื้นที่ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้การติดตามผลอย่างใกล้ชิดดังกล่าวมีส่วนช่วยในการประเมินประสิทธิผลของการรักษาและสนับสนุนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อสม. หนีแม่กะบ่อยาก ทีแรกเพิ่นกะมาวัดอยู่ ตอนที่แรกทีแม่เริ่มกินยาความดันนั้น อสม. คะเจ้ากะมาวัด ตอนที่แรกแม่อีหลีนั้นทีแม่เริ่มกินยา กะมาวัด 3 เวลา หลังๆ อสม. กะมีแนว ยากของกะเจ้า แม่กะเกรงใจเพิ่น แม่เลยบอกว่า จังได้ข่อยกะวัดความดันถ้ายารูปลงอยู่แล้ว คือจังได้เฮาแกะตัวบ่ได้อยู่แล้วแม่นบ่ความดันของเฮาหนะ แม่กะเลยว่าหมู่เจ้าเอาเครื่องวัด ความดันไว้เนี เดียวข่อยลิวัดส่งเอง เลยว่าจังซี คะเจ้ากะเลยว่าจังชันกะดีคือกัน แม่กะวัด วัด แล้วก็ส่งเข้าในไลน์ที่แอดไลน์กับทางโรงพยาบาลนั้นหละ

“หลังจากความดันมันลงมาต่ำกว่า 140 แล้ว เพิ่นกะว่า ถ้ามันสูงจังบอกเพิ่น แต่ถ้าบ่ถึงบ่ต้อง บอกเพิ่นกะได้จังซีแหม แต่ถ้ามื้อได้แม่ผิดปกติ แม่กะทักไลน์หาเพิ่นจังซีแหม กะทักไลน์เข้า ในกลุ่ม”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ประมาณยามแลงกะส่งให้เพิ่น หรือชันมีคำแนะนำเพิ่มเพิ่นกะโทรมาอยู่ดอก เป็นบางมื้อ ยามแลงส่งให้เพื่อนบ่ขาดครับ ล่าสุดผมไปตามนัดโรงพยาบาล น้ำตาลผมเหลือ 100 พยาบาล กะว่าดีจนได้ถามว่าเจ้าไปตรวจหรือฉีดยามาแต่ไสครับ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ส่งหมอทางไลน์จ๊ะ”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“เพิ่นกะโทรมื่อละเถื่อ สองเถื่อ คุยไลน์กัน เพิ่นมาตามให้ส่งใบวัดความดัน”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“เทิงน้ำตาล เทิงวัดไข้หละจ๊ะ อสม. เพิ่นวัดให้สุอัน”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอนรักษาที่โรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อประสิทธิภาพของการรักษาเมื่อเทียบกับการนอน โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมองว่าการได้รับการดูแลที่บ้านช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากกว่า ไม่เกิดความรู้สึก กัดดันเหมือนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น

การประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมกับครอบครัว และการควบคุมอาหาร ซึ่งส่งผลดีต่อการจัดการโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่สะท้อนว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเมื่อได้รับการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ ญาติของผู้ป่วยยังเห็นพ้องว่า การดูแลในระบบ Home Ward เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณี que ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะนอนโรงพยาบาล ความยืดหยุ่นของระบบ Home Ward จึงตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แม้บางรายจะเห็นว่า "ดีคนละแบบ" แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการรักษาในภาพรวม ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“แม้ว่าโตนี้ดีกว่า กะคือแม่ว่านั้นหละ อยู่บ้านเฮา เฮากะได้ผ่อนคลายกว่าสิไปนอนโรงพยาบาล ถ้าไปนอนโรงพยาบาลมันกดดัน เพราะว่าหยังว่าดี เพราะว่าเฮาบได้เป็นถึงกับสินอนโรงพยาบาลนั้นแหละ ในความคิดของแม่นั้นนะ”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ผมว่าประสิทธิภาพนี้ ชั้นเฮาบเป็นหยังหลาย บ่สุดวิสัย สู้รักษาแบบนอนอยู่บ้านบ่ได้ครับ ได้เบิ่งจะของ ได้อยู่หน้าครอบครัว ได้เฮ็ดเวียก ได้อันนั้น อันนี้ แต่ก่อนไปนอนโรงพยาบาล ญาติกะเอาแนวอยู่แนวกิน แม่นแท้แล้กตาชอยเด้อครับ กินข้าวไปนี้ลิวเลยเด้อครับน้ำตาลนี่”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ซิมๆกันจะ”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“บ่ต่างดอกจ้่า ฮ่าฮ่า...พอดีผู้เฒ่าเพิ่นกะบ่อยากนอนโรงบาลเนาะ เพิ่นกะอยากมาอยู่บ้าน”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะดีคนละแบบแหละจ้่า มันกะไปคนละแบบอยู่”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.4 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ใน

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

4.1 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีระดับความพึงพอใจในระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในระดับสูงอย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากให้คะแนนเต็มหรือเกินระดับความพึงพอใจสูงสุด สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ดีในการรับบริการภายใต้ระบบดังกล่าว โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ ความสะดวกสบายจากการที่ไม่ต้องเดินทางหรือเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความเครียดและแรงกดดันทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ต้องเผชิญกับความกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจสุขภาพระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับยาอย่างรวดเร็ว และการสามารถทำกิจวัตรหรือประกอบอาชีพภายในบ้านได้ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกพึงพอใจและเห็นคุณค่าในระบบการดูแลรักษาแบบ Home Ward ซึ่งในภาพรวม ระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward ไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของประชาชนในชุมชน สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ระบบนี้แม่ให้ 5 เลย กะคือแม่ว่านั่นแหละ ชั้นไปนอนโรงพยาบาลมันกดดันเฮา บ่านที่นี้ถ้าอยู่บ้าน แม่เฮาบได้เข็ดเวียก เฮากะสามารถอยู่บ้านเฮาหนี บได้แบบว่าไปนอนกดดันจะของ บต้องคิด อยู่โรงพยาบาลหนี ถ้าฮอดเวลา แม่กะลืคืด ฮือ! ความดันกุลขึ้นหรือลิ่งน้อ สูงชะน้อ! อีหยัง จังซีเหมะ ลิกคดันจะของ ไกลฮอดแล้ว ไกลฮอดเวลาวัดแล้ว”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ผมให้เต็ม 5 เหมะ เพ็นกะมาเซ็คผมอยู่ ชั้นในปริมาณลำนี่ผมกะว่าดีมากแล้ว”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“แม่ให้เต็มหัวเลย”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“โอ้ยกะให้ 5 ฟันละจ้า...กะตีเบ็ดแม่จ้า เวลาเฮารอยาจั่งลิกะบโดนแหมจ้า เฮาสีไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทางในเมืองกะปี้ได้ดอกจ้า ฮ่าฮ่า”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ซั่มเต็ม 5 แม่กะให้ 10 ฟันแล้ว กะสะดวกล้าบาย ทำงานจะของได้”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ประกอบด้วยหลายมิติที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและบริบททางสังคมของชุมชน สามารถแบ่งเป็นหลายประการ ประการแรก คือ ความเหมาะสมของระดับอาการของผู้ป่วยกับการรักษาที่บ้าน ซึ่งช่วยลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีที่อาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยสามารถรับการติดตามอาการและดูแลเบื้องต้นจากทีมสุขภาพชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ประการที่สอง คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพของตนเอง ระบบ Home Ward ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่บริการตั้งอยู่ใกล้บ้าน และสามารถประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ เช่น อสม. ซึ่งช่วยลดภาระในการเดินทางและเวลาในการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ระบบยังเปิดโอกาสให้สามารถสื่อสารกับโรงพยาบาลผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น การถ่ายภาพค่าความดันหรือระดับน้ำตาล

ในเลือดส่งให้แพทย์หรือพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันหรือแชตไลน์ได้อย่างสะดวก อย่างไรก็ตาม ความน่าใช้งานของระบบยังขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น หากอาการของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือมีความรุนแรงสูง ผู้ป่วยและญาติก็ยังคงเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อความมั่นใจในความปลอดภัย ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบ Home Ward ได้แก่ ความเหมาะสมของระดับอาการ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการสนับสนุนจากบุคลากรในชุมชน ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ระบบมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับในระดับชุมชน ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“คะเจ้าคะนำลิดคือแม่นี่หละ แม่น เพราะว่าคือ ถ้าในระดับนี้ เฮอะสามารถรักษาโตอยู่บ้านได้เนาะ บ่จำเป็นต้องไปนอนนั่นแหลม”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“มันเห็ดให้ได้ควบคุมจะของ การอยู่การกิน ละกะบ่มีการกดดัน หมอต้องมาตรวจจั้งจั้นจั้ง ซี้ ซ้อยฮู้จักจะของแล้ว ฮู้จักโตของจะของ ทุกอย่างมันขึ้นอยู่กัจะของเบ็ด แม่อยู่โรงบาลขึ้นเฮาบปฏิบัติตามบ่มีวินัยหนี มันกะบ่มีความหมายดอก มาอยู่บ้านนี้ ขึ้นมีวินัยนี้ มันขึ้นอยู่กัโตจะของเบ็ดเด็ครับ ผมเคยได้ตัดขา จนตอนนี้ได้ต้นฮู้เบ็ด”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“มันใกล้บ้านจ้่า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“เอาอันนี้หละจ้่า อันที่ให้ อสม. ดูแลนี่หละจ้่า บ่ถึงกับว่าหนักแหลมจ้่าเพียงแต่ว่า ให้อสม. มาดูแลความดัน มันกะลิดบ่บาย เฮอะกะแค่อายส่งคุณหมอสิ้อ ๆ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2567 : สัมภาษณ์)

“กะลิดบ่มีฮู้ยกรักษาแบบนี้ดอกจ้่า ขึ้นน้ำตาลบ่ขึ้นหลายเพิ่นกะลิดให้ไปโรงบาลตามปกติ ขึ้นน้ำตาลหลาย ๆ เพิ่นกะลิดให้รักษาจั้งซี้ขึ้นเฮาบนอนโรงบาล ขึ้นแข็งแรงอยู่แม่กะอยากไปโรงบาลพุ่นแหลว”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.6 ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

6. ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

6.1 ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่ายังไม่พบปัญหา จะมีเพียงความรู้สึกไม่คุ้นชินจากการไม่ได้พบแพทย์โดยตรง แม้ระบบจะสามารถสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์และมีการติดตามข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยบางรายยังรู้สึกขาดความใกล้ชิดและความมั่นใจที่เกิดจากการพบปะแบบเผชิญหน้า อย่างไรก็ตาม ปัญหาอื่น ๆ เช่น การติดต่อประสานงานหรือการเข้าถึงบริการ ยังไม่ปรากฏชัดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ปลุก บได้ทันได้พ้ออยู่”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“มันกะดีแหม สำหรับผมมันดี แต่ว่ามันกะบ่ดีแต่อย่างเดียวคือว่า บได้เห็นหน้าหมอ แต่ว่า หมอเพื่อนกะเอาข้อมูลเฮา ตรวจสอบมาให้เฮาอยู่ ให้อันนั้นให้อันนี้เบ็ดอยู่ แต่ว่ามันกะบ่แปลกแต่สำหรับโตผมบ่เป็นหยั่ง เพื่อนกะเช็คข้อมูลอันนั้นอันนี้ เพียงแต่ว่าบได้พ้อหน้ากันซื่อ ๆ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ปมี ติดต่อได้ทางไลน์ จ้า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“ปจ๋า ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะบ่พ้อเด้หละจ๋า กะเพื่อนมารักษา เฮากะสะดวกกับเพื่อนคือกันจ๋า กะล่ำบายจ๋า ”

(เพศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.1.7 ข้อเสนอแนะ

7. ข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าส่วนใหญ่ไม่มีข้อเสนอเพิ่มเติม เนื่องจากพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะบางประการเกี่ยวกับการจัดการกระบวนการบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการนัดหมายเพื่อลดความแออัดในช่วงชักราชการ และการเปิดห้องเจาะเลือดให้บริการในช่วงเช้าให้เร็วยิ่งขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อ้อ แม่อยากให้เป็นแบบว่า ช่วงที่ชักราชการนั้นแหม หมายถึงว่าขยายมือแบบว่า บต้องให้คนไปแออัดกัน จังซีได้ป้ มันช้าแหม น่าจะนัดเป็น สมมุติว่านัดความดันมีวันอังคาร น่าจะรับได้จักคน 50-60 คน จังซีป้ หรือว่าจังได้ แม่กะอยากให้อลองพิจารณาไปจังซีแหม เพราะว่ามันกะมีคนป่วยทั่วไปจังซีแหม

“อีกนึ่ง ช่วงที่เฮาไปเจาะเลือดแหม แม่กะเคยแจ้งเพิ่นเถื่อนึ่งแล้วละ อยากให้ห้องเจาะเลือดมาแต่เช้าจักหน่อยแหม แม่เคยบอกเพิ่นเที่ยวหนึ่งแล้ว เพราะว่าหยั่งว่าดี เพราะว่าสาผู้ที่ไปหนีอดข้าว อดน้ำแม่นบ่ หลังสองทุ่มแม่นบ่ เบ็งแหม มันกะหิวเดะบาดหนี ลังเถื่อกะไป ทกโมงจังซี เถื่อลิได้เจาะเลือด อย่างนั้นเจ็ดโมงมาทำงานเลยได้ จังซีแหม”

(เพศหญิง อายุ 53 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“ผมบ่มีแนวเสนอแหมะ เพราะว่าสำนี้ผมกะพอใจแล้วแหมะ ถ้าแม่นทางโรงบาลสามารถเฮ็ดให้มันดีขึ้นกว่า นี้ผมกะยินดีนำครับ แต่ว่าสำหรับผมโรงบาลเฮดมา จัดมาแบบนี้มันดีแล้วครับ”

(เพศชาย อายุ 53 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

“ปมีจ้า”

(เพศหญิง อายุ 25 ปี ญาติผู้ป่วยแผลกดทับ 2568 : สัมภาษณ์)

“ปมีดอกจ้า ฮ่าฮ่า ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2568 : สัมภาษณ์)

“กะธรรมาดานันหละ ยามไปร่อแพทยร่อหมอคนหลายกะธรรมา กะบปรับปรุงหยังเด้หละ
จ้ำ เพิ่นกะสะตวกของเพิ่นคือกันจ้ำ”

(เทศหญิง อายุ 59 ปี ญาติผู้ป่วยเบาหวาน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ส่วนของทีมสหวิชาชีพ

ตอนที่ 1.2.1 มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลร่งคำ มีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะในด้านอัตราการครองเตียงที่ค่อนข้างต่ำ รวมถึงข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงซึ่งมีเพียง 30 เตียง ส่งผลให้บางช่วงเวลามีความแออัด จำเป็นต้องมียเตียงเสริมหรือให้ผู้ป่วยนอนในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น บริเวณระเบียง อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลเนื่องจากบุคลากรมีจำนวนจำกัด อย่างไรก็ตาม บุคลากรบางส่วนมองว่าระบบการดูแลผู้ป่วยในยังสามารถรองรับได้เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของโรงพยาบาล และการนำระบบ Home Ward มาใช้ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในทางกลับกันกลับส่งผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ต้องชะลอตัวลง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยแอดมิทและงานด้านสิทธิการรักษาในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความล่าช้าในระบบบริการโดยรวมในบางช่วงเวลา ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ณ ปัจจุบันไข่ม้อยครับ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลร่งคำเนาะ เอ่อ ปกติ ทุกโรงพยาบาลก็จะมี การรักษาแบบผู้ป่วยในอยู่แล้วไข่ม้อยครับ อ่า สำหรับโรงพยาบาลร่งคำเนี่ย มีอัตราการครองเตียงแอดมิทเนี่ย อ่า ค่อนข้างไม่ดีก็มาก ประมาณ 50-60% เพราะฉะนั้น การ flow ของคนไข้เนี่ย จะมีทั้งแอดมิททั้งคิลาจันในแต่ละวันอยู่เรื่อย ๆ แต่ที่นี้เนี่ย อ่า การดูแลผู้ป่วยในก็จะต้องเสียทรัพยากร ทั้งพยาบาลเนาะ พยาบาลแล้วก็ทรัพยากรการครองเตียงไข่ม้อยครับ หรือว่า เอ่อ การ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยก็ต้อง หนึ่งก็เสียเวลา ด้วย แล้วก็ อ่า พยาบาลที่บางที่จำกัดการขึ้นเวร ก็บางทีก็มีความลำบาก อาจจะทำให้เกิดความเล็งในบางอย่าง กับคนไข้ครับ เนื่องจากว่าภาระงานที่มันเยอะขึ้น อีกอย่างก็คือ เอ่อ เรื่องของโรคบางโรค ครับ จริงๆ ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนอนโรงพยาบาล อืม อย่างเช่น แคโรคใช้หวัด ครับ อย่างนี้เนาะ แต่ว่าด้วยคนไข้ค่อนข้างจะกังวลใจอย่างเงี้ย เราก็อาจจะให้แอดมิทประมาณนั้น เพราะฉะนั้น สถานการณ์ ณ ปัจจุบันเนี่ย หลายๆ โรงพยาบาลจะเป็นแบบนี้ อืม ซึ่ง การแอดมิทมันก็จะ

เป็นส่วนผลดีของทั้งคนไข้ ในกรณีที่คนไข้โอเค คนไข้ concern เนาะ ครับผม เอ่อ เขาก็จะแบบมานอนโรงพยาบาล ครับ สองก็คือโรงพยาบาลเราก็ได้รายได้จากตรงนี้ด้วย อืม เพราะฉะนั้น เรามีความต้องการที่จะให้คนไข้มานอนโรงพยาบาลด้วยส่วนหนึ่ง แต่ส่วนหนึ่งใจหนึ่งก็ไม่อยากให้นอนโรงพยาบาลในกรณีที่ไม่ได้ ฉุกเฉินมาก เพราะว่าจะต้องดูแลต่อเนื่อง”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“โดยรวมก็คือโดยรวมก็คือโรงพยาบาลรองรับเพียงพอเพียงพออยู่แล้วเนาะ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ก่อนมีโสมวอร์ด หนูมองว่าผู้ป่วยในมีความแออัดค่อนข้างมาก เพราะว่าหนึ่งด้วยความที่วเตียงของเรามีจำกัด 30 เตียง ในบางครั้งผู้ป่วยในมีเกินจำนวน 30 เตียง มันอาจต้องมีเตียงเสริม ผู้ป่วยอาจจะต้องเบียด เบียดกันนิดนึง แล้วก็ทำให้การดูแลบริการไม่ทั่วถึงด้วย ด้วยความที่ เอ่อ บุคลากรน้อยด้วยค่ะ ทำให้ไม่เพียงพอต่อการบริการคนไข้ด้วยค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“กะ มีปัญหาว่าในกรณีที่เรามีคนไข้หลาย คนไข้บางคนมานอน admid บางคนจะเป็นเตียงแทรก คือบางคนไม่สามารถจะนอนได้ ต้องไปนอนตรงระเบียง หน้าทีวี ซึ่งก็อาจจะดูไม่ดี เพราะว่าไม่ได้นอนในเตียงเนาะ มันล้นแหมะ มันก็จำเป็น บางทีมันกะมีพวกคนไข้ที่เป็น TB อาจมีหลายคน บางทีก็คนไข้โควิด ไข้หวัดใหญ่ ที่มันบ่สามารถอยู่กับโซนเดียวกันได้ ก็จำเป็นต้องแยกคนไข้อื่น ๆ ที่มีออกจากตรงนี้ ทำให้พื้นที่ที่จะเอาเตียงลงนี่มันเลยจะแออัดเล็กน้อย”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“หมายถึงตอนนี้ดีนะ คนไข้ก็ไม่ใกล้ชิด ไม่แออัด”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้ามุมมองของเป็นผู้ป่วยในธรรมดาเนาะ โรงพยาบาลรณรงค์ก็ปกติเนาะ ทุกวันเนี่ยยังเยอะเยอะกว่าเดิมด้วยซ้ำไป เออ คือ ถ้าสำหรับพี่เนาะ home ward อ่ะ ในมุมมองของพี่ ถ้ามัวมัน มันก็เป็นการติดตามคนไข้ ที่ดีเลย ในกรณีที่ไม่ได้หนักมาก แล้วก็ลดภาระ ลดการแออัดของคนไข้ใน ในโรงพยาบาล มันช่วยได้เยอะ แต่ตอนเนี่ยมันกลับไปเป็นส่งผลกระทบ ในการให้บริการ OPD แทน มันลดการแอดมิตก็จริง แต่ตอนเนี่ย มันทำให้ระบบไอทีดีซ้ำ ในการ

แอดมิทแต่ละเคสอะ มันทำให้ OPD หยุตชะงัก เพราะคนแอดมิทกับคน ทำสิทธิ์ ใอันนั้นะ คนๆ คนเดียวกัน เออ ก็เลยคิดว่า นี่คือมมมอง”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกส์ชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“หมายถึงตอนนี้นี้ดิ้นะ คนไข้ก็ไม่ใกล้ชิด ไม่แออัด”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลเราไม่ได้แออัดเนาะ ก็โอเคอยู่เพราะว่าโรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก ไม่ได้ว่าผู้ป่วยในจะเยอะแออัดมาก”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.2 มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.1 ความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกลและการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า ระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ณ โรงพยาบาลร่งคำ ได้รับการดำเนินการตามนโยบายที่ส่งต่อจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการจัดส่งหนังสือสั่งการ คู่มือแนวทางปฏิบัติ และการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่บ้านภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก การดำเนินงาน Home Ward ในระยะเริ่มต้นจึงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือ โดยมุ่งเน้นการให้บริการเฉพาะกลุ่มโรคที่สามารถดูแลรักษาที่บ้านได้ เช่น โรคเรื้อรังบางประเภท ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และโรคปอดอักเสบ ทั้งนี้บุคลากรได้รับรู้ข้อมูลผ่านการสื่อสารภายใน อาทิ การประชุม การส่งข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ และการชี้แจงจากหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในกระบวนการและเป้าหมายของการให้บริการดังกล่าว ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เอ่อ อันนี้ก็คือมันเป็นนโยบายของกระทรวงออกมาแล้วเนาะ เนื่องจากว่าเราได้รับทราบทั้งทางกระทรวงแล้วก็ สสจ. มีหนังสือมาให้เราศึกษา แล้วก็รูปแบบของคู่มือ ครึ่ง ของการศึกษาhome ward เดิมให้เราศึกษาอยู่เนาะ ว่า เอ่อ home ward จุดประสงค์ของ home wardคืออะไร แล้วก็ อ่า วิธีการดำเนินการ ซึ่งโรงพยาบาลเราก็นำเอาตัวแบบแผนตัวนั้นเอามาใช้ แล้วก็เซตเป็นระบบของโรงพยาบาลเราที่ อ่า เข้ากับบริบท ครึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลเรามันเป็นโรงพยาบาลที่ขนาดเล็ก ไม่ได้ใหญ่มาก เครื่องมือจำกัด บุคลากรจำกัด เพราะฉะนั้น เราก็ลองๆ ทำ ครึ่ง โดยที่แบบไม่ได้ ไม่ได้ทำเออะ อะครึ่ง เพราะมี ตามข้อจำกัด ครึ่ง”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“เพราะเป็นนโยบายหรือเป็นนโยบายที่รับมา จาก สสจ.”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“รับรู้จากนโยบายของทางโรงพยาบาลค่ะว่าจะมีการให้บริการผู้ป่วยhome wardแบบนอนรักษาตัวที่บ้าน ดูแลเหมือนกัน ติดตามอาการเหมือนกัน แต่ว่าแค่นอนอยู่บ้าน”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“รู้จากหนังสือสั่งการ ให้ปฏิบัติและให้ไปอบรม จาก สสจ. จะหนังสือมาให้ทุก รพ.ต้องทำ และให้ผู้รับผิดชอบไปอบรม อบรมที่ สสจ.ภาพสนธิ์กับผู้ปฏิบัติแล้วก็ได้เริ่มทำโครงการนี้เลยที่แรกมันกะเป็นแค่ 7 โรคก่อน แล้วต่อจากนั้นกะลี้มีผู้ป่วยจิตเวช แล้วก็กะพวกแผลหลังผ่าตัด ผ่าตัดเต้านม พวก CA แล้วก็คนใช้ระยะสุดท้ายที่ต้องดูแล แล้วก็ปอดอักเสบที่เพิ่มขึ้นมา”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ที่ว่ามี home ward มี มีการประชุม มีการแจ้งข่าว ทางไลน์ว่าจะเริ่มทำ”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“อ้อ จากนโยบายโรงพยาบาลเนาะ”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“จากการประชาสัมพันธ์ของหัวหน้าฝ่ายเนาะ ประมาณไหนว่า Homeward คืออะไรบ้าง เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยคนไข้ที่อยู่ที่บ้านผ่านการส่งไลน์แอปพลิเคชัน”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

2.2 ความคิดเห็นด้านการต้องการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ถือเป็นทางเลือกที่มีความสำคัญในบริบทของการให้บริการทางการแพทย์ในยุคที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีความก้าวหน้า เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากสามารถได้รับการติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิดโดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการลดภาระของโรงพยาบาลและการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในสถานพยาบาล การดูแลในรูปแบบนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือปวดบวมที่ไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น การทำงานหรือประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในด้านการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เนื่องจากการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์บางครั้งอาจเกิดปัญหาความไม่สะดวก เช่น การส่งข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถเข้าถึงเครื่องมือการตรวจวัดที่บ้านได้เต็มที่ แม้ว่าจะมีการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลการรักษาก็ตาม โดยรวมแล้ว การดูแลผู้ป่วยในบ้านในรูปแบบ Home Ward ถือเป็นนโยบายที่มีความเหมาะสมและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งลดภาระของโรงพยาบาลและเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ควรจะมี จริงๆ ควรจะมีทุกโรงพยาบาลเลย เพราะว่า ด้วยเทคโนโลยีที่มันเพิ่มขึ้น การสื่อสารที่มัน อ่ากว้างขวางแล้วก็ทันสมัยมากขึ้น คนใช้หลายๆ คน หลายๆ บ้านเนี่ยมีโทรศัพท์ และ แล้วก็มีแพลตฟอร์มที่สามารถเชื่อมต่อกันได้ นอกจากการคุยโทรศัพท์อย่างเดียว ยังเห็นภาพ การถ่ายภาพ การส่งสื่อสารอื่นๆ เนี่ย เพราะฉะนั้นมันเหมาะกับการที่เราสามารถดูแลคนไข้ที่ไม่ได้ป่วยหนักมาก แต่ว่าก็คือน้องๆ ได้รับการรักษา คือไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล แต่เราสามารถที่จะรักษาเขาต่อเนื่องอย่างเงี้ยครับ อย่างๆ อย่างกลุ่มโรคที่เขาจัดมา อย่างความดัน เบาหวาน ไขมันยี้ครับ เอ้อ เรื่องของการติดเชื้อ ปวดบวมพวกเนี่ยมันจะต้องดูแลต่อเนื่อง เพื่อจะรั ให้การรักษาคนไข้ได้ อย่างครบถ้วนเนาะ แต่บางอย่าง บางโรค

มันไม่ได้รุนแรง อย่างแม้กระทั่งว่าปอดบวมก็มีปอดบวมที่ชนิดไม่รุนแรง เพราะฉะนั้นก็คือถ้า เป็นปกติเราก็จะแอดมิด แต่ถ้าสมมุติว่ามีการใช้เทเลเมดิซีนหรือhome ward เราสามารถให้ คนไข้อยู่ที่บ้านแล้วเรา ดูแลจากที่บ้านได้ ครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“เอ่อ ก็ไม่จำเป็น แต่ถ้าถ้าคิดถึงในเรื่องของการเข้าถึงการบริการตามอำนวยความสะดวก อัน นี้ก็มีความจำเป็นอยู่เพราะอย่างในบางเคสก็คือ เอ่อ ด้วยภาระงานด้วยอะไรเนี่ยการที่มานอนในโรงพยาบาลก็ทำให้เขาเสียรายได้ แต่การที่แบบมีการระบบ โฮมวอร์ด เนี่ย ก็คืออย่าง ในกรณีของผู้ป่วยเบาหวานความดัน เขาก็ยังสามารถไปประกอบอาชีพได้แล้วก็มีติดตาม การรักษาโดยที่เขาไม่ได้สูญเสียอะไรนะ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ในตอนนี่คิดว่าพยาบาลผู้ป่วยในเนี่ย คิดว่ามีความสนใจในเรื่องนี้ค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้าตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ ใจก็ไม่อยากให้มี เพราะมันเหนื่อย แต่ถึงยังไงก็ต้องได้ ทำต่อเหมือนเดิม ก็ต้องรับตามหน้าที่ ถ้าถามว่าเหนื่อยไหมก็เหนื่อย เพราะว่ามันจะยากตรง การประสานงานกับเขา (ผู้ป่วย) นี้แหละ เช่น สมัยก่อนนะเนาะมันบ่มีว่า ให้ อสม.ไปชอยวัด ใช้ แล้วโทรไปประสาน อสม. แต่สมัยนี้จะเป็นเจ้าหน้าที่ รพสต. สั่งการให้ อสม.ไปวัดแล้วก็ ส่งมาหาเขาทางไลน์ ซึ่งบางเคสข้อมูลทางไลน์บ่มีเนาะ เพราะจะใช้โทรศัพท์ธรรมดา บัดนี้ เวลาที่เขาจะให้วัดความดัน สมมติคนไข้ความดัน เวลาที่เพื่อนจะปรับยาจะยาก สุขคนไข้ เบาหวานที่ต้องไปเจาะน้ำตาลกะลี่ยาก เพราะล้งเถื่อ อสม.เพื่อนกะทำหน้าที่ได้ดี แต่ว่าคนไข้บ่ อยู่บ้าน ลีไปเจาะน้ำตาลกะบ่อยู่ลีไปวัดความดันกะบ่อยู่จ้งซี ลีมีปัญหาอันนี้หละ แต่พุดถึงว่า คนไข้ได้ความสบายบ่ กะได้ เพราะวาหยัง สามารถไปเฮ็ดไฮเฮ็ดดา กลับมาลงความดัน กินยา ตามเวลา อสม.มาวัด กะถีอวาดีอยู่”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ต้องการให้มี เพราะว่ารู้สึกว่ามีความสะดวกขึ้น คนไข้จากที่เคยได้นอนไม่ต้อง ก็ไปอยู่ที่บ้าน แต่ว่าต้องมีคนดูแลเหมือนเดิม”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้าสำหรับตัวพี่เองหรือ คือ ด้วยความที่พวกเรานั้นไม่ได้ค่อยมีบทบาทเยอะอะ เอ่อ คือ บทบาท หรือภาระหนักๆ จริงๆ อะ มันอยู่ที่พยาบาล คนที่ติดตามอยู่ที่บ้าน เออ ของเราก็มีของเราแทบจะไม่ต่างจากแอมติดปกติ เหมือนเดิมเลย อะ แค่ว่า คือหน้าที่เราเหมือนเดิม ภาระงานไม่ได้เพิ่มขึ้น เพราะมันคือการแอดมิท เราก็จ่ายยาให้เหมือนเดิม”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกศชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“มีความต้องการค่ะ เพราะว่ามันก็สะดวกกับคนไข้ หนึ่งจากที่บ้านมาที่โรงพยาบาลมันก็ไม่ได้ไกลค่ะ ซึ่งถ้ามีเหตุฉุกเฉินก็สามารถที่จะเอ่อเข้ามาที่โรงพยาบาลได้เลย”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.3 ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบ

ผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3. ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในด้านการรักษาและการเดินทาง โดยเฉพาะการลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานพยาบาลที่ทำงานล่วงเวลา (OT) และการใช้เครื่องมือการแพทย์ในโรงพยาบาล เช่น การใช้วัสดุทางการแพทย์หรือสารน้ำต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็นสำหรับบางกรณี นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายยังลดลงจากการไม่ต้องมีค่าห้องพักและอาหารในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ในด้านระยะทาง การเดินทางของผู้ป่วยก็ลดลง เนื่องจากสามารถได้รับการดูแลที่บ้านโดยไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ในขณะเดียวกัน บางครั้งการจัดการบริการทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือการฉีดยา ก็ยังต้องการความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นภาระงานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะลดลง แต่ยังคงมีค่าใช้จ่ายบางประการที่อาจเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการในระดับพื้นที่ที่ต้องอาศัยการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น รพ.สต. หรือการจัดการส่งยาให้กับผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านจึงถือเป็นทางเลือกที่ช่วยลดภาระทางการเงินและเวลาในหลายๆ ด้าน แม้จะมีการเพิ่มงานในบางส่วนของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อ่า ค่าใช้จ่ายลดลง ลดลงในทีนี้คือลดลงทั้งการจ้างงานพยาบาลที่ขึ้น OT เนาะ ลดลงเรื่องของการใช้เครื่องมือ เครื่องมือ เอ่อ หรือว่าวัสดุการแพทย์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาลลดลงมาก ๆ ครับ เอ่อ จะใช้แค่เรื่องของ อ่า การตรวจบางอย่าง เช่น การเจาะน้ำตาล ก็จะต้อง เอ่อ มี แต่ว่ามันก็จะลดลง ไม่ได้เจาะเท่าตอนอยู่โรงพยาบาล”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ลดลงลง อย่างเช่นพวกเอ่อเวชภัณฑ์ในส่วนที่แบบว่าจะต้องเป็น IV (สารน้ำหรือน้ำเกลือ) ในเคสบางเคสที่ไม่มีความจำเป็นในส่วนนี้ก็คือก็ช่วยลดลงไปได้”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“คิดว่า ค่ะ ตั้งแต่แอดมินhome wardมาก็ว่ามันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลสอง ประหยัดระยะเวลาในการที่จะเข้ารับบริการ บางคนเขาไม่สะดวกที่จะนอนโรงพยาบาลก็สามารถดูแลตนเองรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“อ่า ผู้ป่วยเบาหวาน จะเดินทางไม่บ่อย เพราะว่า เราจะใช้วิธีว่า สมมติว่าอย่างคนไข้เบาหวานเนาะ จะให้ อสม.เจาะน้ำตาล แล้วก็ให้ RI เป็น Single dose ไป ก็คือให้ 4 ให้ 6 ให้ 8 แล้วก็ใส่ syringe เป็น package ไป ก็คือเจาะประเมินน้ำตาลแล้วก็จะบอกเค้าว่าให้ฉีดอย่างจ้ะเลยเวลานี้ อันอย่างความดันถ้าสมมติ หมอปรับยา เขากะลิโทรประสานเขาว่ามีการปรับยา ล้างเทือนะ อย่าง รพสต. เหล่าอ้อย เจ้าหน้าที่คะเจ้ากะแวมเอา คะเจ้าลิแวมเอาบางเพื่อหาใกล้ลิเล็กลงเขากะเอายาแวมไปให้ ว่ากินยาเปลี่ยนขนาดเดอมื้อนี้ ความดันจั้งซี่แวมะส่วนค่าใช้จ่ายเทียบกับแบบปกติ กะต่างงง ของโสมวอร์ดก็จะถูกกว่า เพราะไม่มีค่าห้องค่าอาหาร แต่มันก็จะมีเหมือนกันพวกค่า Lap ค่าอะไรแมนบ่ที่ต้องจ่าย... ค่าห้อง เขากะบ่ต้องเบิกเข้าให้เขา กะสะดวกขึ้น เขามีหน้าที่แค่ว่า ให้ยา โทรสอบถามอาการ ให้ อสม.วัดความดัน วันอะไรให้ แต่ก็มีบางอย่างที่เป็นบวกฉิดยาอียังจั้งซี่ กะคือ รพสต. จะรับผิดชอบว่าถ้าเป็นของ รพสต.เหล่าอ้อย ก็ให้เขาไปฉิดเอา แต่ถ้าเป็นของ รพ.เราก็จะแนะนำให้เขาเข้ามาฉิดเอง ในเวลาที่เขาสะดวก ถึงเวลาที่เขามาให้ยา เสร็จแล้วก็กลับ อย่างนี้ก็จะง่าย แต่สมมติว่าถ้านอน รพ.ปุ๊ปอ่า หมอให้ยาวันละ 1 ครั้งแมนบ่ ฉิดปุ๊ปก็ต้องนอนอยู่มี อ้ออันกะต้องฉิดยาก็ต้องนอนอยู่มี อ้ออ้อกะต้องนอนอยู่มี แต่ถ้ากลับไปบ้านกะสามารถไปเฮ็ดเวียกได้”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายก็น้อยลง น้อยลงนะ ระยะทางก็น่าจะไม่ต้องเดินทางมาจากบ้านบ่อย”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่าย ถ้ามว่า การเดินทางอะ การเดินทางมันลดลงอยู่แล้ว มองในมุมมองของ คนไข้มันลด แต่งานบริการของเรามันเพิ่มนะ มันเพิ่มคนให้บริการเพิ่มขึ้น ถูกไหม เออ มันต้องติดต่อกัน รพสต. ถูกไหม ถ้ายาไม่มี รพสต. ต้องเข้ามาเอา”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พี่ว่าเท่า ๆ เดิม”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ใช้อุปกรณ์รักษาที่มีอยู่แล้ว เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจน และเครื่องวัดไข้ ซึ่งช่วยให้การติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล อุปกรณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน และยังสามารถใช้เครื่องมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ (อสม.) เพื่อช่วยในการตรวจวัดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์เอง

