



การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เขตอำเภอเมืองเลย

จิตาธิปไตย ชนสิริกาญจน์ พย.บ.*

พิชัย บุญมาศรี พย.ม.*

ระพีพรรณ นันทะนา พย.ม.*

(วันรับบทความ: 6 พฤษภาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 14 มิถุนายน พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 16 มิถุนายน พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ผู้ร่วมวิจัยเป็น แพทย์ 1 คน พยาบาลจากหอผู้ป่วยและเครือข่ายปฐมภูมิ 30 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 2 คน ระยะเวลาศึกษา 8 เดือน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนคิด เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 2 วงรอบ คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และการปรับใช้ในงานประจำ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วางแผนพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด 2) ปฏิบัติการ โดยนำรูปแบบดังกล่าวไปปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Thai COC และเวชระเบียน และ 4) การสะท้อนคิด ทบทวนรูปแบบและวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

ผลลัพธ์ เกิดรูปแบบและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) สรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองที่บ้าน และโปรแกรม Thai COC ช่วยให้เกิดการสื่อสารในเครือข่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันเวลาและครอบคลุมมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ การวางแผนจำหน่าย โปรแกรม Thai COC

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลย

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: iampichai@gmail.com Tel: 063-5145625



Development of A Continuing Care Model for Patients With Special Needs Population at Mueang Loei District

Thitaree Thanasirikarn B.N.S.*

Pichai Bunmasri M.N.S.*

Rapeepan Nantana M.N.S.*

(Received Date: May 6, 2021, Revised Date: June 14, 2021, Accepted Date: June 15, 2021)

Abstract

This action research aimed to develop a continuing care model for patients with special need population (SNP). The participants included 1 physician, 30 nurses from the in-patient department and primary care unit, 2 physical therapists, and 3 computer technical officers. The duration of the study was 8 months. The participants shared and reflected on their experiences to the development of a model. The research was 2 cycles on a continuing care model development and improving model as a nursing care routine, each cycle conducted 4 phases, 1) Planning: situation analysis through in-depth interview and focus group, plan for newly developed continuing care model through reflection and brainstorming, 2) Action: care model utilization, 3) Observation: evaluation the outcomes through Thai COC program and medical record and 4) Reflection: review the system and plan for changes leading to the next cycle.

The results lead to a model and guideline for continuing care with SNP. The patient's data was sent within 5 days, which significantly increased ($p < 0.001$). The patient care through home health care within 14 days was significantly increased ($p = 0.001$). The patient's sign improvement was significantly increased ($p = 0.025$). In conclusion, the continuing care models enable engagement from preparation within discharge plans and setting an environment to supporting self-care at home and able to take care of them at home. Using the Thai COC program as a communication channel, the network that provides continuing care at the home in the timeline and comprehensive care coverage.

Keywords: a model development, continuing of care, special needs population, discharge plan, thai COC program

*Register nurse, Loei hospital

*Corresponding Author, Email: iampichai@gmail.com Tel: 063-5145625



บทนำ

ผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (Special needs population)¹ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว แต่มีความต้องการการพยาบาลเป็นพิเศษและต่อเนื่อง เพื่อให้กลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ โดยมีทีมสุขภาพดูแลอย่างใกล้ชิด โรงพยาบาลเลยกำหนดให้ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 (กลุ่มติดเตียง) ซึ่งมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย (Barthel Activities of Daily Living, ADL) 0-4 คะแนน ร่วมกับมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว/ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้บริบทการดูแลผู้ป่วยชุมชนเปลี่ยนไป มีความซับซ้อนในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ต้องจัดการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ข้อมูล และอุปกรณ์การแพทย์ หากไม่จัดรูปแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย เพิ่มภาระรับผิดชอบของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

