



## ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

วิราภรณ์ ณรงค์ราช<sup>1</sup>, มะลิวรรณ อังคณิตย์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

<sup>2</sup>กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

### Effectiveness of Seamless Service System Development in the Care of Rehabilitation for Intermediate Care in Roi Et Province Network

Wiraporn Narongrat<sup>1</sup>, Maliwan Ankhani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Rehabilitation Medicine

<sup>2</sup>Department of Research and Nursing Development

Received: 10 August 2022 / Revised: 28 December 2022/ Accepted: 18 January 2023

#### บทคัดย่อ

**หลักการและวัตถุประสงค์:** การฟื้นฟูสภาพช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะกลาง การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบบริการและประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการมี 3 ระยะ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ ศึกษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง มี 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) สหวิชาชีพ และ 2) ผู้ป่วยระยะกลาง 789 ราย เก็บข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2564 แบบผสมผสานวิธี ศึกษาเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ การสนทนากลุ่ม การบันทึก การสังเกตพฤติกรรมและตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

**ผลการศึกษา:** พบว่า 1) การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติไม่เห็นความสำคัญ และขาดทุนทรัพย์ 2) ระบบบริการแบบไร้รอยต่อมีองค์ประกอบ คือ กำหนดปัญหา ระบบบริการมีแนวทางปฏิบัติและส่งต่อด้วยโปรแกรม NEMOCARE ติดตามผลลัพธ์ และ 3) ประสิทธิผลของการพัฒนา พบว่าบุคลากรพึงพอใจระดับมาก ( $\bar{X}$ :4.70, SD=.78) ผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น ( $\bar{X}$ :12.98, S.D.=7.88,  $p<0.001$ ) ผู้ป่วยพึงพอใจระดับมากร้อยละ 88.46 ( $\bar{X}$ :25.78, S.D.=1.50,  $p<0.001$ ) และเพิ่มคุณภาพผลลัพธ์

**สรุป:** ประสิทธิผลของการพัฒนา เกิดความชัดเจน เพิ่มคุณภาพบริการ เพิ่มคุณภาพชีวิตและพึงพอใจต่อระบบบริการ

**คำสำคัญ:** บริการแบบไร้รอยต่อ, ฟื้นฟูสภาพ, ผู้ป่วยระยะกลาง

## Abstract

**Background and Objectives:** Rehabilitation could improve quality of life for intermediate care patients. This research was to study the situation, improve the service model and the effectiveness of the development of a seamless service system.

**Methods:** This was an Action research consisting of 3 phases: 1) the situation study phase, 2) the model development phase, and 3) the model outcome evaluation phase. Two sample groups were studied at Roi Et hospital and 20 community hospitals: 1) multidisciplinary teams and 2) 789 intermediate care patients. Data were collected from October 2020 to December 2021 using the mixed methods; evidence-based documentation, group discussions, recordings, behavioral observations and questionnaires. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data by distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test statistics.

**Results:** It was found that 1) the situation of intermediate care was unclear. The staff lacked patient information. Patients and their families do not see the importance of rehabilitation and have financial problems. 2) The seamless service system consists of the following elements: problem determination, organize a service system to have practical guidelines, referral system with NEMOCARE program and, monitoring outcome. And 3) the effectiveness of the development was found that 1) the staff were satisfied at a high level (Mean=4.70, SD=.78). 2) There is an increase in the number of intermediate care patients. ( $\bar{x}$  =12.98, S.D.=7.88,  $p<0.001$ ) 3) 88.46% of patients were satisfied with the quality of service at a high level ( $\bar{x}$  =25.78, S.D.=1.50,  $p<0.001$ ) and enhance the quality of clinical outcomes.

**Conclusion:** The effectiveness of the development to create clear system, to increase service quality, to increase quality of life and to be satisfied with the service system

**Keyword:** seamless service system, intermediate care, rehabilitation care-

## บทนำ

ประเทศไทยและทั่วโลก พบปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บสมอง (traumatic Brain Injury : TBI) และผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury :SCI) มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการ จากความบกพร่องที่หลงเหลือ เช่น ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคมตามมา<sup>1</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ขึ้น โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน<sup>2</sup> ดังนั้นการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care : IMC) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้และหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ดำรงชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน<sup>3-5</sup>

จากสถิติอุบัติการณ์ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มโรคในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 2,488, 2,611 และ 2,787 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีจำนวน 927, 973 และ 1,273 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมี จำนวน 93, 52 และ 56 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup> ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบมียอดผู้พิการด้านทางการเคลื่อนไหวและร่างกายรายใหม่ของจังหวัดร้อยเอ็ดเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบ 2,184, 2,497 และ 2,163 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup>