ในด้านการสื่อสาร การติดต่อกับผู้ป่วยจะใช้โทรศัพท์ประจำออร์ตหรือแอปพลิเคชันสื่อสารออนไลน์ เช่น Line แต่บางกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนหรือไม่มีอุปกรณ์ในการสื่อสารจะต้องอาศัยการติดต่อผ่านญาติหรืออสม. ที่สามารถช่วยประสานงานให้ได้ ซึ่งอาจทำให้การติดตามอาการ บางครั้งไม่สะดวกหรือเกิดความล่าช้า แต่ยังสามารถประสานงานได้ผ่านเครือข่ายเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนอุปกรณ์ที่ใช้ได้ รวมถึงความพร้อมของอุปกรณ์ที่อาจไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยหลายรายในเวลาเดียวกัน การใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถรักษาที่บ้านได้ แต่ยังคงมีความท้าทายในการเข้าถึงอุปกรณ์และการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยบางกลุ่ม ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“แต่ส่วนการวัดความดันก็ว่ามันเป็นอุปกรณ์ที่เรามีอยู่แล้วเราก็ใช้อุปกรณ์นั้นในการนี้ได้แล้วก็ เราอาศัยความร่วมมือจาก อสม. หรือจากภาคีเครือข่ายในการวัดกลุ่มพวกนี้ให้เรา เพราะฉะนั้น มันจะลดค่าใช้จ่ายในการที่คนไข้มานอนโรงพยาบาลได้ค่อนข้างเยอะมาก ครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ปกติเราแจกอุปกรณ์การรักษาเบิกแจก ส่วนในการสื่อสารเนี่ยก็คือเบื้องต้นนะเราไม่ได้ให้ ก็
จะในกรณีถ้าเป็นเอ่อคนไข้ที่ส่วนใหญ่เราจะเอาคนไข้ที่สามารถมีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถ
ติดต่อได้สะดวก หรือในกรณีที่คนเขาไม่สะดวกจริง ๆ ก็คืออาจจะเป็น อสม.ที่อยู่ใกล้เคียงทำ
หน้าที่ดูแลในส่วนนี้”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“อ้อ ในมุมมองส่วนนี้ทางโรงพยาบาลเรายังมองว่ามันยังขาดอยู่ค่ะ เพราะว่าด้วยความที่ว่า
อุปกรณ์เรามีแค่ 5 ชุด บางทีคนไข้ที่แอดมินhome wardเกิน เราไม่สามารถที่จะแจกจ่าย
อุปกรณ์ให้ครบ เราก็จะอาศัยการติดต่อประสานงานจากผู้รับผิดชอบ เอ่อ อสม. หรือ รพ.สต.
ให้ช่วยในการดูแลในส่วนนี้ด้วยค่ะ อุปกรณ์ส่วนใหญ่ก็จะเช่น เอ่อ เครื่องวัด ความดัน เอ่อ
เครื่องจับออกซิเจนแฮตปลายนิ้ว แล้วก็ปรอทวัดไข้ค่ะ เพราะว่าเครื่องจับออกซิเจนแฮตปลาย
นิ้วนี่ก็คือบางเครื่อง มันไม่สามารถที่จะตรวจจับได้ หรือว่ามันเสียอะไรอย่างนี้ค่ะ ทำให้มันไม่
พอ แล้วอุปกรณ์ติดต่อสื่อสารเวลาติดต่อจะมีโทรศัพท์ประจำออร์ดค่ะ จะใช้ในการโทรสื่อสาร
แต่บางทีมันก็จะมีปัญหาเรื่องคนไข้ไม่มีโทรศัพท์ ต้องติดต่อผ่านญาติ หรือติดต่อผ่าน
ให้ อสม. ไปประสานกับคนไข้ให้อีกทีหนึ่ง”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ส่วนมากก็จะเป็น ที่วัดความดัน วัดออกซิเจน วัดปรอท วัดไข้ มีเครื่องเจาะน้ำตาล..แต่
ก่อนนะอุปกรณ์บางอันก็จะไม่พอ แต่ทุกวันนี้ อสม.เค้าจะมีอยู่ทุกบ้าน ก็คือใช้ของ อสม. ได้
เลย วัดน้ำตาลของ อสม.ก็จะมีด้วย แต่ก่อนวัดน้ำตาลของเราจะมีอยู่ 4 เครื่อง บางทีคนไข้ที่
เป็นเป็นคนไข้เบาหวานอยู่แล้ว เขามีกำลังทรัพย์ที่จะซื้อเครื่องเจาะน้ำตาลเองก็มี กับ
เครื่องวัดความดัน มันก็จะไม่ยุ่งยากเรื่องอุปกรณ์ เว้นแต่คนไข้คนไหนที่จำเป็นจริงๆ ที่ไม่มี ที่
ต้องให้ไป สมัยก่อนก็มีจำเป็นที่ต้องให้ไป ซื่อเสียดคือสมมติคนไข้ออกจากโฮมวอร์ดแล้วแต่ก็ยัง
ไม่สะดวกที่จะเอาอุปกรณ์มาคืน คนต่อไปก็ไม่ได้ใช้ หลังๆก็เลยใช้บริการ อสม. ส่วนการ
ติดต่อจะใช้โทรศัพท์หลวง ก็มีที่จะต้องแอดไลน์ด้วย สำหรับคนที่มี แต่คนที่ไม่มีก็จะใช้วิธีโทร
เหมือนเดิม ส่วนกรณีคนไข้มีโทรศัพท์กะมี แต่ไม่ยาก คนไข้แก่ๆ ไม่มีโทรศัพท์ ลูกก็ไม่มี ตัว
คนเดียว เราจะถามเขาว่าเป็นคนไข้ในเขตพื้นที่ อสม.คนไหนรับผิดชอบ เราจะมีเบอร์ อสม.
เราจะติดต่อโทรหา อสม. แล้วก็บอกให้ อสม.โทรกลับมาเบอร์นี้หน่อยนะจะถามความดัน
อย่างหมู่ 5 คนนั้นคือไม่มีอะไรเลย แต่ อสม.ก็จะรับผิดชอบต่อ ก็โอเคอยู่ ลังทีอคนไข้บางคน

คือหลายปีได้วัดความดันจกเทอ กะโทรหาลูกสาวเลาโทรเอ็นเลามา ขึ้นบ่มากะสั้นได้กลับมา
นอนโรงบาลฯ เพราะว่าคุณไม่ไห้ความร่วมมือ”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายก็น้อยลง น้อยลงเนาะ ระยะทางก็น่าจะไม่ต้องเดินทางมาจากบ้านบ่อย”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ติดต่อสื่อสาร อ่ะ ถ้าเป็นกรณีของเรานั้นพร้อม แต่คนไข้ล่ะ บางคนไม่มีโทรศัพท์ สมาร์ท
โฟน เออ มันก็จะยากหน่อย”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ปกติก็จะมีแจกอุปกรณ์การติดตามอาการ เครื่องมอนิเตอร์ เครื่องวัด vital sign การบันทึก
สัญญาณชีพต่าง ๆ แล้วก็การสอนญาติส่งข้อมูลเข้ามา แล้วก็นัดหมายเวลาในการให้ยา”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.3 การเพิ่มความสะดวกสบายในการให้บริการการรักษาทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า การให้บริการรักษา
ทางการแพทย์ในรูปแบบ Home Ward ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยที่สามารถรับการดูแล
ที่บ้านได้โดยไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการรับการรักษาที่บ้าน ซึ่งช่วยลดความ
ยุ่งยากจากการเดินทางและการนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ความสะดวกสบายในการทำงานของ
เจ้าหน้าที่บางครั้งอาจมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในส่วนของกรบันทึกข้อมูล ซึ่งต้องใช้เวลามากขึ้น
เนื่องจากต้องบันทึกทั้งในระบบและในเอกสาร ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน การใช้เทคโนโลยี
ในการติดตามอาการผู้ป่วยทำให้การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยสะดวกขึ้น แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในกรณีที่
ผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี อาจทำให้การติดต่อและการติดตามข้อมูล
เป็นไปได้ยากขึ้น นอกจากนี้ ในบางกรณีที่ไม่มีการเชื่อมต่อผ่านสื่อดิจิทัล เช่น Line ก็ยังสามารถใช้
วิธีการติดต่อผ่านโทรศัพท์หรือบุคคลกลาง เช่น อสม. เพื่อช่วยในการติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่ง
โดยรวมแล้ว ระบบ Home Ward เพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน แต่ยังคงมีความท้า
ทายในการจัดการกับการบันทึกข้อมูลและการติดต่อสื่อสารในบางกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทาง
เทคโนโลยี ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เอ่อ สะดวกสบาย อืม มัน มันคนละ มัน มันอาจจะต้องแยกประเด็น คำว่าสะดวกสบายในการให้บริการเนี่ย หนึ่งใน แพทย์เราไม่ต้องไปรเวดเยอะขึ้น ซึ่งคนไข้ก็ ก็คือนอนที่บ้านเนาะ ก็ไม่ต้องรเวดเยอะขึ้น เอ่อ คนไข้ก็สะดวกในการที่จะรับการ ให้การ รับการรักษาที่ ที่บ้าน แต่ความไม่สะดวกสบายมันอยู่ที่บางอย่างเช่นการบันทึกข้อมูล มันจะต้องมีการบันทึกข้อมูลผ่านตัวโปรแกรม Amed (Home ward)) ซึ่งการลงข้อมูลนั้นมันจะเป็นการทำงานซ้ำซ้อน เพราะว่าเราจะต้องเขียนชาร์ตด้วยแล้วก็ต้องลงข้อมูล Amed ด้วย ซึ่งการลงข้อมูล Amed เนี่ย มันค่อนข้างใช้ ต้องใช้ทักษะแล้วก็เวลาพอสมควร อย่างเช่นถ้ามีแอดมินอยู่ 5 เคส จะใช้เวลาเกือบครึ่งชั่วโมงในการดูแลคนไข้ซึ่งใน 5 เคสจริง ๆ แล้วเวลารเวด รเวดจริง ๆ อาจจะต้องใช้เวลาล้นกว่านั้นอีก ครับ แต่อันนี้คือเราใช้เวลาเพิ่มขึ้นไปอีก เพราะฉะนั้นความสะดวกในการของคนไข้เนี่ยดีขึ้น แต่ความสะดวกของพนักงานของพยาบาลก็อาจจะเพิ่มขึ้น อะไรเงี้ยครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ถามว่ามันสะดวกสบายมั๊ย มันก็สะดวกขึ้น”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้าบอกว่า ถ้าบอกว่าง่ายมันก็ง่ายค่ะ ในบุคคลที่มีญาติดูแลเป็นประจำ หรือว่ามีบุคคลที่เป็นเอ่อ วยรุ่นหน่อย เขาก็จะสามารถส่งข้อมูลการวัดให้เราได้โดยตรง แต่ว่าถ้าบ้านไหนมีแค่เฉพาะผู้สูงอายุที่ Low เทคโนโลยีมันก็จะยากในการติดต่อสื่อสารแล้วก็ติดตาม”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ถ้าในมุมพยาบาลกะว่าถ้าเก่า บได้เพิ่มหรือลด แต่มันกะอาจจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ต้องติดต่อกัน ที่ต้องปรับยา บางเมื่อถ้ามีไลน์ เราก็ถามว่ามีอาการผิดปกติอะไรไหม ถามทิ้งไว้เราก็จะไปตอบ บางที่เราไม่ได้ขึ้นเวร พยาบาลคนอื่นก็จะเป็นคนไปตอบแทน เพราะมันเป็นโทรศัพท์หลวงอยู่แล้ว”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“OPD ก็ดีขึ้น ดีขึ้นมาก ระยะเวลาในการทำแอดมิท ก็ลดลง แล้วก็การซักประวัติอะไรของผู้ป่วยก็จะสั้นกว่า เดิมเพราะปกติเราจะต้องทำหลายอย่าง บางทีคนไข้ก็จะแบบว่ามา

หลายสิ่ง หลายสิ่งมากขึ้น เราก็จะแบบว่าเราจะแจ้งเค้าว่ามีการนอนนะ แต่ไม่ได้นอน
โรงพยาบาลจริงให้เขารับทราบ”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“เพิ่มความสะดวกสบายของฝ่ายเภสัชใหม่ ไม่ได้ ไม่ได้ลด นี้ คิดว่าน่าจะเท่า ๆ เดิม ในการ
ทำ home ward”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“เท่า ๆ เดิมไม่ได้ห่างกันมากจากแบบปกติ”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.4 ด้านการอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์พบว่า การอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความ
หลากหลาย ผู้รับผิดชอบโดยตรงจะได้รับการอบรม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนทีมสห
วิชาชีพก็รับนโยบายในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งช่วยให้การทำงานในทีมมีความชัดเจนและ
ประสานงานกันได้อย่างดี ในบางกรณี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ได้รับการอบรมจาก
หน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการ
Home Ward ให้สามารถติดตามการรักษาผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้ นอกจากนี้ยังมีการประชุม
ภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีการแจ้งข้อมูลและอัปเดตสถานการณ์
ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การประชุมในสถานที่ทำงานหรือการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน Line เพื่อ
ประสานงานและให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบ Home Ward. อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในบาง
หน่วยงานยังขาดการอบรมที่ครอบคลุมทุกฝ่าย เช่น พยาบาลในห้องฉุกเฉิน หรือเจ้าหน้าที่ในบาง
แผนกที่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะด้านนี้ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“มีครับ มีครับ มี ก็คือมีการประชุมเป็นทีมเลยที่ ที่โรงพยาบาลเลยครับ ทีมสหวิชาชีพทุก
คน ครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็จะเป็นการประชุมรับนโยบายในโรงพยาบาล”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลบาลยังไม่มีการจัด แต่ว่าหนูเคยเข้าอบรมของ สสจ. จังหวัดค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“อสม. ก็จะมีเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อนบอกว่า คุณมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยในเขตบริการของตัวเอง แล้วก็ต้องรับผิดชอบคนไข้ที่เป็น Home bp ให้อวดความดันต่อเนื่องอยู่บ้าน แล้วก็ให้มาตามนัด แล้วก็มีคนไข้โฮมวอร์ดที่รักษาอยู่บ้าน ให้อวดความดันให้เจาะน้ำตาลอะไรให้อสม. ก็จะรู้คร่าวๆในเขตรับผิดชอบตัวเอง”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็แค่ประชุมทุกวัน ประชุมทุกวัน แล้วก็จะมีคนแจ้งในไลน์ เค้าจะทำยังไงบ้าง เออ แล้วก็มีการประชุมกันอยู่ในหน้างานด้วย ทางนี้ว่า เออ เราจะทำยังไง อะไรเงี้ย”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ไม่มี ไม่มีเนาะ”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกสเซอร์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ที่อยู่ ER ไม่ได้อบรม มีแค่พยาบาลข้างในที่อบรมเนาะ”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากร และการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในระบบ Home Ward มีความสะดวกและรวดเร็วในหลายกรณี โดยการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือสื่อสารที่ง่ายและเข้าถึงได้ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยให้การติดต่อระหว่างบุคลากรเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การสื่อสารภายในโรงพยาบาลในทีมเดียวกันมักไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจากมีระบบและเครือข่ายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม บางครั้งก็มีอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เช่น ห้องแล็บหรือห้องยา ที่อาจเกิดความล่าช้าในการอัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในระบบ Home Ward หากไม่สามารถติดต่อหรือรับข้อมูลทันทีได้ ปัญหานี้ยังพบในกรณีที่บางหน่วยงานไม่ได้รับผิดชอบโดยตรงกับการดูแล Home Ward ทำให้การประสานงานล่าช้า หรือข้อมูลบางส่วนยังไม่ครบถ้วน การติดต่อกับผู้ป่วยเองก็สามารถทำได้ง่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์ แต่ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือสื่อสารหรือไม่ได้ใช้งานเทคโนโลยีทันสมัย การติดต่ออาจเกิดความ

ยากลำบาก นอกจากนี้ การประสานงานกับ อสม. ในบางพื้นที่ก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยพวกเขาทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ป่วยในเขตพื้นที่ของตน ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เอ่อ ดีครับ เพราะว่าเนื่องจากว่าเราเซตเป็นระบบแล้ว เพราะฉะนั้นการติดต่อระหว่างแพทย์พยาบาลด้วยกันเองหรือว่าการสื่อสารระหว่างทีมของเราเองจะไม่ค่อยมีปัญหา เพราะว่าเราอยู่ในทีมเดียวกันอยู่โรงพยาบาล มีกลุ่มมีเครือข่าย ครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ติดต่อพยาบาลติดต่อไม่ยาก ไม่ยากเลย ส่วนใหญ่ใช้ไลน์”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็สื่อสารกัน ในการติดต่อสื่อสารก็จะมีปัญหาอุปสรรคบ้างเล็กน้อย บางทีถ้าสมมุติว่า ห้องแล็บ ถ้าห้องแล็บไม่ได้ทำให้เราติดต่อ Home Ward บางทีติดต่อไปเขาก็ไม่สามารถที่จะอัพข้อมูลในของ Home Ward เราได้ เราต้องรอเวลา หรือห้องยา ถ้าสมมุติว่า บางคนที่ไม่ได้รับผิดชอบ Home Ward เหมือนกัน เราแจ้งให้อัพข้อมูล เขาก็ไม่ยังไม่ได้อัพให้อะไรเงี้ยค่ะ ส่วนคุณหมอ คุณหมอก็ถ้า บางทีอยู่นอกสถานที่ที่ไม่สะดวกอัพให้อะไรเงี้ยก็จะมีบ้างค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็ติดต่อง่าย จะบอกกับห้องแล็บว่าเอาแล็บให้หน่อย อัฟ M-med ให้หน่อยก็ทำได้ อย่างห้องยา ก็คือได้แต่่ว่าก็จะช้า ช้า ๆ เพราะมันเป็นยาไม่ด่วนเหมือนคนไข้นอน ก็คือรอเสร็จแล้วค่อยเอายาไปให้เขาก็ได้อยู่บ้าน ก็ไม่เหมือน ipd ที่ต้องได้ตอนนี้เลย แต่โฮมวอร์ดคือจัดยาเสร็จแล้วค่อยบอกเขาเข้ามาเอา ถ้าสะดวกก็ค่อยเข้ามาส่วนมากก็ค่อนข้างจะเป็นระบบ”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“บุคลากร ก็จะมี เช่น โทรศัพท์ ไลน์ แจ้งกัน เหมือนว่ามีแอดมิทนะ เป็นเคสอะไร อะไรอย่างเงี้ย ง่ายอยู่ค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ยากมาก เพราะว่าเราไม่มีอะไรคุยกัน เพราะว่าคน อ่า คนที่ทำจริงๆ เรื่องยา คือเรา แล้วก็ รพ.สต. แล้ว รพ.สต.เค้าต้องประสานมา IPD ซึ่ง รพ.สต. เค้าไม่ได้ประสานเราโดยตรง ถ้าจะ เรื่องยาหรืออะไรยังไง”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกศษกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ติดต่อผ่านไลน์แอปพลิเคชันไลน์เนาะ แล้วก็โทรศัพท์ แล้วก็ อสม. ของ รพ.สต. ต่าง ๆ เป็น รพ.สต. ที่ประสานมาให้บางส่วนถ้าเกิดในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.6 ด้านบทบาทวิชาชีพของตนในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า บทบาทวิชาชีพของตนเองยังคงมีความสำคัญและสามารถปฏิบัติได้เต็มที่เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ยังคงมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยมีการติดตามอาการผู้ป่วยและการให้การรักษาต่อเนื่องไม่แตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล แพทย์ยังคงมีบทบาทในการสั่งยา การดูแลอาการของผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (progress note) ในขณะที่พยาบาลก็ยังคงทำหน้าที่ในการติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ โดยไม่แตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล แต่จะปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน เภสัชกรยังคงมีบทบาทในการดูแลการให้ยาให้กับผู้ป่วย เหมือนกับการดูแลในหอผู้ป่วยปกติ โดยดูแลเรื่องการจัดเตรียมยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา ในขณะที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในบ้านจะต้องทำการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เต็มที่แล้ว เพราะว่า คือเราให้การ advice คนไข้ก่อนที่จะ admit แบบ home ward เนาะ ครับ ซึ่ง เอ่อ การสั่งยา การดูแลต่าง ๆ การ progress note คนไข้แต่ละวันก็คือเราทำ เหมือนคนไข้อยู่ที่ ที่ admit ที่โรงพยาบาลเลย เพราะฉะนั้นก็คือ เอ่อ เราดูแลเต็มทีตามสหวิชาชีพเลยครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“บทบาทวิชาชีพ เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์เลย”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“บทบาทต่างกับที่อยู่ในวอร์ดมั้ย เออ ในการให้บริการก็จะไม่ค่อยต่างกันเท่าไรค่ะ เพราะว่าเราก็จะมีการติดตามความ เออ สัญญาณชีพเหมือนกัน โทรสอบถามอาการทุกแหวะแหวะครั้ง”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“อ่า หมายถึงว่ารักษาผู้ป่วยในกับผู้ป่วยโฮมวอร์ดหรือ ก็ถือว่าเท่าเดิม เพราะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในที่บ้านก็คือพยาบาลที่ดูแลในตึก ขึ้นเวรก็กะจะผลัดกันว่าพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยในตึกก็คนโฮมวอร์ดก็คน แล้วก็มีการบริหารจัดการต่อ อย่างที่มีการร่นยาฉีดยาต่อก็จะส่งมอบงานต่อวันนี้ บ่าย ตึก แต่ตอนเช้าพี่ก็จะทำเป็นส่วนใหญ่”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็ได้ใช้บทบาทในเรื่องการให้ความรู้ การปฏิบัติตัว ก่อนคนไข้จะกลับบ้าน แล้วก็ต้องแจ้งการนัดอะไรอย่างนี้”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“บทบาทเภสัชกรก็เป็นเหมือนการดูแลผู้ป่วย IPD (ผู้ป่วยใน) เหมือนเดิมเลย”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ได้เต็มที่ได้เต็มทีเหมือนเดิมเนาะ”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.7 ด้านการติดตามผลการดูแลรักษาในหน้าที่ของวิชาชีพของตน

จากการสัมภาษณ์พบว่า การติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในระบบการดูแลที่บ้าน (Home Ward) เป็นกระบวนการที่มีการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และทีมงานสหวิชาชีพ โดยมีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การใช้ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) เพื่อช่วยในการวัดสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไข้ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลไปยังแพทย์เพื่อการประเมินผลและการรักษาต่อไป การติดตามผลในแต่ละวันจะขึ้นอยู่กับสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย เช่น ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามค่าเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีการวัดความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อวัน ขึ้นอยู่กับอาการและการตอบสนองต่อการรักษา หากพบอาการผิดปกติหรือความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจะต้องรายงานผลให้

พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที อย่างไรก็ตาม การติดตามผลบางครั้งอาจประสบปัญหาจากการติดต่อสื่อสารที่ยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถติดต่อได้ทันทีหรือติดธุระ ไม่สามารถรับสายได้ ทำให้การติดตามผลและการประสานงานระหว่างทีมงานสาขาวิชาชีพบางครั้งมีความล่าช้า โดยรวมแล้ว การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในระบบ Home Ward ยังคงต้องพึ่งพาการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล อสม. และญาติผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อามีมีภาคีชายช่วยก็คือ อสม. จะเป็นคนที่ดูแลช่วยเราก็คือไปวัดความดัน ไปเจาะเลือดไปอะไรให้เราแล้วเขาก็จะส่งข้อมูลมาที่หน่วยของโฮมวอร์ดที่เราเซตไว้ก็คือส่งในก็จะ IPD เนาะ IPD ก็ถึงจะรายงานแพทย์อีกทีหนึ่ง แพทย์เนี่ยเขาจะไปรอบอร์ดตอนเช้าเขาจะอ่าดูแลคนไข้ อยู่แล้วยกเว้นว่ากรณีที่มีความผิดปกติสำหรับคนไข้ก็จะมีพยาบาล อ่า อสม.ก็จะรายงานญาติ ที่เป็น caregiver ครั้นเขาจะบอก อสม.ก่อนไม่งั้นก็คือเขาจะรายงานมาที่พยาบาลโดยตรง เพราะฉะนั้นพยาบาลก็จะรายงานมาแพทย์อีกที แต่มันจะมีอีกประเด็นหนึ่งก็คือ การติดต่อระหว่างเราก็คือทีมผู้ให้บริการเนาะ กับผู้รับบริการบางทีมันจะมีปัญหาเช่นเราต้องการรู้ว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังไงอาการเป็นไปบางทีติดต่อยากคนไข้มีธุระติดธุระไม่รับสายเป็นอะไรเงี้ย ครั้นอ่าจะมีปัญหาบ้างนิดหน่อยครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“อ่า ก็ถ้าเป็น อสม. ในพื้นที่ที่ทำหน้าที่ดูแล แล้วก็ญาติ”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“เออ ถ้า Home Ward วันละ 3 ครั้งคะ จะเป็น เวรเนี่ยก็จะครั้งหนึ่งคะ ใช้ เวรเนี่ยก็คือ 8 ชั่วโมงคะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“หน้าที่การ monitor เป็นของ อสม. แต่เราก็มีหน้าที่สอบถามอาการเอา อ่า ถ้าความดันลง ฮีทสูง 1 วันต้อง 4 เกือเดะ ก็คือถ้าของเวรเข้าก็จะเป็น 10 โมง กับ 14 แต่ถ้าเป็นเย็นก็เป็น 18 นาฬิกา กับ 6 โมงเช้า แต่ส่วนมากก็จะเป็น 7 โมง คือให้คนไข้กินยา ก่อน แล้วค่อยวัด ส่วนมากก็จะ advise ว่าตื่นมาบิ่บิ่กินยาเลย เพราะยาความดันจะไม่กั้ดกระเพาะ แต่ถ้าใกล้ 7 โมง เดินไปหา อสม.เค้าจะให้นั่งรอก่อนค่อยวัด มันถึงจะได้ค่าปกติ ในกรณี dm ถ้าคนไข้

แบบว่าสูงมาก ก็จะเป็น เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน แต่ว่าถ้าไม่สูงมากก็ 2 รอบ เช้า เย็น ถ้าติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก็จะวัดไข้ธรรมดา วันละเวร แต่ถ้ายังมีไข้ยู่ก็จะให้วัด 10 ถ้ายังมีไข้ยู่ก็วัดอีก 14 เพราะยังงั้นเราก็ต้องวัด 18 นาฬิกา อีกอยู่แล้ว โควิดกะเหมือนกัน”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ติดตามค่ะ จะเป็นฝ่ายผู้ป่วยในติดตามแทน”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“เภสัชก็ไม่ได้ติดตามเนาะ ติดตามดูแลผู้ป่วย ในเคสที่ไปถึงบ้านแล้ว ยังไม่มี”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“อันนี้ไม่ทราบ เพราะว่าไม่เคยไปไปอยู่ข้างในเลย ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพยาบาลข้างในทำ”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับบนอนรักษาที่โรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่าการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยระหว่างการดูแลที่บ้าน (Home Ward) และการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น มีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันในหลายมิติ การรักษาที่บ้านมีข้อดีหลักในด้านความสะดวกสบายและการประหยัดงบประมาณ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพักอาศัยที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อเสียของการรักษาที่บ้านคือการมอนิเตอร์อาการที่อาจจะไม่ได้มีความถี่เท่ากับในโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบภาวะวิกฤตได้ทันเวลา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การรักษาที่โรงพยาบาลนั้นมีข้อได้เปรียบในแง่ของการติดตามผลที่ใกล้ชิดและการให้บริการที่รวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ที่มีอุปกรณ์การแพทย์พร้อม และมีบุคลากรที่สามารถช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกในการเดินทางเข้าโรงพยาบาลถือเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยบางราย ในส่วนของผู้ป่วยที่รักษาในบ้านนั้น แม้การติดตามอาการจะขึ้นอยู่กับภาระงานกับอาสาสมัคร และญาติ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการประเมินอาการในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจทำให้ต้องมีการไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาเพิ่มเติม การเปรียบเทียบนี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการรักษาขึ้นอยู่กับการจัดการและการประสานงานที่ดีระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมในทุกสถานการณ์ ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“เอ่อมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ข้อดีก็คืออย่างที่เรารู้คือคนไข้อยู่ที่บ้านเพราะฉะนั้นความสะดวกสบายอยู่ที่บ้านเนี่ยเราทำอะไรก็ได้เนาะ ไม่ต้อง ไม่ต้องแบบจำกัดมากแล้วก็อ่า อ่าการดูแลที่บ้านก็คือมันมันใช้งบประมาณน้อยนะครับ แต่ข้อเสียของคนไข้กลุ่มนี้ที่อาจจะเกิดขึ้น อันนั้นเนาะ ก็คือ การที่คนไข้อาจจะเกิดความเครียดมากขึ้นหรือการมอนิเตอร์คนไข้ที่มันไม่ได้ถึงเท่ากับที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลเนี่ยสี่ชั่วโมงวัดความดันครั้งนึงอะไรเงี้ยเนาะ บางโรงพยาบาลสองชั่วโมงสี่ชั่วโมงครั้งนึงแต่ที่บ้านเนี่ยวัดเข้าเย็นอย่างเงี้ยครับเพราะฉะนั้นถ้าสมมุติว่าคนไข้มีความดันสูงแล้วเกิด complication ที่บ้านอย่างเงี้ย เราก็ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือได้ทันแต่เราก็มีแนวทางที่ที่ที่จะ advise คนไข้ว่าถ้ามีอาการอะไรเกิดขึ้นก็มาโรงพยาบาลได้ เอ่อ ก็อาจจะไม่ข้อเสียก็คือเรา เราอาจจะ อ่า ไม่สามารถมอนิเตอร์คนไข้ได้ก็เพียงพอกับคนที่ควรจะเป็นครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ไม่ต่างนะ เพราะรักษาเหมือนกัน”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ในมุมมองหนู หนูคิดว่าประสิทธิภาพมันก็จะต่างกันนิดนึง เพราะว่า ถ้าสมมุติว่าคุณให้ออนในวอร์ด ก็คือมันจะอยู่ใกล้ชิดกับคุณหมอกับพยาบาลมากกว่า ถ้าสมมุติว่าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น เอ่อ ผู้ป่วยที่อยู่ในวอร์ดจะได้รับการช่วยเหลือเร็วกว่า แต่ว่าถ้าเป็น Home Ward อะไรเงี้ยคะ ถ้าสมมุติว่ามีภาวะฉุกเฉินก็คือมันจะอยู่ห่างไกล มันห่างไกลกับแพทย์ แล้วก็ต้องเข้ามารับการรักษาอีกครั้งนึง มันก็จะเป็น step up ขึ้นมา”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“คิดว่าเท่ากัน เพียงแต่เขาไม่ได้อยู่กับเราเราก็ต้องถามเขาว่ามีอาการยังไง แต่ถ้าอนอยู่ที่นี่พยาบาลก็จะไปวัดเอาไข้ใหม่ แต่อันนี้แค่เปลี่ยนคนอื่นวัดความดัน แล้วเราถาม แต่ว่าถ้าคนที่กรณีความดันสูงมากๆ จะถาม อสม.เลยว่าวัดท่าไหน ถ้าเขาบอกว่าทำนอง ก็เปลี่ยนเป็นทำนอน เปลี่ยนแขนสองข้างด้วย ก็จะได้ค่าที่ถูกต้อง ส่วนมากจะใช้วิธีนั้นเลย แต่ถ้าอยู่ รพ. ส่วนมากจะเป็นคนไข้ในทำนอนเตียง ก็จะมีประมาณนั้น”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ไม่ต่างค่ะ ไม่น่าจะต่าง เพราะว่า รักษาเหมือนกัน ถ้าสมมุติว่าได้ คนไข้จะได้ฉีดยา คนไข้ก็จะได้ฉีดยาเหมือนเดิม แค่ไปวัด vital sign เอง ก็กลับไปวัดด้วยตนเอง ดีตรงตรวจวัดอยู่บ้าน ไม่ได้เข้ามาโรงพยาบาล”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“คือ โฮมวอร์ด มันคือคนที่ รู้สึกว่า ไม่ได้ร้ายแรงไง อิม ไม่รุนแรงเนาะ เออ ไม่ได้ อาการไม่ได้รุนแรง แสบจะไม่ต่างจากคนที่มารับ ปรึกษา OPD เลย แคน้ำตาลสูง กว่านิดหน่อย”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกษีกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ในการรักษาเทียบกับโรงพยาบาล ใจคิดว่าการอยู่ที่นี้อยู่ที่นี้แอมหิทอะดีกว่า เพราะว่าเรา มอนิเตอร์ ถ้าเกิดว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงเราก็สามารถที่จะมอนิเตอร์คนไข้ได้เลย แต่ถ้าเกิดว่าคนไข้อยู่ที่บ้านเนี่ยอาการทรุดลงอาจจะยังไม่ได้มอนิเตอร์มันทีอะไรอย่างเงี้ยค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.4 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ใน

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4.1 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความคิดเห็นว่า มีความเห็นที่เป็นบวกมากกว่าลบ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องหลายท่านยกย่องประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาแบบ Home Ward ซึ่งสามารถช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้สะดวกขึ้น เนื่องจากสามารถรักษาตัวที่บ้านได้ตามปกติและไม่ต้องนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อดีในหลายด้าน แต่ก็ยังมีข้อกังวลในเรื่องของความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการมอนิเตอร์อย่างใกล้ชิดเท่ากับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งในบางกรณีอาจทำให้ไม่สามารถระบุอาการผิดปกติได้ทันเวลา ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายยังคงมองว่าแม้จะมีข้อดีของการรักษาที่บ้าน แต่ก็อาจจะไม่ได้ต่างจากการรักษาที่โรงพยาบาลมากนัก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอุปกรณ์สำหรับมอนิเตอร์อาการอยู่แล้ว จากผลการสัมภาษณ์ ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยหลายท่านให้คะแนนสูงถึง 4 หรือ 4.5 คะแนนจาก 5 คะแนน ซึ่ง

สะท้อนถึงความพึงพอใจที่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีต่อระบบการแพทย์ทางไกลนี้ แต่ก็ยังมีข้อเสนอแนะที่ต้องพิจารณาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้านให้ดียิ่งขึ้น ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ถ้าจากที่ผ่านมามีความพึงพอใจดี ค่อนข้างมองบวกมากกว่ามองลบ มองบวกเนี่ยก็คือเรา มองว่าเราสามารถผลักดันคนไข้ออกไป รักษาที่บ้านได้เกิดการลดการแออัดในโรงพยาบาลที่เราต้องมาเจอต้องเจอเนาะที่มันต้องแบบ OPD ที่มันเยอะขึ้น ความแออัดนั้นมันจะส่งผลได้หลายอย่าง เช่น การเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ความไม่พึงพอใจในการให้บริการ หรือการที่มาโรงพยาบาลแล้ว ก็คือคนไข้ก็เสียเวลาเกิดความไม่พึงพอใจในการให้บริการ อันนี้ก็คือข้อดีของของการดูแลแบบโฮมวอร์ดครับ ส่วนข้อเสียบางที่ตอนเนี่ยมันอาจจะยังไม่ได้ไม่ได้มากครับ ไม่ได้มาก แต่ถ้าสมมุติว่าเกิดมี complicationอะไรเกิดขึ้นหรือความเสี่ยงที่มันมากขึ้นเราอาจจะต้องมาพิจารณาเรื่องของระบบการดูแลใหม่อีกทีนะครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ความพึงพอใจถือว่า โอเค”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“เกี่ยวกับ Home Ward หนูให้ 4 คะแนน เหตุผลคือ หนูคิดว่า ถ้าสมมุติว่าถ้าเรามีคนไข้ Home Ward เยอะใช้มั๊ยคะ เอ้อ คนไข้จะได้เข้าถึงบริการ ได้ทั่วถึง แล้วก็ประหยัดค่าใช้จ่าย แล้วก็ประหยัด เอ้อ ทรัพยากรด้วยคะ คนไข้ในโรงพยาบาลก็ไม่แออัด”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ให้ 4 – 5 แหะละ ถือว่าโอเคอยู่ เพราะว่าคนไข้ประหยัดเวลา ทำงานที่บ้านได้ แล้วก็เหมือนเค้าอยู่บ้านแล้วใช้ชีวิตได้ แล้วก็ก็สามารถปฏิบัติตัวโอเค ก็ไม่ต้องนอน รพ. ในพวกโรคที่ไม่ได้มีความซับซ้อนมาก ไม่ใช่พวกที่ต้องเป็นผู้ป่วยวิกฤตแล้ว นอน รพ. ก็ถือว่าโอเคดี”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ให้ความพึงพอใจ 4 เต็ม 5 เช่น ตัวอย่าง เช่นว่า ประโยชน์ของคนไข้ คนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาล คนไข้ไม่ต้องได้มีค่าใช้จ่าย ในการเดินทางไปมา ในการญาติมาเฝ้าอะไรแบบเนี่ย”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ความพึงพอใจ พี่ให้ 3.5 ประมาณว่า คือนั่น เอาจริง ๆ มันก็ ก็คือว่าต่างจากรักษาแบบปกติ มั้ยก็ไม่ต่างนะ เพียงแค่ว่ามันแค่มีคนไปมอนิเตอร์ ซึ่งโดยปกติบางที่เขาก็มี อสม. ไข้ใหม่ แค่ เข้มข้นกว่าคนปกติทั่วไปอะ เพราะว่ารู้สึกกว่า ถ้าบางบ้านที่เขามีตั้งค้หน่วย หรือว่าอะไร เขา จะมีเครื่องวัดความดัน หรือเครื่องเจาะน้ำตาลเอง อยู่แล้ว บางที่เขาก็มีมอนิเตอร์ของเขาเองอยู่ แล้ว”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ประมาณสี่เนาะ ให้ให้สี่คือบางเคสกรณีบางเคสเค้าไม่สะดวกที่จะเดินทางเข้ามา บางทีก็ต้อง เห็นใจเค้า บางคนเค้าไม่มีรถยนต์เข้ามาเหมือนอย่างเคสที่เป็นแบบติดเตียงอะ ต้องมาให้ยา อะไรที่โรงพยาบาลอย่างเงี้ยอะ ในมุมมองของพี่ที่แวบบางที่เค้าก็ไม่สะดวก บางคนได้ยาผิด ต้องมาฉีดต่อเนื่อง ถ้าอยู่เขต รพ.สต. ก็ต้องไปฉีด รพ.สต. ทุกวัน ถ้าอยู่เขตตำบลรื่องคำ ก็ ต้องเข้ามาฉีดที่โรงพยาบาลรื่องคำทุกวันอยู่ดี”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความนำใช้งานของระบบการดูแล

รักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความนำใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความนำใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า มีความคิดเห็นหลากหลายด้านที่สำคัญ โดยเริ่มจากความ สะดวกสบายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่ต้อง เข้ามาโรงพยาบาล ทำให้มีความสะดวกสบายมากขึ้นและสามารถลดเวลาในการเดินทางได้ นอกจากนี้ ยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและประหยัดทรัพยากร เช่น เตียงและพาหนะในการขนส่งผู้ป่วย อีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญคือการติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยเทคโนโลยีการ สื่อสารที่ทันสมัย ทำให้สามารถให้คำแนะนำ ปรับยา หรือดูแลผู้ป่วยได้แม้อยู่ห่างไกล นอกจากนี้ การ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้อง นอนโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและสามารถทำงานหรือดูแลตนเองได้ตามปกติ อีกทั้งยังมีข้อดีในการลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่โรงพยาบาล

เต็มและมีการรับผู้ป่วยมาก ซึ่งการใช้ระบบ Home Ward ช่วยให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาภายในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในบางกรณีคือการเดินทางของผู้ป่วยบางรายที่ต้องการรับการรักษาแบบ Home Ward แต่ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาบางประเภท เช่น การฉีดยาหรือการทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งอาจทำให้ต้องพิจารณาหาทางแก้ไขเพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ปัจจัยหลัก ๆ เลย คือความสะดวกสบาย คือถ้าสมมุติว่าคนไข้สามารถที่จะอยู่ที่บ้านได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันทำงานของตัวเองได้โดยที่ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาลไม่ต้องมาเสียเวลาพวกนี้น่าสนใจมากน่าจะใจแล้วก็เราสามารถที่จะดูแลคนไข้ขณะที่เราเองก็อยู่โรงพยาบาลแล้วก็เขาก็อยู่ที่บ้านเนี่ยผ่านการสื่อสารช่องทางอื่นๆเนี่ยครับก็จะสะดวก”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“หนึ่ง ก็คือ แต่ก่อน ถ้ายังไม่มีโฮมวอร์ดเนี่ย ถ้าคนไข้ไม่สะดวกที่จะแอดมิด มันก็จะเป็นเหมือนกับว่าที่ OPD แล้วก็นัดมาตาม มันทีนึง บางทีในช่วง ช่วงในระหว่างนั้นนะ มันไม่ได้มีการติดตาม ถ้าโฮมวอร์ดก็จะติดตามคนไข้ง่ายขึ้น”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ที่นำใช้ต่อไปใช้มั้ยะ ก็น่าจะประหยัดพวกทรัพยากร พวกเตียง รถ ความแออัด แล้วก็ลดค่าใช้จ่ายด้วยนะคะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ในมุม พยาบาล คือถ้าคนไข้สื่อสารได้ มันก็ง่ายทุกอย่าง คุยกัน โทรหากัน บอกให้ปรับยา หรือปฏิบัติตัวก็จะง่าย แต่ถ้าในมุมคนไข้ คนไข้ก็ลืบอกว่ มันสะดวก ง่าย สามารถทำกิจวัตรได้ บางคนที่ดูแลคนไข้ติดเตียงอยู่บ้าน ก็สามารถดูแลได้ ถ้ามีคนไข้ติดเตียงอยู่บ้าน แต่เขาก็มานอนโรงพยาบาลมันก็ไม่สะดวกไม่มีคนดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้างใช้ไหมละ ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ บางคนขายของก็ขายได้ปกติ แต่ถ้ามานอน รพ. เค้าก็ขาดรายได้ใช้ไหมละ มานอนสี่ห้าห้าวันก็ขาดรายได้ ตั้งแต่มีระบบนี้เราก็ไม่ต้องรับคนไข้มา เพราะ รพ แออัด ภาระงานในตึกน้อยลงปกติเวลานี้ก็เต็มคือเต็มตึกแล้ว เห็นบ่อยๆมื่อเช้านี้กะเต็มแล้ว ถ้าเกิดว่าไม่มีโฮมวอร์ดแล้วเค้ามาแอดมิดเลย สมมติความดันสัก 5 คน ไอสัก 5 คน เบาหวานสัก 5 คน มันก็เต็มแล้ว แมนบ่”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ในคนไข้อาการไม่มาก ให้ไปดูแลที่บ้าน จะดีกับผู้ป่วย และพยาบาลที่ดูแล คนไข้ได้ประโยชน์เหมือนเดิม ได้ยากินเหมือนเดิม แต่คนไข้ที่อยู่ที่บ้าน ก็จะมีประโยชน์ตรงนี้”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ดีสำหรับคนที่พื้นที่ห่างไกล คนไข้ที่แบบอยู่ไกล ๆ โรงพยาบาล”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ข้อดีก็คือสะดวกสบาย บางเคสที่ไม่ต้องเดินทางเข้ามาก็มีอินเทอร์เน็ตเอา ส่วนข้อเสียก็อย่างเงี้ย ถ้าเออ ที่เรามิปัญหาเนี่ยเรื่องของการเดินทาง ถ้าเกิดว่าเดินทางมาฉีดยาฆ่าเชื้อทุกวันอย่างเงี้ย”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.6 ปัญหาที่พบระหว่างให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6. ปัญหาที่พบระหว่างให้บริการการรักษาด้วยระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบระหว่างให้บริการการรักษาด้วยระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์พบว่า การให้บริการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ยังมีปัญหาหลายประการ โดยที่สามารถสรุปได้เป็นกลุ่มหลักดังนี้ 1) ปัญหาด้านการจัดการและทรัพยากร: การลงบันทึกโปรแกรมการรักษามักใช้เวลานานและต้องการทักษะเฉพาะ ซึ่งทำให้กระบวนการดูแลมีความล่าช้า นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ เช่น การขาดเครื่องมือสำหรับตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหรือเครื่องมือสำหรับการรักษาผู้ป่วยบางโรค ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการได้เต็มที่ในบางกรณี 2) ปัญหาด้านการสื่อสารและการติดต่อผู้ป่วย เช่น การติดต่อตามหาผู้ป่วยหรือให้คำแนะนำมักเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่มีอุปกรณ์เทคโนโลยีหรือไม่สะดวกในการติดต่อผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบปัญหาความล่าช้าในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพหรือการรับประทานยา ทำให้การติดตามสุขภาพของผู้ป่วยยากขึ้น 3) ปัญหาด้านการจัดการยาและการรักษา การสั่งจ่าย

ยาให้ผู้ป่วยในบางครั้งไม่สามารถระบุรายละเอียดที่ชัดเจน เช่น จำนวนวันในการใช้ยา หรือขนาดยาที่ต้องการทำให้การรักษาไม่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการให้ยาในบางกรณีก็ยังมี ความจำเป็นต้องใช้วิธีการฉีดยาหรือให้ยาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจสร้างความไม่สะดวกให้กับผู้ป่วยที่รับ การดูแลที่บ้าน 4) ปัญหาด้านการดูแลและการบำบัด เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มี โรคประจำตัวหรือโรคที่ต้องการการบำบัดพิเศษ เช่น การฉีดยาทุกวันหรือการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด ก็พบปัญหาในการติดตามผลการรักษาและการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยบางครั้งผู้ป่วย อาจไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ทันทีหรือไม่สามารถจัดการกับอาการได้เอง ซึ่งปัญหาทั้งหมดเหล่านี้ ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการปรับปรุงและพัฒนาระบบ Home Ward ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในการจัดการทรัพยากร, การสื่อสาร, และการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดัง ตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“หนึ่งเลย แบบหลักที่พบบ่อยนะครับ ปัญหาที่พบบ่อยก็น่าจะเป็นเรื่องของการลงบันทึก โปรแกรมมันค่อนข้างใช้เวลาเนาะ มันต้องใช้ทักษะใช้เวลาค่อนข้างเยอะ อันที่สองก็คือ แต่ยังไม่เจอมากก็คือเรื่องของทรัพยากรที่มันไม่เพียงพอ เนื่องจากว่าช่วงแรก ๆ เราทำเนี่ยเรายัง ไม่ได้มีการวางแผนว่าเราจะต้องใช้อะไรบ้าง หรือว่ามันแบบข้อจำกัดมากน้อยแค่ไหน ถ้าเป็น ความดันไม่มีปัญหา แต่ว่าถ้าเป็นคนไข้เบาหวานเนี่ยจะมีข้อจำกัดของเครื่องมือที่จะต้อง เครื่องตรวจดีทีเอ็กซ์เนี่ยครับ ที่มันมีข้อจำกัดว่าเราไม่สามารถที่จะซื้อมาเป็นสำรองจ่ายได้ก็ จะมีข้อจำกัดว่าไม่เกินสามคนห้าคนอย่างเงี้ยครับ เพราะว่าเครื่องมือมันมีแค่นั้นครับ เพราะฉะนั้นการแอดมิตเบาหวานเยอะ ๆ มันก็มีข้อจำกัดครับ ส่วนความดันนี้ไม่มีปัญหา อะไรครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“เจอเลย อาจจะติดต่อกันไข้ลำบาก เหมือนกับว่า คือ ด้วยอาชีพเขา บางทีคือแบบ เอ้อ ใน กรณี ตอนเช้าเนี่ย อาจจะแบบ ด้วยความเคยชิน ก็คือเหมือนไปทำงานก่อน แล้วลืมแบบวัด ความดันหรืออะไรอย่างเงี้ย”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ปัญหาเด่นๆ ที่พบเลยใช้มัยยะ ก็คือคนไข้ ไม่สามารถที่จะวัดความดัน หรือวัดสัญญาณชีพ มาให้เราได้ตรงเวลา บางทีคือเราต้องโทรตามหลายครั้งอะไอย่างเงี้ยคะ กว่าที่จะได้รู้ว่าตอน

เนี่ยคนไข้มีอาการเป็นยังไง แล้วก็บางที อะ สมมุติ อสม. ไปวัดอยู่บ้าน คนไข้อยู่นา เออ มันก็ไม่สามารถติดตามสัญญาณชีพได้ หรือคนไข้ไปทำงานแล้วล้มกินยา อะไรอย่างเงี้ยคะ มันก็จะยากกว่าคนไข้ในหมู่บ้านที่เราสามารถไปแจกยาได้อย่างเงี้ยคะ ข้อสอง แล้วคือการติดต่อประสานงาน บางทีในการติดต่อประสานงานมันจะยากในคนที่ไม่มีเทคโนโลยีหรือว่า Line อะไรอย่างเงี้ยคะ มันจะเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยว่ามันจะเป็นหลักฐานได้ว่า เออ เราได้ติดตามคนไข้จริงๆ นะ อะไรอย่างเงี้ยคะ บางทีมันต้องได้ติดต่อผ่านคนนึง สอง สาม สี่ หมดกว่าจะได้เข้ามา”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างคนไข้แต่ละ บางทีเบอร์ติดต่อโทรแล้วก็ไม่รับ ต่อมาก็ปรับให้ อสม. ให้อุททลห่าน หรือให้ จนท. ลงไปดูอีกทีนึง ต่อมาก็เป็นเรื่องยานี้แหละ ตอนแรกเรายังไม่มี RI ไปให้ คนไข้ก็เลยต้องเจาะแล้วให้หมอปรับยาเลย เป็นเหมือนชนิด NPH (ยาฉีดเบาหวานแบบออกฤทธิ์ปานกลาง) ฆะ แต่ไม่มี RI (ยาฉีดเบาหวานแบบออกฤทธิ์เร็ว) ให้กลับเขาไป ก็คือ จาก NPH คือปรับไปเป็นเช้า 10 เย็น 4 เปลี่ยนใหม่เป็น เช้า 12 เย็น 8 ไปเลย อย่างงี้ ที่นี้เรามีอย่าง single dose ri ไป สมมติว่าสูตรรอบนี้ เราฉีกไปก็ advise ไปเลย ว่าขนาดเท่านี้ แต่ถ้าแต่ก่อนคือ เราให้เท่านี้ คนไข้ก็ฉีกไปเท่านี้ แต่ได้ ri ก็เหมือนกับนอนอยู่รพ.เลยเดะทีนี้ คนไข้ก็จะคุมได้ ถ้าน้ำตาลยังสูงเราก็จะบอกว่ากินข้าวกินยังไง ของหวานกินยังไง เทียงลดลงครั้งนึง ก็จะมีคุมน้ำตาลได้ ถ้าเค้าเจาะปุ๊บเค้าจะแจ้งเราก่อน เราก็จะบอกว่า น้ำตาลคุณสูงนะ ต้องให้ยาลดน้ำตาลขนาดนี้ เพราะเคยมีอีกคนที่เคยได้ยาลดน้ำตาลไปสองโดส เค้าก็จะรู้เลยว่าน้ำตาลสูงเหมือนตอนนอน รพ. แล้วก็ให้คำแนะนำเรื่องการลดของหวาน การปรับพฤติกรรม ของหวานอะไรให้ลด ให้กินข้าวเจ้าเท่านั้น จะมีอีกคนหนึ่งที่แก็เครียดมาก เพราะน้ำตาลแกขึ้นช่วงที่เฝ้าอาหาร หมอจะปรับยาเพราะน้ำตาลเลลลดหลาย บัดที่นี้เฝ้ากินได้น้ำตาลมันสูงอีก เฝ้าเครียด เฝ้าจะมาปรึกษาว่าต้องกินแบบใด ข้าวเย็นกินข้าวกล้อง ตอนนี้อ่านน้ำตาลแกโอเคเลยละ เพราะแกปรับพฤติกรรมได้ บ่ต้องแอดมิด โฮมวอร์ด เจอก็จะ UTI (ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ) อ่าที่ เจอก็คือ คนไข้ให้ยาแต่ที่นี้มาดูแลแล้วผล UA (ผลตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ) ก็ยังสูง กะจะมีบางโรคที่เป็น DPH เนาะ ต่อมากลุมมากโตก็จะทำให้สูง ส่วนมากก็จะ advise คนไข้ให้กินน้ำ แล้วก็ flask เจ้าของดีๆ แต่ว่ากะมีที่ค้างอยู่เลยบอกคนไข้ว่าบ่เป็นหยัง ขอแต่ว่าบ่กลับกับกินน้ำหลายๆ เพราะคนไข้จะวิตก”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ปัญหาตรงว่า การติดต่อ บางคนไม่มีญาติ บางคนมาคนเดียว บางคนไม่มีโทรศัพท์ ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ รพสต. ติดต่อ ก็จะลำบากขึ้น ทางวอร์ดจะต้องติดต่อไปทาง รพสต. แล้วจากนั้น รพสต. จะให้ อสม. ไปคู่อีกทีหนึ่ง”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“ในบทบาทวิชาชีพเรา ก็คือเนี่ยแหละ แพทย์สั่ง จำนวนยา ไม่ชัดเจน การให้ผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละเดือนก็ไม่เท่ากัน ซึ่งเรา maintain ไม่ได้ จำนวนไม่เท่ากัน การให้ เออ อย่างยาฆ่าเชื้อ ก็ไม่ได้ระบุจริงว่าให้ว่า ต้องให้ 5 วันนะ หรือ 3 วันนะ หรือว่าให้ตาม ตามแบบอาการของคนไข้ แล้วก็ สิ่งหนึ่งที่ ที่ไม่โอเคก็คือ ยาฉีด ไซ้ การที่คนไข้ที่ได้ยาแอนตี้ไบโอติก รู้สึกว่ามัน น่าจะ เพราะว่ามันต้องกลับมาฉีดอยู่โรงพยาบาลเนี่ยเนาะ คือ มันต้องเอายาออกไปข้างนอก โรงพยาบาลนะ”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เกสเซอร์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ก็คือปัญหาที่พบหลังๆ ก็คือการมา มาฉีดยาที่นี้เนาะ ไซ้ที่เห็นนะ ที่เห็นประมาณนี้ การต้อง มาฉีดยา Ceftriaxone ทุกวันแบบนี้”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

ตอนที่ 1.2.7 ข้อเสนอแนะ

7. ข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ได้รับข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ในระบบ Home Ward มีหลายประการที่สะท้อนถึงความต้องการในการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของการให้บริการ ดังนี้ 1) การสนับสนุนจากภาครัฐ หรือโรงพยาบาล เนื่องจาก จำเป็นต้องมีการสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์และทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการติดตามผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจน้ำตาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การสนับสนุนในด้านนี้จะช่วยลดภาระงานของ บุคลากรทางการแพทย์ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น 2) การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล การ พัฒนาโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการลด ความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล เช่น การถ่ายภาพหรือสแกนเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้วบันทึกลงใน ระบบแทนการพิมพ์ข้อมูลซ้ำ เพื่อประหยัดเวลาและลดภาระงานของบุคลากร 3) การเพิ่มจำนวนและ ความหลากหลายของโรคที่สามารถดูแลได้ การขยายขอบเขตของโรคที่สามารถให้บริการผ่านระบบ

Home Ward อย่างเหมาะสม เช่น การเพิ่มจำนวนโรคที่สามารถดูแลได้ภายใต้ระบบนี้ รวมทั้งการปรับปรุงการให้ยาและการติดตามสัญญาณชีพที่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง 4) การปรับปรุงการสื่อสารกับผู้ป่วย การสร้างระบบที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลได้สะดวกยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือไม่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย การปรับปรุงการสื่อสารและการติดตามอาการผ่านเทคโนโลยีเช่น Telemedicine สามารถช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น 5) การปรับปรุงแนวทางการให้ยา เนื่องจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้ยาและการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และให้แพทย์ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีของการให้ยาฉีดหรือยาที่มีการปรับขนาดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 6) การเพิ่มบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ Home Ward โดยเฉพาะ หรือการจัดตั้งทีมพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward โดยเฉพาะ เช่น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบ 24 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที ดังนั้นโดยภาพรวมแล้ว การพัฒนาระบบ Home Ward ต้องการการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งในด้านอุปกรณ์ การสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“อนาคตโฮมวอร์ดควรจะมี แล้วก็ควรจะสนับสนุนเรื่องของเครื่องมือเครื่องไม้เครื่องมือ แล้วก็เรื่องของทรัพยากรบุคคลเนือง จากว่าถ้าเราใช้บุคคลในโรงพยาบาลเราเองทำมันก็มีข้อจำกัด เนืองจากว่าโรงพยาบาลเรา สมมุติว่าโรงพยาบาลเราก็คือโรงพยาบาลเล็ก ๆ ข้อจำกัดของภาระงานของพยาบาลเขาจะเยอะอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นการใช้พยาบาลที่อยู่ในวอร์ดในตึกผู้ป่วยใน มาทำโฮมวอร์ดร่วมด้วยเนี่ยมันจะเหมือนกับเพิ่มภาระงานเขา ซึ่งการลงการทำโฮมวอร์ด คนนึงใช้เวลานานมากใช้เวลาค่อนข้างค่อนข้างนาน ค่อนข้างนานครับ เพราะฉะนั้นถ้าจะดี ก็อาจจะมีการสนับสนุนจากอาจจะทางภาครัฐเนาะ โดยตรงว่าถ้าโรงพยาบาลไหนสามารถทำโฮมวอร์ดได้ ก็คือมีการสนับสนุนเรื่องของคอมพิวเตอร์เรื่องของระบบการสื่อสารเรื่องของวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่มันจำเป็นที่ต้องใช้เนี่ยนะครับอาจจะทำโดยการที่เราทำทำไปก่อน แล้วเรารู้ว่า โพลเรทของการแอดมิทโฮมวอร์ดมันมีมากเท่าไรแล้วเราก็เอาไอ้ตรงนั้นนะไปเสนอเขาว่าโอเคโรงพยาบาลต้องการเครื่องเจาะ ดีทีเอ็กซ์ สักสิบเครื่องนะครับ เพราะว่าต้องต้องใช้คนไข้โฮมวอร์ดค่อนข้างเยอะเบาหวานค่อนข้างเยอะเนี่ยครับหรืออุปกรณ์ความวัด

ความดันหรือวัสดุอื่นๆที่จำเป็นจะต้องใช้โฮมวอร์ดพวกนี้ครับก็อยากให้เราปรับปรุงตรงนี้ แล้วก็เรื่องของอันที่สองก็คือ เรื่องของการปรับปรุงโปรแกรมตัวโฮมวอร์ด ให้สามารถที่จะใช้งานสะดวกสบายมากขึ้นโดยที่ไม่ได้ไม่ได้ทำงานซ้ำซ้อนกับเรื่องบอร์ดที่เขาทำอยู่เช่น ถ้าสมมุติว่าเราเขียน OPD เอ่อเขียน บันทึกครบอยู่แล้วเนาะ บันทึกชาร์จอยู่แล้วอะครับ คือเราสามารถถ่ายรูปชาร์จตรงนั้นนะบันทึกเข้าไปในอีเมลเลยโดยที่ไม่ต้องพิมพ์อะไรเพิ่มได้ใหม่อย่างเงี้ยครับ โอเคเล็บแอกเซ็ปต์รับใหม่เพราะว่าไอ้บันทึกนั้นนะหรือจะให้สแกน อิมสแกนก็ได้สแกนแล้วคือขึ้นแล้วก็อัปโหลดได้ก็จะดี แต่นี่ก็คือเขียนแล้วก็ต้องพิมพ์ใน ในเวลาเดียวกันเพราะฉะนั้นมันก็จะเพิ่มภาระงานมากขึ้นครับมันอาจจะทำให้บุคลากรเขารู้สึกว่าเขาไม่อยากจะทำไม่อยากจะทำโฮมวอร์ด เนื่องจากมันมันมันเพิ่มภาระงาน แล้วก็ต้องใช้เทคโนโลยีมันสูงอะไรเงี้ยครับ”

(เพศชาย อายุ 37 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“ที่เจอมา เอ่อ อยาก อยากรู้อยากให้มีแบบ การซัพพอร์ตมากกว่านี้ หมายถึงว่าในเรื่องของ เอ่อไม่ใช่เวชภัณฑ์ในการรักษา อาจจะเป็นพวกอุปกรณ์ที่จะใช้ในการติดตาม คือถ้าอยากให้มีประสิทธิภาพจริง ๆ ก็คือเหมือนกับ ซัพพอร์ตตรงนี้นะเยอะขึ้นหน่อย บางเคสที่แบบเหมือนกับว่า ในกรณีที่เขาไม่มี เครื่องวัดความดันหรือ อสม. ไม่สะดวกไม่ว่างมา มันก็อาจจะทำให้เกิดความล่าช้าที่จะติดตาม ก็คือ ถ้ามีเพียงพอ มีให้เยอะเลยจริง ๆ เนี่ย มันก็ เขาก็สามารถดูแลตัวเองได้ แล้วก็ดูแลหมอเรา แบบ ที่ว่าระบบเข้าเป็นยังไง ออนไลน์นี้ ลำบากมัย”

(เพศหญิง อายุ 38 ปี แพทย์ 2568 : สัมภาษณ์)

“อยากให้ครอบคลุมหลายโรคมากกว่านี้ค่ะ ตอนนี้มีประมาณ 7 โรคค่ะ ของในโรงพยาบาลของเราค่ะ แล้วก็อีกสักข้อหนึ่งเนาะ อยากรู้ได้อุปกรณ์ หรือมือในการทำ Homeward เพื่อในอนาคตที่ว่าคนใช้ Homeward น่าจะเยอะกว่านี้ แล้วก็อุปกรณ์ที่จะต้องติดตามสัญญาณชีพก็น่าจะต้องเพียงพอสำหรับผู้ป่วยต่อไปค่ะ”

(เพศหญิง อายุ 23 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“อยากให้ว่า อนามัยก็สามารถทำโฮมวอร์ดได้ เหมือนของเราตอนนี้ ที่เราใช้ระบบแบ่งแล้วก็จัดสรร ในอนาคตอยากให้อนามัยลงโฮมวอร์ดเอง อ้อเอง แต่ว่าให้หมอ signed ให้ก็ได้เหมือนกันพยาบาลตึกในเราทำแหมะ เพราะว่าอะไร เพราะว่าคนไข้จะใกล้เค้ามามากกว่าเรา เวลา

ถามกันอียังจั้งซี่ คนไข้ก็จะเข้าถึง ถ้าคนไข้ไม่สบายก็ไปอนามัยได้เลย คุณหมอให้ยาโตนี่แล้ว เป็นหยังฉันคี่เป็นจั้งซี่ๆ กะถามได้เลย ถ้าเป็น รพ เพราะคนไข้ส่วนมากจะบ่กล้าโทรหาเฮา ถ้าเป็นอนามัยกะลี้ไกลกันมากกว่า ลี้บ่ได้ไกลมาก ย่างไป 20 30 เก้าห่างจากอนามัยเนาะ ความน้ำตาลสูงฉันคี่ได้ยาโตนี่คี่บ่ลง แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลเค้าจะบ่กล้าถามว่ากินโตนี่คี่บ่ลง แล้วตีกคนไข้ใน รพ.ก็จะลงความแอดโรงพยาบาลไปได้ แต่ถ้าคนไข้ที่คี่คอนโทรลไม่ได้ อย่างคนไข้ที่น้ำตาลสูงมากๆ ยังงี้ก็ได้นอน น้ำตาลสูง 500 ยังงี้ก็ได้นอน หรือความดันสูงกว่า 170 180 ก็ต้องนอนอีก หรือหอบยังงี้ก็ต้องนอน แต่ถ้าอยู่ไกลๆควบคุมการปฏิบัติตัว อยู่ใกล้ๆอนามัย สอนใช้ยาพ่นอยู่ใกล้ๆก็พอได้อยู่ สะดวกขึ้น”

(เพศหญิง อายุ 50 ปี พยาบาลผู้ป่วยใน 2568 : สัมภาษณ์)

“ควรมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตอนนี่ยังมีแค่เป็นบางเวลา แล้วก็น่าจะมีเป็นเทเลเมดแบบมันมีเทเลเมดแบบเห็นหน้าอย่างงี้ อาจจะวันนึ่งวันนึ่งครั้งนึ่งอะไอย่างงี้”

(เพศหญิง อายุ 56 ปี พยาบาลผู้ป่วยนอก 2568 : สัมภาษณ์)

“เนี้ยแหละอยาก อยากรู้อยากให้มันเป็นแนวทางการให้ยา มีแนวทางที่ชัดเจน จำนวนยาที่แน่ชัดว่า ยังงี้ กี่วัน เพราะว่าบางทีอะ โรคแต่ละโรคคี่ยาเซตไกลเหมือนกัน แต่ให้ 3 วัน 5 วัน อย่างเงี้ย อืม ไซ้ แต่ละคนให้ไม่เหมือนกันอีก อีกอันนึ่งมันจะเป็นการจ่ายยาให้คนไข้กลับบ้าน ประมาณหนึ่งถึงสองเดือน จากนั้นมันมีการปรับเปลี่ยนยา แล้วคนที่มารับยา เป็นลูกหลาน ซึ่งเราก็ไม่ได้คุยกับคนไข้เลย”

(เพศหญิง อายุ 29 ปี เภสัชกร 2568 : สัมภาษณ์)

“ตอนนี้เพราะว่าเราไม่ได้ลงหน้างาน แต่ถ้าพี่เป็นหมอ พี่ก็ว่า home ward พี่โอเคเลย ส่วนในอนาคตก็คืออยากมีพยาบาล home ward ไปเลย มีตลอด ยี่สิบสี่ชั่วโมงเลย ไม่ต้องขึ้นมาเวรเช้า แล้วแยกคนออกมาเป็น home ward ให้มันชัดเจนเลยจะดีมาก”

(เพศหญิง อายุ 36 ปี พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2568 : สัมภาษณ์)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยขอสรุปผลและมีข้อเสนอแนะตามลำดับดังนี้

- 5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย
- 5.2 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 5.3 สรุปผลการวิจัย
- 5.4 อภิปรายผล
- 5.5 ข้อเสนอแนะ
 - 5.5.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย
 - 5.5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

- 5.1.1 เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ
- 5.1.2 เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบระบบการบริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
- 5.1.3 เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

5.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ และ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการจัดทำเป็น 2 ส่วน

5.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ จำนวน 150 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน จำนวน 110 คน และ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในที่บ้าน จำนวน 51 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลโดย ดังนี้

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น

1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ญาติ โดยจะประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ โดยแบบสอบถามดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบริการ โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ และระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่

1.ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

2.ด้านระยะเวลาเข้ารับการบริการ

3.ช่วงเวลาเข้ารับบริการ

4. ด้านความแออัด

ส่วนที่ 3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward

2. ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ

3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงานและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ร่วมกับแนวคิดการบริบาลผู้ป่วยใน เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการรับบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

1.2 แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยจะประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ โดยแบบสอบถามดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษามูลข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เคยให้บริการ Home Ward อาชีพ และระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) สำหรับให้ผู้ตอบได้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward
2. ด้านความต้องการให้บริการ
3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงานและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ร่วมกับแนวคิดการบริบาลผู้ป่วย เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

พหุ ประเด็น ชีวะ

5.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในบ้าน จำนวน 6 คน และ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในบ้าน จำนวน 7 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง ที่ใช้ดุลพินิจในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่รับบริการผู้ป่วยในบ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ และ ทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบผู้ป่วยในบ้าน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย โดยแบบสัมภาษณ์จะจำแนกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย ญาติ ที่เข้ารับการดูแลด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Homeward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ (Interviews) ดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เข้ารับการบริการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล อุปกรณ์ติดต่อสื่อสารที่มี โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามในการการสัมภาษณ์ โดยมีประเด็นหลัก ได้แก่

1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ
2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
3. ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
6. ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)
7. ข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปจากผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ (Interviews) ดังกล่าวดังกล่าวมีเนื้อหาที่ศึกษาข้อมูลทั่วไปจากผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้ให้การบริการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล สิทธิการรักษา โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามในการการสัมภาษณ์ โดยมีประเด็นหลัก ได้แก่

1. มุมมองเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ
2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
3. ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษาแบบผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความนำใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
6. ปัญหาที่พบระหว่างการให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
7. ข้อเสนอแนะ

5.3 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษา ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทย พบว่า ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศไทยได้เริ่มต้นพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยมีเป้าหมายเพื่อขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระบบ Telemedicine ได้รับการเร่งรัดและขยายขอบเขตการใช้งานในหลายระดับ อาทิ การวินิจฉัยเบื้องต้น การให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล และการติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชัน

การพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลหลักสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยอาศัยระบบเครือข่ายดิจิทัล และการมี

ส่วนร่วมของภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการสร้าง “ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพทางไกล” อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้ระบบ Telemedicine ได้ขยายบทบาทสำคัญในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) โดยสนับสนุนการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและลดภาระของสถานพยาบาล

ด้านผลลัพธ์การรักษาและความพึงพอใจ พบว่าระบบ Telemedicine ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์ต่อระบบ Telemedicine ก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร และความมั่นใจในการรักษา

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังคงเผชิญกับข้อจำกัดด้านกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และความพร้อมของทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ จึงนำไปสู่การกำหนดกรอบการกำกับดูแล เช่น “ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563” เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและควบคุมคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในภาพรวม ระบบ Telemedicine ในประเทศไทยได้กลายเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากร ซึ่งการพัฒนาแบบดังกล่าวให้มีความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมภายใต้หลักจริยธรรมวิชาชีพทางการแพทย์

ตอนที่ 2 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต่างประเทศ

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในต่างประเทศ พบว่า ระบบการแพทย์ทางไกลในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และเกาหลีใต้ มีการพัฒนาและใช้งานอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการให้บริการในพื้นที่ห่างไกลและภารกิจเฉพาะ เช่น การแพทย์ในอวกาศ ก่อนจะขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จนกลายเป็นหนึ่งในทางเลือกหลักของระบบบริการสุขภาพ

ลักษณะเด่นของระบบ Telemedicine ในต่างประเทศ ได้แก่ ความหลากหลายของรูปแบบบริการ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอ การติดตามอาการด้วยอุปกรณ์อัจฉริยะ ไปจนถึงการรักษาระยะไกลด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น หุ่นยนต์ผ่าตัด โดยมีโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีและ

การกำกับดูแลทางกฎหมายที่ชัดเจน รองรับด้วยกฎหมายเฉพาะ สิทธิประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ และมาตรฐานทางคลินิก รวมถึงแนวทางรักษาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

ด้านประสิทธิภาพ พบว่า Telemedicine ให้ผลลัพธ์การรักษาในบางโรค เช่น เบาหวาน หรือ การดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่แตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้นชี้ให้เห็นข้อจำกัด เช่น ความแม่นยำในการประเมินอาการ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงความจำเป็นในการตรวจร่างกาย ทำให้ Telemedicine ยังไม่สามารถทดแทนการรักษาแบบพบหน้าทั้งหมดได้

นอกจากนี้ การยอมรับและความพึงพอใจในระบบ Telemedicine ยังคงมีความหลากหลายตามบริบทของแต่ละประเทศ โดยบุคลากรทางการแพทย์มองว่าเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังมีความท้าทายด้านโครงสร้างพื้นฐาน ค่าธรรมเนียม และความเข้าใจของผู้ใช้บริการในบางประเทศ ซึ่งต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ระบบการแพทย์ทางไกลในต่างประเทศได้แสดงศักยภาพในการเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพยุคใหม่ ทั้งในด้านการเข้าถึง บริการ การลดภาระค่าใช้จ่าย และการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน แต่ยังคงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ประกอบทางเทคโนโลยี บุคลากร และการยอมรับทางสังคม เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทของแต่ละประเทศ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศ

ตอนที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการเปรียบเทียบระบบการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าระบบการแพทย์ทางไกลของประเทศไทยยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่กระตุ้นให้มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ระบบ Home Ward การให้คำปรึกษาทางไกล และการติดตามผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังประสบปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี การขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐาน และความจำกัดในทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในบางพื้นที่ ในทางกลับกัน ประเทศพัฒนาแล้วมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและระบบสนับสนุนจากรัฐที่เข้มแข็ง ทำให้สามารถพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากกว่า ทั้งในด้านเทคโนโลยีที่ใช้ เช่น AI, IoT, แอปพลิเคชันสุขภาพ และการยอมรับของประชาชนในการใช้บริการทางไกล เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างพื้นฐานและการสนับสนุนเชิงนโยบาย เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วที่มีความพร้อมสูงกว่าในทุกมิติ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึง

ศักยภาพในการพัฒนาระบบ Telemedicine และมีแนวโน้มที่จะเติบโตอย่างต่อเนื่องหากได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบในอนาคต

ส่วนที่ 2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลรณรงค์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยและญาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมาเป็น เพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 และสุดท้ายเป็น เพศทางเลือก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9

จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า มากที่สุด มีอายุระหว่าง 61 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 รองลงมา มีอายุ ระหว่าง 36-40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และน้อยที่สุด มีอายุระหว่าง 46-50 ปี มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0

จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่า มากที่สุด คือระหว่าง 10,001-20,000 บาท มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 และระหว่าง 20,001-30,000 บาท มีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา คือระหว่าง 1,000-10,000 บาท มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุด คือระหว่าง 40,001-50,000 บาท มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

จำแนกตามสิทธิการรักษาในปัจจุบันพบว่า มากที่สุด คือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

จำแนกตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเคยเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุด คือ 16-20 วัน มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ 1-3 วัน มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และ น้อยที่สุดคือ 10-12 วัน มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9

จำแนกตามโรคที่ได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุด คือ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

(Severe hypertension) มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer) มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2

