

การฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ กรณีศึกษาการดูแลระยะกลาง  
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บศีรษะ และ บาดเจ็บไขสันหลัง

โดย

นายแพทย์ ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62  
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562 - 2563

## หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “การฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ (กรณีศึกษาการดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บศีรษะ และ บาดเจ็บไขสันหลัง)” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของ นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62 ประจำปี การศึกษา พุทธศักราช 2562 – 2563

พลโท

(พิสิทธิ์ ปฐมอม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

## บทคัดย่อ

**เรื่อง** การฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ (กรณีศึกษาการดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บศีรษะ และ บาดเจ็บไขสันหลัง)

**ลักษณะวิชา** สังคมจิตวิทยา

**ผู้วิจัย** นายแพทย์ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล **หลักสูตร** วปอ. รุ่นที่ 62

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีนโยบายเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนมีการเข้าถึงการให้บริการ สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพและเชื่อมโยงกับเครือข่ายของหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่ปี 2561 ทั้งนี้เพื่อเกิดการพัฒนาระบบบริการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษากระบวนการให้บริการเพื่อที่จะได้ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคนำมารวบรวมและสร้างแนวทางแบบบูรณาการในการที่นำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป วิธีวิจัยเป็นแบบวิธีผสมผสานศึกษากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident หรือ stroke) บาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) และบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่ได้รับการคัดกรองด้วย Barthel index ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และการเข้าถึงการให้บริการการเยี่ยมบ้าน (Home healthcare) ของทีมกายภาพในโรงพยาบาลชุมชนรวมถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการให้บริการที่ชุมชนและสำรวจความเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการในหน่วยบริการผ่านแบบสอบถามและสัมภาษณ์โดยตรง (Focus depth interview) เครือข่ายในชุมชนในพื้นที่แต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) กับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Bethel index ในภาพเขตร้อยละ 60 และ 66 ในปี 2561 และ ปี 2562 ตามลำดับในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการประเมินน้อยสุดที่ร้อยละ 7 ทั้งสองปี และจากข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน ปี 2562 พบว่าร้อยละ 68 ของผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการการเยี่ยมบ้าน และพบว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 77 และที่ได้รับการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ร้อยละ 38 จากการตอบแบบสอบถามผู้ให้บริการจำนวนทั้งสิ้น 106 คน และสัมภาษณ์เครือข่ายชุมชนในพื้นที่หมู่บ้านทั้งหมด 5 แห่ง พบปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการคือ ความพอเพียงของจำนวนบุคลากรและค่าตอบแทน ปัญหาผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ปัญหาการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการให้ความสำคัญเชิงนโยบายของผู้บริหาร ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้กรอบประเด็นการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายร่วมกับใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff) หลักการการบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ (Professional integrated, skill mix) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) การดูแลโดยเน้นผู้ป่วย

เป็นศูนย์กลาง (Patient center care) การดูแลผู้พิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based rehabilitations) มาบูรณาการเป็นเครื่องมือในการที่จะจัดทำข้อเสนอเป็นแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการของหน่วยบริการและชุมชน และจากการศึกษาและวิจัยนี้ผู้วิจัยเห็นว่าการเปิดบริการสาขาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางนั้นควรมีนโยบายที่ควบคู่กับสาขาการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการบริการส่วนใหญ่ที่ใช้บุคลากรกลุ่มเดียวกันในการดูแล ลักษณะหรือรูปแบบการให้บริการส่งเสริมกันอยู่แล้วในทุกะดับของการให้บริการ ควรมีกลไกบูรณาการให้ทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน โดยใช้ทุกอำเภอเป็นฐาน มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาระบบงาน มีแผนรายบุคคลของผู้ป่วย มีแผนพัฒนาบุคลากรแบบทีมสหวิชาชีพในการช่วยคนไข้ที่ติดเตียงที่บ้านคนไข้ติดบ้าน

## Abstract

**Title** : Integrated health rehabilitation ( case study of intermediate patient with Cerebrovascular, Head Injury, and spinal cord injury

**Field** : Social – Psychology

**Name** : Mr. Panumard Yarnwaidsakul **Course NDC Class 62**

The Thailand National Strategy has a policy to increase the capacity of the health service system to provide people with access to services. So that The Ministry of Public Health has a policy to develop service plan that focus on integrating the network of service units. The second regional health has operated service plan policy initiatively in the field of intermediate care since 2018. Due to develop the intermediate service plan in second health region, I have studied Situations, problems and obstacles of the intermediate service plan to create an integrated approach intermediate care program for further development. The method of this study was a combined methodology. The target population of this study were patient with cerebrovascular accident or stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury. This study evaluate the number of the patient were screened with Bathel index in the General Hospital Center and serviced by home base care by physical teams in community hospitals, as well as participation of community networks ( Community based care) And then I have studied qualitative data of ideas on problems, obstacles and suggestion of care provider via questionnaire and community network via focus depth interview The data analysis used descriptive and content analysis techniques. The results of this study in second regional health data showed that the number of intermediate patients with stroke was screened with a Bethel index 60 percent and 66 percent in 2018 and 2019, respectively, while the head injury was 7 percent for the both years. In community hospital data in 2019, 68 percent of the intermediate stroke patients were received home based care, 10% were received community-based care, while 77% of intermediate spinal cord injuries patients were received home based care and 38% were received community-based care. The result of questionnaires data in 106 care providers and data in interviewed community networks in all 5 villages were sufficiency of the number of care provider, socioeconomic, community network participation, continuing care and referral system. This study analyze problems and obstacles using the framework of access to services, referral systems and the participation of the community network. Theory of participation (Cohen and Uphoff), principles of professional integrated, holistic care, continuing care, and patient center care and community based rehabilitations

are integrated as a tool ,that analyze the result data to formulate a guideline for providing integrated rehabilitation program in the future. The recommendation that the intermediate care should have a policy that has integrated with long term care because the services use the same care provider. At all levels of services should be an integrated mechanism for all sectors, public and private sectors, using every district as a base, on integrated intermediate care. Using patient-centered has developed a system There is an individualized patient plan, a multidisciplinary team of personnel is developed to help bed hidden patients at home.

## คำนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีนโยบายเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนมีการเข้าถึงการให้บริการ สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพและเชื่อมโยงกับเครือข่ายของหน่วยบริการ ระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นหนึ่งในนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ได้ดำเนินงานตั้งแต่ปี 2561 โดยเน้นการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นระบบบริการที่มีความจำเป็นที่ต้องการการเข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาครัฐและเอกชนในการดูแล เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีปัญหาเจ็บป่วยด้านร่างกายอย่างเดียว แต่ยังมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการบริการฟื้นฟูสุขภาพ ในรูปแบบบูรณาการ เพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนาการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางได้ในอนาคตต่อไป

(นายแพทย์ ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล)  
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62  
ผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
คำนำ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญแผนภาพ	ญ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
วิธีดำเนินการวิจัย	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
คำจำกัดความ	7
<b>บทที่ 2 หลักคิด แนวทางและทฤษฎี ในการเปิดการให้บริการฟื้นฟู</b>	
<b>ผู้ป่วยระยะกลางบูรณาการแบบมีส่วนร่วม</b>	<b>10</b>
ทิศทาง นโยบายชาติ และกระทรวงสาธารณสุข	10
แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข	14
นโยบายและแผนการให้บริการสาขาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	15
หลักการและแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care	17
หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	20
หลักการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	
District Health Broad ปี 2560	21
หลักการระบบบริการปฐมภูมิ	22
หลักการและแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว	23
หลักการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพกับการบริการปฐมภูมิ	25
แนวทางและหลักเกณฑ์กองทุนตำบล	27
วัตถุประสงค์กองทุน	28
การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน	
(Community-Based Rehabilitation; CBR)	29
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแบบบูรณาการ	30
ทฤษฎีการมีส่วนร่วม	33



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	35
การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน	36
รูปแบบของการบูรณาการ	37
ขอบเขตของการบูรณาการ	38
หลักการและแนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลาง	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
กรอบแนวคิดของการวิจัย	44
สรุป	45
<b>บทที่ 3 สถานการณ์และสภาพการจัดการเปิดบริการฟื้นฟูผู้ป่วย</b>	
<b>ระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2</b>	<b>47</b>
ข้อมูลความชุกผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2	47
อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2	48
การจัดการเปิดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2	48
ถอดบทเรียนการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี 50 บทเรียนการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลหาดใหญ่และ โรงพยาบาลบางกล่ำ	51
ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการศึกษาแบบเชิงปริมาณ (Qualitative Research)	53
ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบบเชิงปริมาณ (Qualitative Research)	54
ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบบเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลคุณภาพ การให้บริการ อย่างบูรณาการ	55
การวิเคราะห์ ผลการศึกษา	58
ข้อมูลและสถานการณ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นใน จังหวัดเขตสุขภาพที่ 2	62
กองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด	63
สรุป	65
<b>บทที่ 4 แนวทางการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการ</b>	<b>69</b>
สรุปปัญหาและอุปสรรค	70
วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค	74
สรุป	86

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	88
สรุป	88
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	95
ประวัติย่อผู้วิจัย	100

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3-1	แสดงข้อมูลความชุก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2	37
3-2	แสดงข้อมูลอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2	48
3-3	แสดงข้อมูล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ที่มานอนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2561-2562	54
3-4	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) โรคนบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และโรคนบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีการเยี่ยมชมร่วมกับการดูแลแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนร่วมบ้าน เป็นต้น ในเขตสุขภาพที่ 2	55
3-5	แสดงข้อมูลและสถานการณ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่ปี 2561 – 2563	62
4-1	ตารางแสดงสรุปปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาตามนโยบาย และระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดในการวิจัย	71

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2-1	แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนถ่าย	19
2-2	แผนภาพที่ 2 - 2 กรอบแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง WHO 2016	32
2-3	รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff	34
2-4	กรอบแนวคิดของการวิจัย	44
3-1	แสดงขบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเขตสุขภาพที่	49
4-1	แสดงขั้นตอน ขบวนการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับจังหวัด	70
4-2	แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการ และทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป	76
4-3	แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ( Patient Center Integrate Healthcare)	78
4-4	แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการและ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลชุมชน	80
4-5	แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ( Patient Center Integrate Healthcare)	82
4-6	แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการและ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน	83
4-7	แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระดับชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation)	85

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพ คือภาวะของคนที่มีสมรรถนะของร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น ซึ่งต้องเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (WHO) ซึ่งสุขภาพทางกาย หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรงสมรรถนะทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนอย่างดีซึ่งสามารถ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของคนนั้น ประกอบไปด้วย พฤติกรรมมนุษย์ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการบริการสาธารณสุข ซึ่งระบบบริการสาธารณสุข หมายถึง การจัดการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพ และเป็นการยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นซึ่ง ประกอบไปด้วยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ป้องกัน (Health prevention) การรักษาสุขภาพ (Treatment and Curative) และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายรวมทั้งจิตใจของบุคคลครอบครัว และชุมชน (Rehabilitation) อนึ่งจากแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตาม International Classification of Functioning, Disability and Health ซึ่งเริ่มแพร่หลายตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1980 ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างหรือความบกพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียวหากยัง เชื่อมโยงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม และการกลับเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายนั้นหมายถึงการให้บริการสำหรับบุคคลที่มีความพิการ หรือมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ตามปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือยกระดับความสามารถที่มีอยู่เดิม โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ สังคมอาชีพ หรือกระบวนการอื่นใดเพื่อให้บุคลากรให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

การบริการการให้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ประกอบด้วยกิจกรรมทางกายภาพ บำบัด กิจกรรม การทำกาย อุปกรณ์เสริม/เทียม การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือยกระดับความสามารถได้ ทั้งนี้มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤต (Rehabilitation In Acute Phases) ในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรคโดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟูระยะกลาง (Subacute Rehabilitation หรือ Intermediate Care) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมีความพิการหลงเหลือภายหลังการให้บริการฟื้นฟูที่จะไปเพิ่มภาระกับบุคลากรภายในครอบครัวหรือชุมชนและที่สำคัญคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาวได้ ซึ่งจะต่อยอดเป็นการดูแลและฟื้นฟู

อย่างต่อเนื่องและระยะยาว (Long term Care and Continuation Care) หากผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถต่ำลงจากโรคหรือมีความพิการไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมภายหลังการรักษาโรคอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ในปัจจุบันภาวะโรคและการบาดเจ็บผู้ป่วยประชากรไทยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด รวมทั้งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บที่ไขกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว เข้าถึงการบริการฟื้นฟูระยะกลางยังน้อย ซึ่งมีผลทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้เกิดภาระและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นตามมาจากการเก็บข้อมูลทางสถิติจากรายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับสองในประชากรผู้หญิง และเป็นอันดับสามในประชากรชาย1ทั้งนี้ยังพบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆนอนๆ (Sedentary Lifestyle) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข อัตราผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประชากรไทยต่อ 100,000 ประชากรเป็น 216.58, 271.85,318.83 ในปี 2551, 2553 และ 2555 ตามลำดับ

จากการศึกษาความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่ามีความชุก 1.88% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 496 รายในระยะเวลา 6 เดือน เสียชีวิต 57 ราย มีผู้ป่วยที่รอดชีวิต 439 รายที่มีคะแนนการช่วยเหลือตนเองตาม Barthel Index น้อยกว่า 75 ซึ่งแสดงถึงความต้องการการบริการฟื้นฟูจำนวน 337 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.9 ของผู้ป่วยทั้งหมดอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูยังมีไม่มากนัก

จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2555 พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการทั้งหมด 3,026 ราย ผู้ป่วยเพียง 556 ราย (ร้อยละ 18.37) ได้รับการส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในจำนวนที่ได้รับการปรึกษามีเพียง 23 ราย ได้รับการฟื้นฟูแบบเข้มข้นโดยการรับย้ายเข้าหอผู้ป่วย เวชศาสตร์ฟื้นฟู อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดในระบบบริการในโรงพยาบาลใหญ่ทำให้สามารถรับผู้ป่วยไว้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในได้เฉลี่ยเพียง 8.1 วันในการศึกษาก่อนหน้า เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนรวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4,499 ราย ได้รับการฟื้นฟู 1,930 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42.9) ซึ่งมีทั้งการได้รับการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ในปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมและให้บริการ การฝึกอบรม อาสาสมัครในชุมชนหรือครอบครัว เพื่อให้บริการตนเอง แทนนักวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านบนจะเห็นได้ว่า อัตราการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยใน แต่สูงขึ้นเมื่อมีการขยายบริการออกเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบเยี่ยมบ้าน การทบทวนข้อมูลบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษพบหลักฐานไม่ต่างกัน โดยภายหลังจากมีการปรับรูปแบบบริการให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนและนักกายภาพบำบัดลงให้บริการที่บ้าน พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 74.8 อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในด้านการติดตามผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ชัดเจนในรูปแบบบริการต่างๆ รวมถึง ไม่มีการแบ่งเกณฑ์ที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความบกพร่องระดับใดควรได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบใดผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคที่สำคัญและมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิการหากไม่ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉพาะการให้บริการฟื้นฟูระยะกลางมีโรคที่พบบ่อยและสำคัญในประเทศไทย พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด รวมทั้ง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บที่ไขกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว เข้าถึงการบริการฟื้นฟูระยะกลางยังน้อย ซึ่งมีผลทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้เกิดภาระและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นตามมา และส่งผลก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจและสังคมตามมาได้ การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง มีทั้งการให้บริการผู้ป่วยใน การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก และการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพโรงพยาบาลรวมทั้งขึ้นกับความสมัครใจของญาติ พี่น้องและผู้ป่วยร่วมด้วย ปัจจุบันการบริการแบบผู้ป่วยในเน้นที่โรงพยาบาลทั่วไปเหตุผลด้วยบุคลากรและกายอุปกรณ์ที่ครบถ้วน แต่ปัญหาที่ตามมาคือ เกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพราะจำเป็นต้องใช้เวลาอนนอนในหอผู้ป่วยนาน ส่งผลทำให้เกิดปัญหาความพอเพียงของจำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ป่วยอื่น อีกทั้งเมื่ออนนอนอยู่โรงพยาบาลนานส่งผลทำให้ญาติผู้ป่วยไม่สามารถเฝ้าดูแลาน ได้จึงมีการนำผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อที่ให้การดูแลด้วยตนเองส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสการรับบริการฟื้นฟูระยะกลางเกิดมีความพิการที่หลงเหลือ

อย่างไรก็ตาม พบว่าการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางสามารถเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ทำให้เกิดโอกาสการเข้าถึงการให้บริการเพิ่มมากขึ้นได้ อีกทั้งทำให้อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลได้อีกทางด้วยการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการได้รับการดูแลฟื้นฟูระยะกลางตามกำหนด พบว่ามีความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuous of Care) ที่บ้านโดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังมีความพิการหลงเหลือหรืออาการพิการยังไม่ดีขึ้นจากการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลซึ่งมีความจำเป็นให้เกิดมีการดูแลฟื้นฟูระยะกลางผู้ป่วยอย่าง

บูรณาการที่มีการเชื่อมโยงหน่วยงานให้บริการของสาธารณสุขทุกระดับกับการดูแลโดยภาคประชาชน ต้องอาศัยเครือข่ายภาคประชาชน ทั้งอาสาสมัครชุมชน ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขผ่านทางคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีหน้าที่ดูแลกองทุนฟื้นฟูระดับอำเภอ และตำบล เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

อนึ่งการให้การดูแลการให้บริการฟื้นฟูระยะกลางแบบบูรณาการเป็นการเชื่อมโยงการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชน จำเป็นต้องมีระบบข้อมูล แนวทางการดูแลร่วมกันด้วยระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลในระดับชุมชนที่รวมถึงการดูแลในครอบครัว เชื่อมโยงถึงแนวทางการดูแลด้วยอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้ง การบริหารจัดการการดูแลโดยใช้ Care Giver และการช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณโดยเฉพาะกองทุนตำบล ซึ่งบริหารจัดการโดยองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่พบว่ามีแนวทางที่กำหนดไว้ชัดเจน อาจเนื่องจากปัญหาและบริบทในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่าง

อย่างไรก็ตาม แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20ปีเชื่อมโยงสู่ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นประเด็นการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และระบบบริการสาธารณสุข มีส่วนที่ทำให้มีโอกาสที่จะพัฒนาระบบบริการให้เกิดมีการบูรณาการในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบบริการด้วยการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่เป็นรูปแบบระบบบริการที่มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายสร้างการเข้าถึงการบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำซึ่งกรอบในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด และพัฒนาระบบบริการที่รองรับ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ แผนงานพัฒนาระบบบริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care Service Plan ) นับเป็น Service Plan สาขาใหม่ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์ โดยลดช่องว่างที่ขาดหายไประหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิการโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุต่างๆ ที่เมื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างดี จนรอดชีวิตแล้วได้รับการประเมิน และคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลางโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบการบริการที่หลากหลายความต้องการเชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่าง สถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเมื่อพ้นระยะบริการ6เดือนไปแล้ว หากผู้ป่วยยังมีสมรรถนะไม่มากพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ดีก็จะเชื่อมโยงการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว (Long Term Care) ต่อไป โดยไม่ล้มที่จะส่งเสริมการป้องกันโรคและการกลับมาเป็นซ้ำโดยหลากหลาย Service Plan อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



งานการวิจัย ฉบับนี้ที่จะมุ่งเน้นศึกษาเพื่อที่จะได้แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับ การให้บริการฟื้นฟูระยะกลางในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บศีรษะและภาวะเจ็บไขสันหลัง อย่างบูรณาการ เพื่อเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการให้บริการโดยเฉพาะให้เกิดการบริการ ในโรงพยาบาลชุมชนเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลทั่วไป ครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ การให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 และสามารถเป็นตัวอย่าง นำไปใช้ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการ สาขการให้บริการฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการจัดระบบบริการให้การดูแลระยะกลางผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยภาวะเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยภาวะเจ็บไขสันหลัง
2. ศึกษาปัญหาอุปสรรคการให้บริการอย่างบูรณาการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลในระดับชุมชน หมู่บ้านครอบครัว
3. ศึกษาหาแนวทางฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ (กรณีศึกษาการดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยภาวะเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยภาวะเจ็บไขสันหลัง)

## ขอบเขตของการวิจัย

### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

1.1 การวิจัยนี้เน้นการศึกษาวิเคราะห์ขนาดของปัญหาการเข้าถึงการให้บริการ การคัดกรองด้วย Barthel ADL Index ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บที่ศีรษะ และภาวะเจ็บกระดูกไขสันหลังในระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงการเข้าถึงบริการการเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชนและการเข้าถึง การบูรณาการดูแลโดยเครือข่ายในชุมชน

1.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหา อุปสรรค และขบวนการในการดูแลฟื้นฟู สุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางแบบการบูรณาการที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บที่ศีรษะ และภาวะเจ็บกระดูกไขสันหลัง เริ่มต้นจากศึกษาในระดับการให้บริการการคัดกรองด้วย Barthel ADL index ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป การบริการการเยี่ยมบ้าน ของทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชน และการบูรณาการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยเครือข่าย ในชุมชน

1.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหลักการแนวคิดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพแบบ บูรณาการ ทั้งในระดับนโยบายระดับประเทศเชื่อมโยงกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ แนวคิดการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานหลักการดูแลฟื้นฟูสุขภาพด้วยสหสาขาวิชาชีพ และแนวคิดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม

## 2. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ป่วยมารับบริการเป็นแบบผู้ป่วยใน (In Patient) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) โรคบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และโรคบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ตาก พิษณุโลก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ รวมถึงบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบายและผู้ให้บริการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ที่ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดังนี้

### 1. การรวบรวมข้อมูล

- 1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ ดำเนินการโดยการศึกษาจากตำราและเอกสารต่างๆ
- 1.2 ข้อมูลปฐมภูมิ ดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลในระบบข้อมูล Health Data Center และได้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก จากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบายและผู้ให้บริการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติแบบเชิงพรรณนา และดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Context Analysis) เชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ สังเคราะห์เนื้อหาและข้อมูล

### 3. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลแบบรายงานวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ นำเสนอแนวคิดหรือแนวทางใหม่

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบสภาพการจัดระบบบริการให้การดูแลระยะกลางผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. ทราบปัญหาอุปสรรคการให้บริการอย่างบูรณาการของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และการดูแลในระดับชุมชน หมู่บ้านครอบครัว
3. ได้แนวทางฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ (กรณีศึกษาการดูแลระยะกลางผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง)

## คำจำกัดความ

สุขภาพ (Health)	หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขไม่ใช่เพียงแต่ ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (WHO)
การบริการสาธารณสุข	หมายถึง บริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความ เจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
การดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ	หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease)	หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดในสมอง เช่น ติบ หรือแตกทำให้มีความผิดปกติของ เนื้อเยื่อสมอง เป็นสาเหตุทำให้มีโอกาสเกิดมีความพิการได้
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ( Head Injury)	หมายถึง การที่ศีรษะได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะเช่น วัตถุหล่นจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้น เป็นต้น ซึ่งทำให้มีพยาธิ สภาพที่ศีรษะส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจเป็นหนังศีรษะ (Scale)กะโหลกศีรษะ (Skull) เยื่อหุ้มสมองหรือ ส่วนต่างๆ ของสมอง รวมทั้งหลอดเลือดสมองแตก ทำให้มีเลือดออกในชั้นต่างๆ ของสมองการบาดเจ็บที่ศีรษะนี้
การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อให้สมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการและภาวะทุพพลภาพ รวมทั้ง กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการบริการผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

### การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach)

หมายถึง การนำหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันให้การดูแลหรือร่วมกันให้บริการเฉพาะโรคบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายถึงการฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นกลืน การฝึกพูด การทำกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การปรับสภาพแวดล้อม การให้คำปรึกษาการฝึกอาชีพ การให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการในการจัดหาตรวจสอบ สอนใช้ รวมถึงการรักษาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสมสำหรับสภาพร่างกาย

### บุคลากรด้านการฟื้นฟู

หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการ ครอบคลุมตามความบกพร่องของร่างกายการจำกัดในการทำกิจกรรมและข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมความต้องการด้านสภาพแวดล้อม ของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยมีศักยภาพในการฟื้นฟู หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูมีสภาวะร่างกายทางการแพทย์คงที่และสามารถทำตามคำสั่งได้

### ความบกพร่อง

หมายถึง ผลจากความผิดปกติของร่างกายหรือ จิตใจจากภาวะเจ็บป่วยหรือ อากาการผิดปกติในการทำกิจกรรมต่างๆ บกพร่องหรือไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม

### คนพิการ

หมายถึง อ้างอิงตามนิยามมาตรา4 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550

### การประเมิน ดัชนีบาร์เทิล Barthel Index

หมายถึง การประเมินสมรรถนะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index ฉบับภาษาไทยที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

### การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า Barthel Index < 15 หรือมากกว่า 15 แต่มี Multiple Impairment ควรได้รับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

### การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก หมายถึง

การบริการในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องทางกายและมีรรับส่งควรนัดผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกตามความถี่ที่เหมาะสม เช่น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD Based Program) ผู้ป่วย ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ภายใน 6 เดือน

### การบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบเยี่ยมบ้านในชุมชน

หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่อง แต่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ควรได้รับการบริการเยี่ยมบ้านในรูปแบบของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทีม Primary Care Cluster โดยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับนักกายภาพบำบัด และสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการร่วมกับพยาบาลในพื้นที่โดยการออกบริการเยี่ยมบ้านใน ชุมชน (Out Reach program) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู 2 ครั้งต่อเดือนในช่วง 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพ และพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วย รวมทั้งขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ

### การให้บริการ (Service Plan)

หมายถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการในทุกระดับในพื้นที่เฉพาะอย่างมีแบบแผนที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดมีการร่วมมือกันให้เกิดบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

### การบริการผู้ป่วยใน (Inpatients Service)

หมายถึง การบริการการให้การดูแลผู้ป่วย ที่นอนประจำในหอผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การให้บริการฉีดยาเข้าเส้น เลือดเป็นเวลาหลายวัน หรือ จำเป็นต้องเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

### การบริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Service)

หมายถึง การบริการการให้การดูแลผู้ป่วยแบบไม่นอนในโรงพยาบาล

## บทที่ 2

# หลักคิด แนวทางและทฤษฎี ในการเปิดการให้บริการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลางบูรณาการแบบมีส่วนร่วม

ประเทศไทยมีการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขมานานในโรงพยาบาลระดับทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องด้วยมีศักยภาพและจำนวนของบุคลากรด้านฟื้นฟู งบประมาณ และอุปกรณ์ที่ช่วยการให้บริการที่พอเพียง 2 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดทำแผนบริการผู้ป่วย สาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Service Plan) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้มีการจัดบริการที่โรงพยาบาลในระดับชุมชน และให้มีระบบการส่งต่อที่เชื่อมจากโรงพยาบาลทั่วไปสู่โรงพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร่วมกับให้มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ลดภาระ ทางสังคม และครอบครัวได้ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มุ่งเน้นการเรื่องของคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงการให้บริการ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการในทุกระดับ โรงพยาบาลส่งผลทำให้เพิ่มภาระในครอบครัวที่จะต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการพัฒนาการให้บริการทุกระดับโดยเฉพาะสิ่งที่สำคัญคือการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเป็นการพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูที่บ้านร่วมกับชุมชนให้เกิดมีการดูแลแบบบูรณาการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาชน และสังคม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมีแนวทางการให้บริการอย่างมีการบูรณาการในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งในระดับหน่วยงานสาธารณสุขด้วยกัน รวมถึงเครือข่ายในระดับชุมชน

การศึกษาในบทที่ 2 เป็นการทบทวน นโยบาย แนวทาง หลักการแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการโดยมีลำดับการศึกษา ดังนี้

### ทิศทาง นโยบายชาติ และกระทรวงสาธารณสุข

#### 1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับแรกของประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง “เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน” โดยมีเป้าหมายการพัฒนา

ประเทศ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศ ในหลากหลายมิติ พัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม

ตามมติของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560 กำหนดระดับแผน เพื่อให้สอดคล้องหรือการถ่ายทอดลงสู่แผนปฏิบัติการกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ระดับที่ 2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านต่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนความมั่นคง

ระดับที่ 3 แผนปฏิบัติการด้านต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

**ระดับที่ 1 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี**

มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก

1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคงมีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เน้นการบริหารจัดการภาวะแวดล้อมของประเทศ ให้มีความมั่นคงปลอดภัย เอกရာช อธิปไตย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ สังคม ชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาคน เครื่องมือ เทคโนโลยี และระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับภัยคุกคาม และภัยพิบัติได้ทุกรูปแบบ และทุกระดับความรุนแรงควบคู่ไปกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความมั่นคงที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มีเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ บนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

2.1 “ต่อยอดอดีต” โดยมองกลับไปที่เราเก่งทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และจุดเด่นทางทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย รวมทั้งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศในด้านอื่น ๆ นำมาประยุกต์ผสมผสานกับเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่

2.2 “ปรับปรุงปัจจุบัน” เพื่อปูทางสู่อนาคต ผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศในมิติต่าง ๆ ทั้งโครงข่ายระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และดิจิทัล และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคต

2.3 “สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการพัฒนาคนรุ่นใหม่ รวมถึงปรับรูปแบบธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตลาด ผสมผสานกับยุทธศาสตร์ที่รองรับอนาคตบนพื้นฐานของการต่อยอดอดีตและปรับปรุงปัจจุบัน

3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาพที่ดี

ในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคม และผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง

4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับเปลี่ยนค่านิยม และวัฒนธรรม การสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมาย การพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของ ประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำ เพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไก บริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทย ทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม ให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการ และสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรม และทั่วถึง

5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ธรรมภิบาล และความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายใน และภายนอกประเทศอย่างบูรณาการใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงาน

6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อปรับเปลี่ยนภาครัฐที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชน และประโยชน์ส่วนรวม” โดยภาครัฐต้องมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ แยกแยะบทบาท หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการกำกับ หรือในการให้บริการในระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขัน มีสมรรถนะสูง ยึดหลักธรรมาภิบาล ปรับวัฒนธรรมการทำงาน ให้มุ่งผลสัมฤทธิ์และผลประโยชน์ ส่วนรวมมีความทันสมัยและพร้อมที่จะปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบการทำงาน ที่เป็นดิจิทัลเข้ามา ประยุกต์ใช้อย่างคุ้มค่า และปฏิบัติงานเทียบได้กับมาตรฐานสากล

**ระดับที่ 2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ  
แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนความมั่นคง**

1. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี คือ ส่วนสำคัญในการถ่ายทอดเป้าหมาย ของประเด็นยุทธศาสตร์ชาติลงสู่แผนปฏิบัติในทุกระดับล่าง ซึ่งได้คำนึงถึงประเด็นร่วมหรือประเด็น ข้ามยุทธศาสตร์และการประสานเชื่อมโยงเป้าหมายของแต่ละแผนแม่บท ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ให้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประกอบด้วย สถานการณ์ และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับแผนแม่บท เป้าหมายและตัวชี้วัดในการดำเนินการซึ่งแบ่งเวลาเป็น 4 ช่วง ช่วงละ 5 ปี แนวทางการพัฒนา และแผนงานโครงการที่สำคัญของแผนแม่บท เพื่อเป็นกรอบในการ ดำเนินการของหน่วยที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาประเทศที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ มีทั้งหมด 23 แผนแม่บท ซึ่งแผนแม่บทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนสำคัญคือแผนแม่บทการสร้าง เสริมให้คนไทยมีสุขภาพะที่ดี ประกอบไปด้วย 5 แผนย่อย



1.1 การสร้างความรู้ด้านสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ  
 1.2 การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการ  
 มีสุขภาวะ

1.3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี  
 1.4 การกระจายบริการให้ทั่วถึง และมีคุณภาพ  
 1.5 พัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ  
 ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ แผนแม่บทศักยภาพตลอดช่วงชีวิต แผนความเสมอภาคและ  
 หลักประกันทางสังคม

2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนา  
 เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนานาระยะ 5 ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อไปเป้าหมาย  
 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ  
 ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี  
 ให้เข้มแข็ง เพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรงสามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ  
 ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีเป้าประสงค์

2.1 ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
 เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

2.2 คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร

2.3 เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ประชาชนสามารถ  
 เข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

2.4 มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

2.5 มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ  
 และประสิทธิผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประกอบด้วย  
 ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก  
 ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ  
 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ  
 กำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

3. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข หนึ่งในแผนปฏิรูปประเทศที่รองรับ  
 การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนมีการกำหนด  
 เป้าประสงค์ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแล  
 สุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและอยู่ในสภาพแวดล้อม  
 ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพ  
 และการอภิบาลระบบที่ดี” วัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

3.1 เพื่อให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่มีความครอบคลุม ตอบสนองความจำเป็น รวมถึงการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความยั่งยืน พอเพียงมีประสิทธิภาพ และสร้างความเป็นธรรม ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลตนเองจากความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้

3.2 เพื่อให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ครอบคลุม ปลอดภัย สำหรับประชาชนในทุกพื้นที่ทุกระดับ

3.3 เพื่อให้ระบบสุขภาพ ไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการงานด้านสุขภาพ ของทุกหน่วยงานมีการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตัดสินใจ เพื่อบริหารระบบสุขภาพให้ประชาชนได้ประโยชน์ สูงสุดและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ภายใต้ ทรัพยากรอันจำกัด และเป้าหมาย ประกอบด้วย

3.3.1 ระบบบริการปฐมภูมิมีความครอบคลุม ตอบสนองความจำเป็น และระบบหลักประกันสุขภาพความยั่งยืน พอเพียงมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม

3.3.2 มีข้อมูล สารสนเทศที่ใช้บริหารจัดการการเงินการคลัง การบริการ ในระบบสุขภาพและสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพ สุขภาวะที่ดี

3.3.3 ระบบสุขภาพของประเทศมีเอกภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของทุกภาคส่วนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้แก่พื้นที่ โดยมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่ ระบบบริการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และจัดบริการเป็นเครือข่าย ภายใต้การติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล

3.3.4 ประชาชนไทยมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้าง นำซ่อม และผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึง บริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ทั้งการรับบริการและการรับภาระค่าใช้จ่าย

## แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข

หลังจากที่นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการจัดทำ ยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อใช้ในการ ขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามข้อสั่งการ ของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้งระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบ บริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัดไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้าน สาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทย ต้องเตรียมรับมือกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข

ในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทย

### ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ได้แบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ 16 แผนงาน 48 โครงการ โดยมีรายละเอียดแผนงาน

ดังนี้

1. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรค เป็นเลิศ)
  - 1.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
  - 1.2 การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
  - 1.3 ความปลอดภัยด้านอาหาร และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - 1.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
  - 2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
  - 2.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
  - 2.3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
  - 2.4 ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
  - 3.1 การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน
  - 3.2 การผลิตและพัฒนาากำลังคน
  - 3.3 การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
  - 3.4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ
4. Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)
  - 4.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
  - 4.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ
  - 4.3 ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค
  - 4.4 ระบบธรรมาภิบาล

## นโยบายและแผนการให้บริการสาขาฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Service Plan Intermediate Care)

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการ แต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral)

System) เพื่อให้สามารถจัดบริการอย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น ความแออัดของผู้มารับ บริการในสถานบริการระดับสูง สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับสถาน บริการในการให้บริการ มีการแข่งขันการขยายบริการและแย่งชิงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยขาด การวางแผน ในการจัดระบบบริการ และการบริหารจัดการที่ดี ในปีงบประมาณ 2555 กระทรวง สาธารณสุขจึงได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจนและ เป็นระบบ โดยการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2555-2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่าย บริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์ และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เพื่อให้เกิดการ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ รองรับปัญหาทางการแพทย์ และ สาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่

ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระบบบริการสาธารณสุข ของประเทศไทยยังมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยและคนพิการในระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุจำนวนมากได้รับ บริการฟื้นฟูที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอและยังมีผู้ป่วยและคนพิการอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วยเหตุปัจจัยต่าง ๆ

นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงนโยบาย Service Plan Intermediate Care เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2560 ณ โรงแรมเซ็นทาราที่ศูนย์ราชการ กรุงเทพมหานคร ว่าให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเปิดบริการ Intermediate Care รับผู้ป่วยฟื้นฟูทุกตามดูแล โดยเน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง และ บาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง โดยให้โรงพยาบาล ชุมชน ทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย Intermediate Care แห่งละ 2 เตียง ทั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหา ความแออัดการให้บริการของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากการส่งผู้ป่วยกลับยาก และการ Admit ขึ้นที่สูงขึ้น ประกอบกับอัตราการใช้เตียงในโรงพยาบาลชุมชนที่น้อยอยู่พร้อมกับ พัฒนาระบบการฟื้นฟู สมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายภายใน 1 ปี ให้มีการเข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ได้มาตรฐานบริการฟื้นฟู โดยการลดความแออัด นำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง (Independent Living) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียง ป้องกัน และชะลอความพิการ ลดภาระ Care Giver

ทั้งนี้ กล่าวถึงมีการกำหนดแผนแม่บทพัฒนา 5 ปี 2560-2564 แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะพัฒนา และระยะขับเคลื่อน โดยกำหนดเป็น 3 รูปแบบ

1. รูปแบบหลัก กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ป่วย Post Acute Stroke และกลุ่มผู้ป่วย Post Neurological Trauma เช่น Traumatic Brain Injury Spinal Cord Injury
2. รูปแบบเสริมพื้นที่ เลือกเป็นรูปแบบที่ถอดบทเรียนมาจาก Model Development จากพื้นที่ต่างๆ ที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3. รูปแบบเฉพาะพื้นที่เลือกเป็นรูปแบบ intermediate care ตามประเด็นของบริบท ความต้องการของแต่ละพื้นที่ เช่น Intermediate Care สำหรับผู้สูงอายุ, Inoperative Fracture Post Operation Care Chemotherapy Ward เป็นต้น และกำหนดบทบาทของภาคสาธารณสุขระดับ จังหวัด

3.1 สำนักงานสาธารณสุขตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสนับสนุนนโยบายให้มีการดำเนินงานในระดับจังหวัดละอำเภอ ให้มีการ ประชุมติดตาม ร่วมกับดูแลและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนา

3.2 โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ กำหนดให้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและจัดบริการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายมีการส่งต่อ ข้อมูลสนับสนุนวิชาการเป็นแกนนำในการจัดทำ Team Meeting โดยสหสาขาวิชาชีพร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการประเมิน และบริหารจัดการข้อมูลพร้อมกันทั้งให้มีการประสานกับ กลุ่มงานเวชกรรมในการเชื่อมโยงการดูแลถึงบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.3 กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชน โดยมีงานกายภาพบำบัดเป็นหลักในการ ดำเนินงานให้บริการฟื้นฟูทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เยี่ยมบ้านโดยการรับส่งต่อจาก รพท./รพช. สร้างแผนการดูแลระดับที่บ้านกับ รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิในระดับพื้นที่ จัดทำคลังอุปกรณ์ และ กายอุปกรณ์ในระดับอำเภอ

3.4 กำหนดให้ PCC ให้บริการฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวม มีการดูแล ร่วมกับญาติ เชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และจัดระบบ Care Giver ในระดับชุมชน

3.5 กำหนดให้ รพ.สต. มีบทบาทเป็นเจ้าของคนไข้ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้บริการฟื้นฟู และทางการบริการขั้นพื้นฐานเป็นผู้นำ Care Giver อสม. จิตอาสาและ ประสานกับ อปท. ในพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมอื่นๆ ต่อไป

## หลักการและแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care

วัตถุประสงค์หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate Care คือ ให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal Cord) เพื่อลดความแทรกซ้อน ที่อาจนำไปสู่ ความพิการและพัฒนา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นจนผู้ป่วยสามารถ ช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงาน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

วัตถุประสงค์รอง คือ ลดความแออัดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยหลอดเลือด สมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) ในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป และยังเพิ่มอัตรา ครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบบริการ Intermediate Care มีการให้บริการหลากหลายรูปแบบตามบริบท ของผู้ให้บริการ และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ต่อเนื่องไป ถึงชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน หรือรูปแบบของ Community Based Rehabilitation (CRB) รวมทั้ง

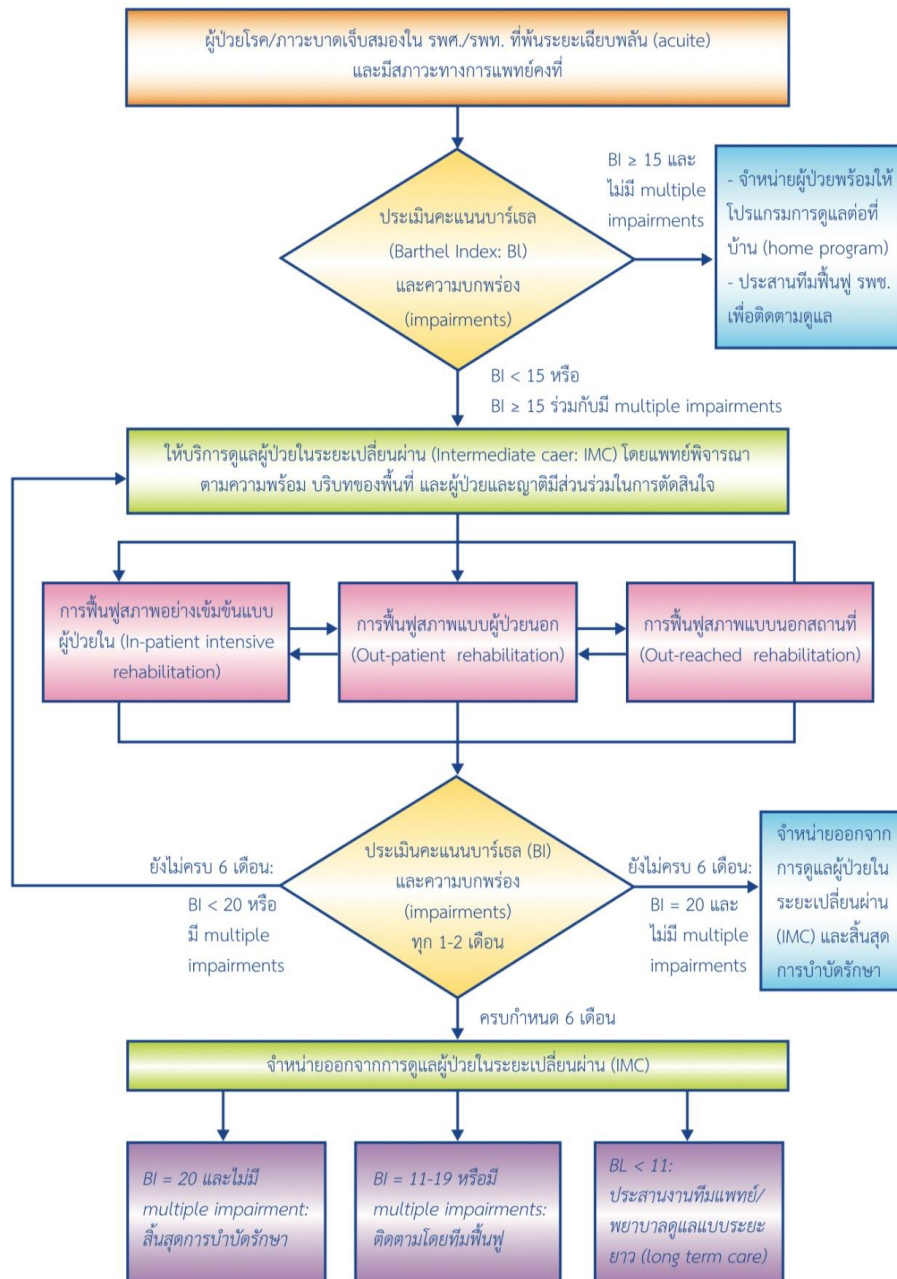
มีระบบสนับสนุนครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ยา และหัตถการขั้นพื้นฐานตามระดับของโรงพยาบาลในพื้นที่

1. การให้บริการแบบผู้ป่วยใน กรณีในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel Index < 15 หรือ Barthel Index > 15 แต่มี Multiple Impairments ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ซึ่งแบ่งเป็น Intermediate Ward คือ การให้บริการ Intensive IPD Rehab Program ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ( ไม่รวม Nursing Care ) ส่วน Intermediate Bed คือ การให้บริการฟื้นฟู แบบ Less Intensive IPD Rehab Programs หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างสัปดาห์ละ 3 วัน ไม่รวม Nursing Care

2. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นการบริการผู้ป่วยที่ยังมีความพร้อมทางร่างกาย แต่ยังมีอาการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ต่อเนื่องจากการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เป็นในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD Based Program) ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

3. การให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นการบริการในกรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อาจเกิดจากปัจจัยตัวโรค ผู้ป่วยหรือความไม่พร้อมในการดูแลที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เป็นการบริการเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพหรือโดยทีม primary care cluster (PCC) ที่มีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และอาจร่วมกับเครือข่ายในชุมชนในพื้นที่ เช่น อปท. นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อเป็นการบูรณาการในการดูแล ซึ่งต้องมีการจัดทำโปรแกรมและแนวทางในการเยี่ยมบ้านในชุมชน (outreach program) ที่ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน ในช่วง 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของผู้ป่วยหรือความพร้อมของผู้ให้บริการแนวทางให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บไขสันหลังในระดับโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชน

แผนภาพที่ 2 - 1 แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนถ่าย



หมายเหตุ BI = การประเมินคะแนนบาร์เธล (Barthel Index)

ที่มา : คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline For Intermediate Care Service Plan)

## เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยากำหนดเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างกว้างๆ คือ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือการสูญเสีย สมรรถภาพอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การสื่อความหมาย การขับถ่าย เป็นต้น ที่ส่งผลต่อการทากิจวัตรหรือเข้าสังคม ประเมินแล้วว่าสามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ตามศักยภาพด้วยโปรแกรม การบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือการสื่อความหมาย ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการได้รับ โปรแกรมฟื้นฟู ได้แก่ สามารถทนการฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดได้ ไม่มีความบกพร่องด้านระดับความรู้สึกตัว การเรียนรู้และความจำที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก

กระทรวงสาธารณสุขวางกรอบแนวทางการพัฒนาระบบดูแลระยะกลาง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury : SCI) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury : TBI) ที่พ้นระยะเฉียบพลัน และมีสถานะทางการแพทย์คงที่ ส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และได้คะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index (MBI) อยู่ที่ น้อยกว่า 15/20 หรือ มากกว่า 15/20 แต่มีความบกพร่องอื่นร่วมด้วย โรงพยาบาลสระบุรีจัดทำโครงการพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระยะกึ่งเฉียบพลันโดยให้นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในโครงการเป็นผู้ประเมินตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยต้องมีภูมิลานาหรือพักอาศัยในเขตจังหวัดสระบุรี มีสถานะทางการแพทย์ คงที่ใน 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ไม่มีไข้, สัญญาณชีพคงที่ และไม่มี การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ที่สำคัญ มีระดับคะแนน Barthel's Index < 75 หรือมีความบกพร่องที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ หรือเป็นซ้ำด้วยโรค Stroke, TBI, SCI, Multiple Trauma หรือโรคทางระบบประสาท

## หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

### แนวคิดการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการทำให้เวชปฏิบัติปฐมภูมิ และบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางที่เชื่อมโยงบูรณาการการดูแลรักษาสุขภาพในทุกส่วนของระบบสุขภาพได้อย่าง ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ การพัฒนาดังกล่าวจึงวางอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ผสมผสานกันระดมแนวคิด “เวชปฏิบัติปฐมภูมิ” (Primary Care) และแนวคิด “ระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ” (Integrated Care) รวมทั้งความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องความซับซ้อนของการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการในบริบทเวชปฏิบัติปฐมภูมิ เนื่องจากธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศมีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีการออกแบบความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยย่อยของระบบบริการสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากร โดยใช้กลไกนโยบาย และการจัดการแบบต่างๆ เพื่อทำให้เกิดการบูรณาการด้านต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ สามารถ



แบ่งการบูรณาการภายในระบบสุขภาพออกเป็นประเภทต่างๆ ตามเป้าหมายของการจัดระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการได้ดังนี้

1. การบูรณาการแนวนอน (Horizontal Integration) หมายถึง กลยุทธ์หรือแนวทางการจัดการที่ทำให้ เกิดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน
2. การบูรณาการแนวตั้ง (Vertical Integration) หมายถึง กลยุทธ์ หรือแนวทางการจัดการที่ทำให้เกิด การเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพในคนละระดับ
3. การบูรณาการระบบ (System Integration) หมายถึง การวางแผนการทำงาน กฎ ระเบียบ หรือนโยบายของหน่วยงานย่อยแต่ละหน่วยภายในระบบสุขภาพให้สอดคล้องกัน
4. การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (Organizational Integration) หมายถึง การวางแผนการทำงาน ระหว่างต่างหน่วยงานหรือต่างองค์กรให้ทำงานสอดคล้องกัน
5. การบูรณาการวิชาชีพ (Professional Integration) หมายถึง การวางแผนการทำงานและการ ประสานงานในการจัดบริการสุขภาพระหว่างวิชาชีพต่างๆ รวมทั้ง การทำงานข้ามสาขาวิชา
6. การบูรณาการทางคลินิก (Clinical Integration) หมายถึง การประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานหรือผู้ให้บริการทางคลินิกทั้งหมดเพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
7. การบูรณาการพันธกิจ (Functional Integration) หมายถึง การประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานฝ่ายธุรการและฝ่ายสนับสนุน และหน่วยงานหรือผู้ให้บริการทางคลินิกทั้งหมดเพื่อให้จัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
8. การบูรณาการมาตรฐาน (Normative Integration) หมายถึง การวางแผนการทำงานร่วมกัน ระหว่างต่างหน่วยงานหรือต่างองค์กรภายในระบบสุขภาพเดียวกัน เพื่อให้สามารถทำงานบนพื้นฐาน ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร หรือมาตรฐานในการทำงานที่ตรงกันหรือสอดคล้องกัน

## หลักการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) District Health Broad ปี 2560

จากคำสั่งกระทรวงมหาดไทย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการพื้นฐานที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวผ่านพื้นที่นำร่อง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้นของการดำเนินการ คือ จากความสนใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็งมีความหลากหลายของพื้นที่ความหลากหลายของจำนวนประชากรทั้งในเขตเมือง เขตชนบท พื้นที่ ลักษณะพิเศษ เช่น

พื้นที่ชายแดนพื้นที่เกาะ พื้นที่ที่มีฐานทุนด้านสังคม และจะเป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดกับการพัฒนาครอบครัวให้ทั่วประเทศ จากบทเรียนประสบการณ์ที่มีภาวะการณำร่วมของภาครัฐ เอกชน และประชาชนเพื่อการขับเคลื่อน พขอ. อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ขยาย เป็น 200 พื้นที่ในปี 2560 เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้การ สนับสนุน เชิงนโยบายอย่างเป็นทางการ และเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 ได้มีมติของคณะรัฐมนตรีรับทราบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ๆ อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนโดยมีหลักการและแนวทางที่ ทำให้เกิด การบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและ ประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและภาวะการณำร่วมกัน โดยบูรณาการ และประสาน ความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคลในครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

## หลักการระบบบริการปฐมภูมิ

"ระบบบริการปฐมภูมิ" (Primary Care) เป็นระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในอุดมคติ ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขปฐมภูมิให้ ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า และมองระบบบริการปฐมภูมิ เป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวม ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน ซึ่งเพื่อให้เกิด 1A4C คือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ (Accessory), ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Continue), มีการประสานงาน การทำงานเป็นทีม (Coordinate) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย (Community) และ ให้การรักษา ครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วย (Comprehensive) การจะทำการระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ 3 ชนิด คือ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เวชศาสตร์ ครอบครัว(Family Medicine) และความรู้ในวิชาชีพของตนเอง และนอกจากนี้จะต้องใช้การทำงาน เป็นทีม ซึ่งควรเป็นทีมในรูปแบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ซึ่งนั่นหมายถึงทุกคนในทีมจะต้อง มีความรู้ของหลายสาขาวิชา (ความรู้ส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน) ความรู้ทั้ง 3 ชนิดนี้ จะต้องนำมาดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม(Holistic Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่จะต้องทำความเข้าใจลักษณะตามธรรมชาติและ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ได้สรุปความหมายของ Primary Care ว่าเป็นความหมายที่รวมทั้ง Primary Medical และ Primary Health Care ดังนั้น Primary Care จึงหมายถึง การให้บริการสาธารณสุขด่านแรกที่เน้นการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จนเป็นสื่อในการ นำความรู้และนำบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไปสู่ประชาชน Primary Care จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community Relationship) เป็นการบ่งบอกว่าการดูแล สุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ใช่การดูแลเฉพาะโรคแต่ต้องดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความรู้จัก และเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ
2. สร้างความรู้ให้กับประชาชน (Empowerment) การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งตนเอง และสามารถดูแลตนเองไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค

3. บริการที่มีคุณภาพ (Quality of Care) บริการที่มีคุณภาพมี 2 มิติ คือ ด้านวิชาการทางการแพทย์ คือ รักษาถูกต้อง ถูกคน ถูกเวลา ทำให้ผู้ป่วยหายป่วยจากโรค อีกมิติ คือ มิติทางสังคม ซึ่งหมายถึงองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

3.1 Continuity ความต่อเนื่องของการให้บริการทั้งขณะป่วย และขณะปกติ ดูแลตลอดชีวิตประชาชน

3.2 Integrated ผสมผสานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว หมายถึง การบริการที่มีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

3.3 Holistic องค์กรรวม คือ ดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่เฉพาะโรค มีการนำมิติทางกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม มาเชื่อมโยงการดูแล

## หลักการและแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว คือ สาขาการแพทย์เฉพาะทางแขนงหนึ่งซึ่งรวมความรู้ทางการแพทย์ และสาขาวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน, ความรัก, การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว (มีหลักการเหมือนกันทั่วโลก) เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นเกิดขึ้นมาโดยปรัชญา ที่อาจแตกต่างจากการแพทย์วิทยาศาสตร์แขนงอื่นๆ ที่อาจละเลยความเป็นมนุษย์, ศีลธรรมจรรยาของผู้ป่วยและแพทย์

เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice) หมายถึง การทำเวชปฏิบัติโดยอาศัยหลักการของ เวชศาสตร์ครอบครัวต่อบุคคล และครอบครัว 15% ของปัญหาที่พบในการทำเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นปัญหาที่ไม่อาจจะเลี่ยงความพิการ หรือความตายได้ รูปแบบที่แพทย์ครอบครัวจะใช้ในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพให้คงอยู่ หรือมิให้มีความพิการเพิ่มขึ้น รูปแบบนี้เรียกว่า “Medical Model” ส่วนอีกกว่า 80% ของเวชปฏิบัติครอบครัว มักจะเป็นปัญหาที่หายเองได้, ป้องกันได้ หรือเป็นปัญหา Psycho-Social การทำเวชปฏิบัติแบบนี้จะต้องอาศัยความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยเป้าหมาย มิใช่เพียงผลการรักษาอย่างเดียว เราต้องคำนึงถึงผลด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น ความรู้สึกสบาย, ความพึงพอใจ รูปแบบนี้เรียก “Relation Model”

แนวคิดในการปฏิรูประบบด้วยนโยบายการปฏิรูปของรัฐบาล ภายใต้การนำของ พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชาอีกทั้งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 มาตรา 258 ข. (5) "ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม" กระทรวงสาธารณสุข โดย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รมว.สาธารณสุข จึงได้เตรียมพร้อมปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย ด้วยการจัดตั้ง "คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)" ที่มีแพทย์เฉพาะทางด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Doctor) และทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน 1 หมั่นคน/1 ทีม เพื่อดูแลสุขภาพให้กับคนไทยทุกคนภายใน 10 ปี แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทย ต่อจากนี้ไป การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ร่วมให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ (Catchment Area) ด้วยการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวอย่าง ต่อเนื่อง ถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุดมีรูปการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่

รับผิดชอบ โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ตามระดับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับของการดูแล ได้แก่

ระดับที่ 1 เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบทั่วๆ ไป (Case Approach) ด้วยการซักประวัติตรวจร่างกายให้การวินิจฉัย จ่ายยา ให้คำแนะนำการใช้ยา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว แต่จะพบว่าในกลุ่มเหล่านี้มีบางคนที่การดูแลแบบทั่วๆ ไป ไม่สำเร็จซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลแบบลึกซึ้งขึ้นในระดับถัดไป ในการปฏิบัติเราจะพบเองว่า มีระยะใดที่เป็นเหตุการณ์ หรือจุดเปลี่ยนใดๆ เราสามารถใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น Time Line หรือ Family Cycle เป็นต้น มาใช้ในการประเมินปัญหา

ระดับที่ 2 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Approach) เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจเข้าถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย โดยดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จมากกว่าการดูแลทั่วๆ ไป ด้วยการเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น การส่งการรักษาจะเหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น ทีมสุขภาพก็จะได้ รับความร่วมมือจากผู้ป่วยมากขึ้น ในขั้นนี้การใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยส่งเสริมความสำเร็จการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ระดับที่ 3 การดูแลโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Orientation approach) เป็นกรณีที่พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลระดับบุคคลแบบองค์รวม (Holistic approach) ได้แล้วเนื่องจากศักยภาพส่วนตัวไม่เพียงพอในการจัดการตนเอง หรือปัจจัยในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องอาศัยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หรือบำบัดในระดับนี้ทีมสุขภาพต้องไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือเยี่ยมบ้านการเยี่ยมบ้านจะทำให้ทีมสุขภาพมองเห็นทรัพยากรในครอบครัว (Family Resources) ที่จะส่งเสริมสนับสนุน การดูแลผู้ป่วย เช่น การเงิน (Financial) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Advocate person) ความเหมาะสมการใช้ยา กิน ยาฉีดยา (Medication) ข้อมูลสำคัญของครอบครัวที่มีผลต่อการตัดสินใจดูแลรักษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามสภาพความเป็น และข้อมูลที่ครอบครัวต้องได้รับ (Information) ความผูกพันของคนในครอบครัว การช่วยเหลือกันในครอบครัว (Love and Relationship) สภาพแวดล้อมของครอบครัวที่คุกคาม หรือเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย (Environment) โครงสร้างครอบครัวบ้าน ที่มีผลต่อความเจ็บป่วย (Structure)

ระดับที่ 4 การดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Approach) ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองแล้ว นั่นคือศักยภาพไม่เพียงพอ เช่น เศรษฐกิจ ฐานะไม่ดีขาดผู้ช่วยเหลือดูแลจัดการในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ อยู่บ้านคนเดียว เป็นต้น ทำให้ต้องมีการจัดการในชุมชนเพื่อเป็นปัจจัยเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ในขั้นนี้ทีมสุขภาพต้องเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพกับมิติทางสังคมโดยให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ท้องถิ่น สังคมสงเคราะห์ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำชุมชน ไม่แค่เพียงการให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า แต่อาจต้องช่วยครอบครัวให้สามารถมีอาชีพ มีรายได้เพียง

### กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการคลินิกหมอครอบครัวที่สำคัญ ดังนี้

1. มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยทีมสหวิชาชีพ ตามเกณฑ์กำหนด
2. จัดให้มีรูปแบบการให้บริการตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่พัฒนาการทำงานให้ตรงตามแนวคิดของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” ได้แก่ การดูแลประชาชนด้วยหลักการ 1A4C (Accessibility (การเข้าถึงบริการ), Continuity(การให้บริการอย่างต่อเนื่อง), Comprehensiveness (การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ) ,Coordination (การประสานงาน), Community Participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) ) ให้มีโครงการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดกลไกและระบบที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ
3. การพัฒนาโครงสร้างหรือกลไกการขับเคลื่อนในการจัดบริการปฐมภูมิกำหนดให้มีกลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับ ตั้งแต่เขตบริการสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน และทีมสุขภาพมุ่งเน้นให้เกิดสถาบันผลิตแพทย์ เวชศาสตร์ ครอบครัวในจังหวัด และการจัดให้มีกำลังคนที่เพียงพอทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานให้บริการ
5. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการพัฒนาและจัดระบบสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาวิชาการ การวิจัยและพัฒนาโดยภาพรวม ทั้งเป้าหมาย และมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมีส่วนร่วมสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ

### หลักการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพกับการบริการปฐมภูมิ

การทำงานเป็นทีมหรือดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นเรื่องสำคัญเป็นการดูแลบูรณาการแบบแนวราบในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ปัญหาการทำงานสหวิชาชีพในปฐมภูมิมิข้อแตกต่างจากระดับอื่นที่สำคัญ คือ ทีมมักจำกัดหรือไม่ครบ เพราะมีการให้บริการโรงพยาบาลมากกว่าการให้บริการที่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้านจึงมักได้รับการจัดสรรบุคลากรให้เฉพาะเมื่อมีบุคลากรเหลือทำให้ทีมมักจะไม่ครบทุกวิชาชีพ หรือมีได้เพียงบางพื้นที่ไม่สามารถดูแลทั้งอำเภอได้ทีมไปไม่ได้ตลอดเวลา เพราะในระบบสาธารณสุขไทยนั้น บุคลากรสาธารณสุขไม่ได้มีบทบาทเพียงการรักษาเท่านั้น แต่ยังต้องไปประชุมรับนโยบาย ทำแผน ส่งข้อมูลเก็บตัวชี้วัด ทำให้หลายครั้งทีมที่ทำงานประจำก็ต้องมีงานเร่งด่วน กว่ามาแทรกปัญหาที่เจอเกินปัญหาด้านสุขภาพ เพราะผู้ป่วยนั้นไม่มีเพียงปัญหาสุขภาพด้านเดียว แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีปัญหารอบด้าน มีความทุกข์หลายอย่าง ทีมสหวิชาชีพจึงไม่ควรมีเฉพาะทีมทางการแพทย์เท่านั้น ควรมีทีมในชุมชน หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นด้วยจะช่วยได้มาก

การบริการปฐมภูมิ ที่ต้องดูแลโดยสหวิชาชีพมีโอกาสเกิดความไม่ต่อเนื่องสูง มีการใช้หลักการมาผสมผสานกันเพื่อแก้ปัญหาคือ สหวิชาชีพแบบไม่ต้องไปพร้อมกัน เรียกแบบกันเองว่า “ครบไม่ครบก็ไป” เพราะการทำงานสหวิชาชีพไม่ได้แปลว่าเอาหลายๆ วิชาชีพไปดูแลคนไข้พร้อมกัน แต่หมายถึงการนำเอาความรู้ของหลายวิชาชีพมารวมกันดูแลผู้ป่วยทีมต้องพร้อมทำงานอย่างต่อเนื่อง เสมอหลัก Case Manager คือหลัก “เจ้าของไข้” โดยคนไข้แต่ละคนควรจะมีหนึ่งในทีมรับเป็นคนดูแลหลัก คือต้องรู้ข้อมูลของคนไข้ทุกอย่างทุกด้านให้มากที่สุด และเป็นผู้ติดต่อประสานงานทีมสหวิชาชีพคนอื่นๆ โดยเฉพาะทีมขยายเพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาปรึกษากันในทีมหลัก

หลัก Skill Mix หรือ เรียกเป็นไทยๆ ว่า “การทำงานแทนกัน” โดยกำหนด โดยแบ่งความรู้ของสหวิชาชีพเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้ที่ทำแทนกันได้ กับความรู้เฉพาะวิชาชีพ ความรู้ที่ทำแทนกันได้นั้น ทุกคนในทีมต้องพยายามเรียนรู้ และทำแทนกันทันที หากเจ้าของงานไม่อยู่ เพื่อให้การดูแลไม่ขาดตอนการจะทำเช่นนี้ ได้ต้องมีองค์ประกอบ หลัก 2 เรื่องคือ ความรู้ และความไว้วางใจกัน ซึ่งการได้ทั้งสองอย่างนี้กระบวนการที่สำคัญคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นอกจากนั้นด้วยข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขไทยที่มีจำนวนบุคลากรจำกัด และมีงานหลายบทบาท ทำให้บางครั้ง การออกไปดูแลผู้ป่วยครบทั้งทีมสหวิชาชีพเป็นไปได้ยาก แต่หากไม่ออกไปเลยผู้ป่วยก็จะขาดความต่อเนื่อง มีการพัฒนาการทำงานเป็นสหวิชาชีพโดยไม่ไปพร้อมกันโดยเน้นที่ความต่อเนื่องมาเป็นอันดับแรก จึงมีการจัดทีมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ทีมแกน (Core Team) เป็นทีมที่ทำงานประจำพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งตลอดเวลา ไม่มีการสับเปลี่ยนเป็นคนที่ดูแลผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

2. ทีมขยาย (Comprehensive Team) เป็นทีมที่ปกติไม่มีพื้นที่รับผิดชอบของตัวเองอย่างชัดเจน แต่จะคอยช่วยเสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในทุกพื้นที่ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทางนักจิตวิทยา

3. ทีมพิเศษ (Ad-hoc Team) เป็นทีมที่ปกติไม่ได้ทำเรื่องการเยี่ยมบ้าน แต่ในบางกรณี ที่พิเศษจริงๆ อาจต้องขอความช่วยเหลือบ้างเช่น แพทย์เฉพาะทาง งานประกันในโรงพยาบาล การทำงานแบบที่ เรียกว่า Consultation Style คือแต่ละสาขาวิชาชีพนั้น จะมีบทบาทภารกิจเฉพาะของตน ไม่ซ้อนทับกัน และไม่ก้าวก่ายกัน เช่น แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจการรักษา พยาบาลให้การดูแล เภสัชจัดการเรื่องยา เมื่อเกิดข้อสงสัย ก็ต้องแจ้งให้ ผู้รับผิดชอบแก้ไขเท่านั้น คนอื่นไม่สามารถก้าวก่ายทำแทนได้ การกระทำเช่นนี้มีข้อดีคือ แต่ก็เกิดปัญหาการรักษาแยกส่วน (Fragment Of Care) ทำให้บางครั้งการรักษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีเจ้าภาพแต่ในการทำงานเยี่ยมบ้าน ควรทำงานในแบบที่เรียกว่า Inter-Professional Style คือ ทุกสาขาวิชาชีพ มารับฟังปัญหาของผู้ป่วยร่วมกันร่วมตัดสินใจแก้ปัญหา และวางแผนการรักษาให้เป็นแผนการรักษาเดียวกัน เหตุผลที่สำคัญเพราะผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ครอบครัวยุติธรรม ซับซ้อน บางครั้งอาจต้องแก้ปัญหาบางอย่างเรื่องก่อน จึงค่อยเริ่มเข้าสู่การรักษา การทำงานลักษณะนี้ให้ได้ จำเป็นต้องยึดหลัก 3 ประการคือการไม่ปิดกั้นโดยอ้างวิชาชีพ, การตัดสินใจวางแผนร่วมกันและการไม่ใช้อำนาจมากดดันกัน

## แนวทางและหลักเกณฑ์กองทุนตำบล

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (The Community Health Security Fund) “กองทุนสุขภาพตำบล” นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไก สำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้วยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและส่งเสริมให้บุคลากร ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพ ได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา13(3) มาตรา 18(4) (8) (9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน ประสานและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่ บุคคลในพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนรวมถึงสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อ สร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งในปีแรก มีองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล นำร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่ง เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้จัดให้มีพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันติบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งทั้งเจ็ดฝ่าย จะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพ และสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่

## วัตถุประสงค์กองทุน

ตามประกาศฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2561 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่ม หรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรม ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้บุคคลที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังนี้

1. เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล ระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นได้ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้แก่สมาชิก หรือประชาชนในพื้นที่ และกรณีมีความจำเป็นต้องจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อโครงการวัสดุที่มีลักษณะ “วัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแล และบำรุงรักษาของกลุ่ม หรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ที่ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ”

3. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษา พยาบาล ระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือศูนย์ชื้ออื่น หรือหน่วยงานที่ดูแลดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ หรือศูนย์ชื้ออื่น หรือหน่วยงานที่ดูแลดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด

4. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่าย ในการบริหาร หรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาท ต่อหน่วย โดยการจัดซื้อจัดจ้างให้ใช้ระเบียบขององค์กร



ปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ

5. กรณีเกิดโรคระบาด หรือภัยพิบัติในพื้นที่ ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกองทุน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

#### แหล่งที่มาของเงิน

เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

1. เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และสำหรับปีงบประมาณ 2557 ได้รับการจัดสรรเป็นเงิน 45 บาทต่อประชาชนในพื้นที่หนึ่งคน
2. เงินสมทบจากเงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3. เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนอื่น
4. รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

### การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation; CBR)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation : CBR) หมายถึง กลวิธีที่เกิดขึ้นภายในชุมชนเพื่อพัฒนา ชุมชนเกี่ยวกับ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความเท่าเทียม ในโอกาสและการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนพิการทุกประเภท โดยดำเนินการผ่านการ ทำงานร่วมกัน ของคนพิการ ครอบครัวคนพิการ และชุมชน เพื่อให้คนพิการเหล่านั้น มีสุขภาพที่ดี ได้รับการศึกษา การฝึกอาชีพ และบริการทาง สังคมที่เหมาะสม

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนช่วยสนับสนุนให้คน พิการมีสภาวะสุขภาพ ในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยมุ่งเน้นการทำงานใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ นอกจากนี้ CBR ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพโดยทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับบริการด้านสุขภาพตามสิทธิ และได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีส่วนร่วมและมีชุมชนเป็นฐาน แม้ว่าในอดีตการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการโดยชุมชนจะเคยมุ่งเน้นที่หน่วยงานด้านสุขภาพเป็นหลัก แต่เนื่องจากสุขภาพได้รับอิทธิพล จากหลายๆ ปัจจัย จึงจำเป็นต้องเป็นการร่วมมือจากหลายภาคส่วนและครอบคลุม และโครงการ CBR จึงเป็นการทำงานประสานกับภาคส่วนที่หลากหลาย เช่น ภาคการศึกษาและอาชีพ เป็นต้น

CBR ให้ความสำคัญสนับสนุนและส่งเสริมในหลายประเด็นหลักของการดูแลสุขภาพ สำหรับคนพิการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่ดี ประกอบด้วย

## 1. การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการควบคุมสุขภาพและปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ กลยุทธ์ และวิธีการต่างๆ ที่มีอยู่มุ่งเน้นโดยตรงที่การสร้างเสริมทักษะของบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ

## 2. การป้องกันโรค

การป้องกันโรคมีความเชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างใกล้ชิด การป้องกันปัญหาสุขภาพ (เช่น โรค ความ ผิดปกติ การบาดเจ็บ) เกี่ยวข้องกับการป้องกัน โรคระดับปฐมภูมิ (การหลีกเลี่ยง) การป้องกัน โรคระดับทุติยภูมิ (การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว) และการป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (การฟื้นฟูสมรรถภาพ) ในบทนี้ เน้นที่การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

## 3. การรักษาทางการแพทย์

การรักษาทางการแพทย์ หมายถึงการตรวจพบตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินและการรักษาปัญหาสุขภาพและความบกพร่องที่ตามมา โดยมีจุดประสงค์เพื่อรักษาหรือจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่บุคคล ซึ่งการรักษาทาง การแพทย์นี้อาจทำได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

## 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นชุดของมาตรการที่ทำให้คนพิการ สามารถ บรรลุและรักษาความสามารถสูงสุดภายใต้สิ่งแวดล้อมของพวกเขาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งบุคคล

## ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแบบบูรณาการ

แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก

การพัฒนากระบวนการทำงานในคลินิกหออกรับ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางวางอยู่บนแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิด ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก” (WHO’s Integrated People – Centered Health Services : IPCHS) (45,46) ได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกในการประชุมสมัชชา อนามัยโลกประจำปี พ.ศ.2559 (ค.ศ. 2016) โดยองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่กรอบแนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกดำเนินการปฏิรูป ระบบสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อปัญหาพื้นฐานของระบบสุขภาพที่เกิดจากระบบการคลัง สุขภาพ การอภิบาลระบบสุขภาพ และการจัดระบบส่งมอบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ พลอดภัย มีคุณภาพที่ยอมรับได้ และสนับสนุนการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ แนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงวิสัยทัศน์ที่ควรใช้เป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศในอนาคต และเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งระบบสุขภาพของประเทศพัฒนาแล้ว และระบบสุขภาพประเทศที่กำลังพัฒนานอกจากนั้น ในการประชุมระดับนานาชาติเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขมูลฐาน (The Global Conference On Primary Health Care) ณ เมืองอัสตานาประเทศคาซัคสถาน ในปี พ.ศ.2561 (ค.ศ. 2018) ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัย

โลกองค้การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund : UNICEF) และรัฐบาลของประเทศคาซัคสถาน เพื่อเฉลิมฉลองวาระครบรอบ 40 ปี ของกฎบัตรแห่งอัลมา - อตา (The Alma-Ata Declaration) ที่เป็นแนวทางการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศทั่วโลก ได้ปรับปรุงแนวทางการทำงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับยุคสมัย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (Integrated Primary Health Care-Based Service Delivery) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก และทำให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิกลายเป็นกลไกสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Health Coverage : UHC) และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของแต่ละประเทศต่อไป

การออกแบบกระบวนการและการดำเนินการจัดบริการสุขภาพตามกรอบตามแนวคิด “การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยการดำเนินงานตาม 5 กลยุทธ์ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์และสร้างพลังให้กลุ่มประชากรและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Engaging And Empowering People And Communities) เช่น การพัฒนาการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ (Shared Decision-Making) การพัฒนาการจัดการสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน (Self-Management) การวางแผนการดูแลรักษาเฉพาะบุคคล (Personalized Care Plan) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย การพัฒนาความเข้มแข็งของประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสร้างความเข้มแข็งให้กับการอภิบาลระบบและความรับผิดชอบภายในระบบสุขภาพ (Strengthening Governance And Accountability) เช่น การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนในการออกแบบและประเมินนโยบายด้านสุขภาพ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น การพัฒนาประสิทธิภาพผู้ป่วย การพัฒนารายงานผลลัพธ์ด้านคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพต่อสาธารณะ การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการรายงานของผู้ป่วยการลงทะเบียนของประชาชนกับผู้ให้บริการที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

3. การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Reorienting The Model Of Care) เช่น การจัดบริการสุขภาพระดับกลุ่มประชากร การประเมินความต้องการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นการพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม (Comprehensive Package Of Services) การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลครอบครัวและชุมชน การพัฒนาระบบ การดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานพยาบาลระยะยาว การปรับให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการดูแลรักษาโรคซับซ้อนในระยะเฉียบพลันเท่านั้น การพัฒนาการผ่าตัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (E - Health, M - Health) เป็นต้น

4. การประสานงานการจัดบริการสุขภาพทั้งในระบบสุขภาพและในภาคส่วนอื่น (Coordinating Services Within And Across Sectors) เช่น การสร้างเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพในระดับเขต การพัฒนาเวชระเบียนร่วมกันระหว่างต่างหน่วยงาน การวางแผนการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงาน (Care Pathway) การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย การจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (Case Management) การบูรณาการแนวตั้ง สำหรับแผนงานหรือนโยบายสุขภาพในระดับประเทศ การสร้างความเป็นหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเข้ามาในระบบสุขภาพ แบบตะวันตก การสร้างระบบเตรียมตัวสำหรับการตอบสนองต่อวิกฤติด้านสุขภาพ เป็นต้น

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ (Creating An Enabling Environment) เช่น การพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ การสร้างความรู้จากการวิจัยเชิงระบบการพัฒนาแนวทางการดูแลทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การสร้างทีมดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพ การปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการสุขภาพบนพื้นฐานของการจ่ายรายหัว เป็นร่วมกันระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเข้ามาในระบบสุขภาพ แบบตะวันตก การสร้างระบบเตรียมตัวสำหรับการตอบสนองต่อวิกฤติด้านสุขภาพ เป็นต้น

แผนภาพที่ 2 - 2 กรอบแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง WHO 2016



ที่มา : หนังสือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated , People - Centered Primary Care)

## ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

Cohen And Uphoff (อ้างถึงใน จรัญญา บันเทิง , 2548) ได้เสนอแนวคิดเบื้องต้นในการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมว่ามี 3 มิติ (Dimensions) โดยมิติการมีส่วนร่วมจะประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้

1. ส่วนร่วมอะไรบ้าง (What) แบ่งเป็น (Cohen And Uphoff, 1980)
  - 1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
  - 1.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
  - 1.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits)
  - 1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)
2. มีส่วนร่วมกับใครบ้าง (Whose) ได้แก่ การมีส่วนร่วมกับชาวบ้านผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่ของรัฐบาล เจ้าหน้าที่ต่างชาติ (จากองค์กรที่ให้ทุน) เป็นต้น ทั้งนี้ให้พิจารณาคุณลักษณะทางประชากรทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้เข้ามีส่วนร่วมในเรื่อง อายุ เพศ สถานภาพครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับชั้นทางสังคมทาง อาชีพระดับรายได้ได้ระยะเวลาที่อยู่อาศัย การถือครองที่ดิน
3. มีส่วนร่วมอย่างไรบ้าง (How) โดยพิจารณาจาก
  - 3.1 การมีส่วนร่วมเกิดจากเบื้องบน หรือเบื้องล่าง
  - 3.2 ถูกบังคับให้เข้ากิจกรรมหรือแรงจูงใจ
  - 3.3 โครงสร้างชุมชน
  - 3.4 ช่องทางการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นการมีส่วนร่วมโดยผ่านปัจเจกชน หรือผ่านกลุ่มการมีส่วนร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม (ผ่านตัวแทน) การมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ
  - 3.5 ระยะเวลา (Duration) ความต่อเนื่องของกิจกรรม
  - 3.6 ขอบข่าย (Scope) ความครอบคลุมของกิจกรรม
  - 3.7 ผลที่เกิดจากการมีส่วนร่วม

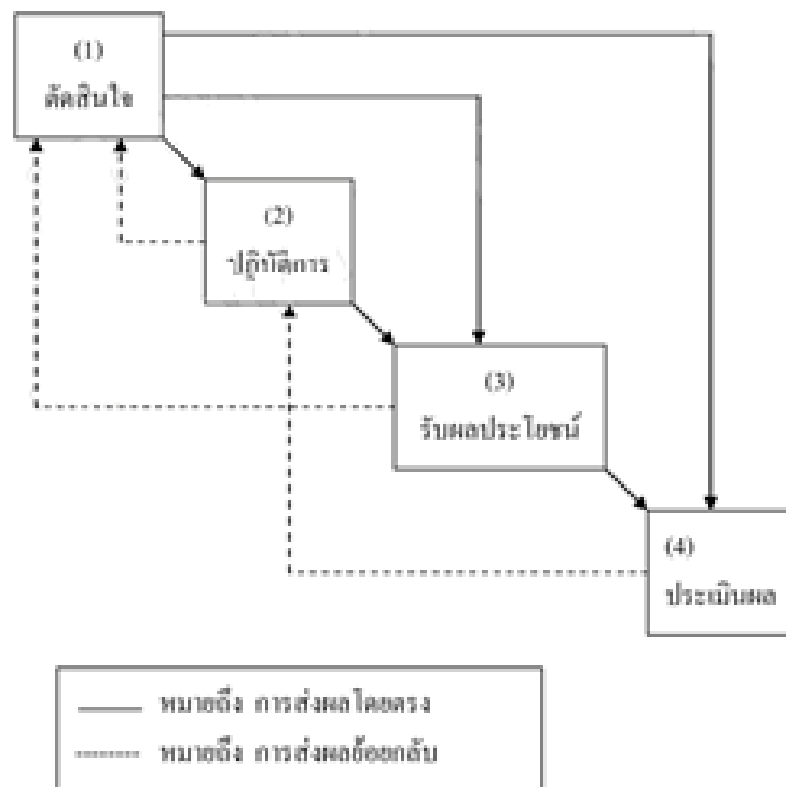
โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977 อ้างถึงในธนวัฒน์ คาสีลานนท์, 2550 หน้า 21 - 22) ได้อธิบายและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึงการร่วมคิดค้นหาและตัดสินใจหรือการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) หมายถึง การได้รับผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนา เช่น มีรายได้เพิ่มขึ้นมีการกระจายโอกาสทางการพัฒนา การรับความรู้แนวความคิดและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มากขึ้นเป็นต้นทางด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4. มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยอาจดำเนินการผ่านกระบวนการทางการเมืองต่าง ๆ เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977) เสนอไว้สรุปได้ ดังภาพที่ 2 - 3 ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในชั้นการตัดสินใจมีความสำคัญมากสาเหตุว่าการตัดสินใจจะส่งผลต่อการปฏิบัติการ และการปฏิบัติการจึงมีผลต่อไปยังการรับผลประโยชน์และการประเมินผลในขณะเดียวกัน เพราะฉะนั้นการตัดสินใจจะมีผลโดยตรงต่อการรับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วย

แผนภาพที่ 2- 3 รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff



ที่มา : หนังสือแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ( Integrated , People-Centered Primary Care )

## ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care)

“การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน”

(Bull & Gross, 2000 และวิลลาวัลย์ และประยงค์, 2538) เป็นการบริการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการบริการสุขภาพที่บ้าน

1. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้านมีทีมสุขภาพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้อยู่อย่างปกติที่สุด (สิริวรรณ และคณะ, 2549, McKeegan, 1981 และวันเพ็ญ และอุษาวดี, 2546)

2. การส่งต่อ (Referral) เป็นกระบวนการส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ต่าง ๆ คือ สถานบริการใกล้บ้าน สถานสงเคราะห์และอื่นๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามความเหมาะสม เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องการส่งต่อต้องการความร่วมมือและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะถูกเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการที่รับ ส่งต่อ บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือจริง (สิริวรรณและคณะ, 2549)

3. การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health care) การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่องสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเฉพาะผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยที่ควรดูแลต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว กลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่น ผู้พิการทุกประเภท ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยที่ต้องคาท่อหลอดลมคอ คาสายยางให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

## การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน

พงษ์ศักดิ์ นาโต๊ะ และทีม (บทความวิชาการ, การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน วารสารเภสัชกรรมปีที่ 11 เล่มที่ 1 ม.ค. – มี.ค. 2562 tipp.pharmacy.psu.ac.th) ในบทความวิชาการ พูดถึงระบบสุขภาพชุมชนนั้นมีแนวคิดพื้นฐานมาจากสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญของตัวบุคคล ให้มีความตระหนักรู้ มีความรับผิดชอบตนเองและชุมชน เพื่อให้เกิดสุขภาวะตามเป้าหมายอันสูงที่สุดในระบบสุขภาพชุมชน และการที่จะทำให้ระบบสุขภาพชุมชน มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น สิ่งสำคัญคือระบบสุขภาพชุมชนควรมีการปรับไปตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมชุมชนร่วมกับการทำให้ระบบสุขภาพชุมชน เกิดมีการบูรณาการในทุกมิติของชุมชน

Cambridge Advance Learner Dictionary และ Dennis Kodner ให้ความหมายการบูรณาการ (Integration) ว่าหมายถึง การรวมเข้าด้วยกันหรือเชื่อมกันของกลุ่มคนหรือสิ่งใดๆ เพื่อให้การปรับวิถีชีวิต พฤติกรรม หรือธรรมเนียมปฏิบัติ โดยหวังผลในด้านที่ให้มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลที่มากขึ้น

การบูรณาการเป็นแนวคิดในการแก้ปัญหาจากการคิด การมอง และการจัดการแบบแยกส่วนโดยให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ และความร่วมมือระหว่างหน่วยย่อย โดยมีเป้าหมายร่วมกัน และขับเคลื่อนให้ในทิศทางเดียวกันโดยคำนึงถึงบริบทที่เป็นอยู่ขณะนั้น แนวคิดการบูรณาการยังสะท้อนให้เห็นความ “ยั่งยืน” ผ่าน “กระบวนการเรียนรู้” อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม หลักการนี้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานหลากหลาย เช่น การจัดการองค์กรธุรกิจ (Organisational Management) การจัดการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย (Managed Care, Integrated Delivery Systems And Networks) การดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) การจัดการรายกรณี (Case Management) และการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Management Of Chronic Disease) Dennis Kodner ได้สังเคราะห์แนวคิดของการบูรณาการจากการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานที่หลากหลาย ทำให้เห็นถึงความหมายของการบูรณาการที่ชัดเจนขึ้น ว่าเป็นกระบวนการจัดการระบบที่ให้เกิดเป็นลักษณะที่เป็นองค์รวมผสมผสานทั้งระบบการรักษาและการดูแล และเป็นการเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ การบูรณาการมีความเฉพาะเจาะจง ขึ้นกับผลลัพธ์ที่ต้องการและบริบทที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และเป็นการเชื่อมองค์กรต่างๆ เข้าด้วยกันการบูรณาการ จึงมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมขององค์กรด้วยซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานของการบูรณาการ



## รูปแบบของบูรณาการ

หลักการและแนวคิดของการบูรณาการมีความหลากหลายขึ้นกับมุมมองที่ใช้ในการอธิบายบริบทและเป้าหมายของการบูรณาการสามารถสรุปรูปแบบการบูรณาการ ได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การบูรณาการระบบ (Systemic Integration) เป็นการบูรณาการระดับนโยบาย กรอบกฎหมาย และกฎระเบียบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างระบบบริการหรือระบบบริการกับระบบสนับสนุน เช่น ระบบการเงิน การคลัง ระบบการให้ค่าตอบแทน ทั้งนี้เพื่อให้ดูแลกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น นโยบายการจัดการบริการสุขภาพแบบครบวงจรโดยการบริหารจัดการระดับเขตตรวจสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข หรือมีการส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ โดยการจ่ายค่าตอบแทนตามคุณภาพผลงาน (Quality Outcome Framework) ของสำนักงานหลักประกัน

2. การบูรณาการแบบแผนปฏิบัติ ( Normative Integration ) เป็นการ บูรณาการ ในระดับวิสัยทัศน์ แนวคิดค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร เช่น การกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นต้น และตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของประเภทนี้ เช่น การพัฒนาการประเมิน ระบบสุขภาพอำเภอ และการจัดบริการปฐมภูมิตามแนวทางของ DHS and PCA (District Health System And Primary Care Award )

3. การบูรณาการองค์กร (Organisation Integra-Tion) เป็นการบูรณาการระดับโครงสร้างองค์กร (Structure) การบริหารจัดการร่วม (Governance) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (Organisation Relationship) เช่น การพัฒนาโครงสร้างร่วมการบริหารจัดการงบประมาณร่วมตัวอย่างการบูรณาการระดับองค์กรที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่แบ่งเป็นระดับสถานบริการตามศักยภาพในการจัดบริการ และบริหารคน งาน เงิน ร่วมกับระดับเขตบริการสุขภาพ

4. การบูรณาการระบบบริหารจัดการ (Administrative Or Functional Integration) เป็นการบูรณาการระบบสนับสนุนบริการ (Back-Office) เช่น การพัฒนาระบบบัญชีระบบงบประมาณและระบบการเงินระหว่างหน่วยที่บูรณาการตัวอย่าง การบูรณาการระบบสนับสนุนบริการที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง เพื่อให้สามารถเชื่อมข้อมูลทางบัญชีกับระบบการเงิน และการติดตามแผนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

5. การบูรณาการกระบวนการดูแล (Clinicalor Service Or Professional Integration) เป็นการบูรณาการกระบวนการดูแลทางคลินิกในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (Single Process) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลการดูแล และ การใช้แนวทางปฏิบัติเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งนี้เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงานและมีความพิเศษแตกต่างไปจากบริการปกติ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสาขาต่างๆ ตามกลุ่มโรคร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายที่ดี ตามแผนการจัดการระบบบริการสุขภาพ

## ขอบเขตของการบูรณาการ

1. การบูรณาการในแนวนราบ (Horizontal Integration) เป็นการบูรณาการเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระดับเดียวกัน ในมิติที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นองค์รวมระหว่างองค์กรที่หลากหลาย ภายใต้โครงสร้างการจัดการที่แตกต่างกันเข้าด้วยกัน เช่น การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนที่หลากหลายในการดำเนินงาน

2. การบูรณาการในแนวตั้ง (Vertical Integration) เป็นการบูรณาการ เพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายประเภทใดประเภทหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง โดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรประเภทเดียวกันที่มีระดับแตกต่างกัน เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดูแล (Care Pathway) เช่น การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญจนถึงระดับปฐมภูมิ ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาการบูรณาการเพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้มีความสำคัญกับการบูรณาการในแนวนราบ และแนวตั้งขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่จะดูแลความพร้อมของนโยบายและระบบสนับสนุน

ปัจจุบันเครื่องมือบูรณาการในระบบสุขภาพของประเทศไทย แต่ยังมีปรากฏรูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพยังมีความแยกส่วนมาก แต่ละหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพต่างทำงานบนฐานโครงสร้างของตนเอง นอกจากนี้บทบาทด้านสุขภาพจำกัดอยู่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การบูรณาการ มีความจำกัด

ตัวอย่างของระบบสาธารณสุขที่แสดงเป็นรูปธรรมของนโยบาย การบูรณาการในระบบสาธารณสุขไทย ได้แก่

1. ระบบการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นสาขาตามกลุ่มโรคในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นการบูรณาการในระดับการเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ศูนย์ความเชี่ยวชาญไปจนถึงระดับปฐมภูมิ และส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพมีการดูแลผู้ป่วยซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นการบูรณาการกระบวนการดูแล (Clinical Or Service Integration) ในแนวตั้งที่หมายถึง การให้อำนาจการบริหารจัดการระบบร่วมกับบูรณาการทรัพยากรในระดับเขตบริการเป็นการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างที่แสดงให้เห็นเป็นรูปแบบการบูรณาการองค์กร (Organization Integration)

2. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนผ่านนโยบายหมอครอบครัว (Family Care Team) ของกระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ.2557 เป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาระบบบูรณาการในระบบสาธารณสุขที่มีความพยายามในการเชื่อมโยงการดูแลอย่างบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ (Clinical Or service Integration) ให้เข้าไปถึงครัวเรือน โดยออกแบบให้มีทีมหมอครอบครัวใน 3 ระดับ คือ ชุมชน ตำบล และอำเภอ แต่ละส่วนมีบทบาทของตนเองที่เชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกครัวเรือนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา

และฟื้นฟูสภาพอย่างทั่วถึง และมีเป้าหมายเพื่อให้ครัวเรือนมีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น ปัจจุบันแนวคิด หมอครอบครัวถูกผลักดันลงสู่นโยบาย “คลินิกหมอ ครอบครัว” (Primary care Cluster) ที่เป็นการ ผสมผสาน แนวคิดของหมอครอบครัวเดิมเข้ากับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Organization Management ) ทำให้เห็นภาพเชิงโครงสร้างของการขับเคลื่อนชัดเจนขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการดูแลระบบบริการสุขภาพอย่างไรก็ตาม กฎหมายด้านสุขภาพของประเทศ คือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับแนวคิด เชิงบูรณาการ ระบุว่า ระบบสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบ ความมั่นคงของประเทศ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาระบบ สุขภาพ ครอบคลุมภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกายทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยง กันอย่างสมดุล และทุกภาคส่วนมีหน้าที่ในการขับเคลื่อน ซึ่งกฎหมายสะท้อนให้เห็นความสำคัญ และความจำเป็นของการบูรณาการในระบบสุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะการบูรณาการในแนวราบ ที่ต้องผสมผสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง นอกจากภาคสาธารณสุขเข้ากับกระบวนการ ของสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ตอบสนองต่อเป้าหมายก็คือสุขภาพของคนไทย

3. ตัวอย่างรูปธรรมในระดับปฏิบัติการที่สะท้อนการบูรณาการในแนวราบ คือ การเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันกฎหมายและ นโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นการสร้างการมี ส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มี 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับพื้นที่ และระดับเฉพาะประเด็น ทั้งนี้เพื่อกำหนดคณินทามติ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา สุขภาพ ในปัจจุบันมีการดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาค ส่วนต่างๆ ทุกระดับอย่างกว้างขวางในการผลักดันประเด็นสุขภาพทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่

4. นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เป็นความ พยายามให้หน่วยงานทุกภาคส่วนในระดับอำเภอมีการบูรณาการประสานความร่วมมือในการ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และออกแบบการแก้ปัญหายุทธศาสตร์ของอำเภอถือว่าเป็นรูปธรรม ของการบูรณาการที่เด่นชัดสุด ในปัจจุบันนโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ.2556 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เริ่มต้นพัฒนาระบบนี้ ด้วยแนวคิด UCARE ที่ประกอบไปด้วย

4.1 การทำงานร่วมกันเป็นทีมในระดับอำเภอของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Unity District Health Team)

4.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

4.3 การทำงานจนเกิดคุณค่ากับทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ (Appreciation and Quality)

4.4 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)

4.5 การให้บริการสุขภาพจากเป็นตามบริบทในพื้นที่ (Essential care) แนวคิด ดังกล่าวได้ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง และมีการขยายผลไปทุกอำเภอ ประกอบกับเป็นต้นแบบ ในการพัฒนาเป็นรูปของคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอื่น ๆ นอกจาก

สาธารณสุขให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยการผลักดันให้เกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี พ.ศ.2560

## หลักการและแนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลาง

นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย สำนักงานวิจัย น.ส.วาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์ ได้สรุปหลักการ และแนวคิดเรื่องการดูแล

1. จะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูจะมีปัญหาที่ซับซ้อน และหลากหลายด้าน

2. ให้ความสำคัญในการดูแลฟื้นฟูมากกว่าการรักษา

3. การให้การดูแลภายในบ้านหรือสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือในสถานที่ๆ คล้ายบ้าน

4. ให้ความสำคัญของการจัดการการเข้าถึงของคนไข้และครอบครัว ความสะดวกสบาย

5. การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. การให้ความสำคัญกับการประเมินแบบองค์รวม การประเมินซ้ำที่ทันเวลา

7. ข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ที่ครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ

8. เน้นการจัดการวางแผนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยเร็วที่สุด

9. เน้นการลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยไม่จำเป็น

10. การได้รับการประเมินและได้รับการดูแลได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Pearson, Puntun & Durant (1992) สรุปความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การดูแลที่เน้น เป้าหมายของบริการ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการสร้างสมรรถนะและให้คำแนะนำ ปรึกษามากกว่าการรักษา ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง เป้าหมายคือ มุ่งให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ กลับไปดูแลต่อที่บ้านเองได้

Steiner (1997) สรุปความหมายของการดูแลระยะกลาง คือ การบริการที่ครอบคลุมหลายอย่าง เน้นการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน ทั้งนี้จะไม่เน้นการพึ่งพาทาง การแพทย์ แต่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านตามสภาพความเป็นจริง

รัชณี สรรเสริญ Ph.D.(Nursing) สรุปว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพและการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นริสา วงศ์พนารักษ์ และ ศิรินาถ ตงศิริ สรุปว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลคนพิการในสังคมที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีความต้องการความช่วยเหลือ เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการและเป็นไปได้ เพื่อให้คนได้เต็มเต็ม

ความเป็นบุคคล เป็นผู้ที่มีความค่าทางสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอย่างเต็มศักยภาพ คนในสังคมได้รับโอกาส สิทธิที่พึงได้ และได้รับการยอมรับอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการวิจัยเรื่องการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลางสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย สำนักงานวิจัย น.ส.วาริสรา ทรัพย์ประดิษฐ์ และทีมงานได้ทำการศึกษาโรงพยาบาลภาครัฐที่มีระบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เปิดบริการมานานและสม่ำเสมอกับโรงพยาบาลที่เพิ่งเปิดบริการและจะพัฒนาเป็นต้นแบบการเปิดให้บริการทั้งสิ้น 17 แห่ง เป็นวิธีการศึกษาแบบผสมผสานแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การประเมินระบบบริหารจัดการของการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยใช้ Six Building Box เป็นแนวทางในการประเมิน พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care จะสามารถส่งผลต่อ การลดความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น แต่ทั้งนี้การจะเกิดผลมากหรือน้อยเพียงใด จำเป็นจะต้องมีการออกแบบที่เป็นการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นจุดสำคัญจุดแรก เพราะจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงระบบการบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การออกแบบจุดเชื่อมต่อนี้จำเป็นจะต้องมีทีมสหวิชาชีพในการ ให้บริการเพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งผู้ให้บริการ และในการศึกษานี้ พบว่า แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูสามารถมีบทบาทสำคัญ ในการเป็นจุดเชื่อมต่อดังกล่าว

การจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากการศึกษาจะพบว่า การจัดบริการการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางเป้าหมายสำคัญที่สุดอยู่ที่จำนวนชั่วโมง ภายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การศึกษานี้ พบข้อมูลทางสถิติที่บ่งบอกว่าจำนวนชั่วโมง ภายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแต่ละรายอย่างน้อยควรได้รับการชั่วโมง ภายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า 10 - 15 ชั่วโมงต่อราย ยกเว้นในบางกิจกรรมที่มีความยากอาจจะจำเป็นต้องการถึง 15 - 20 ชั่วโมงต่อราย การออกแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจำนวน ชั่วโมง ภายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยควรได้รับจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ ซึ่งจะสามารถจัดบริการได้หลายรูปแบบ อาทิเช่น

รูปแบบที่ 1 รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยใน ข้อดีของการจัดบริการรูปแบบนี้ ได้แก่ โอกาสที่จะให้บริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดได้ครบชั่วโมงตามมาตรฐานอย่างแน่นอน แต่ข้อเสียของรูปแบบนี้อยู่ที่ ความไม่สะดวกของผู้ป่วยและญาติที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ต้นทุนในการให้บริการที่สูงซึ่งโรงพยาบาลที่จะให้บริการลักษณะนี้จำเป็นต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน

รูปแบบที่ 2 คือ รูปแบบที่ผู้ป่วยรับบริการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลในลักษณะของผู้ป่วยนอก ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันแล้ว รูปแบบนี้ ข้อดี คือ ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน แต่มีข้อเสีย คือ การที่ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้งมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมัก

จะเดินทางมาได้ไม่ครบตามที่กำหนดส่งผลให้รูปแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดไม่ครบตามมาตรฐานชั่วโมงที่ควรได้รับ

รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบทางเลือกสำหรับอนาคต กล่าวคือ หากเป็นไปได้ น่าจะพัฒนาระบบการให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย โดยใช้นักกายภาพบำบัดจากภาครัฐและภาคเอกชนไปร่วมให้บริการที่บ้านของผู้ป่วย จนกระทั่งได้รับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดไม่น้อยกว่า 10 - 15 ชั่วโมงต่อราย ข้อดีของรูปแบบนี้ คือ ผู้ป่วยจะสามารถได้รับชั่วโมงกายภาพบำบัดตามมาตรฐานของการบริการ และลดค่าใช้จ่ายของญาติ และผู้ป่วยเพิ่มความสะดวกในการรับบริการของญาติและผู้ป่วย

รูปแบบที่ 4 อาจส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาคลินิกกายภาพบำบัดในระดับท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุดได้