พื้นที่อำเภอเมืองเลยมีแนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น ข้อมูลปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 396; 428 และ 536 คน ตามลำดับ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และหกล้ม ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 9.81; 15.52 และ 14.64 ตามลำดับ รวมทั้งการดำเนินโรคที่แย่ลงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลการลดลงของ ADL ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 51; 34 และ 34 ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าในพื้นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจการดูแลต่อเนื่อง โดยทำงานร่วมกับผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 20 แห่ง ซึ่งทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ จากการทบทวนสถานการณ์ร่วมกันพบข้อจำกัดดังนี้ ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น เครือข่าย รพสต. ขาดความชำนาญการพยาบาลและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอ แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องดูแลเป็นพิเศษไม่ชัดเจน ทั้งเกณฑ์การคัดเลือกรวบรวมแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โปรแกรมคอมพิวเตอร์แบบเดิมเป็นภาระในการส่งออกข้อมูลเนื่องจากต้องพิมพ์เป็นส่วนใหญ่ จึงเห็นได้ว่า ข้อจำกัดใน

การดำเนินงานมีหลากหลายประเด็น การแก้ไขต้องกำหนดรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องมีดังนี้ 1) สร้างการมีส่วนร่วม โดยแบ่งปันความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว^{2,3} 2) จัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้⁴⁻⁶ 3) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างจากโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)⁴ 4) การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคและกลุ่มวัย^{5,6} ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและเครือข่าย และการส่งต่อข้อมูล

กลุ่มผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การเปิดพื้นที่รับฟังและเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันตัดสินใจ วางแผน และการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวร่วมกับทีมพยาบาลจาก รพสต. ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน โดยพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและเปิดช่องทางการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพที่บ้าน โดยพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในเขตอำเภอเมืองเลย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ เนื่องจากเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เห็นความสำคัญและต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษร่วมกัน โดยใช้ความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมและองค์ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติงานร่วมกัน แบ่งเป็น 2 วงรอบ คือ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และ 2) การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในงานประจำ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน คือ การ



วางแผน (Planning) เพื่อสร้างการรับรู้สถานการณ์ ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหา กำหนดแผนงานโครงการ การปฏิบัติการ (Action) โดยนำแผนและโครงการไปปฏิบัติ การสังเกต (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล และการสะท้อนคิด (Reflection) โดยเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งวางแผนและปรับปรุงการดำเนินการ (Re-planning) ในวงรอบต่อไป เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลต่อเรื่องที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองเลย ระหว่าง กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 รวมเวลา 8 เดือน ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ได้แก่ แพทย์หัวหน้าภารกิจปฐมภูมิ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 30 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ 2 คน เลือกแบบเจาะจง เป็นผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มี ADL 0-4 ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรงใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและโปรแกรม Thai COC โดยบันทึกขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอเข้าถึงข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม/ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดแบบกึ่งโครงสร้าง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ 5 คน 2) รายงานจากโปรแกรม Thai COC ได้แก่ รายงานคุณภาพการดูแลต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงอาการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 3) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

วิธีการเก็บข้อมูล 1) สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ได้แก่ รองผู้อำนวยการภารกิจปฐมภูมิ 1 คน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 2 คน พยาบาลเครือข่ายรพสต. 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน 2) สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เพิ่มเติมและยืนยันข้อมูล ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 12 ครั้ง เป็นกลุ่มพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ครั้ง พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจากหอผู้ป่วยใน 1 ครั้ง กลุ่ม

เจ้าหน้าที่ รพสต. โดยจัดแยกราย รพสต. รวม 10 ครั้ง และ 3) ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เพื่อวางแผน ติดตาม ประเมินผล สะท้อนคิดและปรับปรุงการดำเนินการ 11 ครั้ง ได้แก่ ประชุมเครือข่ายอำเภอเมืองเลย 3 ครั้ง ก่อนดำเนินการในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 หลังดำเนินการ 3 เดือน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และ สิ้นสุดโครงการที่ 6 เดือนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ประชุมภายในกลุ่มงาน 8 ครั้ง ทุกสัปดาห์สุดท้ายของเดือน