และสุดท้ายจำแนกตามระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า มากที่สุด คือ ระหว่าง 1-5 กิโลเมตร มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ ระหว่าง 5-10 กิโลเมตร มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ตามลำดับ

1.1.2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความถี่การเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านความถี่การเข้ารับบริการ โดยในภาพรวม ด้านความถี่การเข้ารับบริการ พบว่า มากที่สุดคือ ไม่เคย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือ 1 ครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุดคือ 3 ครั้ง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8

1.1.3 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลาอธิบาย โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็น น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านระยะเวลาเข้ารับบริการ ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาเป็น น้อยกว่า 30 นาที จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 และน้อยที่สุดคือ 1-2 ชั่วโมง มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6

1.1.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ ด้านช่วงเวลาเข้ารับบริการ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ 6.00 -12.00 น. จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาเป็น 18.00-24.00 น. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 และน้อยที่สุดคือ 12.00-13.00 น. มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และ 13.00-18.00 น. มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8

1.1.5 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาล

รื่องคำ ด้านความแออัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลรื่องคำ ด้านความแออัด โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ น้อย ($\bar{X} = 1.94$)

ตอนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1.1 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านการรับรู้ระบบ Homeward โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุดคือ ไม่เคยรู้จักมาก่อน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 และน้อยที่สุดคือ จากคนรู้จัก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ส่วนการรับรู้ถึงระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากทางโทรทัศน์และสื่อพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และ อื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ ไม่มีผู้ตอบในส่วนของทั้งสามคำตอบนี้

2.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$)

2.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในแต่ละด้าน

1. ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรื่องคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.78$)

2. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$)

3. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.93$)

4. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 4.00$)

5. ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 4.09$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการรับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด ($\bar{X} = 4.29$) รองลงมา คือ ระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีความง่ายต่อการใช้บริการเพียงใด ($\bar{X} = 4.12$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรมีความสะดวกมากขึ้นเพียงใด ($\bar{X} = 3.88$)

6. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มากที่สุด ($\bar{X} = 4.32$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านมีความเชื่อมั่นในผลการรักษา หลังจากจบกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.37$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้น ท่านมีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 4.27$)

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 3.1. ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.70$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านมีความเห็นว่าระบบผู้ป่วยในบ้านมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.90$) รองลงมา คือ ท่านได้รับการบริการสะดวกสบายมากขึ้นหรือไม่เพียงใด ($\bar{X} = 3.82$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.24$)

ตอนที่ 4 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการเข้ารับบริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

ตอนที่ 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 4.1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบในระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพยังไม่สะดวกรวดเร็วเพียงพอ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ อุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วไม่เพียงพอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และน้อยที่สุดคือ ไม่ได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยบ่อยเพียงพอ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3

ตอนที่ 4.2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ เพิ่มการติดตามอาการคนไข้อย่างใกล้ชิดหรือบ่อยกว่าเดิม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และ มากที่สุด คือ ควรมีการเตรียมอุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วให้ผู้ป่วยกลับไปตรวจเองที่บ้านอย่างเพียงพอ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50

ตอนที่ 5 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่ง
คำ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 5.1.1 การนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยใน
ครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน
22 คน คิดเป็นร้อยละ 20

จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า มากที่สุด มีอายุระหว่าง 51-55 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ
19.1 รองลงมา มีอายุ ระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 และน้อยที่สุด มีอายุ
41-45 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5

จำแนกตามรายระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า มากที่สุด คือ ระดับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
หรือเทียบเท่า มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมา ระดับปริญญาตรี มีจำนวน 31 คน คิด
เป็นร้อยละ 28.2 และน้อยที่สุด ระดับปริญญาโท มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2

จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่า มากที่สุด คือ 10,000-20,000 บาท มีจำนวน 70 คน
คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ 20,001-30,000 บาท มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ
น้อยที่สุดคือ 60,0001-70,000 บาท มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8

จำแนกตามสิทธิการรักษาในปัจจุบันพบว่า มากที่สุด คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(บัตรทอง) มีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ มีจำนวน 30 คน คิด
เป็นร้อยละ 27.3 และน้อยที่สุดคือ สิทธิประกันสังคม มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9

จำแนกตามระยะเวลาที่เคยให้บริการพบว่า มากที่สุด คือ 1-3 เดือน มีจำนวน 53 คน
คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ 1 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และ น้อยที่สุดคือ
9-12 เดือน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

จำแนกตามอาชีพ พบว่า มากที่สุด คือ อาชีพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจำนวน 67
คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ อาชีพพยาบาล มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อย
ที่สุด อาชีพนักรังสีเทคนิค มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 และ อาชีพทันตแพทย์ มีจำนวน 1
คน คิดเป็นร้อยละ 0.9

และสุดท้ายจำแนกตามระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า มากที่สุด คือ 5-10 กิโลเมตร
มีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 กิโลเมตร มีจำนวน 27 คน คิดเป็น

ร้อยละ 24.5 และ น้อยที่สุดคือ 21-25 กิโลเมตร มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 และ 26-30 กิโลเมตร มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ตอนที่ 5.1.2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านการอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านได้รับการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในการรักษาผู้ป่วยตามสายงานของท่าน ได้ดีเพียงพอหรือไม่ ($\bar{X} = 3.33$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านได้รับการอบรมระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) บ่อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.23$)

ตอนที่ 5.1.3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการให้บริการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความต้องการให้บริการ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.57$)

ตอนที่ 5.1.4 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในแต่ละด้าน

1. ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านระบบการติดตามอาการผู้ป่วย โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.68$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.74$) รองลงมา คือ ระบบการติดตามผลการรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.66$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด ($\bar{X} = 3.64$)

2. ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ ด้านความพร้อมของระบบและอุปกรณ์ โดยในภาพรวมระดับความ

คิดเห็นคือ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพร้อมของระบบการให้บริการมีความพร้อมระดับใด ($\bar{X} = 3.49$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ อุปกรณ์การรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความเพียงพอหรือไม่ ($\bar{X} = 3.15$)

3. ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.65$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.69$) รองลงมา คือ ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.64$) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด ($\bar{X} = 3.61$)

4. ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ ด้านความยากง่ายและความสะดวกของระบบ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.61$)

5. ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ ด้านกระบวนการรักษาและผลการรักษา โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.55$)

ตอนที่ 6 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 6.1.1 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวมระดับความคิดเห็นคือ มาก ($\bar{X} = 3.73$) หากจะพิจารณาเป็นรายคำถามพบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พอใจ ($\bar{X} = 3.81$) รองลงมา คือ ระบบการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของระบบผู้ป่วยในที่บ้านมีความพึงพอใจ ($\bar{X} = 3.75$)

และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยผ่านระบบผู้ป่วยในบ้านในด้านการช่วยให้ท่านทำงานตามลักษณะวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.60$)

ตอนที่ 7 ปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะ รวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

ตอนที่ 7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 7.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านปัญหาที่พบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบในระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการให้คนไข้ไปวัดเองที่บ้าน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาล (DTx) ไม่เพียงพอ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมา คือ คนไข้บางรายติดต่อลำบาก และการขาดความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น ไม่มีโทรศัพท์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 และน้อยที่สุดคือ คำตอบที่มีผู้ตอบอย่างละ 1 คนต่อคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 2.6 ต่อคำตอบ

ตอนที่ 7.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบด้านข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในภาพรวม พบว่า มากที่สุด คือ โรงพยาบาลควรจัดเตรียมให้มีเครื่องมือการรักษากรบ เช่น เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTx) และอยากให้ ผู้ให้การดูแล (caregiver) ในหมู่บ้านมีเครื่องมือในการติดตามอาการเพียงพอทุกคน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 รองลงมา คือ จัดอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมถึง ผู้ให้การดูแล (caregiver) ที่เกี่ยวข้องครบทุกคน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และน้อยที่สุดคือคำตอบที่มีผู้ตอบอย่างละ 1 คนต่อคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ต่อคำตอบ

ส่วนที่ 3 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ (ส่วนของผู้ป่วยและญาติ)

1.1.1 มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

1. ความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ มีมุมมองเชิงบวกต่อการบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลร่งคำ โดยให้ความเห็นว่าบริการมีความสะดวก รวดเร็ว และไม่ซับซ้อน เนื่องจากจำนวนผู้ใช้บริการไม่มาก ส่งผลให้สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลไม่แออัดและช่วยลดระยะเวลารอคอยในหลายขั้นตอน เช่น การรับยาและการรักษา ซึ่งเป็นจุดเด่นของโรงพยาบาลในเขตชนบท

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อเสนอแนะในประเด็นที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การลดระยะเวลารอในขั้นตอนการซักประวัติ ตลอดจนการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัญหาแมวจรจัดที่อาจส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล

โดยสรุปแล้ว ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลร่งคำในด้านความสะดวกและความไม่แออัด แต่ยังคงคาดหวังให้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพบางขั้นตอนและการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนอย่างรอบด้าน

1.1.2 มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.1 ความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า จากผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกลและการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มาก่อน จนกระทั่งได้รับการแนะนำและเข้าร่วมโครงการจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่งคำ อย่างไรก็ตาม เมื่อได้รับการบริการในรูปแบบนี้ก็พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับอย่างชัดเจน

ผู้ป่วยระบุว่ารูปแบบการดูแลที่บ้านช่วยให้สามารถใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีความสะดวกในการติดตามอาการ รับประทานยา และวัดค่าทางสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสามารถส่งต่อให้แพทย์ผ่านช่องทางที่กำหนดได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและช่วยควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลสัมภาษณ์ยังชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาทิ การหันมาใส่ใจตรวจวัดค่าทางสุขภาพด้วยตนเอง การควบคุมอาหาร และการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต ซึ่งนำไปสู่การฟื้นตัวของสุขภาพโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกลับคืนมา และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลในรูปแบบนี้ โดยเห็นว่าระบบ Home Ward ช่วยลดภาระการเดินทางไปโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล แม้เป็นแนวทางใหม่สำหรับผู้ป่วยและญาติในชุมชน แต่กลับได้รับการตอบรับที่ดีและเกิดผลลัพธ์เชิงบวกในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ กายภาพ และจิตใจ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น อันเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทของระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของพื้นที่ชนบท

2.2 ความคิดเห็นด้านการต้องการเข้ารับบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า โดยรวมของผู้ให้สัมภาษณ์มีความรู้สึกเป็นบวกอย่างเด่นชัดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการดูแลที่บ้านช่วยลดภาระทั้งในด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และความวิตกกังวลจากการต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงกับครอบครัวและดูแลภาระในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่อวิถีชีวิตในครัวเรือน และส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจมากยิ่งขึ้น

ในขณะเดียวกัน ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อความสะดวกของบริการ โดยเฉพาะระบบการติดตามและประเมินผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาทิ การวัดความดันโลหิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันที่สามารถสื่อสารโดยตรงกับทีมรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ยังพบว่ามีบางรายยังคงให้ความสำคัญกับการพบแพทย์โดยตรงในโรงพยาบาล โดยมองว่าแม้ระบบ Home Ward จะมีความสะดวก แต่การตรวจวินิจฉัยหรือปรึกษาแพทย์แบบเผชิญหน้าก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในกรณีที่ต้องการความชัดเจนหรือ

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ดังนั้นผู้รับบริการบางส่วนจึงคาดหวังให้มีการให้บริการในรูปแบบผสมผสานระหว่าง Home Ward และการพบแพทย์ในสถานพยาบาล

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้รับการตอบรับในเชิงบวกทั้งจากมิติของความสะดวก ความต่อเนื่องในการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ระบบดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครในชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการรักษาโรคเรื้อรังในบริบทชุมชนชนบทอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ แม้ว่าจะมีศักยภาพและเป็นที่ยอมรับ แต่ก็ยังมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้บริการสามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการแบบเดิมเพื่อให้ครอบคลุมต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ

1.1.3 ความคิดเห็นด้านความต้องการเข้ารับบริการการดูแลรักษาผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร

3. ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันในประเด็นด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจว่า ระบบการดูแลลักษณะดังกล่าวช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยประเด็นที่พบเด่นชัด คือ ผู้รับบริการจำนวนมากตระหนักว่าการดูแลรักษาที่บ้านภายใต้ระบบ Home Ward ไม่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ และผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าตนได้รับสถานะเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลจากบ้าน จึงไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระ เช่น ค่ายา ค่ารักษา หรือค่าธรรมเนียมอื่น ๆ ประกอบกับไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง และลดภาระด้านเวลาสำหรับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ยังพบว่าการได้รับการดูแลที่บ้านช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เช่น ค่าที่พัก ค่าดูแลญาติ หรือค่าอาหาร ทำให้ระบบดังกล่าวมีผลดีต่อเศรษฐกิจของครอบครัวในระดับชุมชน โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้จำกัด อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายจะระบุว่าไม่ได้รู้สึกถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายโดยตรง แต่ก็ยังเห็นว่าบริการดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดภาระเพิ่มเติม และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตให้มีวินัยด้านสุขภาพมากขึ้น

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีศักยภาพในการลดภาระด้านต้นทุนทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับรายบุคคลและครัวเรือน โดยไม่กระทบต่อคุณภาพของการรักษา อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองในบริบทของชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของระบบสุขภาพแบบปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการเข้าถึงง่าย ประหยัด และครอบคลุมประชากรในพื้นที่ชนบท

3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า การนำอุปกรณ์และเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานบางประการ ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่สามารถปรับตัวเข้ากับการใช้อุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หรือปรอทวัดไข้ที่มีอยู่เดิมในครัวเรือน อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวัด ติดตาม และรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวัน

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ดำเนินผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ใช้งานง่ายและเข้าถึงได้ในระดับครัวเรือน อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจาก อสม. ในการดำเนินการด้านเทคนิค เช่น การวัดข้อมูลสุขภาพ หรือการอัปโหลดข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์

นอกจากนี้ ยังพบว่าบางชุมชนหรือบางรายมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์บางประเภท เช่น เครื่องวัดความดันไฟฟ้า หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งในบางกรณีจำเป็นต้องจัดซื้อเอง หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือโรงพยาบาล

โดยสรุป การนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์มาใช้ในระบบ Home Ward ถือว่ามีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทชุมชนในระดับหนึ่ง โดยสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพด้านเทคโนโลยีให้แก่ผู้รับบริการและญาติ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง และควรมีการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในชุมชนอย่างแท้จริง

3.3 ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยให้เหตุผลว่า ระบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักฟื้นในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความเครียดที่อาจเกิดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังช่วยลดภาระด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้รับบริการหลายรายเห็นว่าเป็นข้อได้เปรียบที่สำคัญในการเลือกใช้ระบบ Home Ward สำหรับการรักษาตัวในบ้าน

ทั้งนี้ ยังพบความเห็นบางประการที่สะท้อนถึงข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นจากบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีหน้าที่ในการช่วยดูแลและประสานการรักษา ซึ่งการพึ่งพาอาสาสมัครในการจัดการข้อมูลและการติดตามสุขภาพอาจทำให้เกิดความลำบากในการดูแลระบบในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่ออาสาสมัครต้องรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อความยั่งยืนของการให้บริการ

โดยสรุปแล้ว ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้รับการตอบรับในเชิงบวกจากผู้ป่วยและญาติในด้านความสะดวกสบายและการลดภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบในอนาคตควรคำนึงถึงการสนับสนุนอาสาสมัครและเพิ่มความสามารถในการจัดการข้อมูลให้มีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การบริการนี้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

3.4 ด้านการสอนวิธีการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยและญาติ บางรายได้รับคำอธิบายจากพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย เช่น การวัดความดันโลหิต การวัดน้ำตาลในเลือด การล้างแผล และการส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้แก่ทีมแพทย์ ซึ่งบางรายสามารถทำตามขั้นตอนเหล่านี้ได้ เนื่องจากมีประสบการณ์จากการทำกิจกรรมเหล่านี้มาก่อน แต่ในขณะเดียวกันก็มีผู้รับบริการบางรายที่จำรายละเอียดต่าง ๆ ได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถทำตามได้ทั้งหมด ซึ่งอาจเกิดจากความจำที่ไม่ชัดเจน หรือขาดการฝึกฝนเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารระหว่างอาสาสมัครในเขตต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งทำให้การดูแลผู้ป่วยในบางพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง หรืออาจเกิดความล่าช้าในการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะในกรณีที่อาสาสมัครในเขตหนึ่งต้องดูแลผู้ป่วยในเขตอื่น ซึ่งอาจเกิดความลังเลในการทำงานข้ามเขต ทั้งนี้ ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ของผู้รับบริการบางรายแสดงให้เห็นถึงการยอมรับในระบบการดูแลและการอธิบายที่ได้รับ แต่ก็มีการสะท้อนถึงข้อจำกัดในด้านการสื่อสารและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามคำแนะนำในบางกรณี

ดังนั้น การสอนวิธีการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังมีความท้าทาย โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้ที่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย สำหรับผู้รับบริการที่อาจขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมดังกล่าว รวมทั้งปัญหาการสื่อสารระหว่างอาสาสมัครในเขตต่าง ๆ ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากร

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า โดยรวมแล้วผู้ให้สัมภาษณ์มีความพึงพอใจในกระบวนการติดต่อสื่อสาร และสามารถสื่อสารกับบุคลากรได้อย่างสะดวก โดยช่องทางการสื่อสารที่นิยมใช้มากที่สุดคือแอปพลิเคชัน LINE และการโทรศัพท์ ซึ่งช่วยให้สามารถส่งข้อมูล เช่น ค่าความดันโลหิต หรือผลการวัดสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันต่อความจำเป็น

จากข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะหลงลืมหรือไม่สามารถส่งข้อมูลได้ด้วยตนเอง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ประสานงานแทน โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงลักษณะของการติดตามผลจากบุคลากรที่มีการทวงถามหรือขอข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือญาติมีวินัยในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีพบว่าการติดต่อสื่อสารจำกัดอยู่เพียงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยไม่มีการติดต่อโดยตรงกับโรงพยาบาล ซึ่งอาจสะท้อนถึงช่องทางการสื่อสารที่ยังไม่หลากหลายหรือไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่

ดังนั้นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ในระบบ Home Ward มีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเมื่อใช้ช่องทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างกลไกการสื่อสารให้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ใช้งานและลดการพึ่งพาเพียงบุคลากรบางกลุ่ม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.6 ด้านการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่นการวัดไข้ วัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่สามารถดำเนินการติดตามอาการพื้นฐานได้ เช่น การวัดไข้ และการวัดความดันโลหิต โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ในครัวเรือน และมีการส่งข้อมูลผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน LINE ไปยังบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบข้อความ ภาพถ่าย และบางกรณีมีการโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่มีการส่งข้อมูลเข้าระบบตามเวลาที่กำหนด

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ เช่น อ่อนแรง หรือมีการระงับนอกพื้นที่ การดูแลและการส่งข้อมูลสุขภาพมักถูกถ่ายทอดไปยังคู่สมรสหรือญาติ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลและช่วยให้กระบวนการดูแลมีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังพบว่าการอาศัยความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการวัดข้อมูลสุขภาพและจัดส่งให้บุคลากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของ อสม. ในการเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วยกับทีมดูแลจากโรงพยาบาล

แม้ภาพรวมจะสะท้อนถึงความร่วมมือและความสามารถของผู้รับบริการในการติดตามสุขภาพตนเอง แต่ก็พบข้อจำกัดบางประการ เช่น ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการวัดค่า หรือการพึ่งพาผู้อื่นซึ่งอาจมีผลต่อความต่อเนื่องของข้อมูล ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ระบบการติดตามอาการด้วยตนเองภายในบริบทของ Home Ward มีความเป็นไปได้และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงควรมีแนวทางในการส่งเสริมทักษะ ความมั่นใจ และอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว

3.7 ด้านการติดตามอาการและผลการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า การติดตามอาการและผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบการดูแลที่บ้าน (Home Ward) โดยทีมสหวิชาชีพ ดำเนินไปในลักษณะของการสื่อสารสองทางที่มีความต่อเนื่องและยืดหยุ่น โดยเฉพาะผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งใช้เป็นสื่อกลางในการส่งข้อมูลสุขภาพ เช่น ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือผลการวัดอาการอื่น ๆ โดยข้อมูลเหล่านี้ถูกรายงานโดยผู้ป่วย ญาติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

ในระยะแรกของการรับบริการ ผู้ป่วยบางรายได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดย อสม. ที่มาวัดค่าทางสุขภาพให้ถึงบ้านเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการตนเองได้มากขึ้น การติดตามอาการจึงเปลี่ยนไปสู่รูปแบบที่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ดำเนินการวัดและ

รายงานด้วยตนเองผ่านไลน์ พร้อมทั้งมีแนวทางการสื่อสารกับทีมดูแลว่า หากไม่มีอาการผิดปกติสามารถเว้นการรายงานได้ แต่หากพบอาการผิดปกติสามารถติดต่อได้ทันที

การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพยังรวมถึงการโทรศัพท์ติดตามผลเป็นระยะ เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงการสอบถามและปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่และความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยยึดหลักความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในกระบวนการติดตามอาการ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการวัดและรายงานข้อมูล ตลอดจนเป็นตัวกลางในการสื่อสารกับทีมโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่สามารถใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างคล่องแคล่ว

ดังนั้น การติดตามอาการและผลการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในระบบ Home Ward เป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนตามบริบทของผู้รับบริการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ อสม. ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายในชุมชน

3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอกรักษาที่โรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยระบบดังกล่าวสนับสนุนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละครัวเรือน

การติดตามอาการของผู้ป่วยดำเนินการผ่านหลายช่องทาง ทั้งการรายงานค่าทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และอุณหภูมิร่างกาย ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การติดต่อโดยตรงกับบุคลากรทางการแพทย์ และการโทรศัพท์สอบถามโดยทีมดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยหรือญาติซึ่งสามารถดำเนินการวัดและรายงานข้อมูลได้เอง มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องในการรักษา ขณะที่ อสม. ทำหน้าที่สนับสนุนและเป็นสื่อกลางในกรณีที่ครอบครัวมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีหรือการวัดค่าด้วยตนเอง

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ พบว่า การรักษาในระบบ Home Ward มีความเหมาะสมและให้ผลการรักษาไม่ด้อยไปกว่าการนอกรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในแง่ของคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขจากการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และสามารถใช้ชีวิตประจำวัน

ได้ตามปกติ อาทิ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับครอบครัว และการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยภายในบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยลดความตึงเครียดและส่งเสริมสภาวะจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังลดภาระของญาติในการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายจะมองว่าการรักษาทั้งสองรูปแบบมีข้อดีที่แตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วสะท้อนให้เห็นว่าระบบ Home Ward สามารถเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสภาวะสุขภาพเหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน หรืออาการไม่หนักมาก ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาแล้ว ยังส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

1.1.4 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) อยู่ในระดับสูงอย่างชัดเจน โดยผู้รับบริการจำนวนมากให้คะแนนเต็ม หรือแม้กระทั่งสูงกว่าระดับความพึงพอใจสูงสุด สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์เชิงบวกในการเข้ารับบริการ และความไว้วางใจในระบบการดูแลรักษาดังกล่าว

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความเครียดทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่มีกวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจประเมินในโรงพยาบาล การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยอย่างบ้านตนเอง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความมั่นใจ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ การได้รับการดูแลและติดตามอย่างสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพ รวมถึงการได้รับยาอย่างรวดเร็ว ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีคุณค่าในระบบ

อีกทั้งระบบ Home Ward ยังสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมบทบาทของชุมชน อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามอาการผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมของกระบวนการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ความพึงพอใจในระดับสูงยังสะท้อนถึงความเชื่อมั่นใน

ประสิทธิภาพของระบบการแพทย์ทางไกล และเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้นระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward เป็นระบบที่ได้รับการตอบรับอย่างดี จากทั้งผู้ป่วยและญาติ ไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ แต่ยังส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และสอดคล้องกับบริบททางสังคมของชุมชน นำไปสู่ความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนในอนาคต

1.1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่บ้าน (Home Ward)

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีความหลากหลายและครอบคลุมหลายมิติ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และจิตวิทยา ซึ่งสามารถจัดจำแนกเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ประการแรก คือ ความเหมาะสมของระดับอาการของผู้ป่วย ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจ เลือกใช้บริการ Home Ward หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมอาการได้ หรืออยู่ในระยะที่ไม่รุนแรง การดูแลรักษาที่บ้านจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยสามารถได้รับการติดตามอาการ จากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงสามารถดูแลตนเองในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่สอง คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งระบบ Home Ward มีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตน ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการของตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ประการที่สาม คือ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความใกล้ชิดกับชุมชนและบ้านของผู้ป่วย รวมถึงความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ทำให้ลดภาระในการเดินทาง รวมถึงช่วยลดระยะเวลาการรับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการยอมรับในระบบดังกล่าว

ประการที่สี่ คือ การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. ในการติดตามอาการเบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต และการส่งข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์

เช่น แอปพลิเคชันหรือแชตไลน์ เป็นการเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ระบบ Home Ward ยังมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรืออยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยหรือญาติยังคงมีแนวโน้มที่จะเลือกเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อความมั่นใจในความปลอดภัย

กล่าวโดยสรุปคือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ประกอบด้วย (1) ความเหมาะสมของระดับอาการของผู้ป่วย (2) ความรู้สึกเป็นเจ้าของต่อสุขภาพของตนเอง (3) ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และ (4) การสนับสนุนจากบุคลากรในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงความเชื่อมโยงของระบบ Home Ward กับบริบทของชุมชน วิถีชีวิต และความพร้อมของระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งล้วนมีบทบาทในการส่งเสริมความยอมรับและการใช้งานระบบอย่างยั่งยืน

1.1.6 ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า โดยภาพรวมผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ประสบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ การติดต่อประสานงาน หรือกระบวนการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ปรากฏขึ้นในกลุ่มตัวอย่างคือ ความรู้สึกไม่คุ้นชินจากการไม่ได้พบแพทย์โดยตรง ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกมั่นใจในการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคุ้นเคยกับระบบบริการแบบดั้งเดิมที่เน้นการพบแพทย์แบบเผชิญหน้า แม้ระบบ Home Ward จะมีการติดตามข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายยังคงรู้สึกขาดความใกล้ชิด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นทางจิตวิทยาและความไว้วางใจในการรักษาที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติม

นอกจากนี้ ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยบางรายสามารถปรับตัวได้ดี และรู้สึกพึงพอใจกับการติดต่อผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าระบบ Home Ward จะไม่พบปัญหาด้านโครงสร้างบริการหรือการประสานงานในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แต่ ความรู้สึกไม่มั่นใจจากการไม่ได้พบแพทย์โดยตรง ถือเป็นประเด็นด้านความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ใช้บริการ ที่ควรได้รับการส่งเสริมผ่านการสร้างความเข้าใจ การสื่อสารเชิงรุก และการสร้างความเชื่อมั่นในระบบให้มากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มระดับความไว้วางใจในระบบบริการที่ใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.1.7 ข้อเสนอแนะต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

7. ข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เนื่องจากรู้สึกพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการที่ได้รับ ทั้งในแง่ของความสะดวก ความเอาใจใส่ของทีมดูแลสุขภาพ และการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลบางรายถึงกับระบุว่า บริการที่ได้รับ “ดีอยู่แล้ว” และหากโรงพยาบาลสามารถพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติมได้ก็ยินดีสนับสนุน

อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะบางประการจากผู้ป่วยบางรายที่สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนาการบริหารจัดการกระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบ Home Ward แต่เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการในบางกระบวนการก่อนหรือหลังการใช้บริการ เช่น การซักประวัติ และการเจาะเลือด โดยเฉพาะในช่วงเช้าของวัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การนัดหมายเพื่อลดความแออัดในกระบวนการซักประวัติ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่า ควรกำหนดจำนวนผู้รับบริการให้เหมาะสมในแต่ละวัน เพื่อหลีกเลี่ยงความแออัดและความล่าช้าในการซักประวัติ เช่น การจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละวัน หรือการจัดระบบนัดหมายให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อลดเวลารอคอยและความแออัดภายในสถานพยาบาล

2) การเปิดให้บริการห้องเจาะเลือดในช่วงเช้าให้เร็วขึ้น ผู้ป่วยบางรายเสนอว่า ควรเปิดห้องเจาะเลือดให้บริการในเวลาเช้ากว่าปกติ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ต้องงดน้ำงดอาหารล่วงหน้าก่อนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยลดความไม่สบายตัวและความลำบากของผู้ป่วยในช่วงเวลารอคอยเจาะเลือด

กล่าวโดยสรุป ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แม้ส่วนใหญ่จะสะท้อนถึงความพึงพอใจในระบบ Home Ward แต่ยังมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

โดยเฉพาะการจัดการภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ซึ่งหากได้รับการปรับปรุงจะสามารถเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการดูแลที่บ้านและการบริการในสถานพยาบาลได้อย่างยั่งยืน

ตอนที่ 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ (ส่วนของทีมสหวิชาชีพ)

1.2.1 มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองหลากหลายต่อระบบการให้บริการผู้ป่วยในและระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ดังนี้ โดยภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า โรงพยาบาลร่งคำในฐานะโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งในส่วนของจำนวนเตียงที่มีเพียง 30 เตียง และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ในบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจำนวนมาก ระบบการดูแลผู้ป่วยในเกิดความแออัด จำเป็นต้องมีการใช้เตียงเสริมหรือจัดผู้ป่วยให้นอนในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น บริเวณระเบียงหรือหน้าห้องพักคนไข้ ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลรักษา แต่ยังเป็นอันตรายต่อการควบคุมโรคติดเชื้อในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ต้องแยกโรค (เช่น วัณโรคหรือไข้หวัดใหญ่)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมองว่าระบบการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยังสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยได้ในระดับที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร โดยเฉพาะภายหลังจากที่มีการนำระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward เข้ามาใช้ ซึ่งช่วยลดภาระความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หรือสามารถดูแลต่อที่บ้านได้ภายใต้การติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบ Home Ward จะช่วยลดภาระในด้านการครองเตียง แต่กลับพบว่ามีผลกระทบทางอ้อมต่อระบบบริการผู้ป่วยนอก (OPD) เนื่องจากบุคลากรที่มีจำกัดต้องทำหน้าที่ทั้งดูแลผู้ป่วยในบ้าน และจัดการกับระบบสิทธิ์การรักษา ส่งผลให้การบริการในบางช่วงเวลาล่าช้าหรือหยุดชะงัก ผู้ให้ข้อมูลบางรายเสนอว่า ควรมีการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางสำหรับงาน Home Ward หรือปรับแผนกำลังคนให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบบริการโดยรวมของโรงพยาบาล

จากข้อคิดเห็นดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แม้การนำระบบ Home Ward มาใช้จะมีข้อดีในการลดความแออัดและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงการบริหารจัดการภายในองค์กร โดยเฉพาะในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบุคคลและระบบสนับสนุนให้

มีความสอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการให้บริการภายใต้แนวทางการแพทย์ทางไกลในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

1.2.2 มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.1 ความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบนี้มีการดำเนินการภายใต้ คำสั่งและแนวทางจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการจัดส่งเอกสาร คู่มือแนวทางปฏิบัติ และการอบรมบุคลากร เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กอย่างโรงพยาบาลร่องคำ

การดำเนินงานของระบบ Home Ward ในระยะแรกมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ที่จำกัด ซึ่งส่งผลให้การให้บริการต้องมุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรับการดูแลรักษาที่บ้านได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังบางประเภท และโรคปอดอักเสบ โดยการให้บริการในลักษณะนี้ยังคงต้องใช้ทรัพยากรที่จำกัดและเน้นการให้บริการในระดับที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลขนาดเล็ก

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ Home Ward เกิดขึ้นผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การประชุม การส่งข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ และการชี้แจงจากหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความเข้าใจตรงกันในกระบวนการและเป้าหมายของการให้บริการ อีกทั้งมีการอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยรวมแล้ว ระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบของ Home Ward ที่โรงพยาบาลร่องคำ ดำเนินการนั้นได้รับการยอมรับและมีความเข้าใจในระดับบุคลากรถึงการนำไปปฏิบัติ แม้ว่ายังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและขนาดของโรงพยาบาล แต่การดำเนินงานได้เริ่มต้นอย่างเป็นระบบและค่อยๆ ขยายขอบเขตไปยังโรคและผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้ที่บ้าน ทั้งนี้การประชาสัมพันธ์และการอบรมยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ความคิดเห็นด้านการต้องการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้านเป็นทางเลือกที่มีความสำคัญและเหมาะสมในยุคที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีความก้าวหน้า

โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคปอดบวมที่ไม่รุนแรง การให้บริการในรูปแบบนี้สามารถช่วยลดภาระของโรงพยาบาลและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น การทำงานหรือประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้านจะมีข้อดีหลายประการ แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์บางครั้งอาจไม่สะดวกและมีข้อผิดพลาดในการส่งข้อมูลหรือเข้าถึงเครื่องมือการตรวจวัดที่บ้าน ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายยังแสดงความกังวลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลการรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่การเข้าถึงเครื่องมือไม่สะดวกหรือจำกัด

จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลจากหลากหลายกลุ่มอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร พบว่าในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีความเห็นร่วมกันว่า ระบบ Home Ward เป็นทางเลือกที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล แต่ต้องการการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง หลายคนเห็นว่าระบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ โดยไม่ต้องเสียรายได้หรือพลาดกิจกรรมประจำวัน แม้ว่าบางท่านจะมีความกังวลเกี่ยวกับความท้าทายในการประสานงานหรือการตรวจวัดข้อมูลทางการแพทย์ แต่ก็ยังเห็นถึงความสะดวกสบายที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลที่บ้าน

โดยรวมแล้ว การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้านในรูปแบบ Home Ward เป็นทางเลือกที่มีความเหมาะสมในบริบทของการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถได้รับการติดตามผลการรักษาผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ การบริการในรูปแบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระของโรงพยาบาล ยังช่วยเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวันอีกด้วย การพัฒนาและปรับปรุงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การให้บริการในรูปแบบนี้มีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2.3 ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

3. ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นมีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยในที่บ้านสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและการเดินทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานพยาบาลในช่วงเวลากลางคืนหรือการทำงานล่วงเวลา (OT) รวมถึงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นในบางกรณี เช่น การใช้สารน้ำหรือวัสดุทางการแพทย์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ การลดค่าใช้จ่ายยังมาจากการไม่ต้องจ่ายค่าห้องพักและค่าอาหารในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นภาระที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ในด้านของระยะทาง การให้บริการการรักษาผู้ป่วยที่บ้านยังช่วยลดภาระในเรื่องการเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตลอดเวลา การลดการเดินทางนี้ช่วยลดทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาในการเดินทาง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกขึ้น เช่น การทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าค่าใช้จ่ายจะลดลง แต่บางกรณียังคงมีค่าใช้จ่ายบางประการที่อาจเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการในพื้นที่ห่างไกลที่ต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งอาจเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกรณีที่จำเป็นต้องมีการประสานงานหลายฝ่ายหรือการจัดส่งยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ถึงผู้ป่วยที่บ้าน แม้ว่าการจัดการบริการจะลดการเดินทางและค่าใช้จ่ายโดยรวม แต่ภาระงานในบางส่วนของบุคลากรก็มีการเพิ่มขึ้น

จากการสัมภาษณ์ ยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการดูแลในบ้านยังสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในด้านความสะดวกสบายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีความคิดเห็นจากบุคลากรบางส่วนที่ยอมรับว่า แม้ว่าจะมีการลดค่าใช้จ่ายบางประการ แต่ยังคงต้องใช้ความพยายามในการประสานงานและการจัดการบริการที่บ้านให้มีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการลดภาระทางการเงินและเวลาในหลายๆ ด้าน แม้จะต้องเผชิญกับความท้าทายบางประการในการประสานงานและจัดการการให้บริการที่บ้าน

3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า การให้บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีการพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐานที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาล เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ปรอทวัดไข้ รวมถึงเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการและติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่

จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักที่สะท้อนจากผู้ให้สัมภาษณ์หลายรายคือ ข้อจำกัดด้านจำนวนและความพร้อมของอุปกรณ์ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วย Home Ward จำนวนมากพร้อมกัน โรงพยาบาลบางแห่งมีชุดอุปกรณ์เพียง 5 ชุด จึงไม่สามารถแจกจ่ายได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) หรือ รพ.สต. ในการสนับสนุนเครื่องมือและช่วยตรวจวัดสุขภาพแทนในบางกรณี นอกจากนี้ ปัญหาการไม่สามารถเรียกคืนอุปกรณ์ได้ทันเวลาที่หลังสิ้นสุดการรักษา ก็เป็นอุปสรรคต่อการหมุนเวียนอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยรายถัดไป

ในด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่ามีผู้ใช้ทั้งโทรศัพท์ประจำออร์ด และแอปพลิเคชันสื่อสารออนไลน์ เช่น Line เพื่อประสานงานกับผู้ป่วยหรือญาติ แต่ก็มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ ผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือไม่มีอุปกรณ์ในการสื่อสารดิจิทัล ทำให้ต้องอาศัยญาติ หรือ อสม. เป็นตัวกลางในการสื่อสาร ซึ่งในบางกรณีส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรายงานอาการและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการติดตาม โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการวัดสัญญาณชีพตามคำแนะนำ

ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดดังกล่าว การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่มีอยู่ยังถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดค่าใช้จ่าย ลดภาระการเดินทาง และเพิ่มความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยอาศัยเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญ

3.3 การเพิ่มความสะดวกสบายในการให้บริการการรักษาทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า การให้บริการรักษาทางการแพทย์ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ส่งผลในเชิงบวกต่อความสะดวกสบายของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาในบ้านของตนเองโดยไม่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดภาระในการเดินทางและความเครียดจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล ทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า แม้ Home Ward จะช่วยลดขั้นตอนหรือระยะเวลาบางประการในการดูแลรักษา เช่น การไม่จำเป็นต้องออกตรวจผู้ป่วยทุกรายที่โรงพยาบาล แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในแง่ของการบริหารจัดการงานเอกสารและการบันทึกข้อมูล โดยเฉพาะระบบบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมเฉพาะ เช่น Amed ที่มักใช้ควบคู่กับการบันทึกข้อมูลแบบเอกสาร ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในแต่ละกรณี แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว

ในด้านการสื่อสาร พบว่าการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน Line หรือการติดต่อผ่านโทรศัพท์ มีส่วนช่วยให้ทีมดูแลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้สะดวกมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีผู้ดูแลที่มีทักษะด้านเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม ในกรณีของผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพังหรือผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี กลับพบข้อจำกัดในการติดต่อและรับส่งข้อมูล ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าหรือการสื่อสารคลาดเคลื่อนได้ จึงต้องอาศัยบุคคลกลาง เช่น อสม. ในการเป็นผู้ประสานงานข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมแพทย์

เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ในแต่ละแผนก พบว่าความรู้สึกต่อความสะดวกสบายในการปฏิบัติงานแตกต่างกันไป โดยบางแผนก เช่น ผู้ป่วยนอก อาจพบว่าระบบ Home Ward ช่วยลดระยะเวลาและขั้นตอนในการให้บริการ ขณะที่บางแผนก เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือฝ่ายเภสัชกรรม กลับไม่พบความแตกต่างหรือประโยชน์ที่ชัดเจนจากระบบดังกล่าว

โดยสรุป ระบบ Home Ward มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังคงมีความท้าทายในการปรับระบบการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการจัดการข้อมูลและการสื่อสารกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางเทคโนโลยี ซึ่งควรได้รับการพัฒนาในลักษณะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และศักยภาพของบุคลากรในแต่ละระดับ

3.4 ด้านการอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า การอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีรูปแบบและความครอบคลุมที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายและการบริหารจัดการของแต่ละหน่วยงาน โดยบุคลากรที่มีบทบาทหลักในการดำเนินการ เช่น แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบโครงการ จะได้รับการอบรมหรือชี้แจงนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงมีการประชุมภายในโรงพยาบาลในลักษณะทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจที่สอดคล้องกันในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับชุมชน เช่น อสม. ก็ได้รับการอบรมหรือคำชี้แจงหน้าที่จากเจ้าหน้าที่อนามัยประจำพื้นที่ เพื่อให้สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Home Ward ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือด และการติดตามอาการตามนัดหมาย โดยมีการสื่อสารและติดตามการปฏิบัติงานผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ หรือการประชุมย่อยภายในทีมงานประจำหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตาม พบว่าการอบรมยังมีข้อจำกัดในด้านความทั่วถึง โดยเฉพาะบุคลากรในบางแผนก เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน หรือเภสัชกร ที่แม้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในบางช่วงของ

กระบวนการ แต่ไม่ได้รับการอบรมหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบ Home Ward อย่างชัดเจน ส่งผลให้การบูรณาการในการให้บริการอาจยังไม่สมบูรณ์ในบางมิติ

โดยรวม การอบรมผู้ปฏิบัติงานถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบ การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน การพัฒนารูปแบบการอบรมที่ครอบคลุมและต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงการสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพภายในทีมสหวิชาชีพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการให้บริการในระบบ Home Ward อย่างยั่งยืน

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากร และการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ระบบการดูแลรักษาแบบ Home Ward ส่งเสริมให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย ได้อย่างสะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้นในหลายมิติ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันที่เข้าถึงง่าย เช่น ไลน์ (Line) และโทรศัพท์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่บุคลากรทุกระดับสามารถใช้งานได้คล่องแคล่ว ส่งผลให้การแจ้งข้อมูล การประสานงาน การอัปเดตอาการ และการส่งต่อคำสั่งการรักษาของทีมภายในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว และลดภาระในด้านขั้นตอนการสื่อสารที่ซับซ้อนในอดีต

การสื่อสารภายในทีมที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันมักไม่มีอุปสรรคมากนัก เนื่องจากมีระบบเครือข่ายที่ชัดเจนและได้รับการจัดสรรบทบาทหน้าที่ไว้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคในการประสานงานกับหน่วยงานภายในบางส่วน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบ Home Ward เช่น ห้องแล็บหรือฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งอาจเกิดความล่าช้าในการอัปเดตข้อมูลหรือการจ่ายยาผ่านระบบ Home Ward เนื่องจากยังไม่มีกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน หรือขาดความต่อเนื่องในการสื่อสาร ส่งผลให้การดำเนินการบางประการต้องรอการตอบกลับหรือมีความล่าช้ากว่าที่ควร

ในด้านการติดต่อกับผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การส่งข้อความหรือข้อมูลสุขภาพผ่านไลน์ และการโทรศัพท์ติดตามอาการ ถือเป็นวิธีการที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านดำเนินไปอย่างราบรื่นในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ถนัดในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร อาจทำให้การติดต่อหรือการติดตามอาการเป็นไปด้วยความยากลำบาก

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การประสานงานกับบุคลากรในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการติดตามอาการผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูล และประสานการ

ดูแลกับโรงพยาบาลหลัก ซึ่งเป็นการเติมเต็มช่องว่างของระบบในพื้นที่ที่เทคโนโลยียังไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้โดยตรง

โดยสรุป การสื่อสารในระบบ Home Ward มีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในระดับที่ปฏิบัติงานและการติดต่อกับผู้ป่วยที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล การเสริมสร้างศักยภาพด้านการสื่อสารกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางเทคโนโลยี และการสนับสนุนบทบาทของบุคลากรชุมชนในฐานะผู้ช่วยติดตามและประสานข้อมูล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในบ้านสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลสุขภาพ

3.6 ด้านบทบาทวิชาชีพของตนในระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงบวกต่อบทบาทวิชาชีพของตนเองภายใต้ระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) โดยเห็นว่าบทบาทวิชาชีพยังคงสามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วน และไม่แตกต่างจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากนัก แม้รูปแบบการให้บริการจะเปลี่ยนจากบริบทของโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่บ้าน แต่หน้าที่หลักและความรับผิดชอบในแต่ละวิชาชีพยังคงมีความสำคัญ และได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มศักยภาพ

แพทย์ยังคงมีบทบาทหลักในการประเมินอาการผู้ป่วย สั่งการรักษา และบันทึกความคืบหน้าทางคลินิก (progress note) อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการส่งกลับบ้านในระบบ Home Ward แสดงให้เห็นถึงการคงไว้ซึ่งมาตรฐานในการดูแลแบบผู้ป่วยใน แม้บริบทจะเปลี่ยนแปลงไป

ในส่วนของพยาบาลผู้ป่วยใน มีบทบาทในการติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การโทรติดตามอาการในแต่ละเวร การจัดการด้านการรับส่งข้อมูล รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบ Home Ward มักเป็นบุคลากรเดียวกันกับที่ดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งมีการสลับเวรและบริหารจัดการผู้ป่วยในกับผู้ป่วย Home Ward ควบคู่กันไป

เภสัชกรเองยังคงมีบทบาทในด้านการจัดยา การควบคุมคุณภาพ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยในระบบ IPD โดยไม่มีการลดทอนหน้าที่ แม้การส่งมอบยาจะต้องมีการประสานงานเพิ่มเติมกับหน่วยงานอื่นในระบบ Home Ward

นอกจากนี้ พยาบาลผู้ป่วยนอกยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมถึงการนัดหมายเพื่อติดตามอาการภายหลังการกลับบ้าน

โดยสรุป ระบบ Home Ward มีได้ลดทอนบทบาทวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ลง แต่กลับเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการใช้ความรู้ ทักษะ และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีคุณภาพเทียบเท่ากับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งยังสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัวและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองต่อบริบทใหม่ของการให้บริการสุขภาพในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน

3.7 ด้านการติดตามผลการดูแลรักษาในหน้าที่ของวิชาชีพของตน

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า กระบวนการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในระบบการดูแลที่บ้าน (Home Ward) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการรักษา โดยบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความจำเป็นในการดำเนินการติดตามผลอย่างเป็นระบบภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติผู้ดูแล (caregiver)

การติดตามผลมีรูปแบบที่ยืดหยุ่นตามลักษณะของโรคและความรุนแรงของอาการผู้ป่วย โดยในกรณีของโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน จะมีการกำหนดตารางการติดตามที่ชัดเจน เช่น การวัดความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดวันละ 2-3 ครั้ง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะถูกส่งต่อไปยังพยาบาล และรายงานต่อแพทย์เพื่อใช้ในการประเมินอาการและตัดสินใจทางการรักษาต่อไป

พยาบาลในระบบ Home Ward มีบทบาทหลักในการรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม รวมถึงการโทรสอบถามอาการผู้ป่วยในแต่ละเวร (เวรละประมาณ 8 ชั่วโมง) และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการวัดค่าทางสรีรวิทยาอย่างเหมาะสม เช่น การวัดความดันหลังรับประทานยา หรือการวัดไข้ตามช่วงเวลาในกรณีที่มีการติดเชื้อ ส่วน อสม. ทำหน้าที่สนับสนุนภาคสนามในการวัดสัญญาณชีพและส่งข้อมูลกลับมายังทีมรักษา

แม้ระบบติดตามผลจะได้รับการดำเนินงานอย่างมีแบบแผน แต่ยังคงประสบอุปสรรคบางประการ โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับสายได้ทันทีเนื่องจากติดภารกิจ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อข้อมูลหรือการตอบสนองต่ออาการที่อาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นจุดที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

อย่างไรก็ตาม บทบาทในการติดตามผลยังไม่ครอบคลุมในทุกวิชาชีพ เช่น เกษัชกรและพยาบาลบางส่วนที่ปฏิบัติงานนอกพื้นที่ เช่น พยาบาลผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลห้องฉุกเฉิน มักไม่มีส่วนร่วมโดยตรงในการติดตามผลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนในบริบทของ Home Ward รวมถึงการวางระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

โดยภาพรวม การติดตามผลในระบบ Home Ward เป็นการทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมวิชาชีพ ทีมชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง แม้อยู่ในบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ การพัฒนาโครงสร้างการสื่อสาร การบริหารเวร และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามผล อาจเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward ในอนาคต

3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอกรักษาที่โรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยในระบบ Home Ward กับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้นมีข้อดีและข้อเสียที่ต่างกันอย่างชัดเจน โดยทั้งสองรูปแบบมีความเหมาะสมในสถานการณ์ที่ต่างกันไป อาจแบ่งได้ดังนี้

ข้อดีของการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) คือ ความสะดวกสบายในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยของผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความเครียดและความไม่สะดวกจากการต้องเดินทางไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการประหยัดงบประมาณ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการพักรักษาที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อเสียของการรักษาที่บ้านคือการติดตามอาการที่ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องและถี่เท่ากับในโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

ข้อดีของการรักษาแบบนอนที่โรงพยาบาล (Admit) คือ ความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่พร้อมใช้งานและบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน การติดตามอาการในโรงพยาบาลมีความถี่และใกล้ชิดมากกว่า เนื่องจากมักจะมีการวัดค่าชีวิตประจำวัน เช่น ความดันโลหิตและการตรวจอาการอื่นๆ อย่างต่อเนื่องตามตารางที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ข้อเสียของการรักษาที่โรงพยาบาลคือ ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการรักษาที่บ้าน และความสะดวกในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นภาระสำหรับผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลหรือมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว

การประเมินประสิทธิภาพการรักษา ในระบบ Home Ward และโรงพยาบาลนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการและการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล อสม. และผู้ป่วยเอง เพื่อให้การติดตามผลและการดูแลรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด แม้การรักษาที่โรงพยาบาลอาจมีความใกล้ชิดและรวดเร็วในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน แต่การรักษาที่บ้านก็มีศักยภาพในการให้การดูแลที่มีความสะดวกสบายและประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยในบางกรณี

การพิจารณาว่าระบบไหนเหมาะสมขึ้นอยู่กับประเภทของโรค ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการประสานงานของทีมการดูแลรักษา นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการติดตามผลและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมแพทย์และพยาบาลก็สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาในระบบ Home Ward ได้อย่างมาก

โดยภาพรวมแล้ว ประสิทธิภาพการรักษาไม่ใช่เพียงแค่เรื่องของสถานที่หรือวิธีการรักษาเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับการจัดการและความสามารถในการให้การดูแลที่เหมาะสมในทุกสถานการณ์ เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยในทั้งสองรูปแบบการรักษา

1.2.4 ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า พบว่าความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) โดยรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยมีผู้ให้คะแนนความพึงพอใจสูงถึง 4 หรือ 4.5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติที่เป็นบวกต่อระบบนี้ในหลายด้าน ซึ่งข้อดีของระบบ Home Ward ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยอมรับคือการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่สามารถรักษาที่บ้านได้ ระบบนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและความสะดวกสบายของผู้ป่วย นอกจากนี้ การรักษาที่บ้านยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้อีกด้วย ตัวอย่างการตอบแบบสัมภาษณ์ที่สนับสนุนข้อดีเหล่านี้ ได้แก่ การลดการแออัดในโรงพยาบาลและการลดปัญหาความไม่พึงพอใจในการให้บริการของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล แต่ก็ยังมีข้อกังวลในบางกรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการติดตามและมอนิเตอร์อาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจไม่สามารถทำได้ในระดับเดียวกับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างรวดเร็ว ข้อเสนอแนะจากบางคนยังระบุว่าแม้การรักษาที่บ้านจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย แต่ในบางกรณีอาจจะไม่ได้แตกต่างจากการรักษาที่โรงพยาบาลมากนัก หากผู้ป่วยมีอุปกรณ์ในการมอนิเตอร์อาการของตนเองอยู่แล้ว

การประเมินความพึงพอใจจากการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับระบบ Home Ward ในหลายมิติ โดยเฉพาะการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และการลดความแออัดในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับการมอนิเตอร์และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน แต่โดยรวมแล้วระบบนี้ถือเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่สามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ ตามการตอบแบบสัมภาษณ์ คือการพิจารณาเสริมการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่ช่วยในการมอนิเตอร์อาการให้มีความถี่และละเอียดมากขึ้น รวมถึงการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลในกรณีฉุกเฉินเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อระบบ Home Ward แสดงให้เห็นถึงการยอมรับในเชิงบวกจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในด้านการลดภาระต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายและการแออัดในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรคำนึงถึงการเสริมสร้างการมอนิเตอร์อาการและการตอบสนองในกรณีฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีหลากหลายด้านที่สำคัญ โดยมีทั้งปัจจัยด้านความสะดวกสบาย การติดตามอาการ การประหยัดทรัพยากร และข้อจำกัดในบางกรณี ซึ่งอาจแยกตามหัวข้อได้ดังนี้

1. ความสะดวกสบายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ระบบ Home Ward ได้รับความนิยม ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ามาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและประหยัดเวลาในการเดินทาง โดยที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลจาก

แพทย์หรือพยาบาลผ่านการสื่อสารที่สะดวก เช่น การโทรศัพท์หรือการใช้เทคโนโลยีอื่นๆ สำหรับการติดตามอาการและการปรับการรักษา

2. การประหยัดทรัพยากร ระบบ Home Ward ช่วยลดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล เช่น การใช้เตียงผู้ป่วย การใช้พาหนะในการขนส่งผู้ป่วย รวมทั้งการลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลเต็ม ซึ่งทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ดีขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการทำให้ระบบ Home Ward นำไปใช้งาน การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารช่วยให้สามารถปรับการรักษาและให้คำแนะนำได้แม้ไม่อยู่ใกล้ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลและช่วยให้การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับบางกรณี เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงหรือผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ยังสามารถลดการขาดรายได้จากการต้องนอนโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ขายของออนไลน์หรือต้องทำงานอื่นๆ ที่ไม่สามารถทำได้หากต้องนอนในโรงพยาบาล

ส่วนปัญหาในบางกรณี โดยปัญหาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุคือการที่บางผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาในบางกรณี เช่น การฉีดยาหรือการทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งยังเป็นข้อจำกัดของระบบ Home Ward ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจง

จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ระบบ Home Ward นำไปใช้งาน ได้แก่ ความสะดวกสบายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การประหยัดทรัพยากรและค่าใช้จ่าย รวมทั้งการติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในบางกรณีที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางและการทำหัตถการที่ไม่สามารถดำเนินการที่บ้านได้ ซึ่งต้องมีการพิจารณาหาทางแก้ไขเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2.6 ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ในภาพรวมการให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีปัญหาหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อให้บริการการรักษาผู้ป่วยในลักษณะนี้ ซึ่งสามารถสรุปเป็นปัญหาหลักได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการจัดการและทรัพยากร คือ การดำเนินการรักษาผู้ป่วยในบ้านมักต้องใช้เวลาในการลงบันทึกโปรแกรมการรักษาที่ค่อนข้างมาก ซึ่งต้องการทักษะและความระมัดระวังในการทำให้กระบวนการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น เครื่องมือสำหรับตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยบางโรค ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่ในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องการการดูแลที่แม่นยำในการตรวจวัดระดับน้ำตาล

2. ปัญหาด้านการสื่อสารและการติดต่อกับผู้ป่วย ได้แก่ การติดต่อผู้ป่วยเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อได้ทันที หรือไม่สะดวกในการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตามสัญญาณชีพหรือการรับประทานยา ทำให้การดูแลผู้ป่วยในบางครั้งไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

3. ปัญหาด้านการจัดการยาและการรักษา ได้แก่ การส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยบางรายมักมีรายละเอียดที่ไม่ชัดเจน เช่น ขนาดยาและจำนวนวันที่ต้องใช้ยา ซึ่งอาจทำให้การรักษาไม่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้ยาฉีดยาที่ต้องให้ในโรงพยาบาล เช่น ยาฉีด Ceftriaxone หรือยาฉีดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อาจสร้างความไม่สะดวกให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่บ้าน โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องใช้ยาฉีดทุกวัน.

4. ปัญหาด้านการดูแลและการบำบัด สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือโรคที่ต้องการการบำบัดพิเศษ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การติดตามผลการรักษาและการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ทันที หรือไม่สามารถจัดการกับอาการได้เอง ทำให้เกิดปัญหาหรือความล่าช้าในการดูแลรักษาที่บ้าน

ปัญหาทั้งหมดดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยต้องมีการปรับปรุงในหลายด้าน เช่น การจัดการทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด การพัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและสะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม รวมถึงการควบคุมและการบริหารจัดการยาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ระบบ Home Ward สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพ

1.2.7 ข้อเสนอแนะต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

7. ข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า มีข้อเสนอแนะที่สำคัญหลายประการซึ่งสะท้อนถึงประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบดังกล่าว ดังนี้

1. การสนับสนุนทรัพยากรจากภาครัฐและโรงพยาบาล คือ บุคลากรให้ความเห็นว่า การดำเนินงาน Home Ward จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ ตลอดจนทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่บุคลากรมีภาระงานสูง การจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนเฉพาะกิจจะช่วยลดภาระงานและเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการได้

2. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ โดยบุคลากรเสนอให้มีการปรับปรุงระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้สะดวกต่อการใช้งานและลดความซ้ำซ้อน เช่น การใช้ระบบถ่ายภาพหรือสแกนเอกสารแทนการพิมพ์ข้อมูลซ้ำ การบูรณาการข้อมูลจากหลายระบบให้เชื่อมโยงกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน ลดเวลา และลดภาระของบุคลากร

3. การขยายขอบเขตของโรคที่ให้บริการได้ในระบบ Home Ward เนื่องจากบุคลากรบางส่วนแสดงความเห็นว่า ควรเพิ่มจำนวนและประเภทของโรคที่สามารถดูแลได้ในระบบ Home Ward โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหรือโรคที่สามารถควบคุมได้ที่บ้านภายใต้การติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยลดการแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย

4. การพัฒนาแนวทางการสื่อสารและติดตามผู้ป่วย มีข้อเสนอให้ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล (Telemedicine) ในการติดตามอาการและให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่าย การสร้างระบบที่ให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามหรือปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลได้โดยตรงจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. การจัดทำแนวทางการให้ยาอย่างเป็นระบบ โดยมีข้อเสนอแนะจากเภสัชกรและพยาบาล ระบุว่า ควร มีแนวทางการให้ยาที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีของการให้ยาที่มีการปรับขนาดตามอาการ ผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์สามารถใช้แนวทางเดียวกันในการสั่งยาและติดตามผล นอกจากนี้ ยังควรคำนึงถึง กระบวนการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยหรือญาติในระยะยาว ซึ่งต้องมีระบบติดตามและประเมินผลที่ ชัดเจน

6. การจัดทีมเฉพาะสำหรับระบบ Home Ward เนื่องจากมีข้อเสนอว่าควรมีการจัดสรร บุคลากรเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วย Home Ward อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการมีความ ต่อเนื่องและลดภาระงานของพยาบาลในเวอร์ดผู้ป่วยในทั่วไป การมีพยาบาลประจำสำหรับ Home Ward จะช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลและการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

โดยสรุปแล้ว ข้อเสนอแนะจากบุคลากรในระบบ Home Ward สะท้อนให้เห็นถึงความ จำเป็นในการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร เทคโนโลยี และ ระบบการจัดการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและขยายผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง



จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และ ทีมสหวิชาชีพ ของงานวิจัยนี้ ตลอดจนการวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ชนบท ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสม ประจำโรงพยาบาลร่งคำ

1. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างระดับบริการ (Integrated Care Model)

ควรจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ) กับหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามอาการ การให้คำแนะนำ และการดูแลสุขภาพ

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น (Appropriate Technology Use)

เทคโนโลยีที่นำมาใช้ควรเป็นเทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อน เช่น สมาร์ทโฟน แอปพลิเคชันพื้นฐาน (เช่น Line, Zoom หรือ Video Call) และอุปกรณ์ติดตามอาการ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้และใช้งานได้อย่างสะดวก โดยมีการอบรมและสนับสนุนด้านเทคนิคจากบุคลากรทางการแพทย์

3. การให้การดูแลด้านจิตสังคมควบคู่กับการดูแลทางกายภาพ

จากข้อมูลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีภาวะวิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้น การจัดบริการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมโดยพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. การกำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Home Ward ควรดำเนินการอย่างมีระบบและรอบคอบ โดยพิจารณาจากสภาพทางคลินิก ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการมีผู้ดูแลใกล้ชิด โดยร่วมพิจารณาทั้งแพทย์ พยาบาล และครอบครัว เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถรับบริการที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

5. การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ควรมีระบบการติดตามผลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผ่านการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตาม การส่งภาพหรือข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน และการประเมินผลด้วยแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งมีแนวทางปฏิบัติกรณีพบอาการผิดปกติ เช่น การส่งต่อกลับโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน

6. การสนับสนุนจากนโยบายและงบประมาณภาครัฐ

การดำเนินงานรูปแบบนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในด้านนโยบาย งบประมาณ อุปกรณ์เทคโนโลยี และการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้ระบบ Home Ward สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

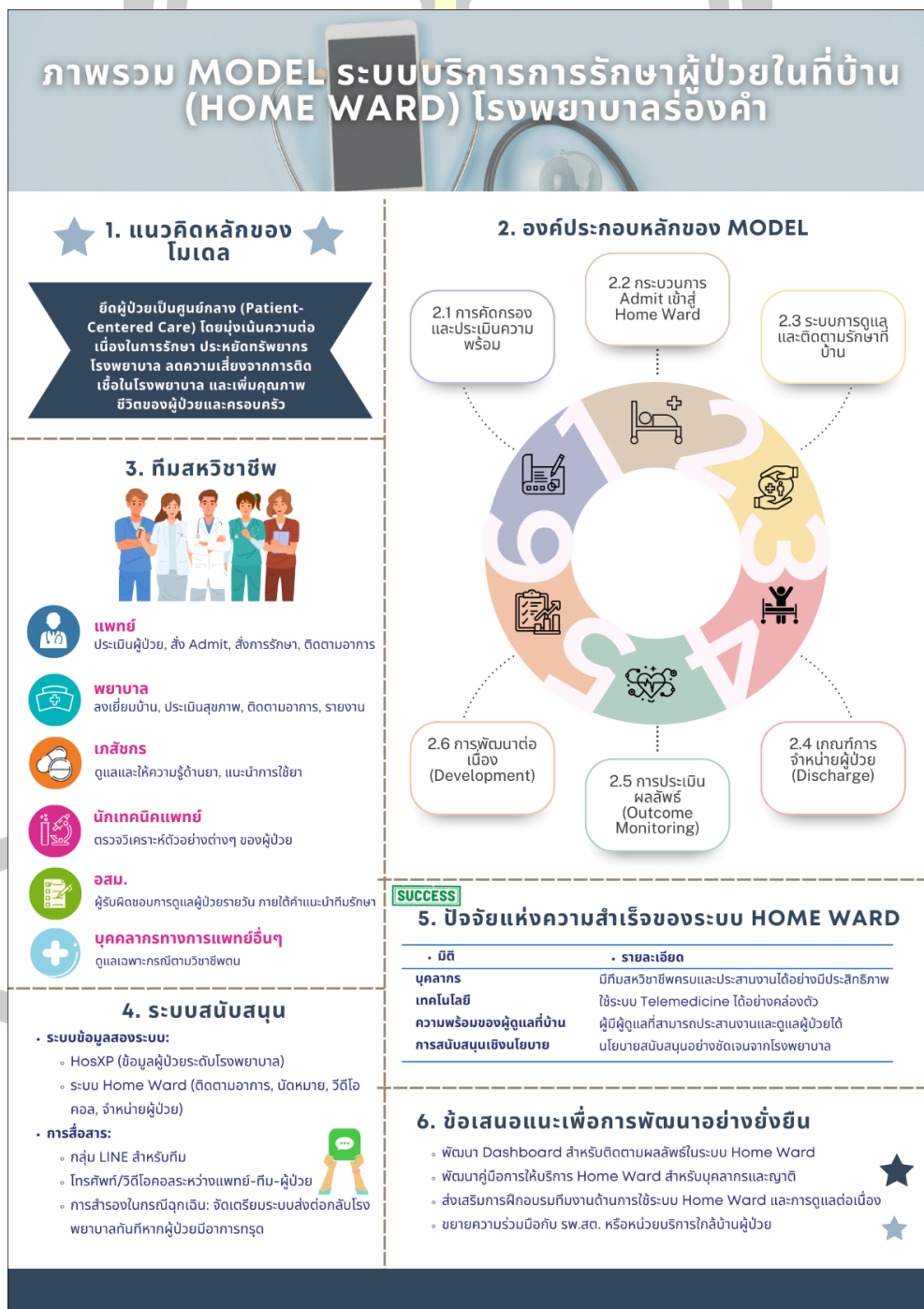
7. การอบรมและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติ

ก่อนเข้าสู่ระบบ Home Ward ควรมีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งในด้านการใช้เทคโนโลยี การดูแลเบื้องต้น การปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ



จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยทั้งหมดนี้ประกอบกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมของโรงพยาบาลร่งคำที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์โมเดล “ระบบบริการการรักษผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ” โดยมีผังภาพรวมโมเดลและโมเดลระบบบริการการรักษผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ ดังภาพที่ 5 และภาพที่ 6 ตามลำดับ ดังนี้

ภาพที่ 5 ผังภาพรวมโมเดลระบบบริการการรักษผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ



6. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

- พัฒนา Dashboard สำหรับติดตามผลลัพธ์ในระบบ Home Ward
- พัฒนาคู่มือการให้บริการ Home Ward สำหรับบุคลากรและญาติ
- ส่งเสริมการฝึกอบรมทีมงานด้านการใช้ระบบ Home Ward และการดูแลต่อเนื่อง
- ขยายความร่วมมือกับ sw.สต. หรือหน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย

ภาพที่ 6 โมเดลระบบบริการการรักษผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลร่งคำ



5.4 อภิปรายผล

การศึกษาวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2536 จากโครงการนำร่องที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในขณะนั้นยังขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างมาก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของระบบ Telemedicine เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นบริบทสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการปรับใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จากระยะไกลอย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การวินิจฉัยเบื้องต้น การติดตามอาการของผู้ป่วย ไปจนถึงการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในรูปแบบ Home Ward โดยมีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและบรรเทาความแออัดของสถานพยาบาล

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของอดิภรณ์ ตรีภคทอง และคณะ (2561) ที่เสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผ่านระบบ Telemedicine โดยใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคงที่ ซึ่งสามารถรักษาตัวที่บ้านได้อย่างปลอดภัยภายใต้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิดผ่านเทคโนโลยีสื่อสารทางไกล ทั้งนี้ ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น และช่วยลดภาระของโรงพยาบาลในระยะยาว

ผลการศึกษาของดารารวรรณ รุ่งเมือง (2563) และจิระศักดิ์ กวียานนท์ (2566) ยังสนับสนุนถึงศักยภาพของระบบ Telemedicine ในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไตวายเรื้อรัง ที่สามารถได้รับการติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากระยะไกล ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดความถี่ในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบ Telemedicine ของประเทศไทยยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในด้านกฎหมายและข้อกำหนดจริยธรรม มาตรฐานของการให้บริการ และความพร้อมของบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว

ด้วยเหตุนี้ แพทยสภาจึงได้ออกประกาศที่ 54/2563 ว่าด้วยหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อกำกับดูแลและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการ Telemedicine ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างปลอดภัย มีจริยธรรม และเคารพต่อสิทธิของ

ผู้ป่วย ตลอดจนคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ในประเด็นของ “มาตรฐานและรูปแบบของระบบการแพทย์ทางไกลที่เหมาะสม” งานวิจัยของอรพรรณ คงมาลัย และคณะ (2564) ได้เสนอกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ (1) มาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ (2) โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและเสถียร (3) ศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการที่ต้องได้รับการอบรมเฉพาะทาง (4) ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากภาครัฐ และ (5) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ทั้งในด้านการรับรู้ การยอมรับ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ระบบ Telemedicine ในระยะยาว

ในส่วนของระบบ Telemedicine ในต่างประเทศ งานวิจัยของ Van den Heuvel และคณะ (2020), Sloan และคณะ (2022), และ Udsen และคณะ (2023) ได้แสดงให้เห็นว่าประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ Telemedicine อย่างแพร่หลาย ไม่เพียงแต่ในระดับการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านวิดีโอคอลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด การผ่าตัดทางไกล และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Internet of Things (IoT) และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เข้ากับระบบบริการสุขภาพเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Ma และคณะ (2022) และ Reed และคณะ (2023) ยังแสดงให้เห็นว่า การใช้ Telemedicine สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญเกี่ยวกับการประเมินอาการที่ต้องอาศัยการตรวจร่างกายโดยตรง และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่อาจลดลงจากการขาดปฏิสัมพันธ์เชิงบุคคลซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างความไว้วางใจในการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบระบบ Telemedicine ระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ จะพบว่าประเทศไทยมีการพัฒนาที่ชัดเจนและรวดเร็วในช่วงวิกฤตโควิด-19 โดยเฉพาะในด้านการประยุกต์ใช้ระบบ Home Ward ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดความแออัดของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ความไม่ทั่วถึงของโครงข่ายอินเทอร์เน็ต ความแตกต่างของทักษะทางดิจิทัลในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการขยายผลระบบดังกล่าวในระยะยาว

ในทางตรงกันข้าม ประเทศพัฒนาแล้วมีการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเป็นระบบ มีนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนา Telemedicine ทั้งในด้านงบประมาณ การออกกฎหมาย และการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีขั้นสูง ตลอดจนมีประชาชนที่มีความตระหนักรู้และเปิดรับการใช้บริการทางไกลมากกว่า ส่งผลให้การดำเนินงานของระบบ Telemedicine ในประเทศเหล่านั้นมีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับระบบการแพทย์ทางไกลให้มีประสิทธิภาพในระยะยาว จำเป็นต้องมีการวางแผนพัฒนาเชิงโครงสร้างอย่างบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการพัฒนาโครงข่ายเทคโนโลยี การฝึกอบรมบุคลากร การจัดทำแนวทางมาตรฐาน และการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้บริการ Telemedicine อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ

การศึกษาวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในแต่ละด้านพบว่า

ผลการศึกษาแบบสอบถาม ในส่วนของผู้ป่วยและญาติ พบว่า

1. ปัญหาที่พบ พบว่ามีปัญหาหลักที่มีผลกระทบต่อความสะดวกสบายในการรับบริการการแพทย์ทางไกลในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ซึ่งปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพที่ยังไม่สะดวกและรวดเร็วเพียงพอ โดยมีผู้ป่วยและญาติจำนวนมากที่ให้ความเห็นในลักษณะเดียวกัน (คิดเป็นร้อยละ 57.1) ปัญหานี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีหรือปัจจัยทางด้านการจัดการและทรัพยากรที่ยังไม่เอื้อต่อการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในระบบการบริการดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้วที่มีจำนวนจำกัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถติดตามอาการได้อย่างเต็มที่ ปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยในระยะยาว

2. ระบบการบริการที่มีคุณภาพ ระบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มีการจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยผ่านการใช้เทคโนโลยี Telemedicine ซึ่งสามารถให้บริการการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในภาพรวมผู้ป่วยและญาติได้ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ "มาก" ($\bar{X} = 3.70$) โดยเฉพาะในแง่ของความประโยชน์ที่ได้รับจากระบบ ($\bar{X} = 3.90$) และความ

สะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ ($\bar{X} = 3.82$) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารบบมีประโยชน์และสะดวกสบาย เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพของการให้บริการในรูปแบบการแพทย์ทางไกลที่มีการสนับสนุนด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การปรับปรุงและพัฒนาในบางด้านยังคงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการปรับปรุงระบบการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในรูปแบบของ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากหลายงานวิจัย โดยในประเทศไทย การศึกษาโดยนัฐยา พานิชย์ดี (2566) พบว่า ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีความพึงพอใจต่อระบบ Telemedicine คลินิกเฉพาะโรคในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.57$) โดยการรับรู้และทักษะการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นหลังจากทดลองใช้งาน นอกจากนี้ในงานวิจัยของวรรณภา กรีทอง (2559) พบว่า ระบบการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ส่วนในต่างประเทศ งานวิจัยของ Shepperd และคณะ (2016) และ Megido และคณะ (2023) พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่บ้านในรูปแบบของ Telemedicine ช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย โดยไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาใหม่ อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ทำให้ระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในหลายบริบท

การศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แม้ว่าจะมีปัญหาในบางด้านที่ต้องการการปรับปรุง แต่ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการยังคงอยู่ในระดับสูง และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยทุกคน

ผลการศึกษาแบบสอบถาม ในส่วนของทีมสหวิชาชีพ พบว่า

1. ปัญหาที่พบ ในการให้บริการระบบ Home Ward จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน Home Ward ผ่านระบบ Telemedicine ได้แก่ ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ดิจิทัล รวมถึงทักษะการใช้งานระบบเทคโนโลยีของผู้รับบริการบางรายที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้การสื่อสารและการติดตามอาการผ่านระบบ Telemedicine เกิดความล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Udsen และคณะ (2023) ที่รายงานว่า ความไม่เสถียรของระบบไอทีและโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ชนบทเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการการแพทย์ทางไกล และสอดคล้องกับ Ma และคณะ (2022) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดเล็กจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งด้านทักษะและอุปกรณ์เพื่อรองรับการให้บริการผ่านระบบ Telehealth อย่างมีประสิทธิภาพ