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มศักยภาพที่ควรจะมี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>7</sup> แต่ที่ผ่านมายังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ไม่ทราบข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และขาดทุนทรัพย์ในการใช้จ่ายเดินทางมารักษา เมื่อนำข้อมูลประเด็นปัญหาการไม่ทราบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายมาวิเคราะห์ พบว่าการส่งข้อมูลผู้ป่วยมาในรูปแบบเอกสารเมื่อข้อมูลถึงโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ล่าช้าหรืออาจสูญหายทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงกระบวนการฟื้นฟู ก่อให้เกิดความพิการถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อน จนเป็นปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ลูกหลานถึงปัญหาสังคมของคนในท้องถิ่น<sup>8</sup> และส่งผลให้เกิดผู้พิการจากทั้งสามโรคข้างต้นเป็นจำนวนมาก จนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับจังหวัดร้อยเอ็ดไปจนถึงระดับประเทศ

ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและเป็นผู้นำทีมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อดำเนินงานติดตาม ควบคุม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวมไปจนถึงดำเนินงานพัฒนาการบริการการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ/หรือที่บ้านและชุมชน ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางนี้ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับฟื้นฟูสภาพ เพิ่มศักยภาพ ลดความพิการ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ และประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

## วิธีการศึกษา

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางประกอบด้วย การดูแลแบบไร้รอยต่อ มีการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจนครบตามเกณฑ์ มีการประเมิน วางแผน การฟื้นฟูและติดตามผล โดยทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบฯ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการด้วยการเก็บข้อมูลแบบเปรียบเทียบกับย้อนหลังและติดตามไปข้างหน้า (retrospective prospective before and after intervention design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด 20 แห่ง และ 2) ผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 789 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็น 2 กลุ่มดังนี้ 1) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 75 ราย และ 2) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายระยะกลาง จำนวน 789 ราย คือ กลุ่มโรค stroke, traumatic brain injury: TBI, spinal cord injury : SCI โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายระยะกลาง คือ กลุ่มโรค

stroke, traumatic brain injury: TBI, spinal cord injury: SCI ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายระยะกลาง 2) อายุ 18-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) อาการรุนแรง 2) ไม่สามารถสื่อสารได้

**เครื่องมือวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบบริการ ได้แก่ แบบบันทึกเอกสารสำหรับวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และแบบวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาคุณภาพระบบการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ด้วย 6 building blocks plus ตามกรอบแนวคิดของ WHO เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2564 และ 2) เครื่องมือประเมินผล ได้แก่ (1) รูปแบบบริการที่พัฒนา (2) แบบประเมินความรู้ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (3) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (4) แบบสอบถามความพึงพอใจคุณภาพบริการของผู้ป่วยและครอบครัว (5) แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพให้บริการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (6) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกตามเกณฑ์การประกันคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางตาม service plan (7) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนำใช้รูปแบบการพัฒนา ของทีมสหวิชาชีพ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

- 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์ศัลยกรรมประสาท พยาบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.0
- 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาทั้งหมดโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย IMC ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78, 0.82, 0.86, 0.88, 0.90 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 069/2563

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงรูปแบบฯ และระยะที่ 4 ประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการ การบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างวันที่ 25-26 ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยการประชุมสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 8 ราย กับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 26 ราย ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ 1) ด้านกระบวนการดูแล พบว่าระบบบริการเดิมมีรูปแบบบริการที่หลากหลายส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน คู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจนแต่ระบบการบริการมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการให้บริการผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาตามอาการที่ประเมินได้ ให้การดูแลตามปัญหาที่พบของผู้ป่วยเป็นครั้งๆ การบริการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาและการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความหลากหลายตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล 2) ด้านความรู้ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการ พบว่า บุคลากรสหวิชาชีพขาดความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันทั้งระบบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดหลายคนผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แต่พยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายดูแลระยะกลางบางคนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และใช้ความรู้จากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงานโดยไม่ได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะด้าน เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการจัดการผู้ป่วยระยะกลางจึงทำตามแนวทางที่กำหนดเท่านั้น 3) ขาดงบประมาณสนับสนุนขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน และ 4) ด้านผู้ป่วยพบปัญหาว่าผู้ป่วยและญาติ บางครอบครัวมีฐานะยากจน หรือบางครอบครัวไม่สามารถนำผู้ป่วยระยะกลางกลับไปดูแลที่บ้านได้เอง