ขั้นตอนการวิจัย ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยทุกคน นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเปลี่ยนแปลงอาการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) บันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียน ฐานข้อมูล Hos XP และ Thai COC 3) จัดทำแผนงานและโครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โครงการอบรมการใช้โปรแกรม Thai COC โครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และสำรองอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 4) จัดอบรมการใช้โปรแกรม Thai COC หลักสูตร 2 วัน 5) จัดตั้งศูนย์เรียนรู้และสำรองอุปกรณ์การแพทย์ 6) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษหลักสูตร 2 วัน 7) นิเทศติดตาม และจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดเรื่องงานดูแลต่อเนื่องและการใช้โปรแกรม Thai COC ทุกเดือนรวมเป็น 8 ครั้ง และ 8) สรุปและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ จากนั้นตรวจสอบ เชื่อมโยง และยืนยันความถูกต้องและความเข้าใจในเนื้อหา การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้ 2 วิธี คือ เก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เก็บข้อมูลจากในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ ก่อนพัฒนา เดือน กรกฎาคม-สิงหาคม หลังพัฒนางรอบที่ 1 เดือน กันยายน-พฤศจิกายน และหลังพัฒนางรอบที่ 2 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square



การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลย เลขที่ EC 007/2563 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ ผลลัพธ์ และการรักษาความลับ ก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้ร่วมวิจัยถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกับงานที่ปฏิบัติ

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีกระบวนการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ และ 2) การวางแผน

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ผู้ป่วยกลุ่มนี้แทรกอยู่ในหลายกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care, IMC) ผู้ป่วยระยะยาว (Long term care, LTC) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care, PC) จากการวิเคราะห์ร่วมกันได้ข้อสรุปว่า 1) การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม ผู้รับผิดชอบงานมีการะงับมากกว่าหนึ่งงาน “ห้องพยาบาลที่รับงานดูแลต่อเนื่องจะรับงานดูแลระยะสุดท้ายด้วย บางคนต้องเอางานไปทำที่บ้าน” (หัวหน้าเวรพยาบาลหอผู้ป่วยใน) มุ่งเน้นการดูแลระยะป่วยและคิดว่าการดูแลต่อเนื่องไม่ใช่ภาระงานประจำ “บางหน่วยงานมองว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นงานเสริม ให้ความสนใจแต่ระยะป่วย” (พยาบาล COC) 2) โปรแกรมสารสนเทศเดิมไม่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันและการดูแลรายโรค “ไม่มีที่ให้บันทึกภาพลงข้อมูลทุกโรคลงเหมือนกันหมด ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแต่ละคน ทำให้ต้องใช้หลายโปรแกรม” (พยาบาลหอผู้ป่วยใน) 3) อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองไปตามสภาพ และไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยตามแผนการรักษาได้ “บางครั้งจำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้เพราะอุปกรณ์ไม่พอต้องนอนรอเพื่อยืมอุปกรณ์กลับบ้าน” (พยาบาล COC) 4) เครือข่ายต้องการการฟื้นฟูความรู้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้การพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน “ระยะหลังมีคนไข้กลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บางเรื่องญาติก็ขานาญกว่าเรา เพราะเขาได้รับการฝึกมา อยากให้มีการทบทวนความรู้ให้พยาบาล รพสต. จะได้มั่นใจและดูแลไปในแนวทางเดียวกัน” (พยาบาล รพสต.)

การวางแผน (Plan) จัดทำโครงการแก้ปัญหา 3 โครงการ ประกอบด้วย **โครงการที่ 1** พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะการดูแลกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ.2563 ฟื้นฟูความรู้การพยาบาลที่บ้านและชุมชน ระยะที่ 2 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563อบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ และการใช้โปรแกรม Thai COC และ ระยะที่ 3 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 การนิเทศติดตามการดูแลต่อเนื่อง **โครงการที่ 2** อบรมการใช้โปรแกรม Thai COC เดือนสิงหาคม 2563 หลักสูตร 2 วัน มุ่งเน้นให้พยาบาลสามารถจัดการข้อมูลการดูแลต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง และเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย และ **โครงการที่ 3** พัฒนาศูนย์การเรียนรู้และสำรองอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 เพื่อให้บริการยืมใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน และเป็นศูนย์ให้คำปรึกษาการใช้อุปกรณ์การแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