ในบริบทของประเทศไทย วีระชน ทวีศักดิ์ (2566) ระบุว่า ความไม่ต่อเนื่องของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความกังวลของบุคลากรเกี่ยวกับความถูกต้องของการวินิจฉัย และข้อจำกัดด้านการประเมินผู้ป่วยจากระยะไกล เป็นอุปสรรคที่สำคัญเช่นเดียวกับบริบทของโรงพยาบาลรณรงค์

2. ระบบการบริการที่มีคุณภาพ แม้จะมีข้อจำกัดบางประการ แต่จากมุมมองของทีมสหวิชาชีพพบว่า ระบบ Home Ward ที่ใช้เทคโนโลยี Telemedicine ยังสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านความต่อเนื่องของการดูแล การเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล และการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ บุคลากรเห็นว่าการใช้ระบบ Telemedicine ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามอาการและวางแผนการรักษาร่วมกันในรูปแบบสหวิชาชีพได้อย่างเป็นระบบ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในบ้านตนเองได้โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Van den Heuvel และคณะ (2020) ซึ่งระบุว่า การให้บริการแบบ Telemedicine สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างคุ้มค่า ขณะเดียวกัน ดาราวรรณ รองเมือง (2563) ชี้ว่า ระบบ Home Ward ที่บูรณาการกับเทคโนโลยีสามารถช่วยลดการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้โรงพยาบาลระดับอำเภอสามารถดูแลผู้ป่วยภายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ผ่านระบบ Telemedicine ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การลดภาระของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยไว้ในเตียง และการมีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็วกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งส่งผลให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ให้บริการเห็นว่า ระบบดังกล่าวช่วยเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ เนื่องจากระบบ Telemedicine ช่วยให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและให้ความเห็นร่วมกันผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในบริบทนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sloan และคณะ (2022) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบ Telemedicine โดยมองว่าเป็นเครื่องมือที่เพิ่มความสะดวก ลดภาระงาน และช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นต้องให้บริการแบบตัวต่อตัวในทุกกรณี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) ที่ระบุว่า การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท เนื่องจากสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ได้อย่างสะดวก

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ให้บริการจะมีความพึงพอใจต่อระบบโดยรวม แต่ยังคงมีข้อเสนอแนะในประเด็นการพัฒนาระบบ เช่น การจัดให้มีการอบรมต่อเนื่องเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี การสนับสนุนอุปกรณ์เพิ่มเติม และการพัฒนาแพลตฟอร์ม Home Ward ให้มีความเสถียรและใช้งานง่ายมากยิ่งขึ้น

การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward ระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติ

จากผลการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งทีมสหวิชาชีพและกลุ่มผู้ป่วยและญาติมีระดับความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงเปรียบเทียบพบว่า แม้ระดับความพึงพอใจโดยรวมจะอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน แต่ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและมุมมองต่อระบบดังกล่าว มีความแตกต่างกันในรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยและญาติแสดงออกถึงความพึงพอใจในลักษณะเชิงประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยเน้นถึงความสะดวกสบายจากการที่ไม่ต้องเดินทางหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับยารวดเร็ว และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทั้งนี้ ความพึงพอใจยังสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึก “เป็นเจ้าของกระบวนการดูแลสุขภาพ” ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ในขณะที่กลุ่มทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบ Home Ward โดยมองในเชิงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นของประสิทธิภาพการจัดการ การลดความแออัดในโรงพยาบาล การเพิ่มโอกาสในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก รวมถึงการส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ทีมสหวิชาชีพบางรายได้สะท้อนข้อท้าทายและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในระยะเริ่มต้น ความจำเป็นในการฝึกอบรมบุคลากรด้านเทคโนโลยี รวมถึงข้อจำกัดทางด้านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่ ซึ่งแม้ไม่กระทบต่อความพึงพอใจโดยรวม แต่ก็ถือเป็นปัจจัยที่ควรพิจารณาในการพัฒนาระบบให้มีความยั่งยืน

จากการเปรียบเทียบดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเน้นที่ผลลัพธ์ที่จับต้องได้และผลกระทบเชิงชีวิตประจำวัน ขณะที่ทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพในเชิงระบบบริการและการบูรณาการการทำงานในระดับวิชาชีพ ทั้งนี้ ความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูงของทั้งสองกลุ่มสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการแพทย์ทางไกลในรูปแบบ Home Ward เป็นระบบที่สามารถตอบสนองต่อทั้งความต้องการของผู้รับบริการ และความคาดหวังของผู้ให้บริการได้อย่างสมดุล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shepperd และคณะ (2016) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้โดยไม่ลดทอนคุณภาพการดูแลจากผู้ให้บริการ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

ผลการวิจัยที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมผู้รับบริการมีทัศนคติในเชิงบวกต่อระบบการให้บริการดังกล่าว ทั้งในด้านความสะดวก ความต่อเนื่องในการดูแล และความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

Ma และคณะ (2022) และ Reed และคณะ (2023) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ Home Ward มักแสดงความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความเป็นส่วนตัว ความรู้สึกปลอดภัย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนถึง ประเด็นเชิงจิตวิทยาและความเชื่อมั่นในระบบการดูแล ว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวกับระบบการสื่อสารทางไกลได้ดี แต่ยังคงมีความรู้สึก "ไม่มั่นใจ" และ "ไม่คุ้นชิน" จากการไม่ได้พบแพทย์โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Van den Heuvel และคณะ (2020) ที่กล่าวถึงความรู้สึกของผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่ต้องการความสัมพันธ์แบบ face-to-face กับแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นใจและความไว้วางใจในการรักษา นอกจากนี้ ยังมีการสะท้อนถึงข้อเสนอแนะเชิงระบบ ที่แม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบ Home Ward แต่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม เช่น ความแออัดในกระบวนการซักประวัติ และการเปิดให้บริการเจาะเลือดในช่วงเช้า ซึ่งถือเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งในและนอกระบบ Home Ward สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sloan และคณะ (2022) ที่ชี้ว่า ประสิทธิภาพของระบบ Home Ward ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเฉพาะการดูแลในบ้านเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับการบูรณาการของระบบบริการในโรงพยาบาลโดยรวม

จากข้อค้นพบข้างต้นสามารถตีความได้ว่า แม้ระบบ Home Ward จะสามารถลดภาระด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ แต่ยังคงมีความจำเป็นในการพัฒนาองค์ประกอบเสริมด้านความเชื่อมั่น การสื่อสารเชิงรุก และระบบสนับสนุนภายในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความต่อเนื่องและความมั่นใจของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง ในด้านการใช้เทคโนโลยี พบว่าผู้ป่วยและญาติหลายรายสามารถปรับตัวกับการสื่อสารผ่านระบบดิจิทัลได้ดี โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชัน เช่น LINE ในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของวรรณภา กรีทอง (2559) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการแพทย์ทางไกลในบริบทของชุมชนไทย ผลการศึกษาในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในรูปแบบ Home Ward มีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในด้านความสะดวกและคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม การพัฒนาในด้านความไว้วางใจ ความคุ้นชินกับการไม่พบแพทย์โดยตรง และความเชื่อมั่นในระบบบริการยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมต่อไป เพื่อยกระดับความสมบูรณ์ของระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีเป็นตัวกลางอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการวิจัยที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบว่า

1. ด้านปัญหาที่พบ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ พบปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการระบบ Home Ward ที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างของปัญหาที่ทีมสหวิชาชีพได้กล่าวถึงคือ การขาดแคลนทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีบุคลากรจำนวนจำกัด การจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากรจากภาครัฐและโรงพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการลดปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ระบบ Home Ward สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานและการบันทึกข้อมูลที่ไม่สะดวก

2. ด้านระบบการบริการที่มีคุณภาพ การสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพในระบบ Home Ward เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพเสนอแนะถึงการ พัฒนาแนวทางการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ ผ่านเทคโนโลยี Telemedicine ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการติดตามอาการและให้คำปรึกษาได้สะดวก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่งให้เชื่อมโยงกันได้ จะช่วยให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยรวมแล้ว การปรับปรุงและพัฒนาระบบดังกล่าวมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพร่วมกับเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลมีแนวโน้มส่งเสริมประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการดูแลรักษา โดยสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ญัฐภัสสร เดิมขุนทด (2564) ที่ระบุว่า การติดตามสุขภาพทางไกลช่วยลดระดับ HbA1C และ FBS ในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชัน เช่น LINE ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับระบบที่ใช้ในโรงพยาบาลรณรงค์ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมแพทย์อย่างต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย

3. ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพสะท้อนให้เห็นถึง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ที่มีต่อระบบ Home Ward แม้ว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรบุคลากรและเทคโนโลยี แต่บุคลากรยังเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการ

ให้บริการนี้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในด้านของ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทีมสหวิชาชีพ แนะนำว่า หากสามารถขยายขอบเขตของโรคที่สามารถให้บริการได้ รวมถึงการพัฒนาระบบการติดตามอาการและการให้คำปรึกษาออนไลน์ จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมาก การที่ผู้ป่วยสามารถรับการดูแลจากที่บ้านโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลจะช่วยลดภาระทั้งด้านการเงินและเวลา ซึ่งเป็นจุดเด่นที่ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ ในด้าน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สะท้อนถึงความรู้สึกเชิงบวกที่มีต่อการได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย และลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือพักรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยประเด็นนี้สอดคล้องกับงานของ วรณภา กรีทอง (2559), วีระชน ทวีศักดิ์ (2566) และ นัฐยา พานิชย์ดี (2566) ที่รายงานระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบ Telemedicine ว่าอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ และแสดงให้เห็นถึงการยอมรับและศักยภาพในการใช้งานระบบในพื้นที่จริง

4. รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำที่เหมาะสม การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลร่งคำ นั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึง ทรัพยากรที่มีอยู่ และความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและข้อจำกัดในการให้บริการจากบุคลากรในโรงพยาบาลขนาดเล็ก การมี ทีมสหวิชาชีพเฉพาะ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward ได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาระบบนี้ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยและประเภทของโรคที่สามารถดูแลได้ในบ้าน จะช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการสื่อสารและการติดตามผลผ่านเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น Telemedicine จะช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดการติดตามที่เหมาะสม ในด้านมาตรฐานระบบและความเหมาะสมของการใช้ Telemedicine ในบริบทชนบท การศึกษาของ อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) รวมถึง ดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) พบว่า การประยุกต์ใช้ระบบนี้ในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ แม้ข้อจำกัดทางเทคโนโลยีจะไม่ใช่อุปสรรคหลัก ซึ่งตรงกับบริบทของโรงพยาบาลร่งคำ ที่บุคลากรได้มีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพเพื่อใช้ระบบ Home Ward และ Telemedicine อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านผ่านระบบ Telemedicine ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Shepperd

และคณะ (2021) และ Megido และคณะ (2023) ที่พบว่า การดูแลแบบ Hospital at Home หรือ Community-Based Home Hospitalization ช่วยลดระยะเวลาการรักษา ค่าใช้จ่าย และการกลับเข้ารับการรักษา โดยไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนข้อค้นพบในพื้นที่ศึกษาที่ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษาที่บ้าน อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบในช่วงวิกฤต COVID-19 ดังที่ จีระศักดิ์ กวียานนท์ (2023) กล่าวถึง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาบางประการที่พบในระดับนานาชาติ เช่น ความแม่นยำในการวินิจฉัย การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และอัตราการกลับมาพบแพทย์ที่สูงขึ้นเล็กน้อย ตามที่ระบุไว้ในงานของ Sloan และคณะ (2022) และ Reed และคณะ (2023) ยังเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาในบริบทของไทย โดยเฉพาะการเพิ่มทักษะการประเมินทางไกลของแพทย์และการใช้เครื่องมือเสริมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินอาการ

จากการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในที่บ้านในอนาคต จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งสามารถจำแนกและเรียงเรียงได้ ดังนี้

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

กลุ่มผู้ป่วยและญาติได้ให้ข้อเสนอแนะที่สะท้อนถึงประสบการณ์ตรงในฐานะผู้รับบริการ โดยมีประเด็นหลักที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการและการติดต่อกับทีมรักษา

มีความต้องการให้สามารถติดต่อกับทีมรักษาได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน หรือเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการหรือการใช้ยา

2. การใช้งานอุปกรณ์และระบบเทคโนโลยี

ผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการใช้งานอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือแอปพลิเคชันยังคงยุ่งยาก และต้องการให้มีอุปกรณ์ที่ใช้งานง่ายขึ้น พร้อมระบบเตือนอัตโนมัติ

3. ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการรักษา

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มการให้ข้อมูลสุขภาพและคำแนะนำการดูแลตนเองผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเสริมความมั่นใจในการรักษาระยะไกล และเสนอให้มีการตรวจร่างกายแบบ onsite เป็นระยะ

4. การขยายขอบเขตของบริการ

ต้องการให้บริการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ อย่างทั่วถึง และให้ความต่อเนื่องของบริการในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพได้ให้ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยเน้นประเด็นเชิงระบบและการบริหารจัดการ ดังนี้

1. การจัดการทรัพยากรบุคคลและระบบติดตาม

มีข้อเสนอให้เพิ่มบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาลประสานงาน หรือเจ้าหน้าที่ดูแลระบบ Telemedicine เพื่อลดภาระของทีมรักษาหลัก และให้การติดตามอาการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาเทคโนโลยีและโครงสร้างข้อมูล

เสนอให้พัฒนาอุปกรณ์และแอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพแบบ real-time และมีระบบจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและเป็นระบบ

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

สนับสนุนให้มีการอบรมก่อนเข้าสู่ระบบ Home Ward และจัดทำสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้บริการ รวมถึงการประสานงานกับ อสม. หรือพยาบาลชุมชนในเชิงรุก

4. การจัดทำนโยบายและแนวปฏิบัติระดับองค์กร

เสนอให้มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการบริหารระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) และการสนับสนุนงบประมาณสำหรับอุปกรณ์ บุคลากร และระบบสารสนเทศ

การเปรียบเทียบข้อเสนอแนะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 47 การเปรียบเทียบข้อเสนอแนะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ

ประเด็น	ความเหมือน	ความแตกต่าง
การเข้าถึงบริการ	ทั้งสองกลุ่มเห็นพ้องถึงความสำคัญของการติดต่อที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยและญาติเน้นความสะดวกในการติดต่อ ส่วนทีมสหวิชาชีพเน้นการจัดสรรบุคลากรเพื่อรองรับความต่อเนื่อง
การใช้งานเทคโนโลยี	เห็นพ้องว่าระบบเทคโนโลยีควรเอื้อต่อการใช้งานจริง	ผู้ป่วยและญาติมุ่งเน้นความง่ายและไม่ซับซ้อน ส่วนทีมสหวิชาชีพเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลและความปลอดภัยของระบบ
ความรู้และความเชื่อมั่น	ทั้งสองกลุ่มเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วยและญาติต้องการความมั่นใจในคุณภาพการรักษา ส่วนทีมสหวิชาชีพเสนอให้จัดทำโปรแกรมให้

		ความรู้และประสานกับชุมชน
การขยายบริการและนโยบาย	เห็นตรงกันว่าระบบควรได้รับการขยายและสนับสนุนอย่างยั่งยืน	ผู้ป่วยและญาติเน้นสิทธิการเข้าถึงบริการ ส่วนทีมสหวิชาชีพเสนอในเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ

จากตารางที่ 47 แสดงข้อเสนอแนะจากทั้งผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ มีจุดร่วมที่ชัดเจนในประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ความสะดวกในการใช้เทคโนโลยี และความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของข้อเสนอแนะสะท้อนมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้รับบริการซึ่งมุ่งเน้นที่ประสบการณ์ตรงกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ให้บริการซึ่งมุ่งเน้นการบริหารจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังนั้น การออกแบบและพัฒนาระบบ Telemedicine สำหรับการบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ควรผสมมุมมองของทั้งสองฝ่ายเพื่อให้เกิดระบบที่ตอบสนองทั้งคุณภาพของการดูแลและความสามารถในการปฏิบัติจริงในบริบทของโรงพยาบาลท้องถิ่น

การอภิปรายผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์สาธารณสุขให้เห็นถึงทั้ง ปัญหาที่พบ และ ข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบดังกล่าวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การขยายขอบเขตของโรคที่สามารถให้บริการได้ และการจัดการบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านให้มีคุณภาพและยั่งยืนในอนาคต จึงสรุปได้ว่า การศึกษานี้สะท้อนว่า แนวทางการบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่บูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล มีความสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาบริการทางสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.5 ข้อเสนอแนะ

5.5.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้รับการตอบรับในเชิงบวก จากผู้ป่วยและครอบครัวในหลายมิติ ทั้งด้านความสะดวก ความต่อเนื่องของการดูแล และการลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล ระบบดังกล่าวส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการบริหารจัดการสุขภาพด้วยตนเอง นำไปสู่การฟื้นตัวของสุขภาพโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดำเนินงานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ทั้งยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการลดภาระด้านเศรษฐกิจและการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยไม่ลดทอนคุณภาพการรักษา

จากการทำวิจัยนี้ ทั้งข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ที่ได้รวบรวมข้อปัญหาต่าง ๆ ทั้งจากผู้ป่วยและญาติ และจากทีมสหวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์ประมวลผล สรุป และสังเคราะห์ออกมาเป็นข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลร่งคำ โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านบุคลากรและทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงานบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตรากำลังของทีมสหวิชาชีพเพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรมนุษย์ ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) รวมถึงการอบรม caregiver ที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้จัดตั้งทีมเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วย Home Ward ตลอด 24 ชั่วโมง และมีผู้ประสานงานหลักที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การบริการมีความต่อเนื่องและลดภาระของบุคลากรในโรงพยาบาล

2. ด้านอุปกรณ์และทรัพยากร ข้อเสนอแนะที่ได้รับสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอและเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ caregiver และอาสาสมัคร เช่น ชุดปฐมพยาบาล ที่นอนลมแบบรังผึ้งสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับ และผ้าอ้อมผู้ใหญ่ นอกจากนี้ มีข้อเสนอให้จัดตั้งจุดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ประจำหมู่บ้าน เพื่อขยายการ

เข้าถึงบริการในระดับชุมชน และกรณีผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์มือถือ ควรมีการจัดระบบผู้ประสานงานในพื้นที่ เช่น อสม. เพื่อช่วยประสานงานและส่งต่อข้อมูลอย่างเหมาะสม

3. ด้านเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของระบบบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้สะดวกต่อการใช้งานและลดความซ้ำซ้อน เช่น การใช้การถ่ายภาพหรือสแกนเอกสารแทนครั้งเดียว ไม่ต้องกลับมาพิมพ์ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ ควรพัฒนาโปรแกรมระบบ Home Ward ให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ง่ายและเหมาะสมกับการใช้งานจริง พร้อมทั้งขยายสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุมพื้นที่บริการ รวมถึงส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี Telemedicine สำหรับการติดตามอาการ การให้คำปรึกษา และการสื่อสารระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านกระบวนการดูแลและการให้บริการ มีข้อเสนอให้เพิ่มความถี่ในการติดตามอาการของผู้ป่วย รวมถึงกระตุ้นให้ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดภาระของบุคลากรและเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ในส่วนของกระบวนการให้บริการ ควรมีการนัดหมายล่วงหน้าอย่างชัดเจนเพื่อลดความแออัดในขั้นตอนการซักประวัติ และควรพิจารณาเปิดบริการห้องเจาะเลือดให้เร็วกว่าปกติในช่วงเช้า เพื่อลดความไม่สะดวกของผู้ป่วยที่ต้องงดน้ำอาหาร นอกจากนี้ ยังควรเร่งรัดกระบวนการรักษาให้มีความรวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และระบุให้ชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยในระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในขั้นตอนการติดตามอาการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในกระบวนการดูแล

5. ด้านนโยบายและโครงสร้างระบบ การพัฒนาระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างยั่งยืนควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต้นสังกัด ทั้งในด้านงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร นอกจากนี้ ควรมีการขยายขอบเขตของโรคที่สามารถดูแลได้ในระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โดยเน้นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ และพัฒนาแนวทางการให้ยาที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการสั่งยา การปรับขนาดยา และระบบการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยในระยะยาว

พูน ปรณ ทิโต ชิว

5.5.2 ข้อเสนอสำหรับการวิจัยในครั้งถัดไป

1. การวิจัยครั้งถัดไปควรมีการศึกษาประสิทธิผลของระบบ Home Ward ในกลุ่มโรคเฉพาะ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เพื่อประเมินว่าแนวทางการดูแลในระบบนี้สามารถลดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ และการนอนโรงพยาบาลได้จริงหรือไม่ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการขยายผลในระดับนโยบาย

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของระบบ Home Ward เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพิจารณาทั้งในมุมของค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผลตอบแทนทางสังคม เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

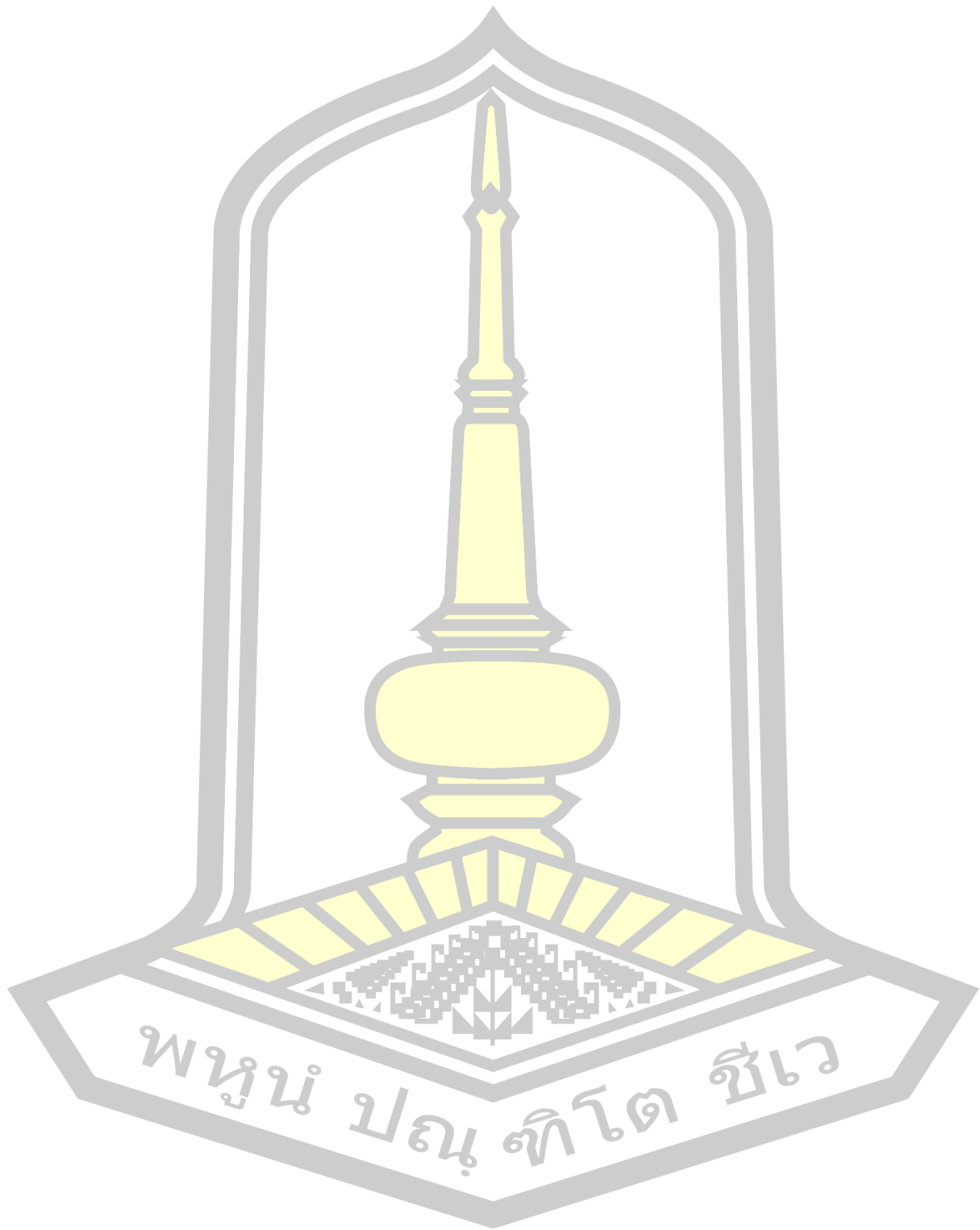
3. ควรมีการศึกษาด้านบทบาทและความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ให้การดูแล (Caregiver) ในระบบ Home Ward เพื่อพัฒนาแนวทางการอบรม ส่งเสริมศักยภาพ และสนับสนุนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมความยั่งยืนของระบบ Home Ward ในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์กรในพื้นที่ และความร่วมมือของเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบสามารถขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบระบบ Home Ward ในบริบทที่ต่างกัน เช่น เมืองกับชนบท หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่กับขนาดเล็ก การศึกษาแบบ Longitudinal เพื่อติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระยะยาว การพัฒนาแนวทางการให้ยา การใช้เครื่องมือแพทย์ และแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการสร้างแบบจำลองหรือรูปแบบต้นแบบของระบบ Home Ward ที่เหมาะสมกับบริบทไทยผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

พหุ ประเด็น ชีวะ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2023). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารประกอบการชี้แจง
เสนอต่อคณะกรรมการวิสามัญพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2566 สภาผู้แทนราษฎร. สืบค้น 12 พฤศจิกายน 2566 จาก
https://www.nhso.go.th/storage/files/875/nhso_2022/nhso_budgetdefend/nhso_66budgetdefend01.pdf
- กรมการแพทย์. (2562). ระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) การรักษาที่ไร้ข้อจำกัดทั้ง
เวลาและสถานที่. [Online]. Retrieved 2024 January 21. Available from :URL
[https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25660502130652PM_รวมเล่ม-แนวทางปฏิบัติการใช้ระบบการแพทย์%20\(2พฤษภาคม66\).pdf](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25660502130652PM_รวมเล่ม-แนวทางปฏิบัติการใช้ระบบการแพทย์%20(2พฤษภาคม66).pdf)
- กรมการแพทย์. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). DMS.
ข่าวประชาสัมพันธ์: เครื่องโรงพยาบาลกรุงเทพเสริมประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลด้วย ROBO
DOCTOR คุณหมอหุ่นยนต์. โรงพยาบาลกรุงเทพและบริษัท N Health. 2555
- จิระศักดิ์ กวียานนท์. (2023). การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแล
ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอหนองปรือ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัย
สิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 8(2), 33-42.
- จิตรา ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. (2547). การดำเนินงานโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียม. ศูนย์
เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- จิราพร กำจัดทุกข์. (2552). *ความพึงพอใจหลังการตัดสินใจซื้อ*. กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล
ธนบุรี*. (การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสยาม.
- ชวภณ กิจศิริกุล และคณะ. (2564). จริยธรรมทางการแพทย์ : กรณีศึกษาการรักษาด้วยวิธีโทรเวช
กรรม. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 7(3).
- ชัยสมพล ชาวประเสริฐ. (2547). *การตลาดบริหาร*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ณัฐภัสสร เต็มขุนทด. (2564). ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสาร
สารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65, 75-90.

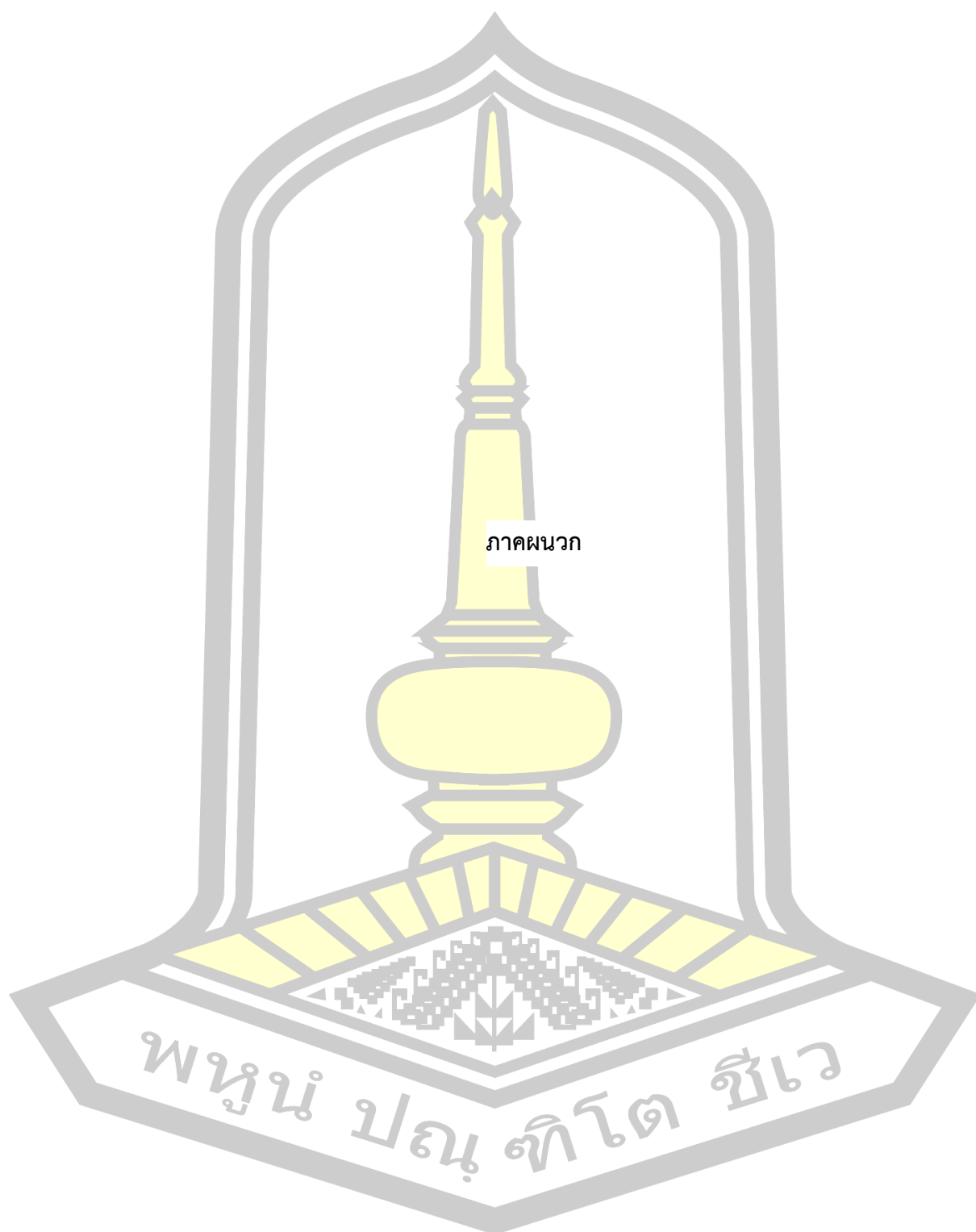
- ดารารวรรณ รองเมือง และคณะ. (2563). การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากระบาดของโควิด-19. นนทบุรี :สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นัฐยา พานิชย์ดี. (2566). การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3(2).
- ประกาศแพทยสภาที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์. (2563, 21 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 166 ง. หน้า 52-53
- พีรพัฒน์ ตันตรัตนพงษ์. (2544). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของธนาคารออมสิน สาขาตรัง. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แพงพรรณ ศรีบุญลือ., ปาริชาติ เพ็ญพรรณ., ณิชชญา บัวละคร .,ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2565). ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : การศึกษาออนไลน์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(1)
- มานพ ชุ่มอุ่น. (2546). การบริหารการตลาด (พิมพ์ครั้งที่3). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัสวี ศรีราช. (2022). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้แอปพลิเคชันโทรเวชกรรม. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 6127.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ระภััสสร วัฒนา. (2561). แนวความคิดมนุษยนิยมของมาลโลว์ (Maslow) และแนวความคิดอัตถิภาวนิยมของฌอง ปอล ซาร์ตร์ (Jean Paul Sartre) ที่ปรากฏผ่านนวนิยายเรื่อง “วันหนึ่งในชีวิตของอีวาน เดนิโซวิช”. ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารัฐศึกษา คณะศิลปศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิมลสิทธิ์ทรยางกูร. (2549). พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อมมูลฐานทางพฤติกรรมเพื่อการออกแบบและวางแผน. พิมพ์ครั้งที่6, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวภณ กิจศิริกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ อุกเขินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(3), 12-23.
- วีระชน ทวีศักดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 9(1).

- วรรณภา กรีทอง. (2559) การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*, 12 (1), 23-36.
- ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ ในเครือ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) (BDMS). (2565). สืบค้น 8 มิถุนายน 2567 จาก [https:// bangkokhealth.com/articles/การแพทย์ทางไกล-telemedicine-ในศตวรรษ/](https://bangkokhealth.com/articles/การแพทย์ทางไกล-telemedicine-ในศตวรรษ/)
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2560). *การบริหารการตลาดยุคใหม่ ฉบับปรับปรุง 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *ผลการดำเนินงานการวางระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8 เดือน (1 ตุลาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2567) ปงบประมาณ 2567*. สืบค้น 8 มิถุนายน 2567 จาก https://www.nhso.go.th/operating_results/62
- สกลนันท์ ฟุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ, และปณิตา วรรณพิรุณ. (2557). การประยุกต์ใช้ระบบ การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ. *วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ*, 5(2), 191-198.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2022, August 5). Application of Telehealth in the Management of NCDs. . *Resilient Kidney Care in Disruptive World, Thailand*.
- สมบัติ บารมี. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทมหาชนไฟเบอร์ซีเมนต์ จำกัด (มหาชน)*. รายงานการวิจัยคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมสมัย รัตนกรีฑากุล และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน:กรณีศึกษาณวัดกรรม การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 79-90.
- สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, เยื่อน ดันนรินทร์, ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, เฮ็นรี่ ไวลด์. (2543). *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: ไอเอส พรินติ้งเฮ้าส์.
- อติภรณ์ ตรีภตรง. (2562). *มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมธุรกิจเทคโนโลยีด้านสุขภาพ : ศึกษาระบบเทเลเมดิซีน*. คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2542). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ*.

- (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ ไชยพยอม. (2542). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก*. โรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์. (2560). ศึกษาการยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เชียงของจังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มจร*, 40 (4), 641-650.
- อัคคะนนท์ พงศ์ลักษณ์มาณา. (2557). *การพัฒนาต้นแบบระบบช่วยติดต่อสื่อสารทางการแพทย์บนระบบปฏิบัติการ Android*. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการคอมพิวเตอร์และสารสนเทศ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- American Telemedicine Association. (2024). *Telemedicine Defined*. [Online]. Retrieved 2023 December 21. Available from :URL: <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/>.
- Bureau of policy and strategy Ministry of Public. (2006). *Health Policy in Thailand*. [Online]. Retrieved 2023 December 21. Available from :U R L : <http://bps.ops.moph.go.th/Health Policy6.pdf>.
- Cucina R. (2013). *Information Technology in Patient Care*. In M.A. Papadakis, S.J. McPhee, M.W. Rabow (Eds), *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment 2013*. [cited 2024 January 25], Available from: <http://accessmedicine.com/content.aspx?aid=77 9189>.
- Darkins, A. William, & Cary, M. Ann. (2000). *Telemedicine and telehealth : principles, policies, performance, and pitfalls*. New York: Springer Pub. Co.
- ICT2020. (2020). *National ICT Policy Framework 2011-2020: ICT 2020*. [Online]. Retrieved 2024 January 25. Available from : URL: <http://www.ict2020.in.th/?q=content/national-ict-policyframework- 2011-2020-ict-2020>.
- Indian Space Research Organization. (2006). *Telemedicine Healing Touch Through Space Enabling Specialty Healthcare to the Rural and Remote Population of India*. Bangalore: ISRO Headquarters.
- John Craig, Victor Patterson. (2005). Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(1), 3-9.

