การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Development of the nursing service system for the Continuing Care Center (COC), Chaturapakphiman Hospital

(Received: June 25,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

อักษรภัค บัวศรี[1]
Aksaraphak Buasri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care Center: COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาล COC และ 3) ประเมินผลลัพธ์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ทีมสหวิชาชีพ และคณะกรรมการ PCT รวมทั้งสิ้น 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลในระบบ Nemo Care และแบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ "CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายร้อยละ 100 การตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านอยู่ที่ร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนพบเพียงร้อยละ 0.48 และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, ระบบพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study was action research 1) study the service system situation of the Continuing Care Center (COC) nursing services at Chaturaphak Phiman Hospital, 2) develop a COC nursing service model, and 3) evaluate the outcomes. This study employed the conceptual framework of Kemmis & McTaggart, consisting of four stages: Planning, Acting, Observing, and Reflecting. The informants included professional nurses, health-promoting hospital nurses, multidisciplinary team members, and PCT committee members, totaling 27 participants. Research instruments included questionnaires, data recording forms in the Nemo Care system, and performance evaluation forms. The study was conducted from October 2023 to September 2024. Data were analyzed using descriptive statistics.

Research results indicated that the development of a nursing service system for a Continuity Care Center through three cycles of action research resulted in an integrated continuity care model, the “CTRPM Smart Continuity Care Model.” The model consists of five key components: (1) Collaborative Care Network – establishing health collaboration networks; (2) Technology-Enhanced Care – applying digital technology to continuity care; (3) Referral and Care Transition – providing systematic referral and transitional care; (4) Professional Nursing Competency – developing nursing personnel competencies; and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

(5) Monitoring and Quality Management – continuous monitoring and quality improvement. The model enhanced the effectiveness of continuity care. One hundred percent of patients received home visits within two weeks after discharge, the home-visit feedback response rate was 87.7%, complications were found in only 0.48% of cases, and both service recipients and service providers reported high levels of satisfaction.

Keywords: continuity of care, nursing system, action research.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีประชากรรวม 64.17 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป10.48 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 16.08 ของประชากรรวมซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ผลจากความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาตอัมพฤกษ์ โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพส่งผลให้มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเกิดภาวะพึ่งพาสูงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care) นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์และงบประมาณในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สูญเสียเวลาและโอกาสในการประกอบอาชีพ ขาดรายได้ เกิดผลกระทบโดยรวมจนต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง[1]

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน[2] เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมแก้ไข การดูแลต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะที่มีปัญหาวิกฤติในโรงพยาบาลเชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน มีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับอย่างชัดเจน เพื่อประสานแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพรวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้[3] ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานมีผู้มารับบริการจำนวนมากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว เมื่ออายุมากขึ้นทำให้เจ็บป่วยด้วยโรค

ไม่ติดต่อทั้งโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น เมื่อเจ็บป่วยทำให้ใช้ระยะเวลารักษานานเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเสียค่าใช้จ่ายสูงทำสูญเสียรายได้และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและครอบครัว และถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูที่ถูกต้องอาจจะทำให้เกิดความพิการในที่สุด จากข้อมูลการตอบกลับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโปรแกรมNemo Care 3 ปี ย้อนหลัง ดังนี้ ปี พ.ศ. 2563 การติดตามเยี่ยมบ้านข้อมูลต่ำกว่าร้อยละ 80 พบว่า ส่งเยี่ยม 483 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 ส่วนมากเป็นกลุ่มมารดาทารกแรกเกิด 112 รายปี รองลงมาโรคอายุรกรรม 69 ราย โรคโควิด-19 จำนวน 58 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 14 ราย พ.ศ.2564 ส่งเยี่ยมในโปรแกรม 441 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.1 ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 101 ราย โรคอายุรกรรมทั่วไป 63 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 52 ราย และโรคมะเร็ง 32 ราย จำนวน และปี พ.ศ.2565 มีการส่งเยี่ยม 427 ราย มีการตอบกลับเยี่ยมบ้าน 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.9 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน 58 รายความดันโลหิตสูง 42 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 14 ราย และ ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าผู้ป่วยได้มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายหรือไม่ หรือมีการสื่อสาร แนวทางการดูแล ฐานข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและมีการติดตามควบคุมกำกับที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนและมีการกลับเป็นซ้ำของโรค(Recurrent) แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(Home Health Care: HHC) มีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก(PCT) โดยมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายการรับส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย 1)การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ศูนย์เยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง 2) ศูนย์เยี่ยมบ้านส่งต่อข้อมูลคนไข้กับ รพ.สต.โดยส่งถ่ายเอกสารและส่งต่อให้กับ สสอ.เพื่อส่งต่อ รพ.สต.3) การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดย จนท.รพ.สต 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่องและส่งข้อมูลย้อนกลับให้กับ รพช.จากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การตอบกลับการเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมพบปัญหาการบันทึกและรายงานเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงทำให้การวางแผนดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายขาดประสิทธิภาพ และอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชน[4] และการประสานข้อมูลและการติดตามผลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบ Continuity of Care และ Care Coordination ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมความต้องการที่แท้จริง[5]

จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยการบูรณาการทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมานขึ้นเพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในเครือข่ายให้ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ทบทวนกระบวนการทำงาน ปัญหาอุปสรรคการประสานงานระหว่างผู้ส่งข้อมูลและผู้รับข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Nemo Care ในการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ สร้าง Empowerment แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพอย่างมีความสุข และได้คุณภาพมาตรฐานบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา

2.เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)เพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในกลุ่มผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์เยี่ยมบ้านโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้แนวคิดของ Kemmis &McTaggart[6] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน(action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) ระยะดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

จำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน รพช. จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน รพ.สต. 12 คน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ รพ.จตุรพักตรพิมาน จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันแพทย์ กายภาพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการ โภชนากร และ คณะกรรมการ PCT

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ รพช.จำนวน จำนวน 10 คน และ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ได้แก่ Fogous group แบบบันทึกการส่งต่อ และโปรแกรมการลงข้อมูล Nemo care

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในพัฒนาระบบการบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานโดยใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart[6] 4 ขั้นตอนหลัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน” เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[6] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[6] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 3 วงรอบ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Planning)

1. ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ย้อนหลัง 1 ปี ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จำนวนการเยี่ยมบ้าน อัตราการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

2. ทบทวนเอกสาร แนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

4. สังเกตกระบวนการดำเนินงานจริง ตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผล เพื่อค้นหาช่องว่างของระบบบริการ (Gap Analysis)

5. สรุปและคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Action)

ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกันออกแบบและดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) และแผนผังการส่งต่อผู้ป่วย (COC Flow)

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

3. พัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Nemo Care รวมทั้งใช้ Line Application โทรศัพท์ และ Video Call ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

4. จัดตั้งทีมดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยบริการอย่างชัดเจน

5. นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และปรับปรุงแก้ไขตามผลการสะท้อนกลับในแต่ละวงรอบ

ระยะที่ 3 การสังเกตและติดตามผล (Observation)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินงานโดยใช้วิธีการ ดังนี้

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เพื่อติดตามการดำเนินงานของทีมดูแลต่อเนื่อง

2. การบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลผ่านระบบ Nemo Care

3. การติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละของการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลการส่งต่อ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

4. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและประเมินผล (Reflection)

1. จัดประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายหลังสิ้นสุดแต่ละวงรอบ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการถอดบทเรียน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

4. สรุปผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล บุคคล และ

วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความพึงพอใจ และระยะเวลาการให้บริการ นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1.ศึกษาสถานการณ์จากการประชุมทีมสหวิชาชีพจาก รพ.10 คน และ รพ.สต. 12 คน พบว่า วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานมีศูนย์เยี่ยมบ้านซึ่งมีหน้าที่ในการประสานการส่งต่อและรับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จากการดำเนินงานพบว่ามีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การเก็บเอกสารในแฟ้มเยี่ยมบ้าน มีการถ่ายรูปเอกสารการส่งต่อทางไลน์เครือข่ายเยี่ยมบ้าน การตอบกลับเยี่ยมไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย การส่งต่อข้อมูลล่าช้า การติดตามเยี่ยมไม่ต่อเนื่อง การสรุปผลงานเพื่อสะท้อนข้อมูลช้า ส่งผลให้การติดตามเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. ขาดการดูแล รวมถึงการออกนอกระบบเมื่อ รพ.สต.ขึ้นตรงกับ อบจ. ทำให้การประสานงานไม่ต่อเนื่องรวมถึงภาระงานที่มากและอัตรากำลังไม่เพียงพอนอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะซับซ้อน ติดบ้านติดเตียง ทั้งปัญหาผู้ดูแล เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ระยะที่ 2.ระยะพัฒนา มีการพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบ แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) แบ่งเป็น 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาระบบและแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

1. ขั้นวางแผน (Planning) จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า การดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องยังขาดระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการเครือข่ายไม่มีมาตรฐานเดียวกัน การตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และบุคลากรมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน คณะทำงานจึงร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมพัฒนา ดังนี้

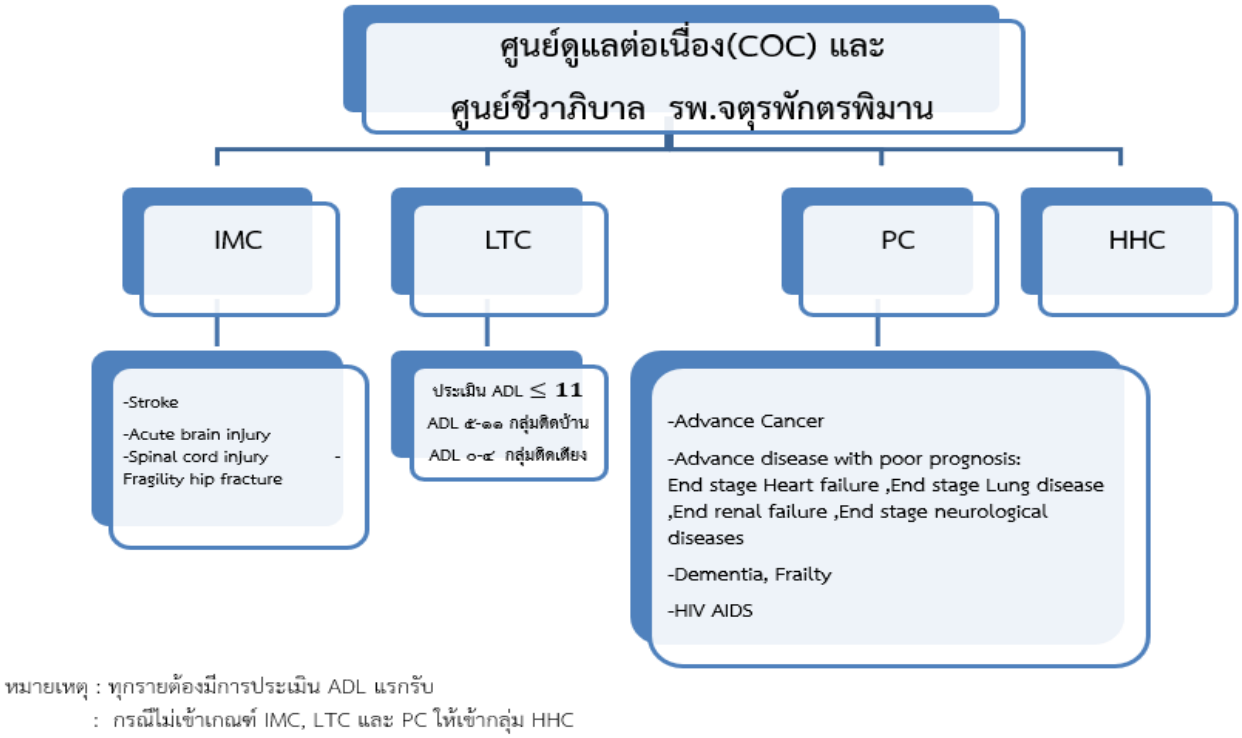
1)จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ

2) จัดทำ Flow COC การบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1

3) กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยบริการ

4) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Nemo Care

5) ทำแบบฟอร์มและแนวทางการส่งต่อข้อมูลมาตรฐาน



แผนภาพที่ 1 แสดง Flow การวางแผนจำหน่ายของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) พบว่า บุคลากรสามารถดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดได้มากขึ้น มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร และสามารถติดตามสถานะผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผลการประชุมสะท้อนผลพบว่า แม้จะมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนขึ้น แต่บุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะการใช้โปรแกรมและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยประคับประคอง และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จึงกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวงรอบถัดไป

วงรอบที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ

1. ขั้นวางแผน (Planning)

จากผลการสะท้อนในวงรอบที่ 1 พบว่า บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผู้ป่วย

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลโรงพยาบาลและพยาบาลเครือข่าย จำนวน 70 คน โดยการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Intermediate Care (IMC), Long-Term Care (LTC), Palliative Care

2.2 การบันทึกข้อมูลส่งต่อการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของ รพ. และ รพ.สต 12 แห่ง สมัครเพื่อขอรหัสผ่านการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Careทุกคน ได้แก่ พยาบาลแผนก OPD ,IPD1, IPD2, LR ที่ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านโดยเป็นผู้ป่วยประเภท 3-4 ผ่านระบบโปรแกรม Nemo Care ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 12 แห่ง ลงข้อมูล

การติดตามเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มโรคในโปรแกรม Nemo Care ภายใน 2 สัปดาห์

2.3 พัฒนาระบบระบบสารสนเทศด้านสุขภาพโดยการสร้างช่องทางการสื่อสารให้ความรู้ การส่งต่อข้อมูลและตอบกลับข้อมูลหลังจำหน่ายให้กับทีมดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอจตุรพักตรพิมาน ผ่านช่องทาง Line Application โทรศัพท์ และ Video Call ในการติดตามผู้ป่วย

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) หลังการพัฒนา บุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถใช้โปรแกรม Nemo Care ได้อย่างถูกต้อง มีการบันทึกข้อมูลและตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากการประชุมถอดบทเรียน พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน แต่ยังพบข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงกำหนดแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในวงรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรสนับสนุน

1. ขั้นวางแผน (Planning)

จากผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่าการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ และระบบติดตามกำกับผลการดำเนินงาน

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย จัดระบบการบริหารจัดการวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่อง จัดทำทะเบียนครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบรายงานผลผ่าน Nemo Care และช่องทางออนไลน์

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) พบว่าศูนย์ดูแลต่อเนื่องและ รพ.สต. เครือข่าย สามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การตอบกลับข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น และการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น เห็นว่าระบบมีความชัดเจน สะดวกต่อการปฏิบัติงาน สามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง "CTRPM Model" ประกอบด้วย Construction, Training, Refer, Practice และ Monitor ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานและเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่

ระยะที่ 3. ระยะประเมินผล

ภายหลังการดำเนินการครบทั้ง 3 วงรอบ ทำให้เกิดระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่มีความชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน บุคลากรมีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีระบบสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงาน และมีระบบกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลต่อเนื่องดีขึ้น และสามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และพบว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ " CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management หลังการพัฒนามีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องพบว่าระบบบริการ

มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานมากขึ้น บุคลากรมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ตัวชี้วัดด้านการส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่องมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้นในหลายตัวชี้วัดสำคัญ โดยเฉพาะอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.9 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 86.6 ในปี 2567 เพิ่มขึ้น 41.7 จุดร้อยละ หรือคิดเป็นร้อยละ 92.87 เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้
ร้อยละ 80