การดำเนินงาน ได้แก่ 1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ได้แก่ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจากหอผู้ป่วยในและ รพสต. ทุกแห่ง โดยเชิญวิทยากรจากกองการพยาบาลให้ความรู้เรื่องมาตรฐานการพยาบาลชุมชน และฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาล 2) ปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องกลุ่มเป้าหมาย จากเดิมเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับเพิ่มเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพช./รพสต.) 3) พัฒนาแนวทางการดูแลจากเดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกแยกดูแลในหลายระบบ เช่น ภายภาคดูแลผู้ป่วย IMC หอผู้ป่วยในดูแลผู้ป่วย LTC และศูนย์บริรักษ์ดูแลผู้ป่วย PC แนวทางใหม่สามารถเชื่อมต่อทั้ง 3 ระบบเข้าด้วยกัน จนถึงระดับชุมชน 4) นำระบบสารสนเทศมาใช้ในการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ โปรแกรม Thai COC เพื่อบันทึกและสื่อสารการดูแลต่อเนื่องทุกกลุ่มโรคทั้งจังหวัด เปิดช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์ และตั้งกลุ่มไลน์ 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Thai COC Loei เพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับโปรแกรม และ กลุ่ม COC CUP เมือง เพื่อประสานและให้คำปรึกษาการดูแลต่อเนื่อง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลระบบไลน์ทุกวัน และ 5) เปิดศูนย์เรียนรู้และสำรองอุปกรณ์การแพทย์ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากโรง



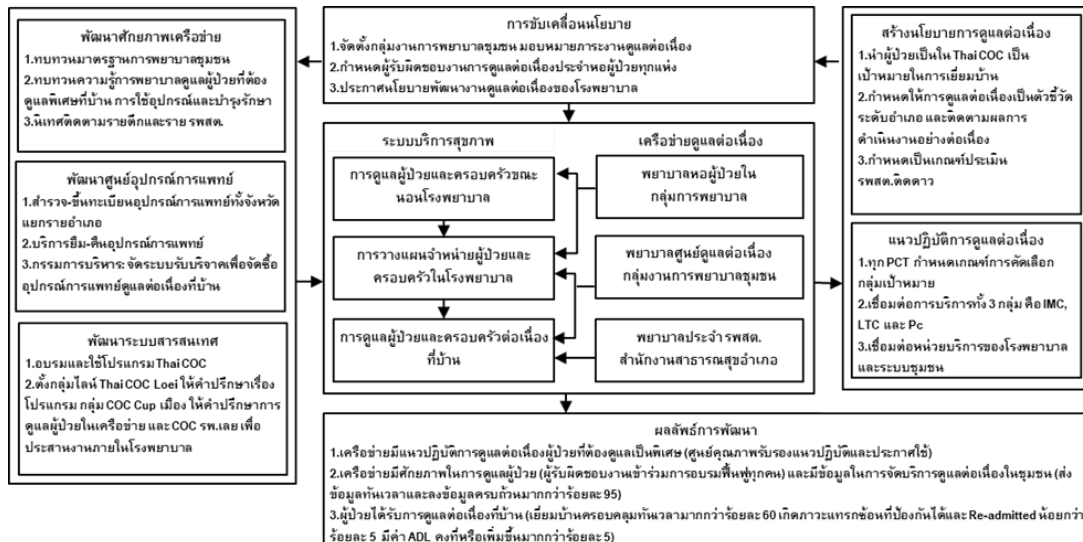
พยาบาล และขอรับบริจาคโดยกรรมการบริหารโรงพยาบาล
อาสารับผิดชอบเรื่องนี้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)
ผลจากการดำเนินงานร่วมกันสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายตั้งแต่ กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 จำนวน 214 คน ส่งผลต่อผู้ป่วย
ดังนี้ การส่งออกข้อมูลทันเวลาใน 5 วัน เป้าหมายมากกว่า
ร้อยละ 90 ผลลัพธ์เป็นร้อยละ 90.2 ผู้ป่วยได้รับการวางแผน
จำหน่ายและประเมินก่อนกลับบ้าน เป้าหมายมากกว่าร้อยละ
90 ผลลัพธ์ร้อยละ 38.8 อุบัติการณ์อุปกรณ์การแพทย์
ไม่พร้อมให้ยืม เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10 ผลลัพธ์เป็น
ร้อยละ 8.4 เยี่ยมบ้านทันเวลาใน 14 วัน เป้าหมายร้อยละ
60 ผลลัพธ์เป็นร้อยละ 54.7 การเปลี่ยนแปลงอาการคงที่