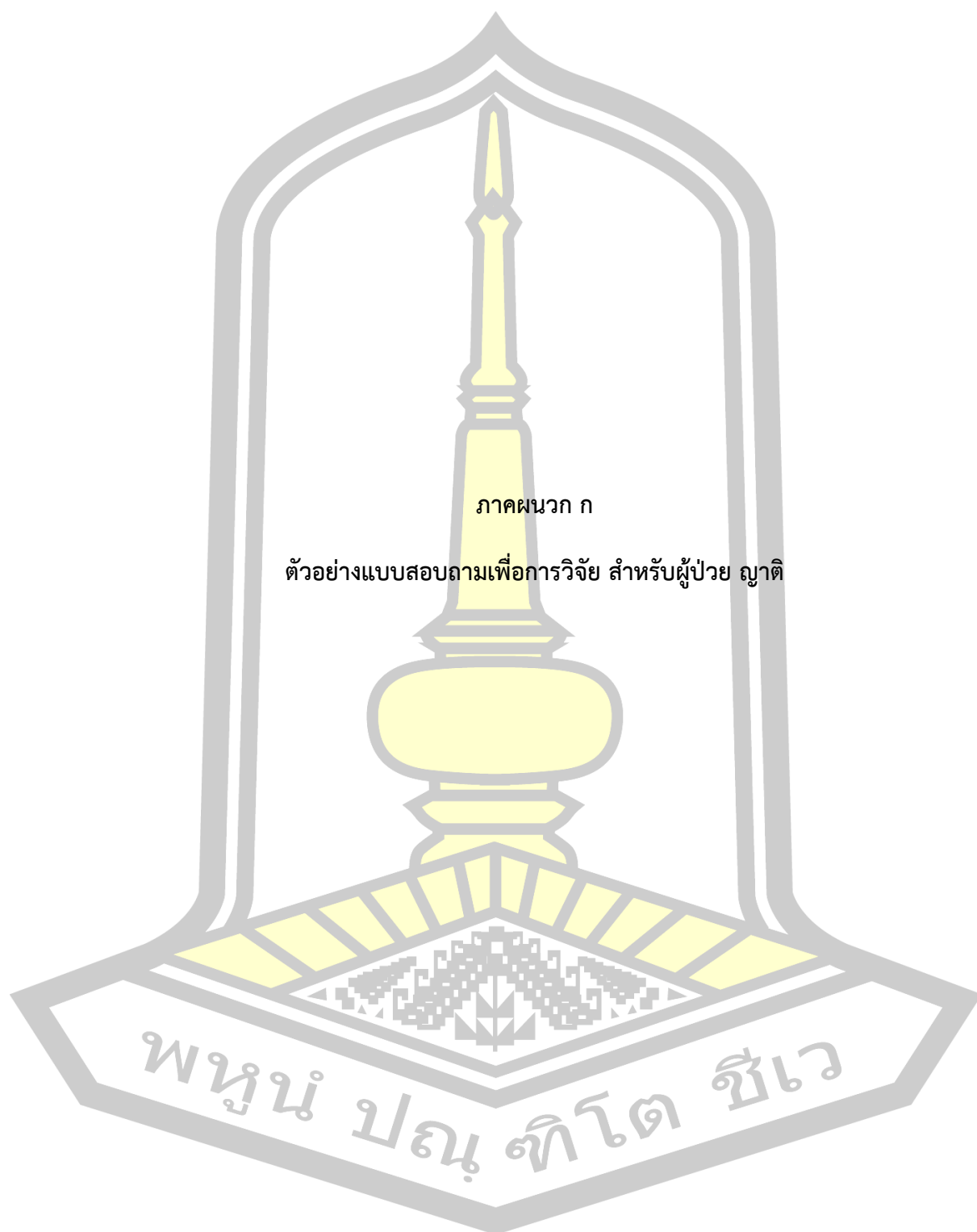
- Kasitipradith, N. (2001). *The Ministry of Public Health telemedicine network of Thailand*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Ma, Q., Sun, D., Tan, Z., Li, C., He, X., Zhai, Y., Wang, L., Cui, F., Li, M., Gao, J., Wang, L., & Zhao, J. (2022). Usage and perceptions of telemedicine among health care professionals in China. *In International Journal of Medical Informatics (Vol. 166, p. 104856)*. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104856>.
- Megido, I., Sela, Y., & Grinberg, K. (2023). Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00424-0>
- Moulaei, K., Sheikhtaheri, A., Fatehi, F., Shanbehzadeh, M., & Bahaadinbeigy, K. (2023). Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients. *BMC medical informatics and decision making*, 23(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02348-4>.
- Mozu, I. E., Marfo, A. F. A., Marfo, J. S., Adomako, N. O., Ayisi-Boateng, N. K., Boachie-Ansah, P., Attakorah, J., & Owusu-Daaku, F. T. (2023). Utilization of telepharmacy in the management of hypertension. *Exploratory research in clinical and social pharmacy*, 12, 100381. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100381>
- OECD (2023), *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en>.
- Oliveira Hashiguchi, T. (2020), "Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 116, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8e56ede7-en>.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1988) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Reed, M., Huang, J., Somers, M., Hsueh, L., Graetz, I., Millman, A., Muelly, E., & Gopalan, A. (2023). Telemedicine Versus In-Person Primary Care: Treatment and Follow-up Visits. *Annals of internal medicine*, 176(10), 1349–1357. <https://doi.org/10.7326/M23-1335>

- Roger Allan. (2006). *A Brief History of Telemedicine*. [Online]. Retrieved 2024 Augusts 25. Available from: URL: <http://electronicdesign.com/article/components/a-brief-history-of-telemedicine12859>.
- Russo, G. T., Andreozzi, F., Calabrese, M., Di Bartolo, P., Di Cianni, G., Bruno Giorda, C., Lapice, E., Manicardi, E., Giandalia, A., Lucisano, G., Nicolucci, A., Rocca, A., Rossi, M. C., Spreafico, E., Vespasiani, G., Manicardi, V., & AMD Annals study group (2022). Role of telemedicine during COVID-19 pandemic in type 2 diabetes outpatients: The AMD annals initiative. *Diabetes research and clinical practice*, 194, 110158. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110158>
- Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2>
- Shepperd, S., Butler, C., Craddock-Bamford, A., Ellis, G., Gray, A., Hemsley, A., Khanna, P., Langhorne, P., Mort, S., Ramsay, S., Schiff, R., Stott, D. J., Wilkinson, A., Yu, L. M., & Young, J. (2021). Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons? : A Randomized Trial. *Annals of internal medicine*, 174(7), 889–898. <https://doi.org/10.7326/M20-5688>
- Sloan, M., Lever, E., Harwood, R., Gordon, C., Wincup, C., Blane, M., Brimicombe, J., Lanyon, P., Howard, P., Sutton, S., D'Cruz, D., & Naughton, F. (2022). Telemedicine in rheumatology: a mixed methods study exploring acceptability, preferences and experiences among patients and clinicians. *Rheumatology (Oxford, England)*, 61(6), 2262–2274. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab796>
- Telemedicine Defined. (2024). *American Telemedicine Association*. [Online]. Available from: <http://www.americantelemed.org> Accessed on January 9, 2024.
- Teresa Smith Welsh. (1999). *Telemedicine*. [Online]. Retrieved 2024 January 5. Available from: University of Tennessee Medical Center. URL: <http://ocean.otr.usm.edu/~w146169/teleweb/telemed.htm>.



ภาคผนวก

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อการวิจัย สำหรับผู้ป่วย ญาติ

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
การรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐศาสตรบัณฑิต สาขาบริหาร
รัฐกิจและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย โดยมี
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
2. เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มี
คุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 3. เพื่อ
สังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home
Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการ
ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของท่าน เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ดังที่ได้กล่าว
มา ซึ่งข้อมูลของที่ท่านได้ตอบมาจะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
แบบสอบถามมี 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่อนคำ

ส่วนที่ 3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่อนคำ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาล

ร่อนคำ

ส่วนที่ 5 ปัญหาที่พบในงานบริการผู้ป่วยในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขใน

อนาคต

ขอขอบคุณในความกรุณา มา ณ โอกาสนี้

นายณัฐชน ตาลทอง

นิสิตระดับปริญญาโท สาขาบริหารรัฐกิจและนโยบายสาธารณะ

วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำหรับผู้ป่วย ญาติ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. () เพศชาย | 2. () เพศหญิง |
| 3. () เพศทางเลือก | 4. () ไม่ประสงค์จะระบุ |

2. อายุ

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. () ต่ำกว่า 20 ปี | 2. () 20 – 25 ปี |
| 3. () 26 – 30 ปี | 4. () 31 – 35 ปี |
| 5. () 36 – 40 ปี | 6. () 41 – 45 ปี |
| 7. () 46 - 50 ปี | 7. () 51 - 55 ปี |
| 8. () 55 - 60 ปี | 8. () 61 ปี ขึ้นไป |

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. () 1,000-10,000 บาท | 2. () 10,000-20,000 บาท |
| 3. () 20,001 – 30,000 บาท | 4. () 30,001 – 40,000 บาท |
| 5. () 40,001 – 50,000 บาท | 6. () 50,001 – 60,000 บาท |
| 7. () 60,001 – 70,000 บาท | 8. () 70,001 – 80,000 บาท |
| 9. () 80,001 บาท ขึ้นไป | |

4. สิทธิการรักษาในปัจจุบัน

- | |
|------------------------------------------------------|
| 1. () สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) |
| 2. () สิทธิประกันสังคม |
| 3. () สิทธิ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัย |
| 5. () สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ UCEP |
| 6. () สิทธิอื่น ๆ โปรดระบุ |

5. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย ที่เคยเข้ารับบริการ

1. () 1-3 วัน

2. () 4-6 วัน

3. () 7-9 วัน

4. () 10-12 วัน

5. () 13-15 วัน

6. () 16-20 วัน

6. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ

1. () โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

2. () โรคปอดอักเสบ

3. () ผู้ป่วยแผลกดทับ (pressure ulcer)

4. () ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง แบบผ่าตัดวันเดียวกลับ

5. () ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Severe hypertension)

6. () ผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2)

7. () ผู้ป่วยโควิด-19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

8. ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล

1. () 1-5 กิโลเมตร

2. () 5-10 กิโลเมตร

3. () 11-15 กิโลเมตร

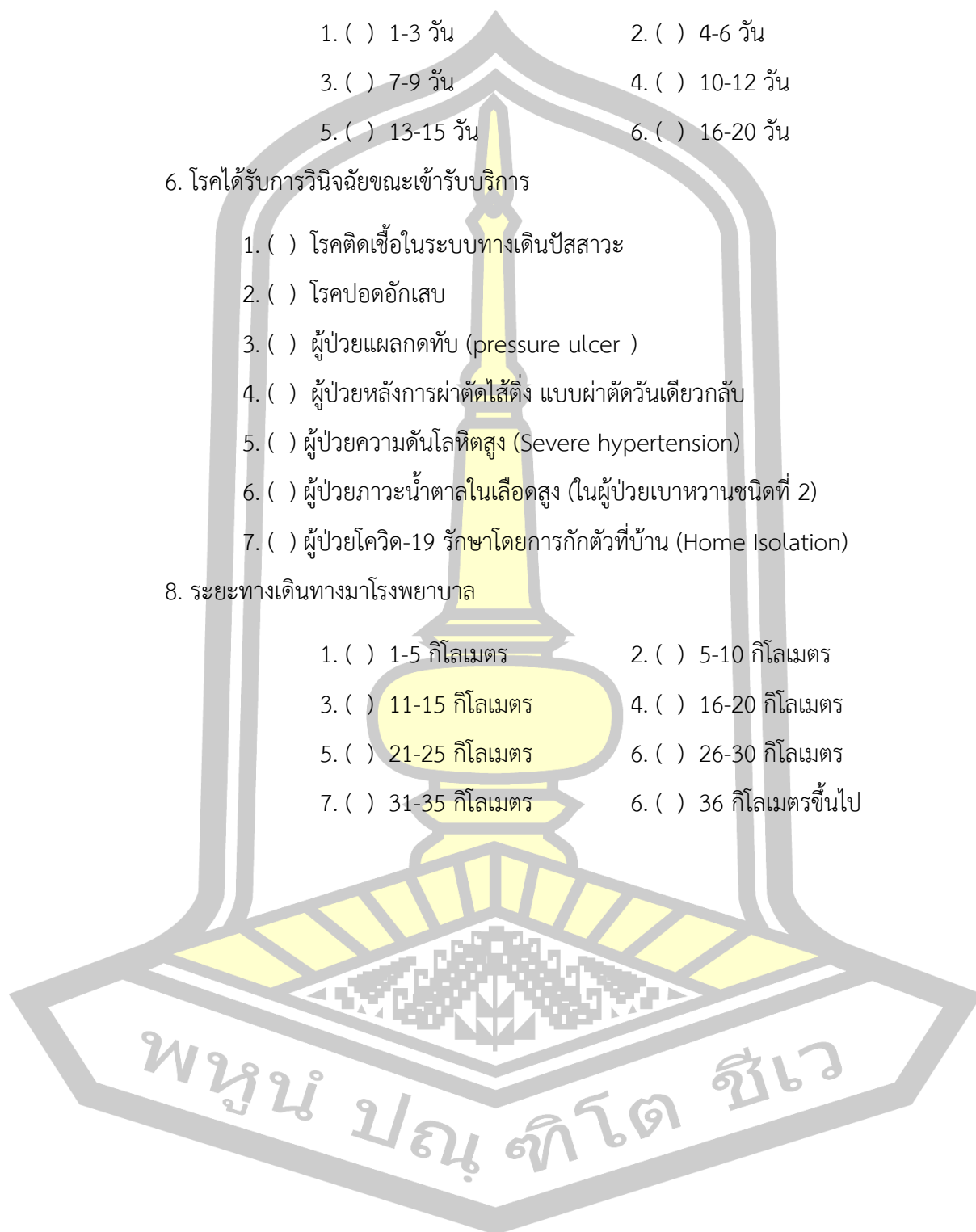
4. () 16-20 กิโลเมตร

5. () 21-25 กิโลเมตร

6. () 26-30 กิโลเมตร

7. () 31-35 กิโลเมตร

6. () 36 กิโลเมตรขึ้นไป



ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดตามความเห็นของท่าน

พฤติกรรมกรเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ	ระดับความเห็น				
	ไม่เคย	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้งขึ้นไป
1.ด้านความถี่กรเข้ารับบริการ	ไม่เคย	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้งขึ้นไป
1.ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านเข้ารับกรบริการที่โรงพยาบาลร่งคำบ่อยเพียงใด					
2.ด้านระยะเวลาเข้ารับกรบริการ	น้อยกว่า 30 นาที	น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	1-2 ชั่วโมง	2-3 ชั่วโมง	3 ชั่วโมงขึ้นไป
1.ระยะเวลารอพบแพทย์นานเพียงใด					
2.ระยะเวลารอรับยานานเพียงใด					
3.ระยะเวลาตั้งแต่กรเข้ารับกรบริการจนรับกรบริการเสร็จใช้เวลานานเพียงใด					
3.ช่วงเวลาเข้ารับกรบริการ	6.00 - 12.00 น.	12.00- 13.00 น.	13.00- 18.00 น.	18.00- 24.00 น.	24.00- 6.00 น.
1.ท่านมักเข้ารับกรบริการช่วงเวลาใดมากที่สุด					
4. ด้านความแออัด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ท่านรู้สึกว่โรงพยาบาลมีความแออัดมากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 3 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดตามความเห็นของท่าน

ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์	ระดับความเห็น				
	ไม่เคยรู้จักมาก่อน	จากคนรู้จัก	โทรทัศน์และสื่อพิมพ์ต่างๆ	อินเทอร์เน็ต	อื่นๆ นอกเหนือจากนี้
1. ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward					
1. ท่านรับรู้ถึงระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จากช่องทางใด					
2. ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมีความต้องการเข้ารับบริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด					
3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3.1 การอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา					
1. ทีมสหวิชาชีพมีการอบรมความรู้ความเข้าใจและทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) แก่ท่านได้ดีเพียงพอเพียงใด					
3.2 ระบบการติดตามอาการผู้ป่วย					
1. การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด					
2. การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด					
3.3 ความพร้อมของระบบและอุปกรณ์					
1. ความพร้อมของระบบการให้บริการระบบ					

ผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความพร้อมระดับใด					
2. อุปกรณ์การติดตามผลการรักษาด้วยตนเองที่บ้าน ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้มีความเพียงพอหรือไม่					
3.4 ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ					
1. ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมากน้อยเพียงใด					
3.5 ความยากง่ายและความสะดวกของระบบ					
1. ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการรับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด					
2. ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความง่ายต่อการใช้บริการเพียงใด					
3. การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด					
4. ระบบการติดตามผลการรักษา มีความสะดวกมากน้อยเพียงใด					
3.6 กระบวนการรักษาและผลการรักษา					
1. ความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้น ท่านมีความเชื่อมั่นมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านมีความเชื่อมั่นในผลการรักษา หลังจากจบกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดตามความเห็นของท่าน

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยน้อย

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยมาก

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด

ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการบริการการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ประจำวันมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านได้รับการบริการสะดวกสบายมากขึ้นหรือไม่เพียงใด					
3. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพียงใด					
4. ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด					
5. ระบบ Home Ward สามารถใช้งานได้เข้าใจง่ายหรือไม่เพียงใด					
6. ท่านมีความเห็นว่าระบบผู้ป่วยในที่บ้านมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วย
 ในที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

ด้านปัญหาที่พบ

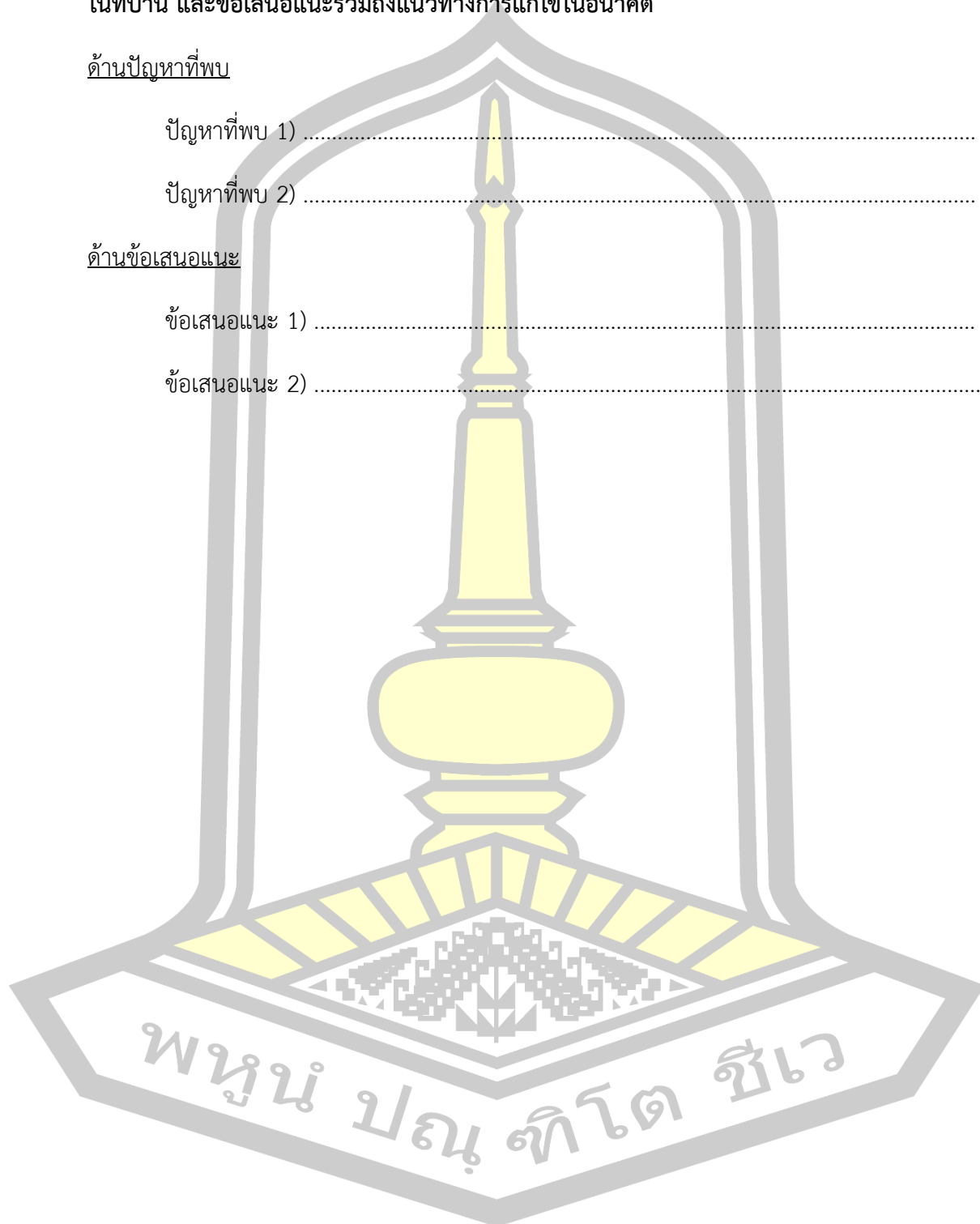
ปัญหาที่พบ 1)

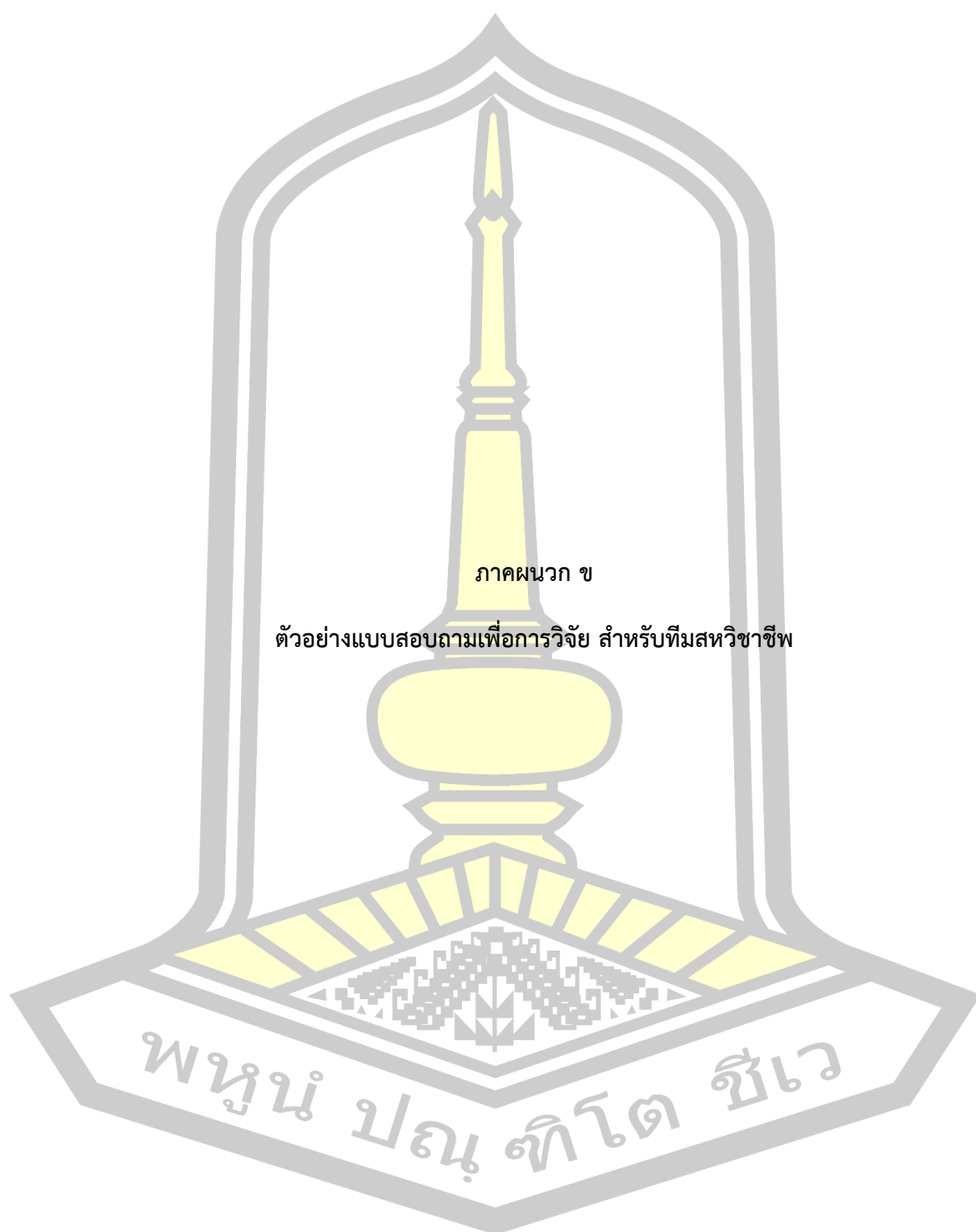
ปัญหาที่พบ 2)

ด้านข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ 1)

ข้อเสนอแนะ 2)





ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อการวิจัย สำหรับทีมสหวิชาชีพ

พหุ ประทีป ชีวะ

เลขที่แบบสอบถาม.....



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
การรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารรัฐกิจ และนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 2. เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของท่าน เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งข้อมูลของที่ท่านได้ตอบมาจะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามมี 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่อนคำ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาล
ร่อนคำ

ส่วนที่ 4 ปัญหาที่พบในงานบริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขใน
อนาคต

ขอขอบคุณในความกรุณา มา ณ โอกาสนี้

นายณัฐชน ตาลทอง

นิสิตระดับปริญญาโท สาขาบริหารรัฐกิจและนโยบายสาธารณะ
วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำหรับทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ

1. () เพศชาย 2. () เพศหญิง
3. () เพศทางเลือก 4. () ไม่ประสงค์จะระบุ

2. อายุ

1. () 20 - 25 ปี 2. () 26 - 30 ปี
3. () 31 - 35 ปี 4. () 36 - 40 ปี
5. () 41 - 45 ปี 6. () 46 - 50 ปี
7. () 51 - 55 ปี 8. () 56 - 60 ปี
9. () 61 - 70 ปี 10. () 71 - 80 ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. () ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
2. () ระดับปริญญาตรี
3. () ระดับปริญญาโท
4. () ระดับปริญญาเอก
5. () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. () 10,000 - 20,000 บาท 2. () 20,001 - 30,000 บาท
3. () 30,001 - 40,000 บาท 4. () 40,001 - 50,000 บาท
5. () 50,001 - 60,000 บาท 6. () 60,001 - 70,000 บาท
7. () 70,001 - 80,000 บาท 8. () 80,001 บาท ขึ้นไป

5. สิทธิการรักษาในปัจจุบัน

1. () สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
2. () สิทธิประกันสังคม
3. () สิทธิ พ.ร.บ. คู่ครองผู้ประสพภัย
5. () สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ UCEP
6. () สิทธิอื่น ๆ โปรดระบุ

6. ระยะเวลาที่เคยให้บริการ

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. () 1-3 เดือน | 2. () 4-6 เดือน |
| 3. () 6-9 เดือน | 4. () 9-12 เดือน |
| 5. () 1 ปีขึ้นไป | |

7. อาชีพ

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1. () แพทย์ | 2. () เกษีกร |
| 3. () พยาบาล | 4. () เทคนิคแพทย์ |
| 5. () นักรังสีเทคนิค | 6. () นักโภชนาการ |
| 7. () ทันตแพทย์ | 8. () อาชีพอื่น ๆ โปรดระบุ..... |

8. ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล

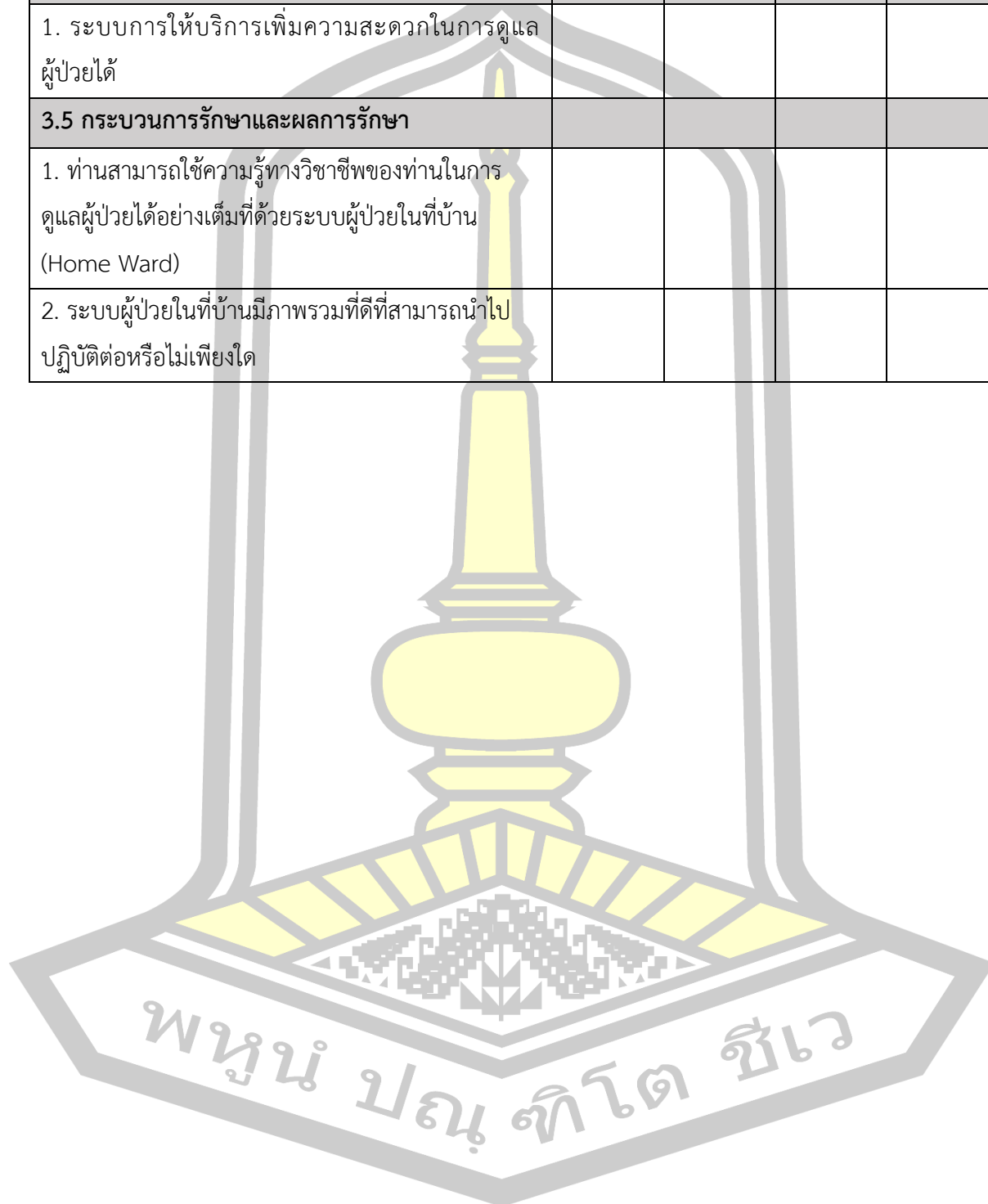
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. () น้อยกว่า 5 กิโลเมตร | 2. () 5-10 กิโลเมตร |
| 3. () 11-15 กิโลเมตร | 4. () 16-20 กิโลเมตร |
| 5. () 21-25 กิโลเมตร | 6. () 26-30 กิโลเมตร |
| 7. () 31-35 กิโลเมตร | 6. () 36 กิโลเมตรขึ้นไป |

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

ส่วนที่ 2 ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์

ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์	ระดับความเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)					
1. ท่านมีการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้ดีเพียงพอ					
2. ท่านได้รับการอบรมระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างเพียงพอ					
2. ด้านความต้องการให้บริการ					
1. ท่านมีความต้องการให้มีบริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)					
3. ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)					
3.1 ระบบการติดตามอาการผู้ป่วย					
1. มีการติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ					
2. ได้ติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ					
3. ระบบการติดตามผลการรักษาตามวิชาชีพของท่านมีความสะดวก					
3.2 ความพร้อมของระบบและอุปกรณ์					
1. ระบบการให้บริการมีความพร้อม					
2. อุปกรณ์การรักษาตามวิชาชีพของท่านมีเพียงพอ					
3.3 ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ					
1. ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการ					
2. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสะดวก					

3. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความสะดวก					
3.4 ความยากง่ายและความสะดวกของระบบ					
1. ระบบการให้บริการเพิ่มความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้					
3.5 กระบวนการรักษาและผลการรักษา					
1. ท่านสามารถใช้ความรู้ทางวิชาชีพของท่านในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)					
2. ระบบผู้ป่วยในบ้านมีภาพรวมที่ดีที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อหรือไม่เพียงใด					



ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดตามความเห็นของท่าน

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยน้อยที่สุด

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยน้อย

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยมาก

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด

ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์	ระดับความเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบผู้ป่วยในที่บ้าน					
2. การดูแลผู้ป่วยผ่านระบบผู้ป่วยในที่บ้านในด้านการช่วยให้ท่านทำงานตามลักษณะวิชาชีพ					
3. ระบบการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของระบบผู้ป่วยในที่บ้านมีความพึงพอใจ					
4. ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พอใจ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยใน
ที่บ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต

ด้านปัญหาที่พบ

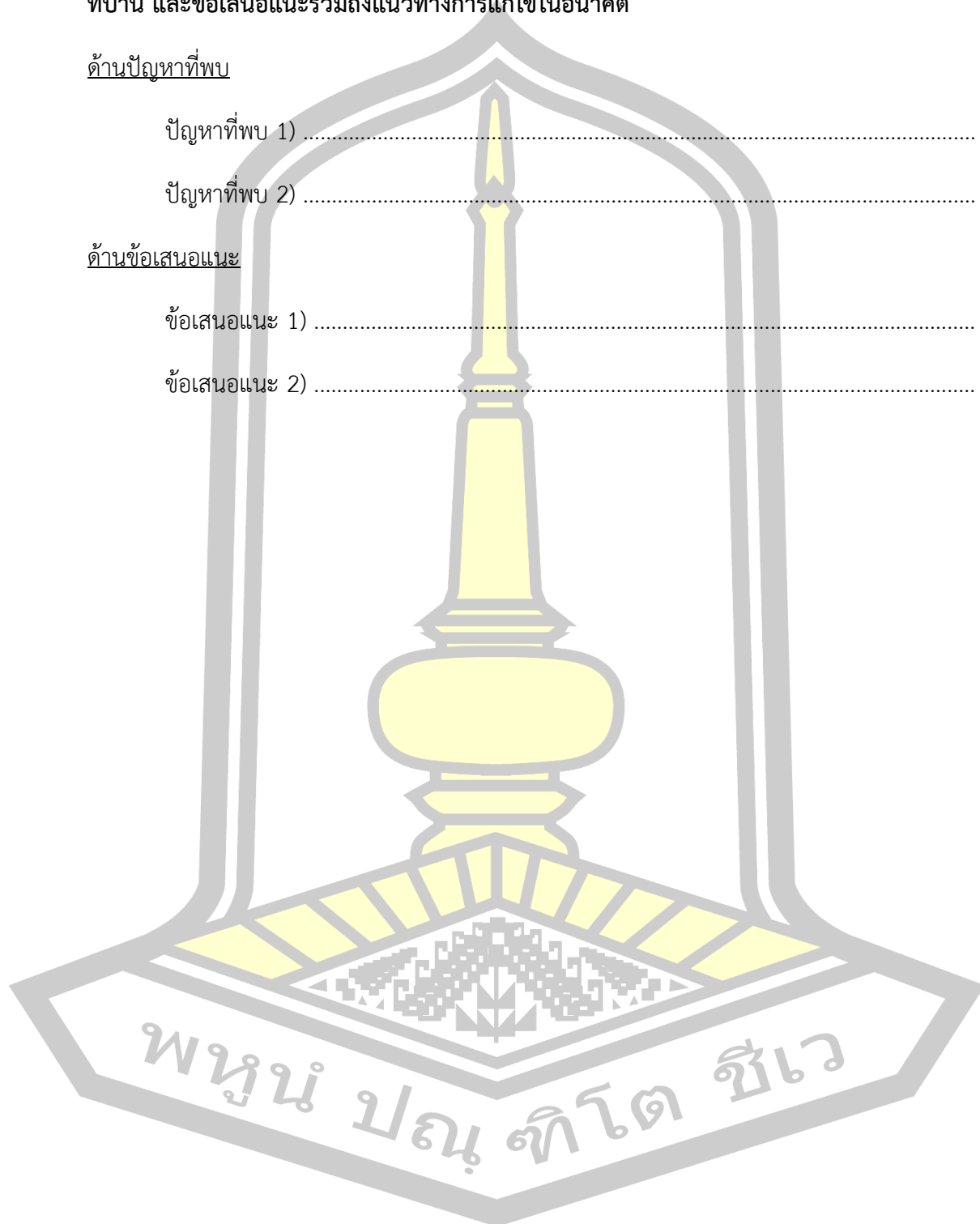
ปัญหาที่พบ 1)

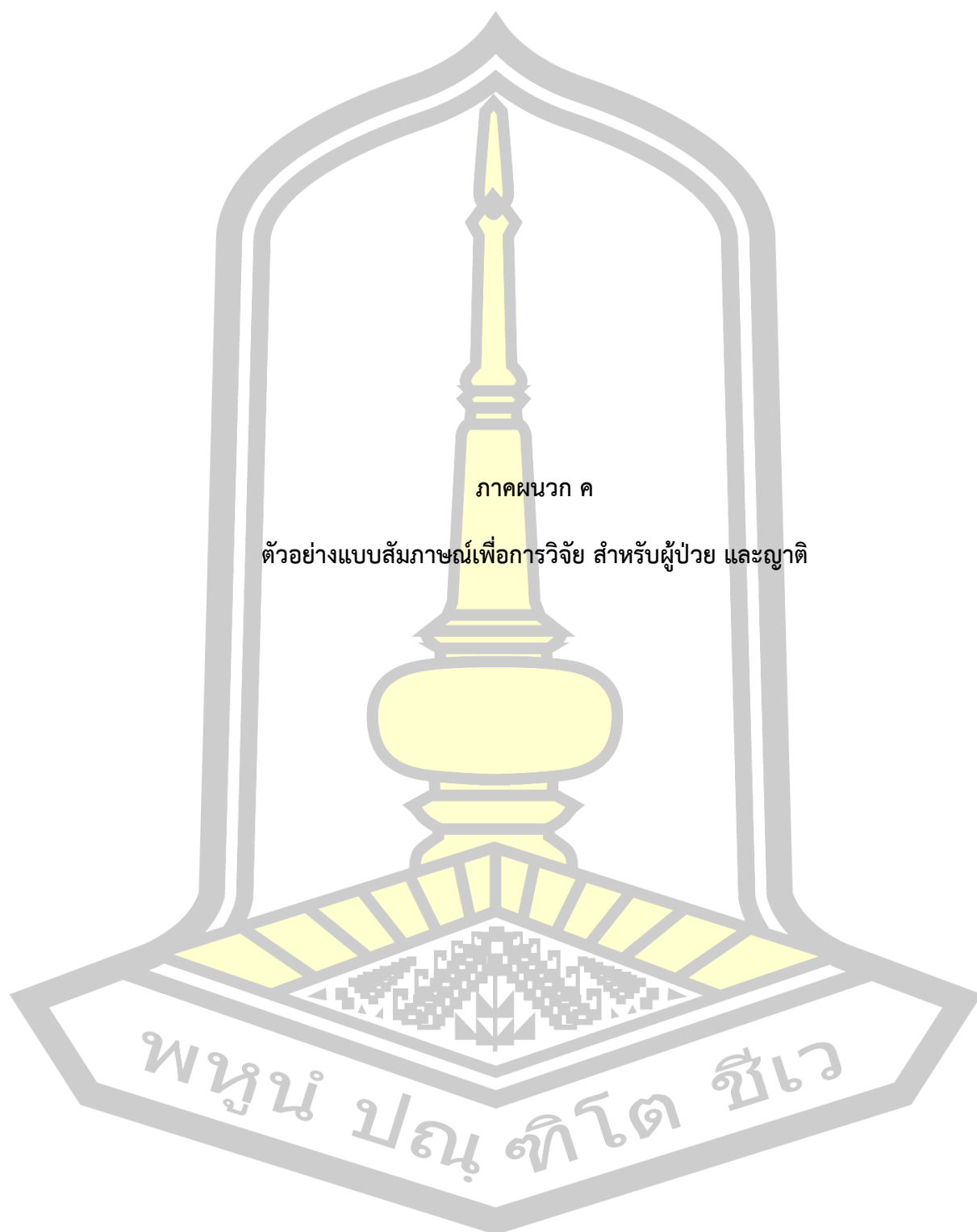
ปัญหาที่พบ 2)

ด้านข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ 1)

ข้อเสนอแนะ 2)





ภาคผนวก ค

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย สำหรับผู้ป่วย และญาติ

พหุบัณฑิตยาลัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
การรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 2. เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่มีคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลของที่ท่านได้ให้สัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

สำหรับผู้ป่วย และญาติ

ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์ วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์

เวลา สถานที่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสัมภาษณ์ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา

ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ..... รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล..... อุปกรณ์ติดต่อสื่อสารที่มี.....