ภายหลังการวิเคราะห์ระบบบริการการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจึงมีการจัดกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย สอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกันมากขึ้น (simulation) โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิดความคิด ความร่วมมือ ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงาน และมีการวางแผนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel index of activities of daily living) ของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามระบบบริการแบบใหม่ เมื่อมีนโยบายที่ชัดเจนให้มีการจัดทำ IMC NEMOCARE program สำหรับให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อโดยให้การดูแลทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล รับผิดชอบต่อผู้ป่วย และจัดการอบรมให้บุคลากรทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนผู้ป่วยและญาติ

ผู้ดูแล เพื่อให้ทุกคนมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ด้านงบประมาณได้มีการจัดโครงการขอสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ทำโครงการเขียนโปรแกรม NEMOCARE เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งระบบบริการแบบไร้รอยต่อ

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดย 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการรายโรค การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลแบบไร้รอยต่อ การดูแลต่อเนื่องและระบบการส่งต่อ และ 2) ประชุมสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 ราย เพื่อพิจารณาและเลือกประเด็นการพัฒนาความรู้ในการให้การบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันจัดทำแนวทางการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ตามแนวคิดของการจัดบริการรายโรค มีทีมสหวิชาชีพผู้จัดการดูแล เครื่องมือแนวทางในการดูแล โปรแกรมข้อมูลและการส่งต่อดูแลให้ไร้รอยต่อ จากนั้นผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่ผู้วิจัยพัฒนาระบบการบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานบริการในชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน

**ระยะที่ 3** ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดำเนินการดังนี้

3.1 ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยเริ่มจากการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะให้พนักงานพยาบาลบำบัดและพยาบาลประจำการ (IMC Team) ในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด (IMCN) คือมีแนวทาง CPG/CNPG การจัดการบริการการดูแลแบบไร้รอยต่อ มีการประเมิน วางแผนการฟื้นฟูและติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นแบบแผนเหมือนกันทั้งจังหวัด ผักใช้แผนการการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตาม NEMO Program ซึ่งประกอบด้วย คำนิยาม กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในโปรแกรม แนวทางการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง แบบส่งต่อผู้ป่วย rehabilitation order sheet activities protocol IMC team Meeting report โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การประเมินและติดตามผลการให้การรักษาพยาบาล พร้อมมีคู่มือประกอบการอบรมการใช้โปรแกรมในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เป็นเวลา 7 วัน หลังจากนั้นให้นำไปใช้ที่หอผู้ป่วยหรือศูนย์การบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของทุกโรงพยาบาลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2564 กับทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 75 ราย ส่วนหนึ่ง พบว่าภายหลังอบรมการใช้รูปแบบการดูแลตาม

NEMOCARE program ทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความรู้ความสามารถและทักษะในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางสามารถส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัวผู้ดูแลให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้

3.2 ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยนำปัญหาที่พบมาแก้ไขและพัฒนา เพื่อให้พยาบาลทีมการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางทุกคนมีความสามารถในการจัดการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมดังนี้

3.2.1 พัฒนาโปรแกรม NEMOCARE เพื่อใช้ส่งต่อข้อมูล โดยโปรแกรมจะเชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรม hos xp ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด และเชื่อมต่อกับ application Line ทำให้การส่งตัวผู้ป่วยมีระบบเตือนไปยังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่รับการส่งตัว มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะกลาง การรักษา ผลการตรวจ ยาที่รักษา และเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟู เพื่อให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนได้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และลดปัญหาผู้ป่วยขาดหายจากการรักษา โดยระบบจะแจ้งชื่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน หากผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทีมดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จะนำทีมออกเยี่ยมที่บ้านเพื่อประเมินและดึงเข้าสู่ระบบการรักษาต่อ อย่างไรก็ตามการติดตามผู้ป่วยจนครบตามเกณฑ์ยังเป็นปัญหา เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากร

3.2.2 จัดอบรมเพิ่มเติมระยะสั้นให้พยาบาลสามารถจัดการดูแลการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อน ขาดการติดตามและจัดทำแผนพัฒนาพยาบาลฟื้นฟูเฉพาะทางหลักสูตร 4 เดือน

3.2.3 จัดทำช่องทางให้เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้ป่วยได้ขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก โปรแกรม NEMOCARE เป็นต้น

3.2.4 จัดอัตรากำลังเพื่อให้การจัดการการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างเหมาะสมกับภาระงาน

**ระยะที่ 4** ระยะประเมินผลลัพธ์รูปแบบ โดยเก็บรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2564 ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ และด้านคุณภาพระบบบริการ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจัดกลุ่มคำตอบ 2) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Barthel Index score, การเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค (pressure sore, pneumonia, UTI) ไม่เกินร้อยละ 5 และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย IMC รวมทั้งประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะจำหน่ายกลับบ้าน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบการพัฒนา ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบใช้สถิติ independent- t-test