ร้อยละ 56.5 การเปลี่ยนแปลงอาการดีขึ้นร้อยละ 39.7
เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ไม่เกินร้อยละ 5 ผลลัพธ์
ร้อยละ 1.4 และ การ Re admitted ไม่เกินร้อยละ 5 ผลลัพธ์
ร้อยละ 2.3

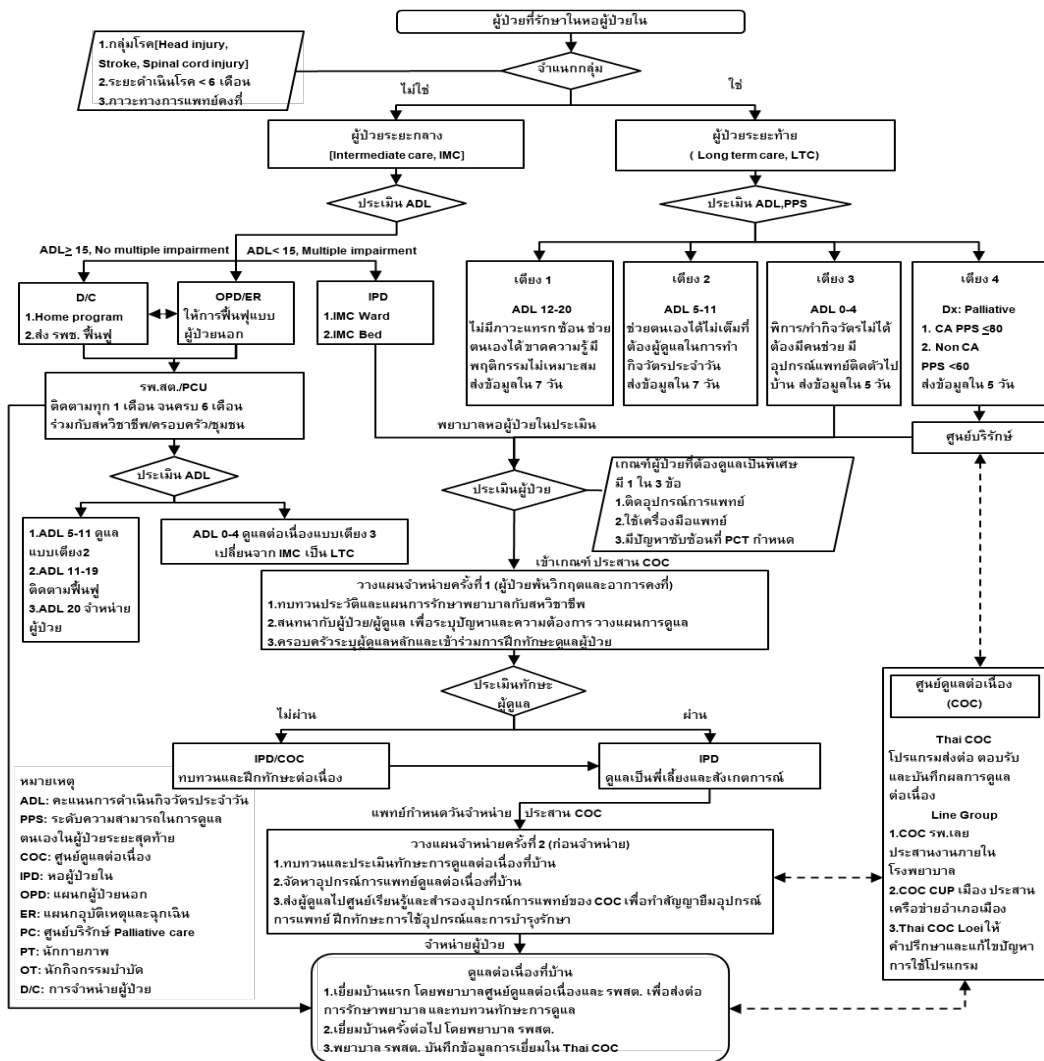
ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ การเครือข่ายมีรูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ประกอบด้วย การขับเคลื่อนนโยบาย (Top-down) การจัดตั้งหน่วยงานและมอบ
หมายภารกิจที่ชัดเจน การใช้ระบบสารสนเทศเชื่อมต่อ
ข้อมูลและให้คำปรึกษา มีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ให้บริการ
ยืมใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ
เครือข่าย พัฒนาระบบบริการและแนวปฏิบัติในการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งผลักดันนโยบายสุขภาพ ให้การดูแล
ต่อเนื่องเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอและจังหวัด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยดังกล่าว ประกอบด้วย
การคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ วางแผนจำหน่ายและ
ประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัวก่อนกลับบ้าน
บันทึกและรายงานแพทย์เพื่อตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วย
สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น ส่งออกข้อมูลทาง
ThaiCOC โดยพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่รับรู้
ข้อมูลผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องและ รพสต.
ติดตามเยี่ยมบ้าน จากนั้นทีม รพสต. บันทึกผลงานใน ThaiCOC
การพยาบาลในชุมชนแบ่งเป็น 3 กรณี ได้แก่ **กรณีที่ 1**
ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) วางแผนจำหน่ายร่วมกันโดย