โรคได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ.....

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ

1.1 ท่านมีมุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ อย่างไร ?

.....

.....

.....

.....

2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

2.1 ท่านมีความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.2 ท่านมีความคิดเห็นด้านการต้องการเข้ารับบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ความคิดเห็นต่อการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

.....

.....

.....

.....

พจนันท์ ปณฺฑิต โส ชีวะ

3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร

3.3 ด้านความสะอาดสบายในการรับบริการทางการแพทย์

3.4 ด้านการสอนวิธีการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคคลากร

3.6 ด้านการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่นการวัดไข้ วัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง เป็นต้น

พญ. ปณ. ศก. โตะ ชีเว

3.7 ด้านการติดตามอาการและผลการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ

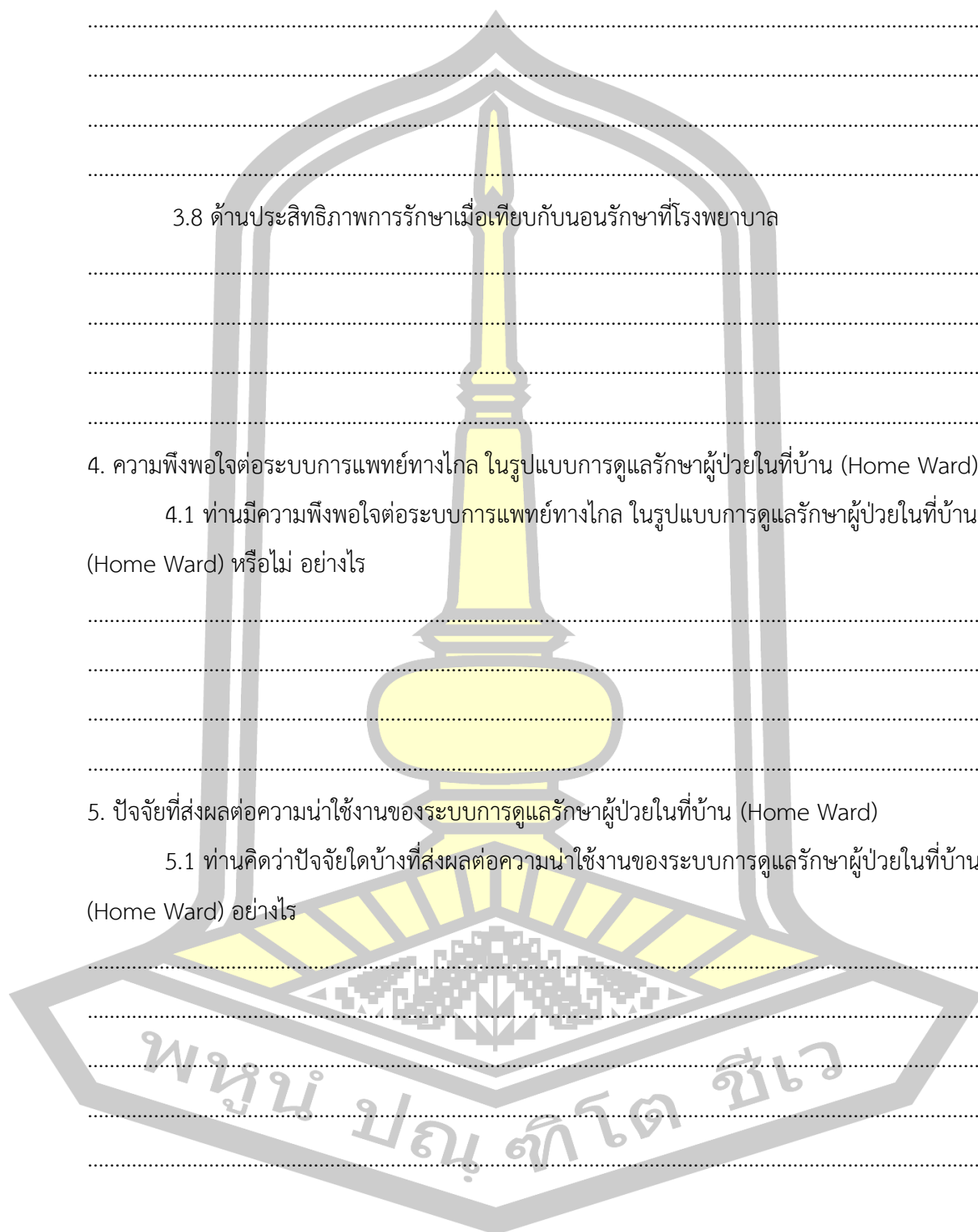
3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอนรักษาที่โรงพยาบาล

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

4.1 ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) หรือไม่ อย่างไร

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

5.1 ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) อย่างไร



6. ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6.1 ระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง

.....

.....

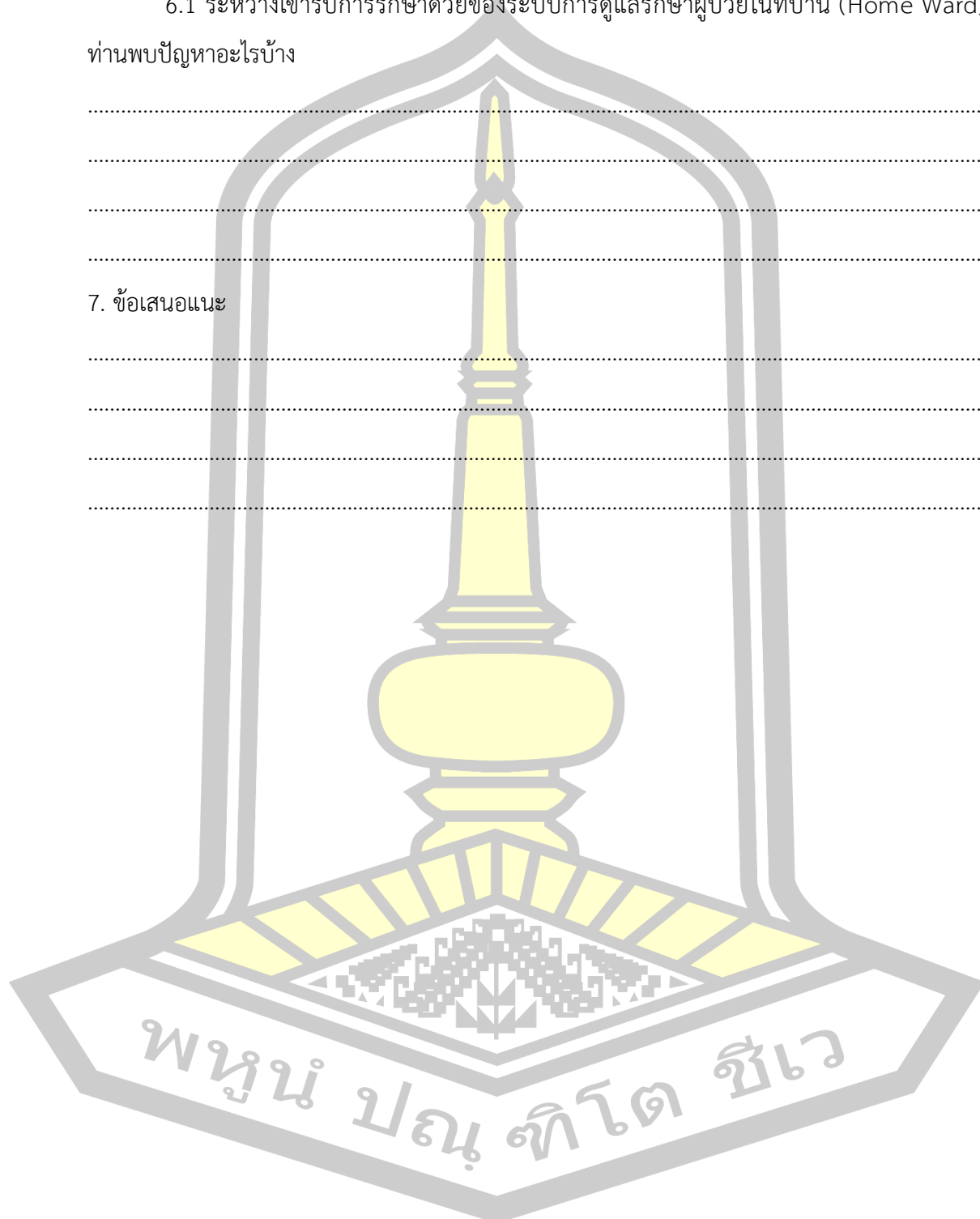
.....

7. ข้อเสนอแนะ

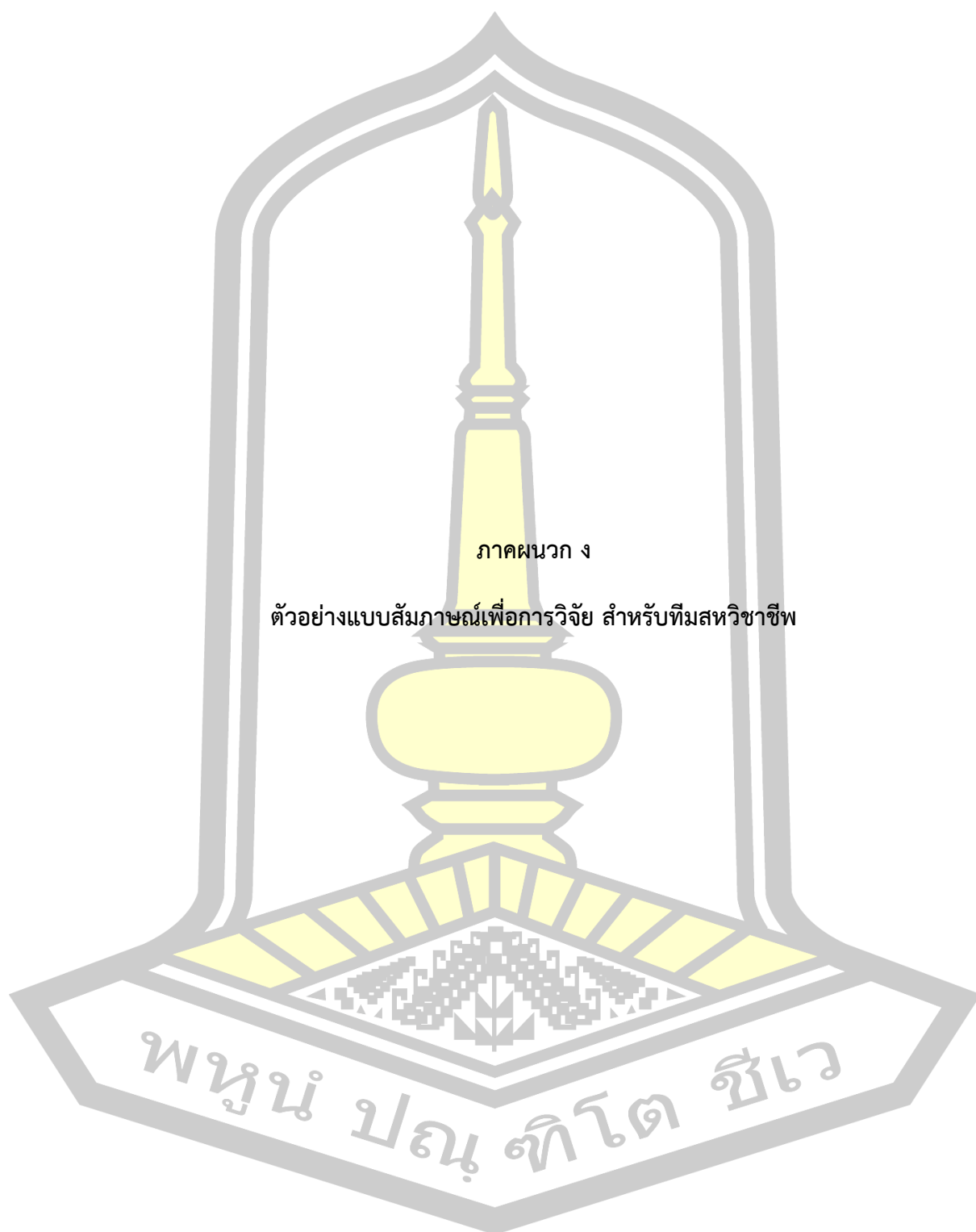
.....

.....

.....



ขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์



ภาควิชา

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย สำหรับทีมสหวิชาชีพ

พญูน์ ปณุ ทิโต ชีเว

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....



แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
การรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 2. เพื่อศึกษาถึงระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปัญหาที่พบ ระบบการบริการที่คุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลของที่ท่านได้ให้สัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

สำหรับทีมสหวิชาชีพ

ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์ วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์

เวลา สถานที่

ส่วนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสัมภาษณ์ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ

ระยะเวลาที่ได้ให้บริการ..... รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล..... สิทธิการรักษา.....

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์

1. ท่านมีมุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

2.1 ท่านมีความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.2 ท่านมีความคิดเห็นด้านการต้องการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ความคิดเห็นต่อการให้บริการการรักษารูปแบบผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย

.....

.....

.....

.....

พจนันท์ ปณฺฑิต โส ชีเว

3.7 ด้านการติดตามผลการดูแลรักษาในหน้าที่ของวิชาชีพของตน

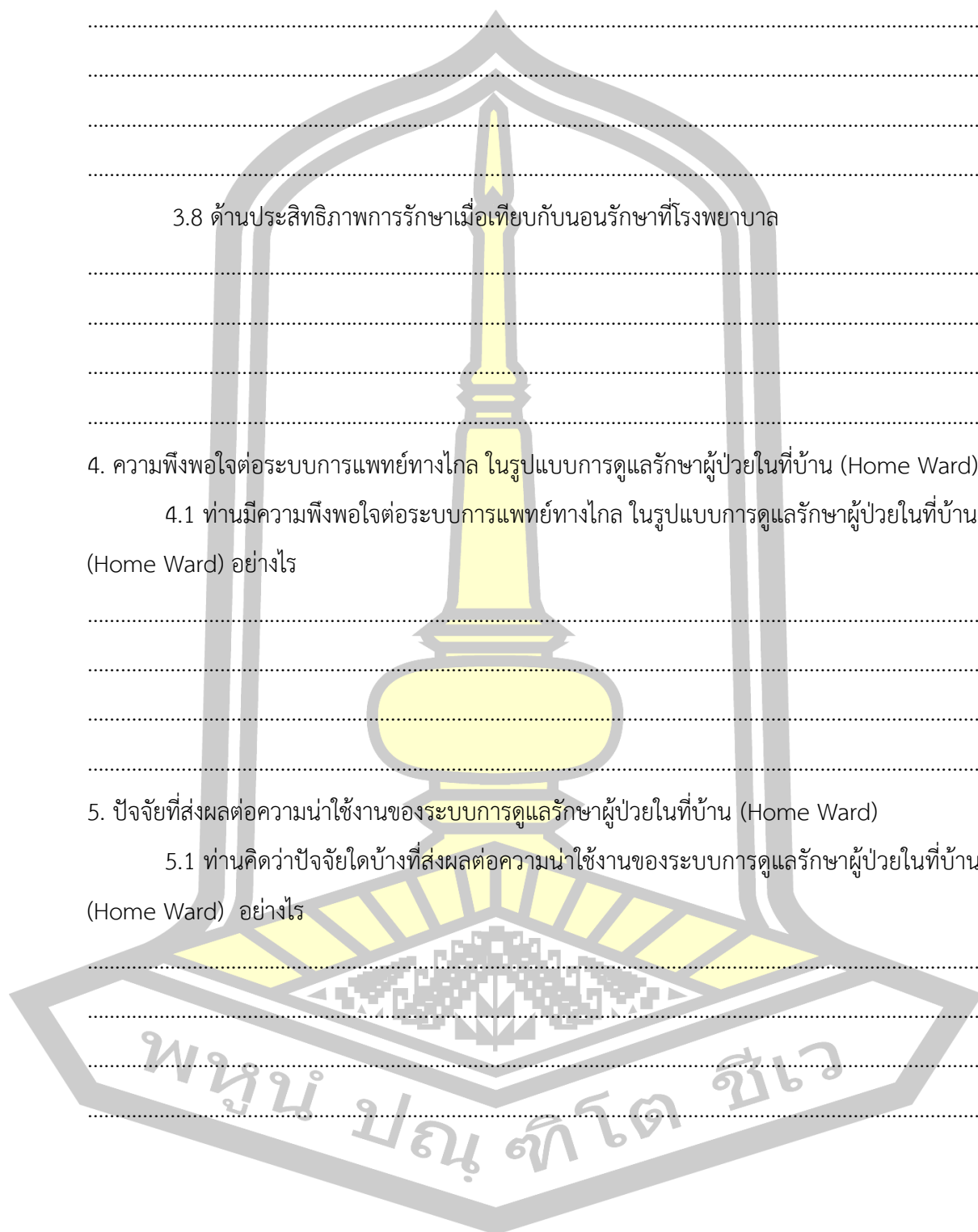
3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับบนอนรักษาที่โรงพยาบาล

4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

4.1 ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)

5.1 ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร



6. ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

6.1 ระหว่างการให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

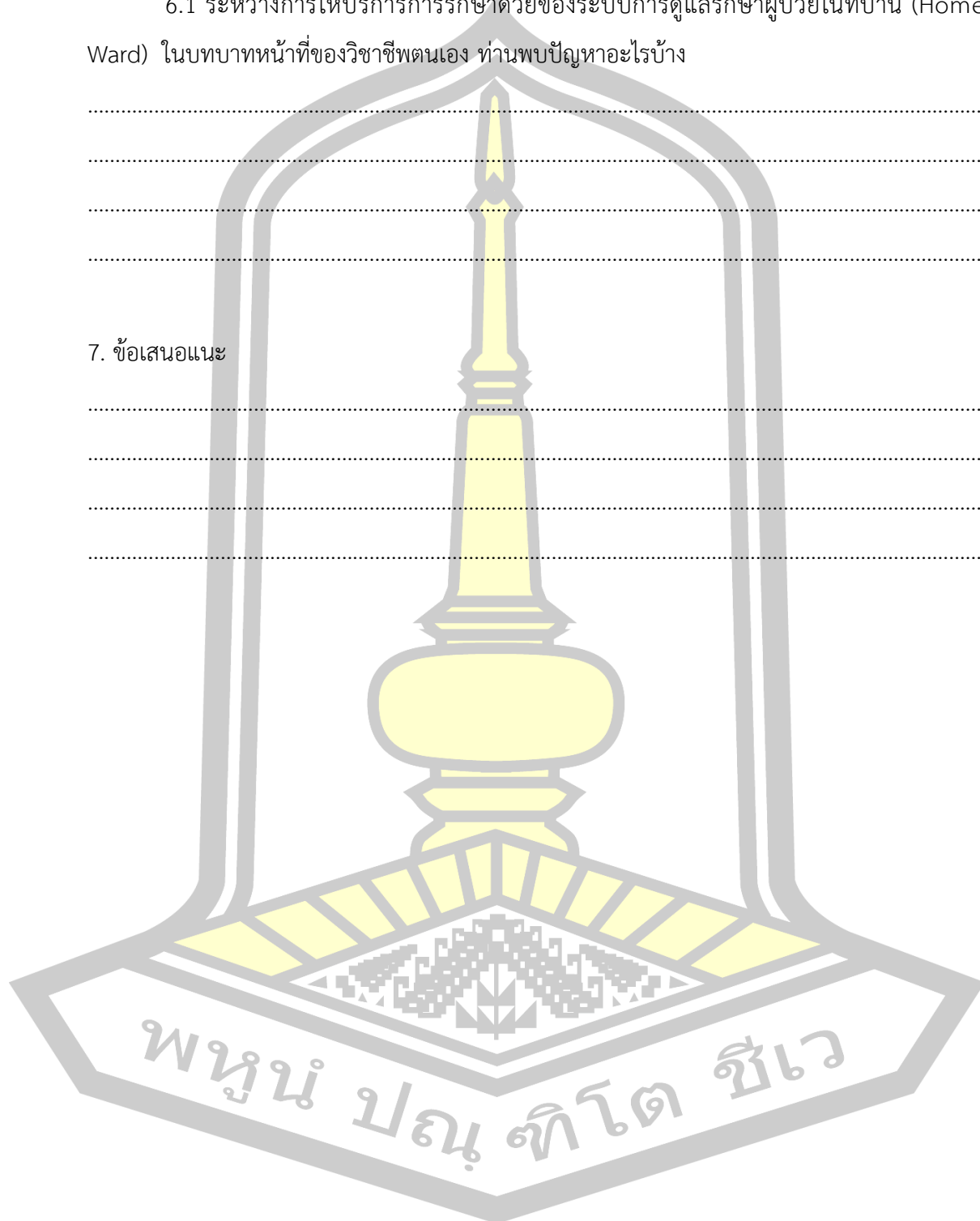
7. ข้อเสนอแนะ

.....

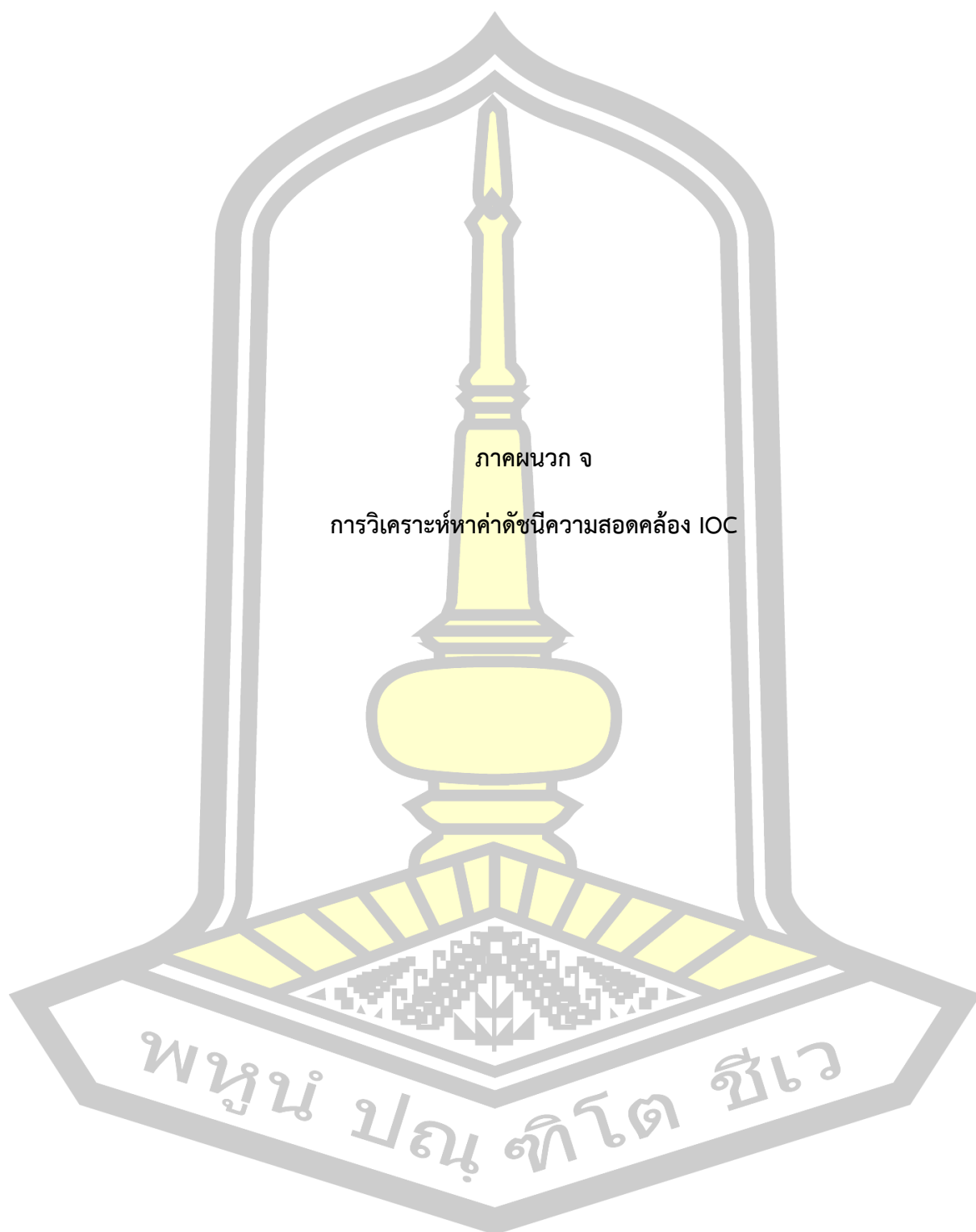
.....

.....

.....



ขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC

พหุ ประจักษ์ วิทยา

การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย สำหรับผู้ป่วย ญาติ

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ระดับความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม			
1.1 เพศ			
1.2 อายุ			
1.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
1.4 สิทธิการรักษาในปัจจุบัน			
1.5 ระยะเวลาที่ผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย ที่เคยเข้ารับการบริการ			
1.6 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยขณะเข้ารับบริการ			
1.7 ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล			
2. พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลร่งคำ			
2.1 ด้านความถี่การเข้ารับบริการ			
1. ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านเข้ารับการบริการที่โรงพยาบาลร่งคำบ่อยเพียงใด			
2.1 ด้านระยะเวลาเข้ารับการบริการ			
1. ระยะเวลารอพบแพทย์นานเพียงใด			
2. ระยะเวลารอรับยานานเพียงใด			
3. ระยะเวลาตั้งแต่การเข้ารับบริการจนรับบริการเสร็จใช้เวลาานานเพียงใด			
2.3 ช่วงเวลาเข้ารับบริการ			
1. ท่านมักเข้ารับบริการช่วงเวลาใดมากที่สุด			
2.4 ด้านความแออัด			
1. ท่านรู้สึกว่โรงพยาบาลมีความแออัดมากน้อยเพียงใด			
3. ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ			
3.1 ด้านการรับรู้และความต้องการระบบ Homeward			
1. ท่านรับรู้ถึงระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จากช่องทางใด			

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
3.2 ด้านความต้องการเข้าใช้บริการ			
1. ท่านมีความต้องการเข้ารับบริการระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด			
3.3 ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)			
3.3.1 การอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องระบบการรักษา			
1. ทีมสหวิชาชีพมีการอบรมความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) แก่ท่านได้ดีเพียงพอเพียงใด			
3.3.2 ระบบการติดตามอาการผู้ป่วย			
1. การติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด			
2. การติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสม่ำเสมอเพียงใด			
3.3.3 ความพร้อมของระบบและอุปกรณ์			
1. ความพร้อมของระบบการให้บริการระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความพร้อมระดับใด			
2. อุปกรณ์การติดตามผลการรักษาด้วยตนเองที่บ้าน ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้มีความเพียงพอหรือไม่			
3.3.4 ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ			
1. ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการมากน้อยเพียงใด			
3.3.5 ความยากง่ายและความสะดวกของระบบ			
1. ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ช่วยเพิ่มความสะดวกรสบายในการรับการรักษาทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด			
2. ระบบการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีความง่ายต่อการใช้บริการเพียงใด			
3. การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด			
4. ระบบการติดตามผลการรักษา มีความสะดวกมากน้อยเพียงใด			
3.3.6 กระบวนการรักษาและผลการรักษา			
1. ความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้น ท่านมีความเชื่อมั่นมาก			

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
น้อยเพียงใด			
2. ท่านมีความเชื่อมั่นในผลการรักษา หลังจากจบกระบวนการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มากน้อยเพียงใด			
4. ความพึงพอใจต่อระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์			
1. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการบริการการชั่งประวัติและตรวจร่างกายประจำวันมากน้อยเพียงใด			
2. ท่านได้รับการบริการสะดวกสบายมากขึ้นหรือไม่เพียงใด			
3. ท่านมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพียงใด			
4. ท่านมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด			
5. ระบบ Home Ward สามารถใช้งานได้เข้าใจง่ายหรือไม่เพียงใด			
6. ท่านมีความเห็นว่าระบบผู้ป่วยในบ้านมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด			
5. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต			
5.1 ด้านปัญหาที่พบ			
1. ปัญหาที่พบ			
5.2 ด้านข้อเสนอแนะ			
1. ข้อเสนอแนะ			

การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย สำหรับทีมสหวิชาชีพ

ข้อความคำถามในแบบสอบถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม			
1.1 เพศ			
1.2 อายุ			
1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด			
1.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
1.5 สิทธิการรักษาในปัจจุบัน			
1.6 ระยะเวลาที่เคยให้บริการ			
1.7 อาชีพ			
1.8 ระยะทางเดินทางมาโรงพยาบาล			
2. ระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาล ร่องคำ			
2.1 การอบรมให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพเรื่องระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
1. ท่านได้มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะการใช้งานระบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้ดีเพียงพอ			
2. ท่านได้รับการอบรมระบบการแพทย์ทางไกลรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างเพียงพอ			
2.2 ด้านความต้องการให้บริการ			
1. ท่านมีความต้องการให้มีบริการระบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
2.3 ด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
2.3.1 ระบบการติดตามอาการผู้ป่วย			
1. มีการติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ			
2. ได้ติดตามอาการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ			
1. มีการติดตามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ			
2.3.2 ความพร้อมของระบบและอุปกรณ์			

ข้อคำถามในแบบสอบถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
1. ระบบการให้บริการมีความพร้อม			
2. อุปกรณ์การรักษาตามวิชาชีพของท่านมีเพียงพอ			
2.3.3 ความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ			
1. ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการบริการ			
2. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมีความสะดวก			
3. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความสะดวก			
2.3.4 ความง่ายและความสะดวกของระบบ			
1. ระบบการให้บริการเพิ่มความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้			
2.3.5 กระบวนการรักษาและผลการรักษา			
1. ท่านสามารถใช้ความรู้ทางวิชาชีพของท่านในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ด้วยระบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)			
2. ระบบผู้ป่วยในบ้านมีภาพรวมที่ดีที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อหรือไม่เพียงใด			
3. ความพึงพอใจต่อระบบระบบให้บริการรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในโรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์			
1. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบผู้ป่วยในบ้าน			
2. การดูแลผู้ป่วยผ่านระบบผู้ป่วยในบ้านในด้านการช่วยให้ท่านทำงานตามลักษณะวิชาชีพ			
3. ระบบการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของระบบผู้ป่วยในบ้านมีความพึงพอใจ			
4. ความรวดเร็วในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่พอใจ			
4. แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบในการให้บริการผู้ป่วยในบ้าน และข้อเสนอแนะรวมถึงแนวทางการแก้ไขในอนาคต			
4.1 ด้านปัญหาที่พบ			
1. ปัญหาที่พบ			
4.2 ด้านข้อเสนอแนะ			
1. ข้อเสนอแนะ			

การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสัมภาษณ์

3. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย สำหรับผู้ป่วย และญาติ

ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์	ระดับความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ			
1.1 ท่านมีมุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ อย่างไร ?			
2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home Ward)			
2.1 ท่านมีความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) อย่างไร			
2.2 ท่านมีความคิดเห็นด้านการต้องการเข้ารับบริการการดูแลรักษา ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร			
3. ความคิดเห็นต่อการบริการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย			
3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร			
3.3 ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์			
3.4 ด้านการสอนวิธีการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน			
3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคคลากร			
3.6 ด้านการติดตามอาการด้วยตนเอง เช่นการวัดไข้ วัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง เป็นต้น			
3.7 ด้านการติดตามอาการและผลการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ			
3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอนรักษาที่โรงพยาบาล			
4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
4.1 ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแล รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) หรือไม่ อย่างไร			
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่			

ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์	ระดับความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
บ้าน (Home Ward)			
5.1 ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) อย่างไร			
6. ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)			
6.1 ระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง			
7. ข้อเสนอแนะ			



การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสัมภาษณ์

4. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย สำหรับทีมสหวิชาชีพ

ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์	ระดับความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
1. มุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำ			
1.1 ท่านมีมุมมองเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลร่งคำอย่างไร			
2. มุมมองต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home Ward)			
2.1 ท่านมีความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ทางไกล และการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่บ้านอย่างไร			
2.2 ท่านมีความคิดเห็นด้านการต้องการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่บ้าน (Home Ward) อย่างไร			
3. ความคิดเห็นต่อการบริการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
3.1 ด้านระยะทาง และค่าใช้จ่าย			
3.2 ด้านอุปกรณ์การรักษา และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร			
3.3 ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์			
3.4 ด้านการอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน			
3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากร และการติดต่อสื่อสารกับ ผู้ป่วย			
3.6 ด้านบทบาทวิชาชีพของตนในระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน			
3.7 ด้านการติดตามผลการดูแลรักษาในหน้าที่ของวิชาชีพของตน			
3.8 ด้านประสิทธิภาพการรักษาเมื่อเทียบกับนอนรักษาที่โรงพยาบาล			
4. ความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)			
4.1 ท่านมีความพึงพอใจต่อระบบการแพทย์ทางไกล ในรูปแบบการดูแล รักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) หรือไม่ อย่างไร			
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความนำใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่			

ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
	-1	0	+1
บ้าน (Home Ward)			
5.1 ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความน่าใช้งานของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) อย่างไร			
6. ปัญหาที่พบระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)			
6.1 ระหว่างการให้บริการการรักษาด้วยของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพตนเอง ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง			
7. ข้อเสนอแนะ			



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายณัฐชน ตาลทอง
วันเกิด	01/07/2539
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	104 หมู่ 13 ตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด 45230
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เภสัชกร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2568 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (ร.ม.) สาขาบริหารรัฐกิจและนโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2565 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขา เภสัชศาสตรบัณฑิต หลักสูตรนานาชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผลงานวิจัย	1. พลวัตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความเป็นธรรมทางสังคม: การวิเคราะห์ดัชนีความเหลื่อมล้ำและสวัสดิการสาธารณสุข (บทความวิจัย) 2. ทิศทางระบบสาธารณสุขของประเทศไทย: ความเจริญทางเศรษฐกิจ ความไม่เท่าเทียมทางสังคม และความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุ (บทความวิจัย) 3. Pharmacists and Public Health: Examining Their Contribution to Life Expectancy in Thailand's Healthcare System (Research Article) 4. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward): กรณีศึกษา โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์)

พญ. ปณ. ทิ. โตะ ชี. เว