การสร้างจุดเชื่อมต่อของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะพบว่าการศึกษานี้ พบปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะเรื่องการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งจุดนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นไม่ครบถ้วนเท่าที่ควรการออกแบบระบบข้อมูล เนื่องจากเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ การที่ผู้ป่วยได้รับ ชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบกับผลลัพธ์ที่ได้ควรจะมีค่าการเปลี่ยนแปลงของ ระดับคะแนนในแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์จริงในการให้บริการรวมถึงเพื่อให้การลงทุนในส่วนของงบประมาณเกิดผลลัพธ์ที่พึงต้องการอย่างจริงจัง จึงควรพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยอย่างน้อยจะต้องระบุค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เมื่อแรกรับและเมื่อมีการติดตามประเมิน 2 เดือน 4 เดือน หรือ 6 เดือนตามลำดับการออกแบบระบบทางการเงินเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการทางการเงิน เพื่อส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม เบื้องต้นควรจ่ายชดเชยให้กับสถานบริการไม่น้อยกว่าต้นทุนในการศึกษาที่ปรากฏอย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบดีว่าการรับผู้ป่วยระยะกลางไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มจะมีต้นทุนที่สูง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการในรูปแบบที่มีต้นทุนที่ถูกกว่าจึงเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นด้วย เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการการเงินสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ดี ควรจะจัดสรรตามผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่งต้องมีระบบข้อมูลผลลัพธ์ของการให้บริการที่ถูกออกแบบให้มีการบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนามาประมวลผลได้ง่าย การสนับสนุนงบประมาณ อาจจ่ายเป็นราย Case หรือใช้วิธีปรับตามกลุ่มโรคเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Snap) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเคยศึกษามาก่อนหน้านี้ก็ได้

กำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการ ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพในการให้บริการ ไม่สามารถฝึกบุคลากรทั่วไปเพื่อให้บริการแทนได้ บุคลากรทั่วไปที่ได้รับการฝึกแล้ว อย่างมากที่สุด ก็จะสามารถเป็นผู้ช่วยบุคลากรวิชาชีพในการให้บริการ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรวิชาชีพเท่านั้น บุคลากรวิชาชีพที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด มีความขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัดเป็นอย่างยิ่งในระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ก็เป็นอีกหนึ่งบุคลากรวิชาชีพที่จะช่วยให้เกิดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูควรมีส่วนในการผลักดันให้เกิดระบบการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางเป็นคนคอยเชื่อมต่อระบบ ทั้งจากการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมาถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ไปจนถึงการดูแลที่บ้าน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากการศึกษาไม่พบบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จำเป็นต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างจริงจัง แพทย์แผนไทย พบว่ามีส่วนร่วมในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแต่ไม่ได้มีบทบาทหลักในการทำให้เกิดผลลัพธ์ในการลดความพิการของผู้ป่วยระยะกลาง การออกแบบระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางจำเป็นต้องมีส่วนร่วมของบุคลากร หน่วยงานที่ดูแลงบประมาณ กองทุนสิทธิประโยชน์ต่างๆ หน่วยงานผู้ให้บริการ กระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องร่วมมือกันในการออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการอันจะนำมาซึ่งการลดอัตราความพิการ ซึ่งจะลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ จนกระทั่งถึงลดโอกาสการเกิดโรคที่ป้องกันได้ในอนาคตด้วย จึงถือเป็นระบบบริการที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

### งานวิจัยระยะเวลาในการฟื้นฟู (Timing of Stroke Rehabilitation)

1. Early Admission To Rehabilitation มีหลายการศึกษาที่เปรียบเทียบเกี่ยวกับระยะเวลาหลังป่วยแล้วเข้ารับการฟื้นฟูกับผลลัพธ์

ความสามารถของผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลาอยู่มาก เช่น การศึกษาโดย Paolucci และคณะ (2000) และ Gagnon และคณะ (2006) ใช้ระยะเวลาที่เข้าเริ่มฟื้นฟูครั้งแรกหลังป่วยอยู่ที่ 20 วัน ( 20 days after stroke onset) จะเห็นการฟื้นตัวได้ดีที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Yagura และคณะ (2003) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่แอดมิตเพื่อรับการฟื้นฟูภายใน 90 วันหลังป่วยจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ระยะ 91- 180 วัน หรือมากกว่า 180 วัน ในด้านความสามารถในการทำกิจกรรม การเดิน และการใช้งานแขน Musicco และคณะ (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่แอดมิตเพื่อรับการฟื้นฟูภายใน 7 วันหลังป่วยจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการฟื้นฟูที่ระยะ 15 วัน เมื่อประเมินความสามารถที่ระยะ 6 เดือน

สรุปได้ว่า ยิ่งผู้ป่วยฟื้นฟูระยะเฉียบพลันเร็วเท่าไร และได้รับการฟื้นฟูเร็วเท่าไร จะยิ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นเท่านั้น

### 2. Very Early Mobilization

Diserens และคณะ (2012) พบว่า Early Mobilization นั้นปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเช่นเดียวกับ Sundseth และคณะ (2012, 2014) ที่พบว่าทั้ง Very Early Mobilization (ภายใน 24 ชั่วโมง) และ Early Mobilization (ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง) ส่งผลต่อการเสียชีวิต ภาวะพิการ และระดับความพิการจากแบบประเมิน Modified Rankin Scale

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแนวทางการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่การให้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการระดับชุมชน ที่ได้เปิดการให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 โดยศึกษาถึง การเข้าถึงการให้บริการ ระบบการส่งต่อการเชื่อมโยงการให้บริการ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ด้วยวิธีการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ทราบ สถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรคร่วมกับการศึกษา นโยบายกระทรวงสาธารณสุข แผนการเปิดให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลักการและแนวคิด การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยแบบชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วม ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้แนวทางและหลักการกรอบแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง WHO 2016 เป็นเครื่องมือหลักในการวิเคราะห์รวมรวบสถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรคและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและค้นคว้าเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในทุกกระบวนการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบบูรณาการ

แผนภาพที่ 2- 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย





## สรุป

จากการศึกษานโยบายพบว่ายุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกมิติ ทุกช่วงวัยให้มีสุขภาวะร่วมกับการให้มีความรับผิดชอบสังคมและยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรมที่เน้นให้เครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่นมาสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนให้ร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยมีแผนแม่บทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนเป็นกรอบในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ คือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะ และการกระจายและการเข้าถึงการให้บริการ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี และเป็นกลไกเชื่อมโยงเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการวางรากฐานของระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง เน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงการให้บริการมากขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำ เช่นเดียวกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เน้นการเข้าถึงการให้บริการ โดยการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิให้มีการบูรณาการกับทุกภาคส่วน และมีการกระจายอำนาจให้ประชาชนและเครือข่ายด้านสังคมในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการปฏิรูปให้เกิดมีกองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่สามารถบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมที่จะสนับสนุนการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กำหนดยุทธศาสตร์ การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) หลายสาขาที่สำคัญเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ แบบไร้รอยต่อเพื่อแก้ปัญหาความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการตลอดจนเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเน้นเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลโดยสถาบันสิรินธรเพื่อควบคุมการบริการให้มีคุณภาพการเปิดบริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการลดความแออัดการให้บริการและเพิ่มอัตราการครองเตียง และส่งผลทำให้รายได้ของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่ที่ผ่านมาได้มีการประเมินผลลัพธ์ทางด้านคลินิกและพัฒนาระบบการบริหารจัดการตามทฤษฎี Six Building Box เป็นแนวทางในการพัฒนาอยู่แล้วในระดับคณะกรรมการ แต่จากการศึกษางานวิจัยโครงการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของอาจารย์ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ ได้พบขั้นตอนการให้บริการที่สำคัญคือจุดเชื่อมต่อกับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันกับผู้ป่วยระยะกลางนั้นคือเรื่องของการประเมินและการคัดกรองของผู้ป่วยที่จะต้องมีความเหมาะสมในการดูแลต่อเนื่องด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยแบบคัดกรองตามมาตรฐานของศูนย์สิรินธร กรมการแพทย์ที่ยังต้องใช้แพทย์เป็นแกนหลักในการประเมิน ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายังเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนอยู่ และมีความจำเป็นต้องมีความร่วมมือกันดูแลด้วยสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่นพบว่าผลลัพธ์ทางด้านคลินิกขึ้นกับจำนวนระยะเวลา

การให้บริการฟื้นฟูอีกทั้งการศึกษายังมีข้อเสนอแนะรูปแบบการให้บริการที่สำคัญที่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการในหน่วยบริการคือข้อเสนอการให้บริการที่บ้านหรือในชุมชนที่มีความจำเป็นต้องใช้เครือข่ายในการดูแล

การพัฒนาแนวทางให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบบูรณาการตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นหลังจากจากทราบข้อมูล สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากศึกษาในบทที่ 1 และ 3 ยังมีความจำเป็นต้องมีการศึกษา ค้นคว้า หลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดหลักการจัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ และแนวคิดหลักการในระบบสุขภาพชุมชน เช่น ระบบบริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ แนวคิดและหลักเกณฑ์กองทุนตำบล หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation; CBR) ซึ่งจะเป็นการเน้นในการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยบูรณาการที่จะให้เกิดในระดับชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการที่เครื่องมือที่ช่วยเสริมหลักการในการกำหนดแนวการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการให้มีความชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น ได้แก่ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen And Uphoff ,1997ที่เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมและขบวนการในการมีส่วนร่วมการตัดสินใจเป็นขั้นที่มีความสำคัญ และเป็นจุดเริ่มต้นในการที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลกได้เสนอ 5 กลยุทธ์ที่มีความสัมพันธ์กัน

การให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ถึงการดูแลในระดับชุมชน (Continuing Care) ที่มีการจัดบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ผ่านมาได้ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลตามสถาบันฟื้นฟูศูนย์สิรินธร ที่ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่าย การขบวนการการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโรงพยาบาลในระดับชุมชน และขบวนการการส่งต่อเชื่อมโยงกับการให้บริการการดูแลที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งทั้งหมดเป็นขบวนการที่มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาแนวคิดและหลักการที่สำคัญเพิ่มเติมที่มีความเกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดรูปแบบบูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นกว่าในรูปแบบในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการและแนวคิดการดูแลที่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ หลักการและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่าย และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

### บทที่ 3

## สถานการณ์และสภาพการจัดการเปิดบริการฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2

ข้อมูลความชุกผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

ตารางที่ 3-1 แสดงข้อมูลความชุก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

โรงพยาบาล ศูนย์/ โรงพยาบาล ทั่วไปเขต สุขภาพที่ 2	ประชากร	ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อุบัติการณ์ต่อแสน ประชากร				บาดเจ็บที่ศีรษะ อุบัติการณ์ต่อแสนประชากร				บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง อุบัติการณ์ต่อแสน ประชากร			
		2561		2562		2561		2562		2561		2562	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ทก	66,480	1,736	260.4 7	1,729	259.42	1,313	197.01	1,203	180.50	6	0.90	4	0.60
สุโขทัย	597,257	1,785	298.8 7	1,757	294.18	1,199	200.75	1,179	197.40	8	1.34	12	2.01
อุตรดิตถ์	455,403	1,194	262.1 9	1,292	283.70	1,430	314.01	1,583	347.60	11	2.42	10	2.20
เพชรบูรณ์	994,540	2,567	258.1 1	2,487	250.07	1,640	164.90	1,768	177.77	15	1.51	8	0.80
พิษณุโลก	866,891	2,972	342.8 3	2,974	343.07	2,171	250.44	2,100	242.24	12	1.38	18	2.08
เขต 2	3,580,571	10,254	286.3 8	10,239	285.96	7,753	216.53	7,833	218.76	52	1.45	52	1.45

ที่มา : Health Data Center (HDC) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2

จากข้อมูลความชุก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ในภาพรวมของเขต พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสองปี ใกล้เคียงกัน คือ 285-286 ต่อแสนประชากร และอุบัติการณ์โรคบาดเจ็บที่ศีรษะ 216-218 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ข้อมูลในแต่ละจังหวัด พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิษณุโลกสูงสุดคือ 342-343 ต่อแสนประชากร และอุบัติการณ์โรคบาดเจ็บที่ศีรษะ ของจังหวัดอุตรดิตถ์สูงสุด คือ 314-347 ต่อแสนประชากร อุบัติการณ์โรคบาดเจ็บไขสันหลังพบน้อยสุดในระดับเขตและจังหวัด อยู่ที่ 1 - 2 ต่อแสนประชากร

## อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2

ตารางที่ 3-2 แสดงข้อมูลอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2

จังหวัด	จำนวนเตียงรวมภายในจังหวัด	โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป(จำนวนเตียง)	อัตราการครองเตียงโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน(จำนวนเตียง)	อัตราการครองเตียง
อุดรดิตถ์	908	620	101	288	54
ตาก	1,116	675	84	441	78
สุโขทัย	991	320	72	627	71
พิษณุโลก	1,429	1,030	87	399	84
เพชรบูรณ์	1,472	509	96	963	76

ที่มา : Health Data Center(HDC) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2

จากข้อมูลตารางอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าจำนวนเตียงในภาพรวมจังหวัดมากที่สุดคือ จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 1,429 เตียง และ จังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวน 1,429 เตียง จำนวนเตียงในโรงพยาบาลศูนย์ มีมากที่สุดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช คือมีจำนวน 1,030 เตียง และที่มีน้อยที่สุดคือโรงพยาบาล สุโขทัย มีจำนวน 320 เตียง ในขณะที่อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์สูงสุดที่ 101 โรงพยาบาลสุโขทัยมีอัตราการครองเตียงน้อยที่สุดที่ 72 ในส่วนภาพรวมข้อมูลจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนพบว่าในจังหวัด เพชรบูรณ์มีจำนวนเตียงมากที่สุดรวม 963 เตียงจังหวัดอุดรดิตถ์น้อยที่สุดที่ 288 เตียง ข้อมูลอัตราการครองเตียงภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละจังหวัด ซึ่งพบว่า จังหวัดอุดรดิตถ์มีอัตราการครองเตียงที่ต่ำมาก 54 แต่ภาพรวมอัตราการครองเตียงโรงพยาบาลชุมชนของทั้ง5จังหวัดอยู่ที่ 50 ถึง 80

## การจัดการเปิดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2

เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่จังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดตาก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดเพชรบูรณ์และ จังหวัด พิษณุโลก มีสถานบริการด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับ A จำนวน 2 แห่ง, ระดับ S จำนวน 4 แห่ง, ระดับ M1 จำนวน 1 แห่ง, ระดับ M2 จำนวน 6 แห่ง, ระดับ F1 จำนวน 5 แห่ง, ระดับ F2 จำนวน 27 แห่ง, ระดับ F3 จำนวน 2 แห่ง รวมเขตสุขภาพที่ 2 มีโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไปชุมชน รวม 47 แห่ง , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 622 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น 3,569,839 คนมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ 18 % จังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือจังหวัดสุโขทัย และ อุดรดิตถ์ (20%) สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งตับ (CA Liver) มะเร็งปอด (CA Lung) ภาวะติดเชื้อ

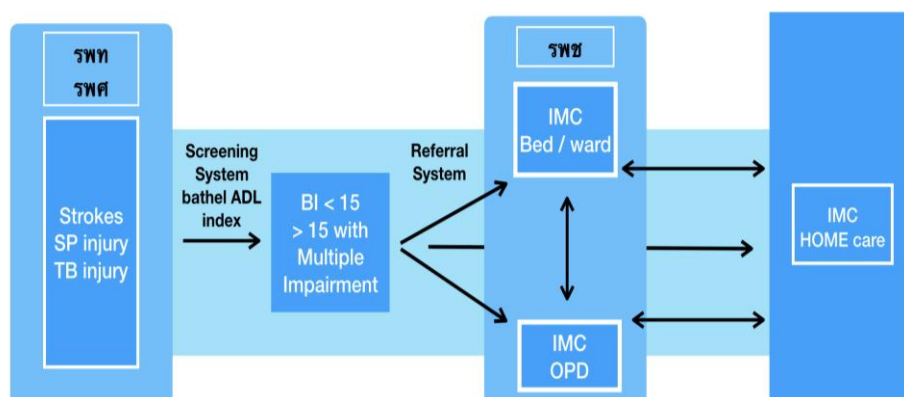
ในกระแสเลือด (Sepsis) ที่มีสาเหตุมาจากปอดบวม (Pneumonia) และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดสมองแตก (Haemorrhagic Stroke) ประชากรส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันและโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน

พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Non Communicating Disease) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุและความเสี่ยงต่อการเกิดพิการ พบว่า เกือบ 80 % เป็นโรคเบาหวานและความดัน ซึ่งจากข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 2 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งใหม่และเก่า คิดเป็นร้อยละ 9 และความดันคิดเป็นร้อยละ 22.6 ของประชากรในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับของระดับประเทศ ซึ่งปัจจุบันยังพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากขึ้น จึงเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ ระยะกลางเพิ่มมากขึ้น ทางเขตสุขภาพที่ 2 จึงมีนโยบายในการเปิดให้บริการเพิ่มในระดับโรงพยาบาลชุมชนในระยะเริ่มต้นและมีแผนที่จะควบคุมการให้บริการให้เกิดมีคุณภาพร่วมกับส่งเสริมให้บริการฟื้นฟูเกิดการบริการแบบบูรณาการในทุกระดับการให้บริการ

เขตสุขภาพที่ 2 มีการจัดให้บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายแผนการให้บริการในระบบเขตสุขภาพตั้งแต่ปี 2561 โดยมีคณะกรรมการการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่แต่งตั้งโดยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 2 มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหลักคือกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง คณะกรรมการการให้บริการ ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ดำเนินงานตามนโยบายโดยการจัดทำแผนการให้บริการฟื้นฟูชนิดผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน กำหนดให้เปิดบริการจำนวน 2 เตียง ในทุกโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 40 แห่ง โดยมีการรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ และ บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ในระยะวิกฤต (Acute Phase) ซึ่งเมื่อผ่านระยะนี้ จะมีการประเมินผู้ป่วยด้วย IMC Protocol Bathel ADL Index โดยกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อที่จะให้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางตามกำหนดข้อบ่งชี้และเกณฑ์ในการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลชุมชนในการบริการฟื้นฟูต่อเนื่อง การให้บริการฟื้นฟูของโรงพยาบาลชุมชนมีทีมการให้ฟื้นฟู

แผนภาพที่ 3-1 แสดงขบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2

### Intermediate care service



ที่มา : การประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป นักกายภาพ พยาบาลฟื้นฟูที่ได้รับอบรม จากทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของเขตสุขภาพที่ 2 และเมื่อฟื้นฟูจนได้เป้าหมายหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดที่จะส่งผู้ป่วยกลับให้มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแต่จะมีการติดตามการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ให้ครบ 6 เดือน ซึ่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีทีมหมอครอบครัวที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครหมู่บ้าน และมีการบูรณาการ ร่วมกับ เครือข่ายภาคประชาชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน และเพื่อนบ้าน

## ถอดบทเรียนการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลในจังหวัด สระบุรี

จากข้อมูลสถิติของ จังหวัดสระบุรีพบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่จาก ปี 2551 พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอัตรา 359 ต่อแสนประชากร มาเพิ่มขึ้นในปี 2557 เป็น 535 ต่อแสนประชากร แต่จากการศึกษา ข้อมูลการเข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพทั้งแบบผู้ป่วยใน และนอกของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปรวมถึงโรงพยาบาล ชุมชน 25 แห่งคิดเป็นร้อยละ 45 ปัญหาการเข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ของจังหวัดสระบุรีนั้นเกิดจากการขาดการเชื่อมโยงการอย่างเป็นระบบการให้บริการที่ชัดเจนรวมถึง การเข้าถึงการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะกลางจำนวนมากขาดโอกาสการได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ

จังหวัดสระบุรีเริ่มมีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างครอบคลุมโดยให้มีการเชื่อมโยงบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระบบบริการ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการ คัดกรอง ส่งต่อ และการติดตามอาการอย่างครบถ้วน รวมถึงการได้รับการสนับสนุน งบประมาณของกองทุนฟื้นฟูของจังหวัดในการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสุขภาพทางกายให้กับ เจ้าหน้าที่ รพสต. ทั้ง 126 แห่งด้วยการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู ระยะสั้น รวมถึง ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ระบบบริการมีการต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

ผลจากการให้บริการตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2561 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มารับบริการฟื้นฟูสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 1,800 ราย พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 มีค่า Bethel Index ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทีมพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ได้มีการวิเคราะห์ ระบบการให้บริการมีอุปสรรคในการทำงาน พบว่า หน่วยบริการขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่นและมีระยะห่างไกลจากบ้านผู้ป่วยจึงเป็นสาเหตุของการเข้าถึงการให้บริการ โรงพยาบาล ชุมชนไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ระบบ Refer Back ไม่ชัดเจน และไม่มีความจำเป็น ขาดแคลน วิชาชีพการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ด้านจำนวนและศักยภาพ ระบบข้อมูลที่ได้มาตรฐาน การส่งต่อขาด งบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถใช้งบกองทุนฟื้นฟูในระดับจังหวัด ได้ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ เช่น นโยบายของผู้บริหารมีความชัดเจน มีการวางแผน ร่วมกันในระดับจังหวัด มีการเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแบบเครือข่ายในการช่วยเหลือ และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. และ พมจ. เป็นต้น

## บทเรียนการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลบางกล้า

การบริหารจัดการภายใต้แนวคิด หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล ใช้ทรัพยากรร่วมกัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลบางกล้าได้ร่วมกัน จัดทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือต้องการลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มศักยภาพและเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลบางกล้า มีเป้าประสงค์ในการพัฒนา

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริการการส่งต่อและส่งกลับระหว่างสถานพยาบาล
3. พัฒนารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ
4. จัดระบบข้อมูลของบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกระดับ

### 1. รูปแบบการดำเนินงาน

1.1 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและมีการคัดกรองจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลขนาดใหญ่และส่งต่อเพื่อรับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลบางกล้า

1.2 ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักวิชาชีพอื่น อื่น จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ติดตามการดูแลต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลบางกล้า

1.3 จัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมบำบัด อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์

1.4 จัดกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรพ.สต. และศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน

เป็นการบูรณาการร่วมระหว่างผู้สูง อายุและคนพิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2. การแบ่งปันทรัพยากร

โรงพยาบาลขนาดใหญ่

2.1 สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

2.2 ส่งทีมแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด มาติดตามดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง

2.3 สอนเพิ่มพูนทักษะให้แก่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

โรงพยาบาลบางกล้า

1. สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาดูงานโรงพยาบาลบางกล้า

2. สนับสนุนอาคารผู้ป่วยใน ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู เตียงนอน อุปกรณ์ผู้ป่วย

3. ยา เวชภัณฑ์ ชั้นสูตร และสาธารณสุขโปก

4. เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด พนักงานแปล

5. สอน./เพิ่มพูนทักษะให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และจิตอาสา

รพ.สต./ศูนย์ฟื้นฟูฯ

สนับสนุนสถานที่ เจ้าหน้าที่/จิตอาสาในการเยี่ยมติดตาม

### สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สปสช.

1. จัดสรรตำแหน่งนักกายภาพบำบัด (พนักงานราชการและข้าราชการ) และ นักกิจกรรมบำบัด (ข้าราชการ)

2. สนับสนุนงบประมาณและกำลังใจ ระบบการเงิน มีแนวทางการเรียกเก็บตามจ่าย ที่ชัดเจน รวมถึงแนวทางการลงรหัสโรคที่ถูกต้องตามระบบ DRG โดยในโครงการนี้ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SNAP สปสช.เขต 2 อนุมัติการเบิกจ่าย

2.1 จ่าย 1,000 บาทต่อวัน กรณีรับการบำบัดแบบ Intensive รวมไม่เกิน 45 วัน

2.2 อัตรา 200 บาทต่อ 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของ Modified Barthel Index Score (คะแนนเต็ม 20)

### 3. สรุปผลการดำเนินงาน

ค่าเฉลี่ยวันนอนผู้ป่วย Stroke ใหม่ อัตราการเกิด Strokeใหม่อัตราการเข้ารับ การฟื้นฟูแบบในและนอก

### 4. ผลจากการดำเนินงาน

ระบบความร่วมมือใช้ทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็ก ร่วมกันที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด บทบาทพยาบาลที่ชัดเจนในการเพิ่มสมรรถภาพและการดูแล ตนเองของผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนช่วงเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้าน ซึ่งเป็นบทบาทที่มากกว่าเพียงการให้คำแนะนำปัญหาอุปสรรคที่แก้ไขแล้ว