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และ
นักกายภาพบำบัด ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องใน 6 เดือน
หากอาการไม่ดีขึ้น ADL 0-4 ให้ดูแลแบบผู้ป่วย LTC **กรณีที่ 2**
ผู้ป่วยระยะท้าย (LTC) วางแผนจำหน่ายโดยพยาบาล
ประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เยี่ยมบ้าน
โดยพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องและพยาบาล รพสต. **กรณีที่ 3**
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PC) วางแผนจำหน่ายโดยพยาบาล
ประจำหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์บริรักษ์ และพยาบาลศูนย์
ดูแลต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านโดยพยาบาล รพสต. และพยาบาล
ศูนย์บริรักษ์/พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนคิด (Reflection)

จากการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เครือข่ายมีข้อคิดเห็นดังนี้ 1) การวางแผนจำหน่าย มีการมอบหมายให้คนรับผิดชอบหนึ่งงาน แต่พบการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม เนื่องจากเกณฑ์คัดเลือกไม่ชัดเจน ประสานงานล่าช้า รอแผนการรักษาจากแพทย์ “บางตึกเข้าใจว่าต้องให้หมอระบุก่อน ค่อยประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ทั้งที่พยาบาลสามารถตัดสินใจเองได้” (พยาบาลหัวหน้าผู้ป่วย) 2) โปรแกรมสารสนเทศ Thai COC ลดภาระการพิมพ์ แยกรายโรคชัดเจน และสหวิชาชีพใช้ร่วมกันได้ แต่พบข้อมูลไม่สมบูรณ์และส่งช้า 3) อุปกรณ์การแพทย์สำหรับ

ดูแลที่บ้านมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการรับบริจาคอุปกรณ์ใหม่และอุปกรณ์เก่าที่ไม่ใช้แล้ว แต่พบการบำรุงรักษาไม่เหมาะสม “ญาติบางคนซ่อมเครื่องเองแต่ต่อสายไฟผิด บางคนไม่ใช้เครื่องแต่ไม่เอามาคืน” (พยาบาล COC) 4) การเยี่ยมบ้านไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากเครือข่าย รพสต. ส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับพื้นที่ หรือเยี่ยมบ้านแต่ไม่บันทึกผลงาน “รพสต. ส่วนใหญ่เยี่ยมบ้าน แต่ไม่ลงข้อมูล บางแห่งไม่รู้ว่าจะมีการส่งข้อมูลคนไข้ทางโปรแกรม” (พยาบาล COC) และ 5) เครือข่ายขาดนโยบายที่เอื้อต่อการกำกับติดตามการดูแลต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายการเยี่ยมบ้านโดยใช้รายชื่อผู้ป่วยปีที่ผ่านมา ทำให้ รพสต. ต้อง



ดูแลทั้งผู้ป่วยในปัจจุบันและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเดิม บางคนเสียชีวิตหรือหายเป็นปกติแล้ว “ทำไมไม่เอาคนไข้ ปัจจุบันเป็นเป้าหมาย คนไข้ปีก่อนบางคนก็หายบางคนก็ตายแล้ว” (พยาบาล รพสต.)