ด้านคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง พบว่าอัตราการตอบกลับข้อมูลภายใน 14 วัน เท่ากับร้อยละ 97.26 สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ ขณะที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านอยู่ที่ร้อยละ 0.05 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 5 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
นอกจากนี้ อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admission) ลดลงจากร้อยละ 3.45 ในปี 2566 เหลือร้อยละ 2.20 ในปี 2567 ลดลง 1.25 จุดร้อยละ หรือคิดเป็นร้อยละ 36.23 สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิผล

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ได้รับการพัฒนา

ประเมินผลผลิต (Output) คือ ระบบดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และ ทีม รพ.สต.มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่ชัดเจน มีระบบติดตามดูแลส่งต่อทันเวลา ทีมดูแลต่อเนื่องมีความรู้และสมรรถนะที่เหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลตัวเองได้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์ (Outcome) จากการใช้ระบบการบริการพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากข้อมูลในโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน Nemo Care พบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีการตอบกลับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 87.4 และอัตราภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับเกรด 1
จำนวน 1 คน

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ภายหลังการพัฒนาระบบ จำนวน 27 คน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00, SD = 0.04)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านโครงสร้างระบบบริการ ด้านผลลัพธ์ของระบบบริการ และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 คะแนน (SD = 0.00) อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระบบสารสนเทศ Nemo Care ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

สำหรับด้านกระบวนการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 4.99 คะแนน (SD = 0.09) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าข้ออื่นเล็กน้อย คือ การเยี่ยมบ้านดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด (Mean = 4.93) เนื่องจากมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 2 คนให้คะแนนในระดับมาก อย่างไรก็ตามยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ที่ได้รับการพัฒนามีความเหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน และได้รับการยอมรับจากบุคลากรสหวิชาชีพในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบ อัตราการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์เพิ่มเป็นร้อยละ 100 อัตราการตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.7 ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับลดลง และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. การพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการ PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) ทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการมีส่วนร่วมของพยาบาลโรงพยาบาล พยาบาล รพ.สต. และทีมสหวิชาชีพในการร่วมวางแผน แก้ไขปัญหา และสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของปัญหา (Ownership) และความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืนมากกว่าการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียวผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความต่อเนื่องของบริการ (7) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพทำให้การประสานงานและการติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น[8]

2. การพัฒนาระบบการส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

ก่อนการพัฒนาพบว่าการตอบกลับข้อมูลเยี่ยมบ้านมีเพียงร้อยละ 41.9 ทำให้ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างครบถ้วน แต่หลังการพัฒนามีการใช้โปรแกรม Nemo Care ร่วมกับ Line Application โทรศัพท์ และ Video Call เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ ส่งผลให้อัตราการตอบกลับข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational Continuity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Continuity of Care โดยระบบสารสนเทศช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และทันเวลา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างรวดเร็วที่ศึกษางานวิจัยจำนวน 46 เรื่อง พบว่าความต่อเนื่องของการดูแลที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับการลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ[9]

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับระบบการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับความต่อเนื่องของการดูแลสามารถลดต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งช่วยลดความซ้ำซ้อนในการบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วย[10]

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายบริการเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. บุคลากรมีความรู้ เข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางเดียวกัน และมีการประสานงานที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม และรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้ระบบสารสนเทศช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระดับสากล[11] และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบ Continuity of Care ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การทำงานแบบสหวิชาชีพ การมีเป้าหมายร่วมกันขององค์กร การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ความรับผิดชอบร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบเดียวกับที่พบในงานวิจัยครั้ง[12]

4. ระบบสารสนเทศสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ

การพัฒนาระบบ Nemo Care ทำให้สามารถติดตามสถานะผู้ป่วย การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน และการตอบกลับข้อมูลได้แบบ Real-time ส่งผลให้อัตราการติดตามผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น ลดการสูญหายของข้อมูล และสามารถใช้ข้อมูลในการกำกับติดตามตัวชี้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดด้าน Digital Health Transformation ที่ระบุว่าระบบสารสนเทศสุขภาพสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้คุณภาพบริการสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[13,14] นอกจากนี้การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนผ่านระบบดิจิทัลยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย[4] ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของ HIMSS ที่เน้นการใช้ข้อมูลแบบ Real-time เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ[15]

5. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยสะท้อนประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ครบทุกคน และภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบบริการพยาบาล Continuity of Care สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการใช้ Nurse-guided Transitional Care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้สูงอายุหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการดูแลต่อเนื่องในระดับสูงมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความต่อเนื่องของการดูแลต่ำอย่างมีนัยสำคัญ[17]

6. พัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้รูปแบบการดูแลแบบ CTRPM Smart Continuity Care Model

รูปแบบ CTRPM Smart Continuity Care Model ประกอบด้วย C (Construction) : การสร้างทีม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ มอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน และจัดทำ Flow งาน ,T (Training) : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านความรู้ การลงข้อมูล, R (Refer) : การส่งต่อข้อมูล การตอบกลับการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Nemo Care , P (Practice) : การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ และ M (Monitor) : การควบคุม กำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากบริบทจริงของพื้นที่ โดยครอบคลุมทั้งการพัฒนาบุคลากร ระบบส่งต่อ ระบบปฏิบัติงาน และระบบกำกับติดตาม ส่งผลให้เกิดการบูรณาการบริการระหว่างโรงพยาบาลและ

ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care และ Continuity of Care ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และมีการเชื่อมโยงทุกระดับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องเชิงบูรณาการ "CTRPM Smart Continuity Care Model" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) Collaborative Care Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) Technology-Enhanced Care การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลต่อเนื่อง (3) Referral and Care Transition การส่งต่อและดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ (4) Professional Nursing Competency การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล และ (5) Monitoring and Quality Management การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งต่อข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เน้นการเชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับอย่างไร้รอยต่อโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการบริการสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล[17]

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2016). Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Bull MJ, Hansen HE, Gross CR.(2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res. 2000;13(3):127- 36.
3. ค้ามีผล ป.(2566). การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายอำเภอชุมแพ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):290-302.
4. Kim Y, Crandall M, Byon HD.(2022). Discharge communications for older patients between hospital healthcare providers and home healthcare providers: an integrative review. Home Health Care Manag Pract. 2022;34(2):85-95.
5. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al.(2023). Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023;23:750.
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988) The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988
7. บุษดี ส.(2565). การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1):193- 206.
8. รัฐวงษา อ, รัฐวงษา อ.(2566). การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด-19. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(13).
9. Nicolet A, Al-Gobari M, Perraudin C, Wagner J, Peytremann-Bridevaux I, Marti J.(2022). Association between continuity of care (COC), healthcare use and costs: what can we learn from claims data? A rapid review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):658.
10. Wen YP, Liu SS, Sheu JT, Wang HH, Becker ER, Lu JFR.(2021). The cost-saving effect of continuity of care (COC): an analysis of institutional COC on diabetic treatment costs using panel 2SLS regressions. BMC Health Serv Res. 2021;21:1113.

11.แก้วรักษา ต.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):634-47.

12. Ljungholm L, Edin-Liljegren A, et al.(2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. BMC Health Serv Res. 2022;22:686.

13. World Health Organization.(2021). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva:World Health Organization; 2021.

14. Organization for Economic Co-operation and Development.(2019). Health in the 21st century: Putting data to work for stronger health systems. Paris: OECD Publishing; 2019.

15. Healthcare Information and Management Systems Society.(2022). Digital health transformation: A framework for healthcare organizations. Chicago: HIMSS; 2022.

16. Liu X, Song L, Xiao S, Wang Y.(2023). Comprehensive geriatric assessment, multidisciplinary treatment, and nurse-guided transitional care in hospitalized older adults: a randomized controlled trial. Res Gerontol Nurs. 2023;16(5):224-30.doi:10.3928/19404921-20230606-03.

17. Chao YH, Huang WY, Tang CH, Tsai IH, Wu CC, Hsu YH.(2022). Effects of continuity of care on hospitalizations and healthcare costs in older adults with dementia. BMC Geriatr. 2022;22:724. doi:10.1186/s12877-022-03407-7.