ผู้ป่วยและญาติลงเลที่จะไปโรงพยาบาลบางกล้าในช่วงแรกเพราะอยู่ไกลและ ไม่แน่ใจในคุณภาพการดูแล ได้รับการแก้ไขโดยให้ความมั่นใจโดยมีทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูของ โรงพยาบาลหาดใหญ่ไปดูแลเกือบทุกวันในระยะแรก และจัดรถส่งต่อให้ทุกครั้งความไม่มั่นใจในระบบ การส่งต่อและความเข้าใจของบุคลากรในพื้นที่ ได้รับการแก้ไขโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมลงพื้นที่ ด้วยทุกครั้ง

### 5. แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1 พัฒนาจัดหาบุคลากรและครุภัณฑ์ในส่วนที่ขาดเพิ่ม เช่น นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

5.2 ให้บริการเป็น One-Stop Service ระหว่างงานบริการและฟื้นฟู

5.3 ปรับระบบรถรับส่ง ระหว่างโรงพยาบาลหาดใหญ่และศูนย์ฟื้นฟูให้เพียงพอ รวดเร็ว

5.4 พัฒนาห้องจำลองการใช้ชีวิตประจำวันให้สมบูรณ์มากขึ้น

5.5 สร้างอาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุและผู้ต้องการพึ่งพิง (ในขณะนี้ไม่มีที่ดินบริจาค แล้ว 10 ไร่)

5.6 ขยายความรู้และทักษะในการดูแลไปสู่ชุมชน ด้วยการสร้างเครือข่ายเพิ่ม ในอำเภอหาดใหญ่ ได้แก่ รพ.สต.อีก 3 แห่ง

5.7 ขยายความครอบคลุมในจังหวัด เช่น ระหว่าง รพช.กระแสสินธุ์ กับ รพท. สงขลา



## ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการศึกษาแบบเชิงปริมาณ (Qualitative Research)

เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการเข้าถึงการคัดกรองด้วย IMC ADL Bethel Index จากการศึกษาประชากรกลุ่ม ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บที่ศีรษะและภาวะเจ็บกระดูกไขสันหลังที่มารับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 (ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และ พิษณุโลก) ในปี 2561 พบว่า มีจำนวน ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสิ้น 1,763, 1,785, 1,194 และ 2,972 ราย ตามลำดับ ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะทั้งสิ้น 1, 313, 1, 199, 1, 430 และ 2, 171 ตามลำดับ และป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ไขสันหลังทั้งสิ้น 6, 8, 11 และ 12 ตามลำดับ และคิดเป็นร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33, 46, 93 และ 72 ตามลำดับ ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 4, 5, 5, และ 8 ตามลำดับ และป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ไขสันหลังร้อยละ 83, 75, 82 และ...ตามลำดับ

ในปี 2562 พบว่า มีจำนวน ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 1,729, 1,757, 1,292 และ 2,974 ราย ตามลำดับ ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะทั้งสิ้น 1,203, 1,179, 1,583 และ 2,100 ตามลำดับ และป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ไขสันหลังทั้งสิ้น 4, 12, 15, และ 3 ตามลำดับ และคิดเป็นร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 34, 61, 81 และ 83 ตามลำดับ ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 3, 5, 5, และ 11 ตามลำดับ และป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ไขสันหลังร้อยละ 75, 91, 93 และ 66 ตามลำดับ

ในภาพรวมทั้ง 4 จังหวัดจากการศึกษาศึกษาตามกลุ่มเป้าหมาย ในปี 2561 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 7,687 ราย ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index จำนวนทั้งสิ้น 4,605 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 จำนวนผู้ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะทั้งสิ้น 6,113 ราย ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index จำนวนทั้งสิ้น 416 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 และจำนวนผู้ป่วยภาวะเจ็บที่ไขสันหลังทั้งสิ้น 37 ราย รายได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 75

ในปี 2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 7,752 ราย ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index จำนวนทั้งสิ้น 5,192 ราย คิดเป็นร้อยละ 66 จำนวนผู้ป่วยเป็นภาวะเจ็บที่ศีรษะทั้งสิ้น 6,065 ราย ได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index จำนวนทั้งสิ้น 444 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 และจำนวนผู้ป่วยภาวะเจ็บที่ไขสันหลังทั้งสิ้น 44 ราย รายได้รับการประเมิน IMC ADL Bethel Index 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 81

ตารางที่ 3-3 แสดงข้อมูล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ และ บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ที่มานอนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2561-2562

โรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาล ทั่วไป เขต สุขภาพที่ 2	ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง						บาดเจ็บที่ศีรษะ						บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง					
	2561			2562			2561			2562			2561			2562		
	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ	ประ เมิน ADL	จำนวน	ร้อยละ
ตาก	571	1,736	33	583	1,729	34	44	1,313	4	31	1,203	3	5	6	83	3	4	75
สุโขทัย	824	1,785	46	1,079	1,757	61	67	1,199	5	63	1,179	5	6	8	75	11	12	91
อุตรดิตถ์	1,120	1,194	93	1,052	1,292	81	125	1,430	5	110	1,583	5	8	11	72	8	10	53
พิษณุโลก	2,144	2,972	72	2,478	2,974	83	180	2,171	8	240	2,100	11	9	12	75	12	18	66
รวม	4,605	7,687	60	5,192	7,752	66	416	6,113	7	444	6,065	7	28	37	75	36	44	81

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู, 2561

### ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบบเชิงปริมาณ(Qualitative Research)

เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้การเข้าถึงการเยี่ยมบ้านและมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชนแบบบูรณาการด้วยการมีส่วนร่วมในเครือข่ายภายในชุมชน

จากการศึกษาประชากรกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ( ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และ พิษณุโลก ตามลำดับ )ปี2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการฟื้นฟู 314, 632, 490,และ1078 ตามลำดับ ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 93, 65, 89, และ 52 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ ร้อยละ 4, 8, 14, และ 12 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มารับบริการฟื้นฟู 27, 16, 110,และ 21 ตามลำดับ ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 85, 37, 7, และ 45 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ ร้อยละ 48, 31, 37, และ 9 ตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมารับบริการฟื้นฟู 6, 10, 10,และ 21ตามลำดับ ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 83, 90, 80, และ 66 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ ร้อยละ 60, 33, 75, และ 14 ตามลำดับ

ในภาพรวมทั้ง 4 จังหวัดจากการศึกษาศึกษาตามกลุ่มเป้าหมายพบว่า จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการฟื้นฟู 2,514 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 68 ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ ร้อยละ 10 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มารับบริการฟื้นฟู 174 รายได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 27 ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ

ร้อยละ 33 และจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมารับบริการฟื้นฟู 47 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 77 ซึ่งในจำนวนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีการดูแลแบบบูรณาการ ร้อยละ 93

ตารางที่ 3-4 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( Cerebrovascular Disease ) โรคบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ( Spinal Cord Injury ) และโรคบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีการเยี่ยมชมร่วมกับการดูแลแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนร่วมบ้าน เป็นต้น ในเขตสุขภาพที่ 2

จังหวัด	ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง			บาดเจ็บที่ศีรษะ			บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง		
	จำนวนทั้งหมดที่ได้รับการฟื้นฟู	ร้อยละที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ	จำนวนทั้งหมดที่ได้การฟื้นฟู	ร้อยละที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ	จำนวนทั้งหมด	ร้อยละที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการ
ตาก	314	93 (295)	4(75)	27	85(23)	48(11)	6	83(5)	60(3)
สุโขทัย	632	65 (412)	8(87)	16	37(6)	31(1)	10	90(9)	33(3)
อุตรดิตถ์	490	89 (440)	14(61)	110	7(8)	37(3)	10	80(8)	75(6)
พิษณุโลก	1,078	52 (563)	2(6)	21	45(11)	9(1)	21	66(14)	14(2)
รวม	2,514	68(1717)	10(174)	174	27(48)	33(16)	47	77(36)	38(14)

ที่มา : ข้อมูลจากงานกายภาพ รพช., 2562

## ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบบเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลคุณภาพการให้บริการอย่างบูรณาการ

ตั้งแต่การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จนถึงการให้บริการในระดับชุมชน

### ผลการศึกษา

1. แบบสอบถามที่ 1 (IMC 1) เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 2 มีผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 26 คนสามารถสรุปข้อมูลคุณภาพที่ได้คำตอบตามคำถามได้ ดังนี้

เป็นนโยบายสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟู ได้มากขึ้นและช่วยลดการแออัดของการให้บริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แต่นโยบายควรควบคู่กับนโยบายด้านงบประมาณ ด้านกำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ ส่งเสริมการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมถึงการบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) รวมถึง ให้เกิดมีการบูรณาการร่วมในการเชื่อมโยงของหน่วยบริการทุกระดับของการให้บริการ ลงสู่การบูรณาการร่วมการดูแลฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพในชุมชนด้วยเครือข่ายในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน นโยบายควรครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู การดำเนินงานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บริหารการจัดตั้งทีม intermediate care team การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง มีการบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุกับสาขาประคับประคอง ผู้บริหารมีกำหนดนโยบายเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลในการจัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ด้วยการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ให้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการบริหารจัดการข้อมูล มีการสร้างและผลักดันระบบการติดตามการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดเชื่อมโยงสู่อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดแคลนบุคลากรที่มีความจำเป็น เช่นนักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลฟื้นฟู เป็นต้น พยาบาลขาดทักษะการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ โครงสร้างอาคารสถานที่ เช่น มาตรฐานห้องน้ำ ระบายทางของเตียง ปัญหา ไม่มีระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมต่อโรงพยาบาลทั่วไป สูโรงพยาบาลชุมชน มีการขาดแคลนอุปกรณ์ทางกายภาพขาดผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว การส่งต่อผู้ป่วยกลับไม่ได้รับการประเมินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยไม่ยอมนอนโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาการเข้าบริการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ห่างไกลไม่ครบตามเกณฑ์

2. แบบสอบถามที่ 2 (IMC 2) เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบแนวทางการประเมินและการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางของผู้ที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ได้แก่ นักกายภาพ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด แบบสอบถามทั้งสิ้น 30 คนสามารถสรุปคำตอบตามคำถามได้ ดังนี้

แนวทางในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ Admit ที่ Stroke unit แผนกศัลยกรรมทั่วไป และกระดูกจะมีการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และ นักกายภาพในการประเมินและคัดกรองด้วย IMC Bathel Index ตามแนวทางของกรมการแพทย์และเมื่อประเมินแล้ว มีระบบการส่งต่อโดยใช้ใบ Refer ด้วยโปรแกรม Thai COC ส่งตัวไปที่ รพช. ร่วมกับการสอบถามความสะดวกและสมัครใจของญาติคัดกรองตามความพร้อมของญาติ ปัญหาและอุปสรรคคือ บุคลากรไม่พอเพียงทักษะการประเมินการคัดกรอง ขาดนักกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วย ไม่ยอมไปนอนที่ รพช. เพราะเดินทางไปไม่สะดวก ไม่มีผู้ดูแล แผนการส่งต่อไม่ชัดเจน การเชื่อมโยงข้อมูลในการส่งต่อ ขาดความร่วมมือของญาติและผู้ป่วย

3. แบบสอบถามที่ 3 (IMC 3) การบูรณาการให้การบริการการดูแลผู้ป่วยระดับโรงพยาบาลชุมชน การดูแลด้วยสหสาขาวิชาชีพ การดูแลอย่างต่อเนื่องและ แนวทางการดูแลผู้ป่วย Intermediateระดับโรงพยาบาลชุมชน มีการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 50 รายสามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้

แนวทางการร่วมมือกันดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับมีการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกับญาติ เตรียมความพร้อมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ชุมชน ทำตามแนวทางที่คณะกรรมการ เขตกำหนด และของศูนย์สิรินธร มีการตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในรพช. และมีแนวทางเชื่อมโยงการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินการเปิดบริการผู้ป่วยใน 2 เตียง มีการเชื่อมโยงบูรณาการกับแพทย์แผนไทยเช่น การฝังเข็ม มีการบริการเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ เพื่อค้นหาผู้ป่วยระยะกลาง โดยการร่วมมือกับรพสต. และ อสม. มีแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมมือกับ สหสาขาวิชาชีพและได้รับการสนับสนุนนักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพจากโรงพยาบาลทั่วไป การเยี่ยมบ้านมีการบูรณาการ กับ ทีม LTC และ Care Giver ในพื้นที่ พร้อมด้วยทีมหมอครอบครัว ใช้ระบบการปรึกษากับวิชาชีพเป็นเฉพาะไป มีการประชุมการลงเยี่ยมบ้านกับสหสาขาวิชาชีพก่อน จำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง การจัดตั้ง Home Health Care เป็นศูนย์บูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุ เน้นให้เครือข่าย อปท. และ อสม. สนับสนุนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเช่น ปรับปรุงทางเดิน หรือ ห้องน้ำเป็นต้น ปัญหาและอุปสรรคคือบุคลากรไม่เพียงพอ ญาติไม่ให้ความร่วมมือ สถานที่การดูแล ไม่เหมาะสม จำนวนพยาบาลผ่านการฝึกอบรมไม่พอ ชุมชนห่างไกล การเดินทางเข้าเยี่ยมบ้านลำบาก ทีมเยี่ยมบ้านไม่พอกับจำนวนผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือญาติไม่พร้อมในการที่พามาที่ โรงพยาบาล งบประมาณของผู้ป่วยในการเดินทางมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ไม่มีทักษะในการดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง สถานที่และสิ่งแวดล้อมอุปกรณ์ไม่พอเพียง ไม่เหมาะสม ระบบการส่งต่อข้อมูล ไม่ครบถ้วน มีความหลากหลายของการลงข้อมูล โครงสร้างดีกายภาพห่างจากหอผู้ป่วย ขาดนักกิจกรรมบำบัดในการดูแลเกี่ยวกับการกลืนงบประมาณในการปรับปรุงสถานที่ เช่น ห้องน้ำผู้พิการ

#### 4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะกลุ่ม (IMC 4)

เป็นการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเอง กลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทน อบต. เจ้าหน้าที่ รพสต. ทีมหมอครอบครัว นักกายภาพ และอสม. การสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม (Focus Group) โดยมีประเด็นที่ต้องการข้อมูล ดังนี้ การบูรณาการให้การบริการการดูแลผู้ป่วย ระดับชุมชน (CBR) การให้บริการการดูแลด้วยทีมหมอครอบครัว การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมการดูแลของครอบครัว Care giver อสม. ชุมชน การบริหารจัดการกองทุนตำบล สามารถสรุปได้ ดังนี้

คำถามที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วย Intermediate ในครอบครัวและชุมชน อย่างไร โรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพสต. เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลมีการเชื่อมโยงกัน กับ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน โดยการออกเยี่ยมบ้าน มีกองทุนสวัสดิการของชุมชนในการสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือ แต่ปัญหานอกเหนือสุขภาพที่ต้องใช้งบประมาณเช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟู การจัดทำสถานที่รอบบ้าน ยังไม่มีการช่วยเหลือ มีการเชื่อมโยงการดูแลกับชมรมผู้สูงอายุ มีหน่วยงาน พม. มาช่วยเหลือด้านงบประมาณ กองทุนผู้สูงอายุ มีการช่วยเหลือ กรณีที่ประเมิน ADL ของผู้ป่วยระยะกลาง น้อยกว่า 11 อบต. มีรถบริการส่งต่อ มีการช่วยเหลือจากเทศบาลในการเตรียมบ้าน เติง มีรถรับส่ง

คำถามที่ 2 ท่านมีความคิดเห็นกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานอย่างไร

ความร่วมมือของผู้นำชุมชน งบประมาณที่มีข้อจำกัดในการใช้ ต้องผ่านคณะกรรมการ ผู้ดูแลไม่มี การมีส่วนร่วมของชาวบ้านในชุมชน การเข้าถึงการให้บริการของนักกายภาพ อสม.

ขาดคุณภาพ ผู้บริหารขาดความสนใจ ขาดการเชื่อมโยงปัญหาจากผู้นำชุมชนไปสู่ผู้บริหารระดับตำบล และอำเภอ อำเภอไม่ให้ความสำคัญ ไม่นโยบายใน พชอ. วัฒนธรรมในองค์กรไม่ให้ความช่วยเหลือกัน ลูกหลานมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัว ชุมชนไม่ได้รับรู้ข้อมูล รพสต. ขาดการวางแผนการดูแล ที่ชัดเจนกับนักกายภาพ เจ้าหน้าที่ รพสต. มีน้อย

คำถามที่ 3 ท่านมีความคิดเห็นกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชนในการดูแลอย่างไร

ไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจน ไม่เห็นถึงความสำคัญของปัญหาขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่จะขึ้นกับ อสม. เป็นหลัก การดูแลมีแต่ญาติเท่านั้น ขึ้นกับผู้ใหญ่บ้านเป็นหลัก

คำถามที่ 4 ท่านคิดว่า การจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลควรมีวิธีการหรือแนวทางอย่างไรบ้าง

ให้ชุมชนรับรู้ข้อมูลและสภาพปัญหา สร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมการดูแลกันในชุมชน สร้างความตระหนักการมีส่วนร่วมในชุมชน หลักเกณฑ์ วิธีการการเบิกเงินงบประมาณ ต้องถื่นควรปรับปรุงเพื่อให้มีการเบิกจ่ายง่ายขึ้น หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับควรให้ความสำคัญ เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง

## การวิเคราะห์ ผลการศึกษา

จากข้อมูลในการศึกษาผู้ป่วยระยะกลางจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บไขกระดูกสันหลังปี 2561-2562 มารับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และบาดเจ็บที่ศีรษะ มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่กระดูกไขสันหลัง มีจำนวนน้อยมาก ซึ่งปริมาณผู้ป่วยทั้งสองปีไม่แตกต่างกัน ทั้งสามกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยพบมากที่สุดในโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก แต่เมื่อมาวิเคราะห์ ร้อยละการให้บริการประเมิน IMC ADL ภาพรวมของเขตอยู่ที่ร้อยละ 50 - 60 ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่ทางคณะกรรมการสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้กำหนดไว้ที่ 80 % แต่ถ้ามาดูข้อมูลรายจังหวัดพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์คือจังหวัดตากกับสุโขทัย และ เมื่อเปรียบเทียบกับทั้งสองปีพบว่าการให้บริการคัดกรอง ในภาพรวมมีการประเมิน IMC ADL ที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ถึงแม้ว่าเขตสุขภาพที่ 2 จะมีนโยบายการเปิดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีกรรมการระดับเขตวางแผนการดำเนินงานและควบคุมกำกับ ตั้งแต่ปี 2561แล้วก็ตาม แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยร้อยละที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจึงไม่ใช่กลุ่มที่เป็นปัญหาในการดูแล ในทางกลับกันกลุ่มที่พบว่าการเข้าถึงการประเมิน IMC ADL ที่น้อยที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจเป็นเพราะกลุ่มนี้มีอาการที่ไม่รุนแรงพบว่ามีจำนวนมาก จึงไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือความเชื่อมโยงกับการส่งปรึกษากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูของกลุ่มงานศัลยกรรมนั้นไม่มีแนวทางการบูรณาการการที่ชัดเจนหรืออาจเกิดจาก มีการส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้านที่ยังอยู่ในระยะวิกฤต

จากข้อมูลงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชน ที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยระยะกลาง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บไขกระดูกสันหลังปี 2562 เพื่อจะวิเคราะห์การเข้าถึงบริการการเยี่ยมบ้านที่เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้านและการมีส่วนร่วมการดูแลของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าในภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 60 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และในจังหวัดพิษณุโลกมีการเยี่ยมบ้านที่ร้อยละ 50 อาจเป็นเพราะว่า มีผู้ป่วยระยะกลางจำนวนมาก และบุคคลากรที่ไปเยี่ยมบ้านน้อย ประกอบกับการเดินทางมาโรงพยาบาลสะดวกทำให้สามารถมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกได้ และการเข้าถึงการให้บริการที่ชุมชนแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่ามีร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ามีการเข้าถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ 33 และ 38 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุปสิ่งที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ คือ การเข้าถึงการให้บริการการคัดกรองด้วย IMC ADL Bathel Index ในกลุ่มในภาพรวมของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ยังไม่ถึงร้อยละ 80 และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการประเมินน้อยสุด และแต่ในกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลังได้รับการประเมินเกินร้อยละ 80 ในสองปีที่ผ่านมาซึ่งช่วงเวลาในการมีนโยบายในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับเขต ก็มีการประเมินที่เพิ่มขึ้นแต่มีอัตราการที่เพิ่มขึ้นน้อย ทั้งหมดจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาในการเข้าถึงการให้บริการการคัดกรองให้มากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ ในขณะที่ผลการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการบริการเยี่ยมบ้านยังน้อยร่วมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางน้อยซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้านซึ่งมีความจำเป็นต้องการดูแลด้วยชุมชน แต่อย่างไรก็ตามปัญหาและอุปสรรคมีความจำเป็นต้องการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลไปวางแผนหาแนวทางในการพัฒนา

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จากการศึกษาข้อมูลคุณภาพที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์สามารถสรุปเป็นข้อมูลตามวัตถุประสงค์และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม IMC 1 เป็นกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางกับการบูรณาการได้แก่ กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน ได้ให้ความเห็นที่ส่วนใหญ่ว่าเป็นนโยบายที่สามารถลดความแออัดการให้บริการในโรงพยาบาลผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลทั่วไปได้เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยนาน และสามารถที่จะมีการดูแลที่ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน และยังทำให้มีการเพิ่มการให้เข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับอำเภอได้ส่งผลทำให้เพิ่มอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชนและรายได้เพิ่มมากขึ้นด้วยแต่ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) นโยบายยังไม่มีความชัดเจนที่จะเป็นนโยบายในเชิงบูรณาการในหลาย หลายปัจจัยเช่น ควรมีนโยบายงบประมาณในการให้หน่วยบริการเมื่อเกิดมีการบริการเกิดขึ้นในทุกสิทธิของประชาชน นโยบายด้านการจัดสรรอัตราากำลังบุคลากรเพิ่มเติมโดยเฉพาะบุคลากร ด้านการให้บริการฟื้นฟู เช่น นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู เป็นต้น ควรมีนโยบายที่ควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุ ( Long Term Care )กับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในเชิงระบบ

นโยบายควรมีการส่งเสริมให้มีแนวทางการบูรณาการการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับการให้บริการเช่นในระดับการดูแลที่โรงพยาบาลชุมชนได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักโภชนาการ นักจิตวิทยา หรือในระดับชุมชน นโยบายควรมีการบูรณาการของหน่วยงานให้มีส่วนร่วมเช่น ควบคู่กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น และที่สำคัญคือ ส่วนกลางต้องในการให้ความสำคัญด้วยการควรมีนโยบายการติดตามที่ชัดเจน อาจเป็นตัวชี้วัดของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข หรือการกำหนดนโยบายควรมีการบูรณาการในระดับกรม เช่น ร่วมกับกรมแพทย์แผนไทย กรมอนามัย หรือ สปสช. เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคคือท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดการให้ความสำคัญในการที่วางแผนเชิงระบบในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับจังหวัด เพื่อจะให้มีการบูรณาการในการร่วมมือกันดูแลและส่งต่อผู้ป่วยตลอดจน การวางแผนเรื่องบุคลากรเรื่องงบประมาณต่างๆ หรือการส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนผ่านท่านผู้ว่าราชการหรือ นายอำเภอผ่านทางคณะกรรมการคุณภาพชีวิต

2. กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม IMC 2 เป็นการสอบถามการเข้าถึงการให้บริการการคัดกรอง IMC ADL Index ในกลุ่มผู้ป่วยตามเป้าหมายโดยมีผู้ตอบแบบสอบถามเป็น กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพ พยาบาลฟื้นฟู และนักกิจกรรมบำบัดพบว่าจากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณการเข้าถึงการให้บริการยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องพัฒนาในทุกกลุ่มผู้ป่วยซึ่งเมื่อมาศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ขบวนการคัดกรองขึ้นกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นส่วนใหญ่ มีระบบการปรึกษากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากแต่ละแผนกต่างที่มีผู้ป่วย ขาดระบบการติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ประเมิน ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการที่จะให้ฝ่ายการพยาบาลในการที่จะให้มีการช่วยในการประเมิน ปัญหาทักษะของการประเมิน บุคลากรน้อย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ไม่มีแนวทางการคัดกรอง การไม่ได้คัดกรองทำให้ขบวนการส่งต่อจะมีผลกระทบต่อส่งผลทำให้การส่งต่อหรือการวางแผนในการที่จะดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ แต่กลุ่มผู้ป่วยเมื่อได้รับการคัดกรองแล้วมีข้อบ่งชี้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟู จะมีการประสานกับญาติและโรงพยาบาลชุมชนในการรับและส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลต่อไปแต่ปัญหา ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการที่จะไปนอนในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่พร้อมของญาติ และคนในครอบครัวที่จะเฝ้าดูแลต่อ การขนส่งผู้ป่วยโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจากการรวบรวมคำตอบพบว่า การที่จะให้มีการเข้าถึงการคัดกรองเพิ่มขึ้นได้นั้น ควรเป็นนโยบายจากผู้อำนวยการโดยตรง ในการที่จะให้มีการกำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์ การร่วมกันกับกลุ่มการพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ นอกจากนี้ควรมีระบบข้อมูลที่ทำให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองในการที่ส่งต่อไปดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบและการจัดทำแนวทางการสื่อสารกับตัวผู้ป่วยและญาติให้เห็นถึงความสำคัญในการฟื้นฟู ควรมีการประชุมร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและผู้นำชุมชนในการกำหนดการวางแผนการดูแลในแต่ละคน ที่ไม่เพียงแต่การดูแลฟื้นฟูสุขภาพควรดูแลในทุก มิติ เช่น ผู้ดูแล ( Care Giver ), การเตรียมบ้าน, ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. กลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม IMC 3 เป็นการสอบถาม การบริการฟื้นฟูที่มีส่วนร่วมกับกลุ่มสหสาขาวิชาชีพเช่น นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล



เวชศาสตร์ฟื้นฟู และแพทย์แผนจีน เป็นต้น รวมถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งจากการรวบรวมคำตอบจากกลุ่มผู้มีหน้าที่ดูแลนั้น พบว่ามีบางโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเท่านั้นมีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ หรือ Team Based Care เนื่องจากขาดนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหาร ขาดแกนหลักในการประชุม ขาดบุคคลากร ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและ แนวทางการดูแลใช้มาตรฐานจากศูนย์สิรินธร กรมการแพทย์ ในการดูแลต่อเนืองที่บ้านใช้ Programme Thai Coc ในการส่งข้อมูลสู่ชุมชน รวมถึงบางจังหวัดจะใช้ Line Group ในการส่งข้อมูล การดูแลขาดการวางแผนเป็นทีมก่อนการรักษา ระหว่างรักษา ซึ่งหลังการรักษาควรมีการวางแผนร่วมกับชุมชนครอบครัว หน่วยงานในท้องถิ่น และนำเข้าที่ประชุมระดับอำเภอ เสนอเป็นนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

4. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการฟื้นฟูในระดับชุมชน เป็นการสัมภาษณ์เป็นแบบกลุ่มเฉพาะทั้งนี้เพื่อต้องการทราบถึงสถานการณ์ แนวทางปัญหา และอุปสรรคการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมในชุมชน ตัวแทน รพ.สต. และทีมหมอครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลพบว่า การบูรณาการเชิงระบบหรือเป็นแนวทางที่ชัดเจนยังไม่มีในพื้นที่ที่ลงไปสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่จะมีบริการการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง นำทีมโดยนักกายภาพ กับเจ้าหน้าที่ รพสต.และ อสม. มีเพียงบางส่วนในการบูรณาการในการดูแล แต่จะมีการดูแลเชื่อมโยงกับผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชนเป็นหลัก ที่จะนำเอาปัญหาประสานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการที่จะช่วยเหลือต่อไป แต่ที่เหมือนกันทุกที่ ที่ลงไปสัมภาษณ์คือ มีการช่วยเหลือเรื่องของรถของท้องถิ่นในการที่จะช่วยในการขนส่งไปฟื้นฟูที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยบางรายที่มีความจำเป็นที่ติดตามอาการหรือต้องให้ฟื้นฟู บางพื้นที่มีการสร้างศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในระดับตำบลที่ได้งบประมาณสนับสนุนในการก่อสร้างจากเทศบาล อาจจะมีหน่วยงานในพื้นที่ที่ให้การช่วยเหลือบ้าง ด้านงบประมาณในการช่วยเหลือบางพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน กองทุนฟื้นฟูของกองทุนตำบลและ งบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุ แต่เงื่อนไขการที่จะได้หรือการเบิกจ่ายยาก เนื่องจากต้องพิจารณาจากคณะกรรมการในระดับตำบลและอำเภอ ซึ่งจากการสำรวจสอบถามพบว่ามีผู้ใช้กันน้อยมากสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางเช่น เกณฑ์การใช้กองทุนผู้สูงอายุนั้นต้องมี ADL น้อยกว่า 11 จึงจะสามารถเขียน Care Plan มาเบิกจ่ายได้ ทีมสาธารณสุขควรนำข้อมูลแสดงให้ผู้ใหญ่ชุมชนเห็นถึงปัญหา ความสำคัญ ผลลัพธ์ที่ได้ในการให้บริการฟื้นฟูในระดับชุมชน มีผลกระทบอย่างไรต่อชุมชน จากการสัมภาษณ์ อสม. พบว่าปัญหาสำคัญคือ ผู้ดูแลไม่มี ไม่พอ ไม่มีทักษะการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูก หรือญาติ ที่อาจต้องมีภาระครอบครัวที่ต้องดูแล ผลคือทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ชุมชนหรือหมู่บ้านขาดวัฒนธรรมการช่วยเหลือกัน ต่างคนต่างอยู่

ตารางที่ 3-5 แสดงข้อมูลและสถานการณ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่ปี 2561 - 2563

จังหวัด	จำนวน อปท.			จำนวนกองทุน			ร้อยละ
	เทศบาล	อบต.	รวม	เทศบาล	อบต.	รวม	
ตาก	18	50	68	18	50	68	100
จังหวัด	ยอดยกมาต้นปี	รายรับปี 63	รายจ่ายปี 63	% รายจ่าย/รายรับ	เงินคงเหลือ	%เงินคงเหลือ	เงินคงเหลือจาก ธ.ก.ส.
ตาก	34,057,470.30	31,592,255.01	32,997,995.75	104.45	32,651,729.56	49.74	34,220,467.82
พิษณุโลก	119,027,394.55	30,616,776.82	43,097,182.98	140.76	106,546,988.39	71.2	107,199,510.53
เพชรบูรณ์	74,614,759.74	46,224,582.26	52,949,972.45	114.55	67,889,369.55	56.18	63,364,649.41
สุโขทัย	46,690,993.24	27,360,085.38	25,400,331.12	92.84	48,650,747.50	65.7	48,997,344.46
อุตรดิตถ์	36,449,209.92	20,990,958.72	30,210,015.00	143.92	27,230,153.64	47.41	27,130,663.33
รวม	310,839,827.75	156,784,658.19	184,655,497.30	117.78	282,968,988.64	60.51	280,912,635.55

ที่มา : กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 2

## ข้อมูลและสถานการณ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 2

จากข้อมูลตารางที่ 3-5 พบว่า จำนวนคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นยังมากอยู่ในทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดสุโขทัย ที่ยังสามารถเขียนโครงการที่มีความจำเป็นในการฟื้นฟูผู้พิการในระดับชุมชนได้ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มี หลักการสำคัญ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชน ในท้องถิ่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยประกาศใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไปภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 47 มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการ สาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

### 1. ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

- 1.1 เข้าถึงการจัดบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น
- 1.2 ประชาชนมีบทบาทเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
- 1.3 การจัดการสุขภาพของชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทหรือปัญหาของพื้นที่ เกิดความมั่นใจมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้นทุกกลุ่มวัย

### 2. แหล่งที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

- 2.1 เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2.2 เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.3 รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
- 2.4 ค่าบริการอื่นกรณี อปท.ที่มีความพร้อมความเหมาะสมแสดงความจำนงเข้าร่วมจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 3. การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ตามแผนงานโครงการกิจกรรม)

- 3.1 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุข
- 3.2 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น
- 3.3 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข
  - 3.3.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชนหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กในชุมชน
  - 3.3.2 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน
- 3.4 สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนให้มีประสิทธิภาพของ อปท.
- 3.5 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่

### กองทุนฟื้นฟูระดับจังหวัด

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ออกแบบการบริหารจัดการให้ดำเนินงาน ในรูปแบบคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบของผู้แทนจากองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนจากหน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้แทนจากหน่วยบริการ ผู้แทนจากผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากกลุ่ม/องค์กร/ชมรมภาคประชาชนคนพิการ ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจบริหารจัดการกองทุนฯ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบแนวคิดการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดเนื่องจากเป็นกองทุนระดับจังหวัดมีบทบาทในการดูแลประชาชนภาพรวมของจังหวัด และมีความจำเป็น ต้องประสานความร่วมมือในด้านต่างๆ กับองค์กรภาคีและภาคประชาชนในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้กองทุน ฟื้นฟูฯ ต้องประสานอย่างใกล้ชิดกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล/เทศบาล) ซึ่งมีหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับตำบล/เทศบาลที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน

งบประมาณของกองทุนสามารถใช้จ่ายสำหรับกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในสถานนบริการแลหรือในชุมชน
2. กิจกรรมการป้องกันหรือลดความพิการหรือลดข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย
3. การสนับสนุนองค์กรคนพิการในจังหวัด/หน่วยบริการในจังหวัดเพื่อพัฒนางานด้านฟื้นฟู สมรรถภาพ แก่กลุ่มเป้าหมาย
4. การจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหรือสะดวกต่อการกิจวัตรประจำวันแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล

กลุ่มเป้าหมายภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของกองทุนฟื้นฟูฯ ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 กลุ่ม คือ

1. คนพิการ ที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Sub-Acute Phase)

ความร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล/เทศบาล) กองทุนฟื้นฟูฯ สามารถทำความร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุน ตำบล/เทศบาล) ได้ในหลายรูปแบบ เช่น

1. การประสานแผนงานโครงการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. การบูรณาการร่วมกับงบประมาณร่วมกัน มักทำตามบทบาทและระดับความรับผิดชอบโดยกองทุนฟื้นฟู จังหวัดรับผิดชอบในภาพรวมส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่รับผิดชอบในพื้นที่ของตนเอง

ความร่วมมือกับองค์กรภาคีอื่นๆ และภาคประชาชน

1. สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมาย
2. ร่วมกันรณรงค์ทำกิจกรรมต่าง ต่าง รวมทั้งการระดมทรัพยากรเข้ากองทุนฯ
3. อื่นๆ

## สรุป

ข้อมูลแสดงสถานการณ์ความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองในหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพพบอยู่ในอัตรา 260 – 284 ต่อแสนประชากร ภาพรวมของเขตอยู่ที่ 285 ต่อแสนประชากรในขณะที่อุบัติการณ์ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบอยู่ในอัตราภาพรวมของเขต 216 - 218 แสนประชากร ซึ่งทั้งสองโรคถือว่าเป็นภาระในการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องของหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแล เพราะเมื่อพ้นระยะวิกฤต จะเข้าสู่ระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่ต้องมีการประเมิน ADL Bathel Index Score การเตรียมความพร้อมในการรักษาดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 น้อยกว่า 80 นั้นหมายความว่ายังสามารถรับผู้ป่วยได้อีกในการเพิ่มอัตราการครองเตียงส่งผลทำให้เกิดรายได้ให้กลับโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ซึ่งทางนโยบายการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุขให้แต่ละโรงพยาบาลชุมชนต้องรับผู้ป่วยระยะกลางไว้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน 2 เตียงเป็นอย่างน้อย (Intermediated Bed)

การเปิดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบันตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการของผู้ป่วยระยะกลาง โดยเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการหลังพ้นในระยะวิกฤต ขบวนการขั้นตอนในการดูแลอ้างอิงตามมาตรฐานของศูนย์สิรินธร เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีการวางแผนจัดทำแนวทางการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องในระดับชุมชน ซึ่งจะมีการวางแผนการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลในช่วงเริ่มต้น ต้องมีการฝึกอบรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการอบรมนักร่างกายบำบัด เพิ่มเติมในทักษะการฝึกการกลืน เพื่อลดการส่งต่อกลับที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลต่างๆ ไป นอกจากนี้ยังมีการวางระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนที่บูรณาการการดูแลร่วมกัน

บทเรียนเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษาการเปิดบริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี มีจุดแข็งที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ คือ ผู้บริหารมีความชัดเจนเรื่องของนโยบายโดย มีการวางแผนร่วมกันในระดับจังหวัด มีการเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแบบเครือข่ายในการช่วยเหลือ และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่น อปท. และ พมจ. เป็นต้น แต่ก็ยังปัญหาและอุปสรรค พบว่า หน่วยบริการขาดศักยภาพ ความเชื่อมั่นและมีระยะห่างไกลจากบ้านผู้ป่วยจึงเป็นสาเหตุของการเข้าถึงการให้บริการโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ระบบ การส่งตัวกลับ (Refer Back) ไม่ชัดเจน และไม่มียาที่มีความจำเป็น ขาดแคลนวิชาชีพการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพขาดระบบข้อมูลที่ได้มาตรฐาน งบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถใช้งบกองทุนฟื้นฟูในระดับจังหวัดได้ เช่นเดียวกับบทเรียนที่ได้จากการเปิดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ร่วมกับโรงพยาบาลบางกล้า มีการบริหารจัดการภายใต้แนวคิด หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล ใช้ทรัพยากรร่วมกันโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้ความช่วยเหลือ ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เข้าดูแลร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลบางกล้า รวมทั้ง

สนับสนุนอุปกรณ์ที่มีความจำเป็น ร่วมกับพัฒนาการจ่ายค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานผ่านทางงบประมาณของ สปสช. แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยและญาติไม่ยอมไปรับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลบางกล้า เนื่องจากขาดความน่าเชื่อถือของผู้ป่วยและญาติอย่างไรก็ตามปัญหาสามารถสรุปเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

1. การเข้าถึงการประเมิน Bathel ADL Index IMC Protocol ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ทั้งนี้ส่งผลกระทบต่ออาการที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนน้อยลง เกิดการเสียโอกาสในการฟื้นฟู สุดท้ายทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพคือเกิดมีการพิการมากขึ้น
2. การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน Bathel ADL Index ที่มีข้อบกพร่องซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าสามารถดูแลได้ให้กลับไปโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่ผู้ป่วยพักอาศัย
3. ภาระหน้าที่การดูแลในโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การขาดบุคลากร โดยเฉพาะนักกิจกรรมบำบัด
4. การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในในระดับชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการหรือการฟื้นฟูผู้พิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation )

เนื่องจากงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณที่จำกัด และงบประมาณยังมีความจำเป็นทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากร การจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะการให้บริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับชุมชน ครอบครัว ซึ่งจากศึกษาพบข้อมูลงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของแต่ละจังหวัดยังเหลืออยู่ในปริมาณมากซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน ครอบครัวผ่านการเขียนโครงการหรือการจัดทำ Care Plan นอกจากนี้ยังมีกองทุนที่มีความสำคัญต่อการที่จะใช้งบประมาณได้ในระดับจังหวัดคือกองทุนฟื้นฟูจังหวัดที่ยังสามารถใช้งบประมาณในภาพรวมจังหวัดอีกด้วย

การให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 2 นั้นยังไม่ได้มีศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การจัดการให้บริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บไขสันหลังเพื่อให้ได้ข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาการให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในทุกระดับของการให้บริการดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นเพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการจัดการให้บริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและบาดเจ็บไขสันหลัง ในเขตสุขภาพที่ 2 ในปี 2561-2562 เพื่อหาแนวทางหรือข้อเสนอที่เป็นเชิงบูรณาการฟื้นฟูสุขภาพในทุกระดับตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยในครั้งนี้ ที่จะใช้ในการพัฒนาการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งการศึกษาเป็นวิธีการแบบผสมผสาน โดยเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลการจัดแนวทางการจัดบริการ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในพื้นที่ร่วมกับ การวิจัยเชิงปริมาณต้องการศึกษาสถานการณ์ขนาดปัญหาของการให้บริการฟื้นฟูในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับชุมชน หลังจากมีนโยบายและหลังจากมีการดำเนินการในภาพเขตสุขภาพที่ 2 การเข้าถึงบริการ

การคัดกรอง Bathel ADL Index ที่เป็นการบริการขั้นตอนแรกที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการรักษา และการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนนั้นพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และ กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ อัตราการเข้าถึงการให้บริการต่ำกว่าเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะที่การคัดกรองต่ำกว่า ค่าเป้าหมายมาก นั้นหมายความว่า จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่ได้คัดกรองซึ่งจะทำให้ขาดโอกาสในการ ที่เข้าสู่การวางแผนการฟื้นฟูในระยะกลางแต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการสำรวจข้อมูลจากการตอบ แบบสอบถามพบว่าปัญหาและอุปสรรคการคัดกรอง ด้วย IMC Bathel ADL Indexคือเพิ่มภาระงาน การให้บริการกับงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการคัดกรองขาดการ การบูรณาการร่วมกับกลุ่มการพยาบาล ในการคัดกรองจะเน้นในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและไม่มีแนวทางหรือระบบการประเมิน (Work Flow) ที่ชัดเจน บาดเจ็บที่ศีรษะไม่ได้รับการคัดกรอง ไม่มีแนวทางหรือเกณฑ์ในการปรึกษา ที่จะฟื้นฟู ประกอบกับนโยบายหรือการวางแผนเชิงระบบไม่ได้รับความสำคัญจากผู้บริหารโดยตรง หลังจากการคัดกรองผู้ป่วยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชนแต่ไม่สามารถไปได้ เกิดจากปัญหาการไม่พร้อมของผู้ดูแลหรือเฝ้าในช่วงระหว่าง นอนโรงพยาบาลและผู้ป่วยหรือญาติไม่เข้าใจถึงประโยชน์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจากการศึกษา แบบสอบถามพบว่าขบวนการขั้นตอนในการขนส่งต่อไม่เอื้ออำนวยต่อการส่งต่อ

การเข้าถึงการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด โดยการให้โรงพยาบาลชุมชน เปิดให้บริการเป็นแบบผู้ป่วยใน จากการศึกษาแบบสอบถามพบปัญหา และอุปสรรค เรื่องของโครงสร้างอาคารสถานที่ ระยะห่างระหว่างเตียง ห้องน้ำผู้พิการ ปัญหา เรื่องความพร้อมบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลฟื้นฟู การขาดแคลนบุคลากร การให้บริการยังขึ้น กับงานกายภาพเป็นหลัก ไม่มีการร่วมมือการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพการดูแลแบบบูรณาการในการ วางแผนร่วมกัน ทั้งในการดูแลที่โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยและจากข้อมูลการเยี่ยมจากการวิจัย เชิงปริมาณพบว่าข้อมูลการเยี่ยมบ้านยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านน้อย และข้อมูล จากการสัมภาษณ์การเยี่ยมบ้านพบว่าทีมนักกายภาพกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เยี่ยมบ้าน ซึ่งขาดการบูรณาการกับผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น การเชื่อมโยงกับนายอำเภอหรือ คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังไม่มีงบประมาณที่มาดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ที่ชัดเจนเช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากงานกายภาพพบว่าร้อยละที่ได้การดูแลแบบบูรณาการในชุมชน จากกลุ่มที่มีรายงานการเยี่ยมบ้านภาพรวมเพียง ร้อยละ 10 เท่านั้นในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

นโยบายการเปิดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นนโยบายที่มีผลต่อการลดการแออัด ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์และเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้เพิ่มรายได้ในโรงพยาบาลได้ แต่ควรเป็นนโยบายที่การทำให้เกิดบูรณาการร่วมกับสหสาขา วิชาชีพอื่นไปด้วยเลย เช่น แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา การเชื่อมโยงกับสาขา การดูแลผู้สูงอายุ สาขาการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น มีการเชื่อมโยงนโยบายกับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และมีนโยบายที่เชื่อมโยงกับองค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่น ทั้งในด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล รวมถึงนโยบายพัฒนากำลังคนในกระทรวง สาธารณสุขวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูเช่นเพิ่มตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดในแต่ละจังหวัด เป็นต้น

การแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่คาดการณ์หรือสมมุติฐานและเพื่อที่จะแก้ปัญหาได้นั้น การวางแผนทางการบูรณาการการให้การดูแลในทุกระดับถูกเชื่อว่าเป็นวิธีการวิธีหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาได้ ทางผู้วิจัยมีความจำเป็นจะต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อที่จะรู้ขนาดปัญหาและบริบทของหน่วยบริการในแต่ละระดับ สภาวะแวดล้อมในชุมชนในแต่ละพื้นที่ ที่ไม่เหมือนกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการคิดออกแบบแนวทางในการแก้ปัญหาภายใต้กรอบของการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและสุขภาพแบบบูรณาการ



## บทที่ 4

# แนวทางการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยระยะกลาง

### แบบบูรณาการ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้หน่วยบริการเปิดบริการการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยระยะกลางในปี 2560 นั้น ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 ได้ดำเนินการวางแผนและจัดทำแนวทางการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง โดยคณะกรรมการแผนการให้บริการสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Service Plan InIntermediate Care ) โดยอ้างอิงของหลักการของ Six Building Box ในการวางแผนการพัฒนาเชิงนโยบายและโครงสร้างในการที่จะเปิดบริการ ซึ่งทำให้หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 สามารถเปิดบริการได้ตามนโยบายตั้งแต่ปี 2561 แต่อย่างไรก็ตามการติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการทำเฉพาะในส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น จำนวนผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายได้รับการคัดกรองด้วย IMC Barthel Index Score จำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนแล้วมี Barthel Index มากกว่า หรือเท่ากับ 15 และการติดตามการดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน เป็นต้น ซึ่งผลจากการติดตามตัวชี้วัดพบว่า มีบางตัวชี้วัดที่ยังไม่ถึงเป้าหมายยังเช่นการคัดกรอง IMC Bethel Index Score ตามกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น และการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการศึกษาหรือทบทวนขอบข่ายการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพื่อให้ได้ปัญหาอุปสรรคเป็นข้อมูลนำเข้าในการที่จะวางแผนการพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบบูรณาการในการที่จะพัฒนาระบบบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งจากบทที่ 3 มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ขอบข่ายการให้บริการในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อให้ได้ปัญหาและอุปสรรคในประเด็นที่สำคัญตามกรอบแนวคิดของการศึกษาคือ การเข้าถึงการให้บริการ การเชื่อมโยงและการส่งต่อการให้บริการในหน่วยบริการทุกระดับ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายซึ่งในบทที่ 4 จะมีการสรุปปัญหา อุปสรรคและข้อมูลหรือเนื้อหาที่ได้จากการศึกษาวิจัยในบทที่ 3 ร่วมกับ จากการทบทวน หลักการ วรรณกรรม ทฤษฎีและงานวิจัยในบทที่ 2 ซึ่งจะเป็นเครื่องมือช่วยในการที่จะออกแบบเพื่อให้ได้แนวทางหรือข้อเสนอแนะการดูแลฟื้นฟูแบบบูรณาการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ต่อไป

## สรุปปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินงานแผนพัฒนาการให้บริการสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวมจะเป็นการบริหารจัดการให้เกิดบริการภายในจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่ายในการให้บริการและมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นลูกข่ายในการรองรับการรับและส่งต่อการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่อง ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงกับการให้บริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน ขบวนการการให้บริการผู้วิจัยได้สรุปเป็นแนวทางการให้บริการไว้แล้วในบทที่ 3 ตามแผนภาพที่ 3-1 เพื่อให้เป็นจุดเริ่มต้นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคนำไปสู่การได้แนวทางการให้บริการในรูปแบบบูรณาการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผู้เขียนได้สรุปเพิ่มเติมขบวนการขั้นตอนและชนิดการให้บริการหลังจากได้ข้อมูลจากการศึกษาและวิจัยด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังแผนภาพที่ 4-1 ดังนี้

แผนภาพที่ 4-1 แสดงขั้นตอน ขบวนการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับจังหวัด



ผู้วิจัยสามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการศึกษาแบบผสมผสานในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 รวมทั้งข้อค้นพบจากการทบทวนบทเรียนจากบทที่ 3 ตามนโยบายลงสู่การให้บริการระดับโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชนและประเด็นตามกรอบของงานวิจัยได้ ดังนี้ (ตารางที่ 4-1)

ตารางที่ 4-1 ตารางแสดงสรุปปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาตาม นโยบายและระบบ การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามประเด็นหลัก ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระดับการ ให้บริการการ ดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง	การ ให้บริการ	ปัญหาและอุปสรรค		
		การเข้าถึงและ การครอบคลุมการ ให้บริการ	การเชื่อมโยงและ การส่งต่อ	การมีส่วนร่วม ของเครือข่าย
นโยบาย กระทรวง สาธารณสุข		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นโยบายสนับสนุน ค่าตอบแทนหน่วย บริการที่เปิดบริการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>2. นโยบายด้าน กำลังคนของวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู</li> <li>3. นโยบายสนับสนุน การรองรับการเปิด บริการฟื้นฟู สมรรถภาพแบบผู้ป่วย ใน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นโยบายของ แผนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพสาขา การดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง ในระดับเขต สุขภาพ Service Plan ntermediate Care (Pone Hospital)</li> <li>2. นโยบายระบบ ข้อมูลในการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยระยะ กลางระหว่างหน่วย บริการและกรรมการ แผนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพสาขา การดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง ( Service Plan Intermediate Care)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเชื่อมโยง นโยบายของ แผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางบูรณา การร่วมกับสาขาการ ดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) และการดูแลผู้ป่วย สาขา ประคับประคอง (Palliatives Care)</li> <li>2. หลักเกณฑ์การใช้ กองทุนฟื้นฟูใน ระดับจังหวัดและ กองทุนตำบล</li> </ol>

ตารางที่ 4-1 ตารางแสดงสรุปปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาตาม นโยบายและระบบ การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามประเด็นหลัก ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย (ต่อ)

ระดับการ ให้บริการการ ดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง	การ ให้บริการ	ปัญหาและอุปสรรค		
		การเข้าถึงและ การครอบคลุมการ ให้บริการ	การเชื่อมโยงและ การส่งต่อ	การมีส่วนร่วม ของเครือข่าย
โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป	1. การ ให้บริการ คัดกรอง IMC Protocol 2. การดูแล ต่อเนื่องที่ รพ.ชุมชน	1. แนวทางการ บริหารระหว่าง แผนก 2. ความชัดเจนด้าน นโยบายของ ผู้บริหาร 3. ขาดแคลน บุคลากรทางด้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพ	1 ผู้ป่วยและญาติไม่ พร้อมที่จะไปรับ บริการที่โรงพยาบาล ชุมชน 2.การเชื่อมโยงข้อมูล ในการส่งต่อไปที่ โรงพยาบาลชุมชน 3.แผนการส่งต่อ ผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดการมีส่วน ร่วมกับผู้ป่วยหรือ ญาติ	1.ภาระงานในแต่ละ วิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีมาก 2. ขาดแรงจูงใจด้าน งบประมาณค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและหน่วย 3. การเห็นถึงความ สำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลางของผู้ ให้บริการที่เกี่ยวข้องแต่ ละสาขา
โรงพยาบาล ชุมชน	1. การฟื้นฟู สมรรถภาพ แบบผู้ป่วย ใน 2. การดูแล ต่อเนื่องที่ บ้าน	1. ขาดแคลน บุคลากรทางด้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. ขาดผู้ให้การดูแล (Care Giver) 3. ความน่าเชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติที่มี ต่อโรงพยาบาล ชุมชน 4. พื้นที่ที่มีความ ยากลำบากในการ เดินทาง	1. ขาดการจัดทำ แผนการส่งต่อไปที่ บ้านและชุมชน 2. การรับและส่งต่อ ข้อมูลของผู้ป่วยจาก แม่ข่ายและชุมชน 3. การขนส่งผู้ป่วย จากโรงพยาบาลไปที่ ชุมชน	1. การเห็นถึงความ สำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลางของผู้ ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ของสหสาขาวิชาชีพ 2. นโยบายของผู้บริหาร กำในการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายนอก โรงพยาบาล 3. ขาดแรงจูงใจด้าน งบประมาณค่าตอบแทน เครือข่ายทางสาธารณสุข เช่นเจ้าหน้าที่ รพสต หรือ อสม.