## ผลการศึกษา

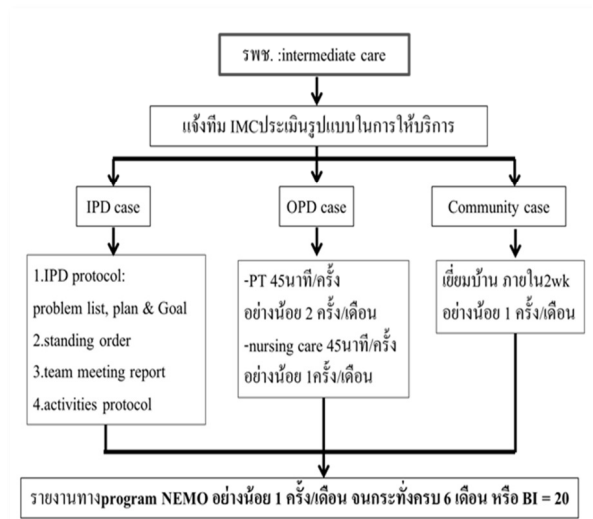
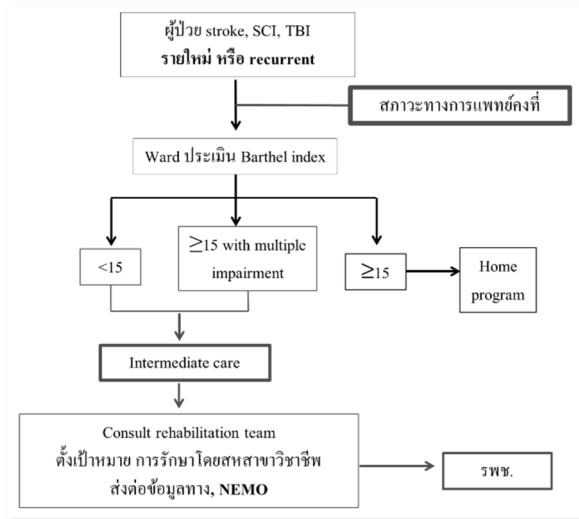
### 1. สถานการณ์บริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง คือ 1) ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน 2) เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จากการส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่องถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ผู้ป่วยและญาติไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและความพิการ และ 4) ผู้ป่วยขาดทุนทรัพย์ในการใช้จ่าย จึงตัดสินใจรักษาตามยถากรรมมากกว่า การนำผู้ป่วยเข้ากระบวนการฟื้นฟู ซึ่งได้นำมาวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา (root cause analysis) พบว่า ในกระบวนการเดิมของการดูแลผู้ป่วย มีปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมาก ที่เป็นปัญหาเบื้องต้น คือ การไม่ทราบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการรักษา ข้อมูลผู้ป่วยถูกส่งมาในรูปแบบเอกสารผ่านทางระบบธุรการ หรือ E-mail เมื่อข้อมูลถึงโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยถูกจำหน่ายไปแล้วมากกว่า 1 เดือน หรือการฝากเอกสารไปส่งตัวมาอยู่กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายไม่นำเอกสารไปโรงพยาบาลชุมชนทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าไม่ถึงการฟื้นฟู และข้อมูลสำคัญด้านวิชาการ ก่อให้เกิดความพิการถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงได้พัฒนาคิดค้นโปรแกรมเพื่อการดำเนินงานติดตาม ควบคุม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ทั้งสามโรคนี้ให้กับต้นทางซึ่งก็คือโรงพยาบาลร้อยเอ็ดลงสู่พื้นที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีภายใต้โปรแกรมชื่อ NEMO CARE เชื่อมต่อกับ application Line รวมไปถึงงานพัฒนาการบริการ การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ในการพัฒนาโปรแกรม NEMOCARE เริ่มจากการนำโปรแกรม NEMOCARE ที่เป็นโปรแกรมการพัฒนาขึ้นมาโดยบุคลากรของโรงพยาบาลพนมไพร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด นำมาใช้กับงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการพัฒนารูปแบบการควบคุม กำกับ ติดตาม ระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความครอบคลุม ตั้งแต่ กระบวนการค้นหากลุ่มเป้าหมาย การควบคุมกระบวนการดูแลรักษา การฟื้นฟู การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน และสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยนำโปรแกรม NEMOCARE เข้ามาช่วยในการส่งต่อข้อมูล โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการ ดังนี้ 1) การลงทะเบียนการใช้โปรแกรม 2) การใช้โปรแกรมสำหรับแม่ข่าย ที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังลูกข่าย 3) การใช้โปรแกรมสำหรับโรงพยาบาลลูกข่าย ที่ต้องการออกเยี่ยมผู้ป่วย 4) การใช้โปรแกรมเพื่อดูระบบรายงานผลการออกเยี่ยมผู้ป่วยระยะกลาง และ 5) การใช้โปรแกรมเพื่อดูระบบรายงานประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง

### 2. ผลการพัฒนาแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ซึ่งเป็นแนวคิดในการกำหนดประเด็นปัญหาเนื้อหาการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อ องค์ประกอบที่ 2 การจัดระบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งมี 3 ส่วนดังนี้ 1) จัดระบบการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด (IMCN) 2) เครื่องมือในการจัดบริการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้มีการประเมิน วางแผนดูแล แผนการฟื้นฟู และติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นแบบแผนเหมือนกันทั้งจังหวัด คือ (1) มีแนวทาง CPG/CNPG ตาม NEMO Program ซึ่งประกอบด้วย คำนิยาม กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในโปรแกรม แนวทางการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง แบบส่งต่อผู้ป่วย rehabilitation order sheet activities protocol IMC team meeting report การประเมินและติดตามผลการให้การรักษาพยาบาล และ (2) คู่มือประกอบการอบรมการใช้ CPG/CNPG ตาม NEMO Program โปรแกรมการจัดบริการการดูแลแบบไร้รอยต่อ 3) มีการอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกใช้แผนการการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางตาม NEMO program และ 4) มีกิจกรรมการติดตามอาการต่อเนื่องและมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจบครบตามเกณฑ์และองค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ ลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงการบริการได้ทุกระดับ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านจบครบตามเกณฑ์ที่ระยะ 1, 3, 6 เดือน ทีมดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อถูกจัดตั้งขึ้นมาในชื่อ “IMC CARE TEAM” (รูปที่ 1) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เฉพาะทางด้านสมอง นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักโภชนาการ นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย เกษีกรต่างๆ เหล่านี้ เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลความรู้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เป็นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient care team)

ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยในจะมีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ IPD protocol ของแต่ละโรงพยาบาลประกอบไปด้วย แบบประเมิน problem list, plan and goal, standing order, team meeting report และ activity protocol สำหรับผู้ป่วยที่เข้าระบบฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอกจะได้รับการทำกายภาพบำบัด อย่างน้อยครั้งละ 45 นาที อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน nursing care 45 นาที อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน และสำหรับผู้ป่วยที่ดูแลแบบเยี่ยมบ้าน ทีมฟื้นฟูสภาพระยะกลางต้องเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องจนกระทั่ง 6 เดือน และหลังจากให้การบริการและติดตามเยี่ยม จะส่งข้อมูลผลการติดตามเยี่ยม ทางโปรแกรม NEMOCARE ทุกเดือน เพื่อรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ



รูปที่ 1 แสดงแนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย intermediate care ตั้งแต่การรับผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม NEMOCARE ไปจนถึงการส่งข้อมูลไปที่โรงพยาบาลชุมชนและรายงานผลผ่านโปรแกรม NEMOCARE

### 3. ผลการใช้รูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการใช้รูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด มีการประเมินผลลัพธ์ 2 ส่วน คือ

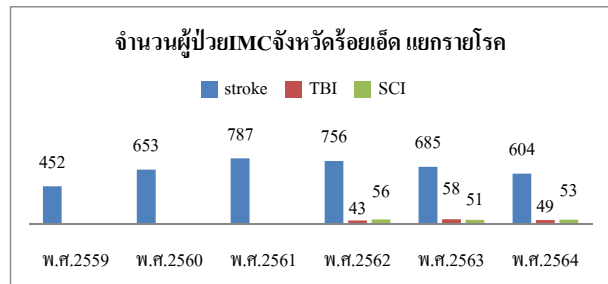
3.1 บุคลากรทีมสหวิชาชีพพึงพอใจต่อการพัฒนาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.70, SD = .78) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความเป็นประโยชน์ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อประเมินระดับการยอมรับของแพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพใช้รูปแบบการพัฒนา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก

3.2 ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

3.2.1 ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาแบบฯ ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้บริการและหลังจากนำโปรแกรม NEMOCARE มาใช้ พบว่า

1) จำนวนการนำเข้าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายพบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่กลุ่มนี้ และผู้ป่วยเข้ารับบริการ IMC มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการส่งต่อข้อมูลที่ง่าย และรวดเร็วโดยผู้ป่วยเข้ารับบริการ IMC ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 452 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 653, 787, 855, 794 และ 706 ราย ในปี พ.ศ. 2560 – 2564 ตามลำดับ และส่งผลให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะกลางจนครบ 6 เดือนหรือ BI20 เพิ่มจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 72 เป็นร้อยละ 88, 89.3 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ตามลำดับ