วงรอบที่ 2 การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในงานประจำ

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ระยะที่ 2 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 และ ระยะที่ 3 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยติดอุปกรณ์การแพทย์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์แพทย์ที่บ้าน และ วางแผนนิเทศติดตามการดูแลต่อเนื่องรายตำบลและรายหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อให้กำลังใจและความมั่นใจ ติดตามการดำเนินงาน ช่วยแก้ปัญหาหน้างาน

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

การดำเนิน ประกอบด้วย 1) ขอความร่วมมือให้แพทย์แต่ละสาขา กำหนดเกณฑ์คัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ขอรับรองมาตรฐานและสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ 2) นิเทศติดตามการดำเนินงานหอผู้ป่วยใน 10 แห่ง เรื่องการใช้โปรแกรม Thai COC ทบทวนทักษะและแก้ไขปัญหาหน้างาน ชื่นชมหอผู้ป่วยที่ส่งออกข้อมูลทันเวลา เชิญชวนให้เข้าไปดูผลงานการเยี่ยมของ รพสต. เพื่อรับทราบประโยชน์ต่อผู้รับบริการและระบบบริการ 3) การเยี่ยมคืนอุปกรณ์ ปรับรูปแบบการสอนเพิ่มเนื้อหาการบำรุงรักษาเครื่องมือ กำหนดผู้รับผิดชอบโทรติดตามอาการและการใช้งานอุปกรณ์หลังยืมใช้ที่บ้าน 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หากไม่ความจำเป็นต้องใช้กระตุ้นเตือนให้นำมาคืน 4) นิเทศ

ติดตาม รพสต. ทบทวนการพยาบาลที่บ้านและชุมชน เพื่อรับฟังปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาหน้างาน บอกเล่าความสำคัญของการบันทึกผลงานการเยี่ยมบ้าน และ 5) ผลักดันเชิงนโยบาย นำเสนอปัญหากับกรรมการบริการโรงพยาบาล ทีมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เพื่อให้อำเภอเมืองเลยเป็นต้นแบบในการใช้ข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Thai COC เป็นเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านและติดตามตัวชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

3.1 ผลลัพธ์เชิงนโยบาย จากการประชุมหารือกับกลุ่มผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดให้ใช้กลุ่มเป้าหมายจาก Thai COC เป็นเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องดำเนินการสรุปผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านราย รพสต. ส่งสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน รวมทั้งประกาศให้ความครอบคลุมในการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC เป็นตัวชี้วัด รพสต. ติดตามของจังหวัด

3.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล จากการดำเนินงาน ทั้ง 2 วงรอบพบ ความทันเวลาในการส่งออกข้อมูลเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 90.2 เป็นร้อยละ 94.1 เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานมีความชำนาญและเข้าใจระบบมากขึ้น การเยี่ยมบ้านทันเวลาเพิ่มขึ้นจากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การทบทวนความรู้ การนิเทศติดตาม และการกำกับติดตามของทีมสาธารณสุขอำเภอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอาการดีขึ้นจากร้อยละ 39.7 เป็นร้อยละ 51.2 เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นและอัตราการ Re admission เพิ่มขึ้น แต่ไม่เกิดเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงาน ^a Chi-square test for Phi (Sig. 2 tails, $p < 0.05$)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน	วงรอบที่ 1 (n= 214)		วงรอบที่ 2 (n= 170)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ส่งออกข้อมูลทันเวลาใน 5 วัน มากกว่าร้อยละ 90	193	90.2	160	94.1	0.160 ^a
2. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายมากกว่าร้อยละ 90	83	38.8	156	91.8	< 0.001 ^a
3. อุปกรณ์อุปกรณ์การแพทย์ไม่พร้อมให้ยืม ไม่เกินร้อยละ 10	18	8.4	11	6.5	0.475 ^a
4. เยี่ยมบ้านทันเวลาใน 14 วัน มากกว่าร้อยละ 65	117	54.7	118	69.4	0.001 ^a
5. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอาการดีขึ้น (ระดับ ADL ดีขึ้น)	85	39.7	87	51.2	0.025 ^a
6. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ไม่เกินร้อยละ 5	3	1.4	3	1.8	0.776 ^a
7. การ Re admission ไม่เกินร้อยละ 5	5	2.3	4	2.4	0.992 ^a



ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนคิด (Reflection)

การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด พบว่าเครือข่ายพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการพัฒนารูปแบบช่วยให้โรงพยาบาลมีการส่งออกข้อมูลทันเวลาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น อุปกรณ์การแพทย์มีจำนวนมากขึ้น เครือข่ายลงเยี่ยมบ้านครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอาการดีขึ้น จึงมีความเห็นร่วมกันว่าควรมีการนำรูปแบบดังกล่าวมาไว้ในระบบบริการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เน้นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง การขับเคลื่อนนโยบายเพื่อกำกับติดตามงาน และการจัดการข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านครอบคลุมและทันเวลามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) มีการเปลี่ยนแปลงอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย บุญเลิศ เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพียร⁹ พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพผู้ป่วย ลักษณะการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน คือ การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว การจำหน่ายผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และดำเนินการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์⁹ พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง โดยพัฒนาแนวทางการดูแลและคู่มือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่มีมาตรฐานและสร้างความมั่นใจกับกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รับผิดชอบงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมัย รัตนกริหากุล สุริยรัตน์ ธนากิจ นิสากร กรุงไกรเพชร และ อริสรา ฤทธิงาม¹⁰ เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีกลวิธีดำเนินการที่เหมือนกัน ได้แก่ การพัฒนาทีมผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน การตั้งธนาคารเครื่องมือยืมใช้ที่บ้าน การอบรมฟื้นฟูความรู้พยาบาล รพสต. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่วนที่แตกต่างกัน คือ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ของการศึกษาที่

อ้างอิงช่วยลด Re-admission และลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับและปอดอักเสบ ขณะที่การศึกษาค้างนี้ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาที่อ้างอิงมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและศึกษาเปรียบเทียบผลงานย้อน 6-9 ปีก่อน ส่วนผู้วิจัยเปรียบเทียบผลงาน 2 วงรอบ (วงรอบละ 3 เดือน) กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงนานมากกว่า 6 เดือน ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนไม่มากในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ Re admission สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ อุตถาวาศ์ นิษฐนันท์ อนุสรประเสริฐ และ ฮารูน สาตหลี¹¹ ศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home nursing care (HNC) โดยมีการดำเนินการที่คล้ายกันในเรื่องจัดทำแนวปฏิบัติ ระบบการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้าน จัดอบรมนักจัดการสุขภาพชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ จัดตั้งทีมงานและให้บริการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.6 เป็น 100.0 และผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคและดูแลตนเองได้ 75.0 เป็น 96.4 สรุปได้ว่าพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล ทีมสุขภาพชุมชน และผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยและระบบบริการที่ไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อขยายความเข้าใจและอธิบายผลลัพธ์จากการศึกษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องอำเภอเมืองเลยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย

References

1. Office of nursing. Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Standards of community nursing care. Pathumtani: Publishing of Suetawan; 2016.



2. Jenjaiwit P. Family nursing for family with chronic illness person: Part 1 continuity of care concept. *Journal of Nursing Science and Health* 2017; 40(3): 138-148.
3. Uijena AA, Schersa HJ, Schellevisb FG. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice* 2012; 29(1): 264-271.
4. Mahantussanapong C. Successful increase in home visit care response rates by using an information program for continuum of care. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2018; 35(4): 355-363.
5. Sukhumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a care model for male stroke patients in secondary hospital using a participatory action research. *Journal of Nurses' Association of Thailand, Northeastern Division* 2012; 30(1): 32-39.
6. Nikomrack W, Jenijaiwit P. Development of continuing care service system for families with stroke patients. *Journal of Nursing Science and Health* 2015; 38(1): 108-122.
7. Kemmis S, McTaggart R. *Action Research Reader*. Geelong: Deakin University Press; 1990.
8. Attharos T, Arpaichiratana C. Model of Continuing Care for Chronically Ill Children. *The Journal of Nursing Council* 2011; 26(1): 112-125.
9. Boonles P, Proarak T, Thaewpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Journal of the Office of ODPC 7 Khon Kaen* 2016; 23(2): 79-87.
10. Rattanagreethakul S, Thanakit S, Krungkraipetch N, Ritngam A. Development of the Home Ward Care: A Case Study of the Health Promoting Innovation of Khlong-Yai Hospital, Trat Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018; 26(1): 70-80.
11. Atthawong P, Anusornprasert N, Sardlee. Home nursing care for bed ridden patients from primary care unit. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020; 4(1): 73-85.