2) โปรแกรม NEMOCARE สามารถแยกโรคของผู้ป่วย IMC ได้ชัดเจน สามารถบอกข้อมูลที่แยกได้ตั้งแผนภาพ สามารถนำไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุ ต้นตอของโรคเพื่อแก้ปัญหาต่อไป (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย IMC จังหวัดร้อยเอ็ด แยกรายโรค

3) ผู้ป่วยมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 92.1 สามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของคนไข้ได้อย่างรวดเร็ว โดยพบภาวะแทรกซ้อนอยู่ที่เฉลี่ยร้อยละ 5.9 ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาโรคแทรกซ้อนได้อย่างทันที่ ลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนจากร้อยละ 9.0 เหลือร้อยละ 5.0 ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่สะท้อนข้อมูลการส่งต่อที่รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง หากมีสถานะการติดเชื้อ หรือโรคแทรกซ้อนสามารถที่จะส่งข้อมูลเพื่อรับการรักษาได้อย่างทันที่ พบข้อมูล อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลดลงจากร้อยละ 11.03 เหลือ ร้อยละ 4.67 ในปี พ.ศ. 2563

4) ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมครบ 6 เดือนตามเกณฑ์คุณภาพ ได้เฉลี่ยมากถึงร้อยละ 83.1 (เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 65) (รูปที่ 3)





ตารางที่ 2 แสดงร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาฯ ของทีมสหวิชาชีพ IMC (n=75)

ลำดับ	ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาฯ	ระดับความพึงพอใจ		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
1	ด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ	5.33	52.00	42.67
2	ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในรูปแบบการพัฒนาฯ	9.33	56.00	34.67
3	ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	5.33	54.67	40.00
4	ด้านความประหยัด (ประหยัดและลดต้นทุนทั้งทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ)	2.67	46.67	50.67
5	ด้านประสิทธิผลของใช้รูปแบบการพัฒนาฯ	-	69.33	30.67
6	ด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะใช้ในหน่วยงาน	4.00	50.67	45.33

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัวต่อคุณภาพบริการตามระบบที่พัฒนา (n=789)

ลำดับ	ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัวต่อคุณภาพบริการตามระบบที่พัฒนา	ระดับความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ความพึงพอใจบริการแรกรับของเจ้าหน้าที่ทีมบริการ	84.62	15.38	-
2.	ด้านการให้ข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น	80.77	15.38	3.85
3.	ด้านการพยาบาลและการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่	84.62	15.38	-
4.	ความมั่นใจในความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่	88.46	11.54	-
5.	การให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพในระหว่างรักษา	76.92	23.08	-
6.	การให้ข้อมูลระหว่างให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพ	84.62	15.38	-
7.	การช่วยเหลือสิทธิประโยชน์ เช่น อุปกรณ์ฟื้นฟู เพียงแหล่งประโยชน์ต่างๆ	80.77	19.23	-
8.	ด้านการสื่อสารและการประสานงานอื่นๆ	73.08	23.08	3.85
9.	ด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ให้บริการ	62.23	30.77	-
10.	ด้านสิทธิและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม	80.77	19.23	-
	<b>ภาพรวม</b>	<b>88.46</b>	<b>11.54</b>	<b>-</b>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวของผู้ป่วย IMC และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อคุณภาพบริการตามระบบ IMC ระหว่างกลุ่มหลังพัฒนาและกลุ่มก่อนพัฒนาโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=843)		หลังพัฒนา (n=789)		t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ค่าคะแนน Barthes Index (BI) เพิ่มขึ้น	12.86	6.14	12.98	7.88	5.77	.000
ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัวต่อคุณภาพบริการตามระบบ IMC	19.96	1.80	25.78	1.50	-13.49	.001*

\*p&lt;0.001

## วิจารณ์

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด ส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ดีขึ้นจากการพัฒนารูปแบบบริการให้ข้อมูลที่สนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลที่หน่วยงานร่วมให้บริการเครือข่ายเข้าถึงเพื่อการจัดการสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ได้ตามมิติ “ง่าย ได้ผล คนเป็นสุข” ทั้งนี้เนื่องจาก 1) มีการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางด้วยการบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการผู้ป่วยรายโรคระยะกลางภายในจังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2563 2) มีการขยายผลการบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการผู้ป่วยระยะกลางไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผู้ป่วยรายโรคในระะยะกลางร่วมกับเขตสุขภาพด้วยพลังวิชาการกับการเสริมพลังทีมเพื่อให้โปรแกรมในการลงข้อมูลผู้ป่วยรายโรคในระะยะกลางใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งเขตสุขภาพเนื่องจากที่ผ่านมาโปรแกรมการลงข้อมูลของแต่ละจังหวัดมีความหลากหลาย เข้าถึงยาก ทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยรายโรคระยะกลางได้ผลน้อยซึ่งทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ได้เลือกโปรแกรม Nemo Care ของจังหวัดร้อยเอ็ดในการลงข้อมูลผู้ป่วยในระะยะกลางในภาพของเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้ Server ของ N-refer ของจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นแม่ข่ายเป็นแกนหลักในการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วย นอกจากนี้การดำเนินงานยังเป็นประเด็นในการตรวจราชการเพื่อติดตาม กำกับ ประเมินผลให้เกิดความยั่งยืนในประเด็นการพัฒนาบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระะยะกลางต่อไปในปี พ.ศ. 2564 โดยมีแผนพัฒนา ดังนี้ (1) มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการด้านข้อมูล จังหวัดละ 4 คน (2) เมื่อโปรแกรมพัฒนาเสร็จสิ้นจะมีการอบรมการใช้โปรแกรมในเขตสุขภาพที่ 7 และ (3) มีการตั้งเป้าหมายเวลาในการพัฒนาให้แล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2564 ทั้งนี้เพราะสภาวะสังคมที่มีการแข่งขันสูง การดิ้นรนประกอบอาชีพ การมุ่งเน้นหารายได้โดยไม่ได้ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง รวมไปถึงการคมนาคมที่สะดวกแต่ทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น การที่สังคมเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วย สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในระบบบริการสุขภาพพบว่า ข้อมูลการนำเข้าผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะกลางยังไม่ครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยบางราย หลุดจากระบบการฟื้นฟูจากก่อให้เกิดภาวะพิการถาวรจากการไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างถูกต้องและทันเวลา ส่งผลให้มีอัตราการพึ่งพิง ค่าใช้จ่ายและการดูแลสูง<sup>8-12</sup> ดังนั้นการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลโดยใช้โปรแกรม NEMOCARE นำผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบไร้รอยต่อให้ทันทั่วถึง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน เน้นการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยเพื่อลดภาวะพึ่งพิงให้คงเหลือน้อยที่สุดก่อนส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้านและมีสหวิชาชีพไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่าส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในทุกด้าน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟู

สมรรถภาพร่างกายไม่ให้เกิดความพิการถาวร ดัดเตียงติดบ้าน ไปสู่สถานะติดสังคมได้ผลลัพธ์ที่ดีสอดคล้องการศึกษาของ Puengcharoen และ Chokpunyaphong<sup>13</sup> เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี พบว่า ผลการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรีทำให้เกิดระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางคือเสริมพลังการถ่ายทอดความรู้ตามความชอบหรือความถนัดเสริมพลังคนทำงานด้วยพลังความคิด พลังการสื่อสารอย่างตั้งใจและเข้าใจด้วยความเรียบง่ายจากวิชาชีพผู้ชำนาญชนและประชาสัมพันธ์ตามวิถีชุมชน พลังการติดตามอย่างต่อเนื่องครบวงจรทุกมิติ และพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารและความเชื่อมโยงของข้อมูลในชุมชน โดยพบว่าก่อนการพัฒนา ความรู้ทัศนคติของผู้ป่วยต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการประเมินระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน พบว่า ชุมชนสามารถจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ครอบคลุมมากขึ้นและมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 และสอดคล้องอีกหลายๆการศึกษา<sup>14,15</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดมีความเป็นหนึ่งเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลจังหวัดแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยงหลัก กำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจนทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะมีการนำโปรแกรม NEMOCARE มาใช้ในเครือข่ายจังหวัดแล้วยังมีแผนที่จะขยายการใช้งานในเขตสุขภาพเพื่อการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลางให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้การรักษาแบบไร้รอยต่อยังเป็นการเชื่อมโยงเทคโนโลยีที่ทันสมัยมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อช่วยดูแลรักษาคนไข้ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นแม่ข่ายให้สามารถติดตามผลให้การรักษาและประเมินอาการในเขตพื้นที่ที่อาศัยอยู่แต่ยังคงอยู่ในความดูแลของระบบการรักษาผู้ป่วยระยะกลางโดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเครือข่ายได้ และ 3) รูปแบบการพัฒนาขึ้นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยตรงที่ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นคือเป็นการประเมินวิธีปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในบริบทที่ศึกษา เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลที่ได้ร่วมกันประเมินในทุกหัวข้อปฏิบัติและมีการวางแผนใช้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติร่วมกันจึงทำให้ทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกรับเป็นเจ้าของมีการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบมีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของคณะอนุกรรมการ evidence based medicine และ clinical practice guideline ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>16</sup>

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในเกณฑ์การประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)<sup>17</sup> ซึ่งสามารถประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้เหมาะสมกับวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งยังช่วยให้ทีมสหวิชาชีพระดับปฏิบัติการสามารถสนใจในการปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่เป็นแนวทางเดียวกัน เป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและช่วยเพิ่มคุณค่าคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งนี้เพราะการรักษาแบบไร้รอยต่อคือการรักษาแบบบูรณาการโดยมีคนไข้เป็นศูนย์กลาง คนไข้ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี เนื่องจากในหลากหลายอาการป่วย ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ในหลายสาขาเพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างทันเวลาและได้รับประโยชน์สูงสุด<sup>18</sup> และเป็นเพราะการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางพัฒนามาบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติ โดยการนำผลงานวิจัยมาใช้ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเชื่อถือได้ มีความเป็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุและผลในการนำมาใช้เพื่อมาตรฐานและคุณค่าแก่ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะกลางทุกสาขาบริการ สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานการให้บริการในทุกๆ ด้าน

### สรุป

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย มีคุณภาพชีวิต และพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

### เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National 5-year NCDs Prevention and Control Strategic Plan (2017-2021). Bangkok: Emotion Art Co., Ltd, 2017.
2. Division of Public Health Administration Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Driving the Health Service Development Plan (Service Plan) 2017 – 2021. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Printing House Co., Ltd, 2017.
3. Ministry of Public Health. Public health uses 3 strategies to reduce congestion at large hospitals “Reduce Illness – Increase Efficiency – Improve Potential”.[Online]. 2018 [Cited November 10, 2018]; Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16450>. 2018.

4. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for providing nursing services for middle-aged patients. First printing, printed at Tawan Media Publishing Company Limited, 2019.
5. Suksathien R. Access to Inpatient Acute Stroke Rehabilitation Services Maharat Nakhon Ratchasima Hospital :Relevant factors and results. J Thai Rehabil Med 2014;24(2):37-43.
6. Rehabilitation Medicine Group Roi Et Hospital Statistics of illnesses admitted to the medical department of Roi Et hospital, 2020.
7. Wiwatvanich S, Chitaphankul S Ketpichayawatana J. Research report, “Study on the readiness and needs of patients receiving Discharge from hospitals in general hospitals and hospital center under the Ministry of Health One day survey”. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (Mor.Por.): Bangkok, 2012.
8. Ministry of Public Health (draft) Intermediate care service plan, Ministry of Public Health, 2018.
9. The Working Group for the Subacute Rehabilitation Project 2015-2016, the Development of Subacute Rehabilitation and the lessons learned from the Ministry of Public Health. and removing lessons learned from operations under the Ministry of Public Health. Rehabilitation Medicine Association of Thailand: Bangkok, 2016.
10. Bonita R. Beaglehole, R. Recovery of motor function after stroke. Stroke 1988;19(12):1497-500.
11. Ministry of Public Health. Public health uses 3 strategies to reduce congestion at large hospitals “Reduce Illness – Increase Efficiency – Improve Potential”. 2018. [Cited November 10, 2018]; Available from:<https://www.hfocus.org/content/2018/10/16450>
12. Ministry of Public Health. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals (SDGs) under the UN framework. [Online]. 2015 [Cited November 2, 2020]; Available from: [https://www.bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/SDG](https://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SDG).
13. Puengcharoen P, Chokpunyaphong U. (2020) on guidelines for the development of health rehabilitation management systems for middle-term patients in communities in Saraburi Province. Journal of preventive medicine association of Thailand 2022;12(2):230-49.

14. Winstein J. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. *Stroke* 2016;47(6): 98-169.
15. Miller L. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2010;41(10):38-48.
16. Subcommittee on Medical Practice and Knowledge Management Royal College of Physicians of Thailand Agenda 2018-2020. Guidelines for the preparation of guidelines for medical practice. The Royal College of Physicians of Thailand, 2018.
17. Joanna Briggs. Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. 2019. Reviewers' manual. [Cited Aug 3, 2020]. Available from: <http://www.joanna-briggs.edu.au>.
18. Mahidol University Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Annual report 2021: Knowledge Management Siriraj 130 years: Seamless treatment. 2018. [Cited Aug 3, 2021]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/siriraj130years/project.php?id=30>.