ตารางที่ 4-1 ตารางแสดงสรุปปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาตาม นโยบายและระบบ การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามประเด็นหลัก ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย (ต่อ)

ระดับการ ให้บริการการ ดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง	การ ให้บริการ	ปัญหาและอุปสรรค		
		การเข้าถึงและ การครอบคลุมการ ให้บริการ	การเชื่อมโยงและ การส่งต่อ	การมีส่วนร่วม ของเครือข่าย
โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล บ้านและชุมชน	การดูแล ฟื้นฟู สมรรถภาพ ในบ้านและ ระดับชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความพอเพียง ของทีมหมอ ครอบครัวยุคใหม่ และทีม นักรักษา</li> <li>2. ขาดแรงจูงใจด้าน งบประมาณ ค่าตอบแทน ผู้ให้บริการและ หน่วย</li> <li>3. ทักษะการให้การ ดูแลของ อสม. และ เครือข่ายในชุมชน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การขนส่งผู้ป่วย เพื่อติดตามการ รักษา ด้าน งบประมาณ</li> <li>2. การเข้าถึงการ สื่อสารข้อมูลของ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงภาคีเครือข่าย ในชุมชนกับทีมผู้ให้ การดูแล</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นโยบายของผู้บริหาร ในการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายนอกหน่วยงาน สาธารณสุข</li> <li>2. บทบาทหน้าที่ของรพ สต ในการที่จะเป็นแกน หลักในการทำให้เกิด การมีส่วนร่วมของ เครือข่าย</li> <li>3. การเห็นถึงปัญหา และ ความสำคัญในการ ให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยระยะ กลางของเครือข่ายนอก สาธารณสุข</li> <li>4. กฎเกณฑ์ในความ ร่วมมือกันระหว่าง หน่วยงานราชการอื่น และหน่วยงานนอก ราชการอื่นในเรื่องการ สนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนตำบล</li> </ol>

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, 2562

## วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค

จากบทที่ 3 การศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณพบข้อมูลแสดงถึงปัญหาสถานการณ์ การเข้าถึงบริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่การคัดกรองผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และการเข้าถึงการเยี่ยมบ้านที่เป็นบริการของโรงพยาบาลชุมชนโด ทิม สหสาขาวิชาชีพและทีมหมอครอบครัวนอกจากนี้ข้อมูลยังแสดงถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในชุมชนซึ่งมีผลต่อจะการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน ซึ่งประเด็นหลักทั้งสาม ประเด็นในการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นกรอบแนวคิดเริ่มต้นในการวิจัยครั้งนี้นำไปดำเนินการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการได้มาซึ่งปัญหาและอุปสรรคของขบวนการการให้บริการตามประเด็นหลัก เพื่อที่จะได้วิเคราะห์นำไปสู่การใช้เครื่องมือที่ทางผู้วิจัยได้ทบทวนในบทที่ 2 เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ของการวิจัยครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในบทที่ 3 นั้นได้ศึกษา ในกลุ่มบุคคลกรที่เกี่ยวข้องตามระดับของหน่วยบริการและแยกปัญหาและอุปสรรคตามประเด็น ตามกรอบแนวคิดของการวิจัยตามตารางที่ 4-1 ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคตามระดับ ของการให้บริการ ดังนี้

ระดับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการให้บริการคือกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง และบาดเจ็บไขสันหลังระยะเปลี่ยนถ่ายที่มีจำนวนมากมารักษาแบบผู้ป่วยใน ตามข้อมูล สถานการณ์ ที่ได้ศึกษามาแล้วนั้นทำให้ปัญหาการเข้าถึงบริการการคัดกรองเพื่อเตรียมวางแผนการรักษาไปการ ฟื้นฟูต่อเนื่องน้อยลงเนื่องจากปัญหาจำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองเท่าเดิมและทำหน้าที่เฉพาะ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งปัญหาและอุปสรรคเป็นลักษณะปัญหาเชิงการบริหารจัดการกำลังคน ด้านความพอเพียงบุคลากรผู้ให้บริการไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลพบ ว่าปัญหาการเข้าถึงการให้บริการการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น เกิดจากแนวทาง ขบวนการปรึกษาแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ไม่มีความชัดเจนของผู้รับผิดชอบในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยนี้ เช่น แพทย์ศัลยกรรมประสาท และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ซึ่งเป็นปัญหาเชิงระบบ การดูแลรักษาร่วมกันต่างแผนก การให้บริการหลังการคัดกรองเป็นขบวนการในการส่งต่อหรือ การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น จะต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้การฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง ปัญหาและ อุปสรรคที่สำคัญคือปัจจัยผู้รับบริการและญาติไม่พร้อมไปรับการรักษาที่ต่อเนื่องได้เกิดจากปัญหา ด้านเศรษฐกิจ และสังคม การขนส่งและยานพาหนะ ส่งตัว ผู้ป่วยกลับ นอกจากนี้ปัญหาเชิงระบบคือ การปรึกษาหรือการส่งข้อมูลรวมถึงการวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลและที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ประเด็นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรง พยาบาลทั่วไป หมายถึงหน่วยงานงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงาน เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เช่น กลุ่มงานพยาบาล องค์กรแพทย์ เป็นต้นปัญหาและอุปสรรคที่ขาดการร่วมมือซึ่งเป็นปัจจัยของผู้ให้บริการคือภาระงานมาก และ

การให้ความสำคัญของการให้บริการ การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการด้วยการให้ค่าตอบแทน ซึ่งเป็นปัญหาเชิงนโยบายของผู้บริหาร

จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคสามารถสรุปเป็นปัจจัยภายในและภายนอก เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา และกำหนดแนวทางดังนี้

1. ปัญหาเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยภายนอกหน่วยบริการ ค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ การให้ความสำคัญการให้บริการฟื้นฟูของผู้บริหารซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดนโยบายการบูรณาการร่วมกับนโยบายระดับกระทรวง

2. ปัญหาของผู้รับบริการ เป็นปัจจัยภายนอกหน่วยบริการ ด้านความพร้อมต่อการให้บริการเช่นปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ความไม่เข้าใจเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ

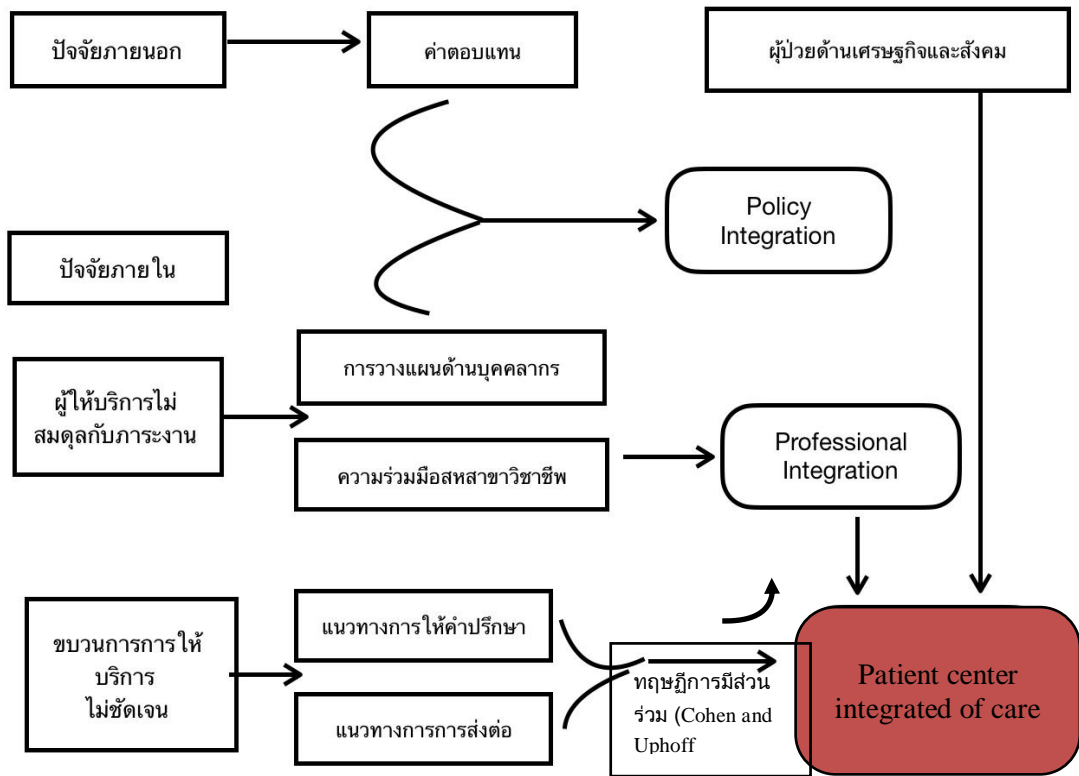
3. ปัญหาผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยภายในหน่วยงาน ที่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่พอเพียงต่อการให้บริการ และมีวิชาชีพเดียวในการให้บริการ มีภาระงานหน้าที่หลักนั้นมาต่างๆ การให้ความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

4. ปัญหาเชิงระบบหรือขอบวนการการให้บริการ คือแนวทางการให้คำปรึกษาระหว่างแผนก การวางแผนการรักษาส่งต่อ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการ

จากบทที่ 2 ผู้วิจัยได้ศึกษาเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม หลักการ และทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์จากบทที่ 3 เพื่อให้เกิดการวางแผนการทำให้เกิดมีการบูรณาการให้เกิดขึ้นในระบบการให้บริการ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางนั้น

ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการนำไปสู่แนวทางแบบบูรณาการและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้ ตามแผนภาพที่ 4-2

แผนภาพที่ 4-2 แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการและทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป



จากแผนภาพปัญหาและอุปสรรค ที่เป็นปัจจัยภายในได้แก่ปัญหาความพอเพียงของบุคลากรเมื่อเทียบต่อภาระงานเกิดจากภาระงานที่มากคือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากขึ้นและเป็นนโยบายการที่ทำให้บริการเพิ่มเติมจากภาระงานที่มีอยู่ แนวทางการแก้ปัญหาเพื่อเกิดการให้บริการแบบบูรณาการภายในหน่วยบริการผู้วิจัยใช้หลักการการทำให้เกิดมีการบูรณาการขึ้นในระบบแบบแนวนราบ (Horizontal Integration) เป็นการบูรณาการเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระดับเดียวกัน ในมิติที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายเดียวกันอย่างเป็นองค์รวมระหว่างหน่วยงานที่หลากหลาย ภายใต้โครงสร้างการจัดการที่แตกต่างกันเข้าด้วยกันหรือการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (Professional Integration) โดยใช้หลัก Skill Mix หรือ “การทำงานแทนกัน” โดยกำหนด โดยแบ่งความรู้ของสหวิชาชีพเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้ที่ทำแทนกันได้กับความรู้เฉพาะวิชาชีพ ความรู้ที่ทำแทนกันได้นั้น ทุกคนในทีมต้องพยายามเรียนรู้ และทำแทนกันทันทีหากเจ้าของงานไม่อยู่ เพื่อให้การดูแลไม่ขาดตอนการจะทำเช่นนี้ ได้ต้องมียุทธศาสตร์หลัก 2 เรื่องคือ ความรู้ และความไว้วางใจ ร่วมกับใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff) คือให้ผู้บริหารหรือแกนนำทีมสร้างขบวนการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เช่น จัดตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีการชี้แจงถึงสถานการณ์และความสำคัญของการให้บริการฟื้นฟู แล้วให้เกิดมีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกร



(Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการประสานขอความร่วมมือและรวมถึงให้มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ที่ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล สุดท้ายให้มีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง คณะกรรมการมีส่วนร่วมการเข้าร่วมเพื่อการประเมิน

จากการศึกษาในบทที่ 3 พบปัญหาและอุปสรรคด้านขบวนการให้บริการนอกเหนือจากปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากร ที่กล่าวไปแล้วข้างต้นและเป็นขบวนการให้บริการที่สำคัญ (Key Process) นั้น ได้แก่

1. แนวทางการให้คำปรึกษาระหว่างแผนกกับผู้ที่ทำหน้าที่การคัดกรอง (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพ) เป็นขบวนการหลักในการให้บริการการคัดกรองผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายตามกลุ่มโรคเป้าหมายที่จะมีผลต่อคุณภาพและความครอบคลุมการเข้าถึงการให้บริการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

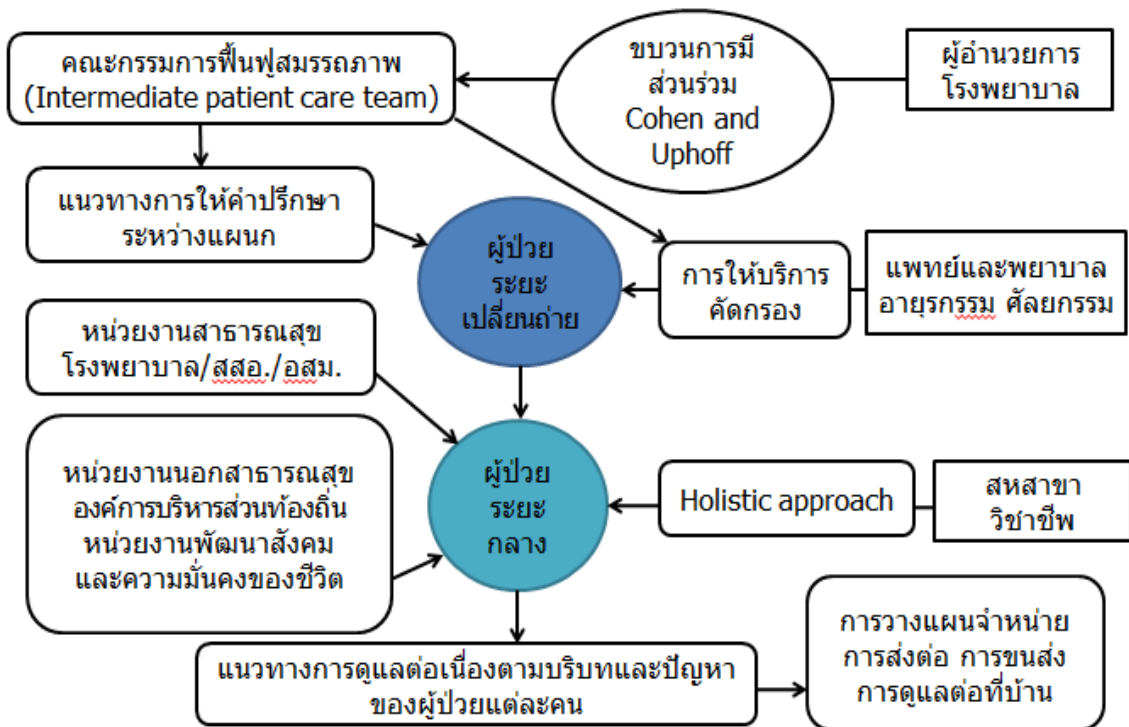
2. แนวทางการให้บริการการส่งต่อ (Refer Back) เป็นขบวนการการให้บริการหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง (Continuing Care) มีผลต่อคุณภาพและความครอบคลุมการเข้าถึงการบริการในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน

จากปัญหาและอุปสรรคการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในระดับการให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วที่สรุปได้ข้างต้น ผู้เขียนใช้เครื่องมือเป็นแนวทางและหลักการการให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Pricker 's Eight Principle People Center Care) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา และผู้ให้การดูแลต้องมีการสื่อสารและสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัว ในการที่จะทราบ เข้าใจ และสนับสนุน ในการช่วยเหลือที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ นอกเหนือจากการดูแลรักษาโรคอย่างเดี่ยว โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้จะเสนอแนวทางบูรณาการร่วมกับการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Professional Integrated) และทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff)จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากข้อค้นพบจากการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ร่วมกับผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่ได้จากบททวนและค้นคว้าในบทที่ 2 ในการที่จะสังเคราะห์เพื่อที่จะได้แนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับการให้บริการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นแนวทางได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารแต่งตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Intermediate Patient Care Team) ที่มีตัวแทนสาขาวิชาชีพแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ประกอบไปด้วยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทีมปฐมภูมิ นักจิตเวช แพทย์อายุรกรรม แพทย์ศัลยกรรมและกลุ่มการพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ตัวแทน องค์การบริหารส่วนจังหวัด และตำบล หน่วยงาน พม. ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน และ เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน กำหนด นโยบาย ชี้แจงปัญหา สถานการณ์และความสำคัญของปัญหา สร้างขบวนการการมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ลงปฏิบัติ และประเมินร่วมกัน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการการคัดกรองและการบริการการส่งต่อไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนหรือชุมชน

2. สร้างขบวนการให้บริการการดูแลคัดกรองให้บูรณาการร่วมกับขบวนการให้บริการการดูแลที่ต่อเนื่องรวมถึงปรับขบวนการส่งต่อด้วยการสนับสนุนการขนส่งเชื่อมโยงหน่วยงานนอกเครือข่ายและประสาน เครือข่าย อสม. ให้การช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแล Care Giver) และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชนโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพสื่อสาร ชักถามกับผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อให้ทราบปัญหาอื่น อื่นเช่นปัญหาเศรษฐกิจและสังคม กาย จิตใจ (Holistic Care) ที่นอกเหนือปัญหาโรคที่เป็น มาที่เป็นส่วนในออกแบบแนวทางการดูแลและให้การช่วยเหลือเป็นรายรายต่อไป (Multimodality Approach) ตามแผนภาพที่ 4-3

แผนภาพ 4-3 แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ( Patient Center Integrate Healthcare)



3. เสนอเป็นนโยบายในระดับเขตและกระทรวงให้กำหนดเป็นนโยบายแผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเป็นนโยบายบูรณาการในระดับจังหวัดร่วม ในส่วนของเพิ่มกรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่ส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูที่ให้บริการและการพัฒนา บุคคลากรร่วมกับนโยบายการให้ค่าตอบแทนตามภาระงาน เช่น เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพความ ครอบคลุมการคัดกรองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่าย เป็นต้น

## 1. ระดับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระดับโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายในการที่จะต้องได้รับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และให้บริการที่ต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่ชุมชนซึ่งเป็นขบวนการการให้การดูแลที่สำคัญ จากการศึกษาในบทที่ 3 พบปัญหาและอุปสรรคการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระดับโรงพยาบาลชุมชนแบ่งตามกรอบประเด็นการศึกษาและวิจัย คือ

ประเด็นที่ 1 การเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง คือ

1. ขาดแคลนบุคลากรทางด้านฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงศักยภาพการให้บริการจากบุคลากรวิชาชีพอื่นนอกเหนือจากนักกายภาพที่มีอยู่

2. ขาดผู้ให้การดูแล (Care Giver) เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลฟื้นฟูระยะเวลานาน ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการหารายได้หรือปัญหาด้านสังคมที่ไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการกายภาพผู้ป่วยด้วย

3. ความน่าเชื่อถือผู้ป่วยหรือญาติที่มีต่อโรงพยาบาลชุมชนเนื่องโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลต่อเนื่อง

4. พื้นที่ที่มีความยากลำบากในการเดินทาง ปัญหาการขนส่งผู้ป่วยยานพาหนะ

ประเด็นที่ 2 การเชื่อมโยงการส่งต่อเป็นส่วนสำคัญในขบวนการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนพบปัญหาและอุปสรรค คือ

1. ขาดการจัดทำแผนการส่งต่อไปที่บ้านและชุมชน

2. การรับและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยจากแม่ข่ายและชุมชน

3. การขนส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปที่ชุมชน

ประเด็นที่ 3 การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายซึ่งเกี่ยวข้องในการทำให้การเข้าถึงบริการร่วมด้วยทั้งในมิติการประสานงานในแนวราบด้วยสหสาขาวิชาชีพกับประสานในแนวตั้งคือการร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการรับและส่งต่อ ซึ่งจากการการศึกษาในบทที่ 3 พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. การเห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของสหสาขาวิชาชีพ

2. นโยบายของผู้บริหารในการเป็นแกนนำหรือสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

นอกโรงพยาบาล

3. ขาดแรงจูงใจด้านงบประมาณค่าตอบแทนเครือข่ายทางสาธารณสุข เช่นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อาสาสมัครหมู่บ้าน หรือ การให้บริการผู้ป่วยในจากงบประมาณ สปสช.

จากการวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคสามารถสรุปเป็นปัจจัยภายใน และภายนอกของโรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา และกำหนดแนวทาง ดังนี้

1. ปัญหาเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยภายนอกหน่วยบริการ ค่าตอบแทนของหน่วยงานในการให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการ และนโยบายการให้ความสำคัญการให้บริการฟื้นฟูของผู้บริหาร

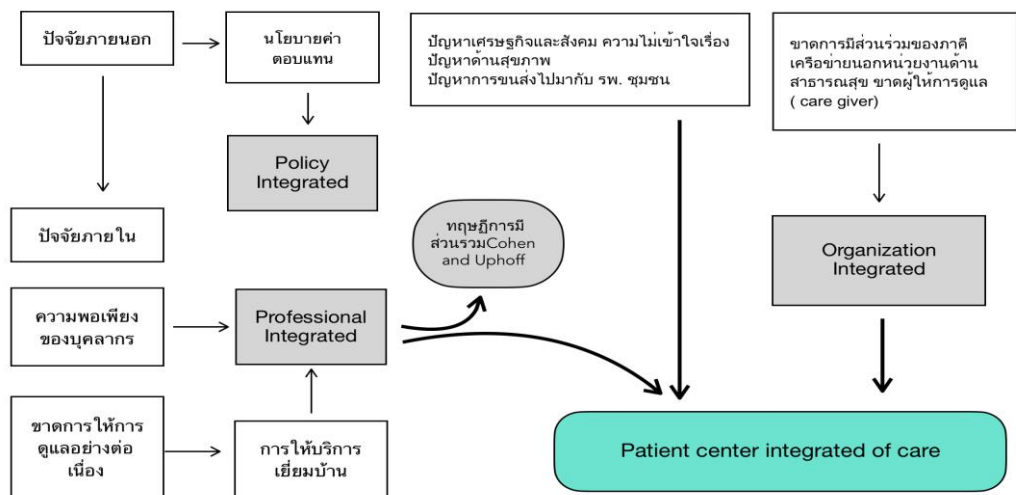
ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกหน่วยงานด้านสาธารณสุข ขาดผู้ให้การดูแล (Care Giver) และการให้ความสำคัญในเชิงนโยบายของผู้บริหารซึ่งเป็นปัจจัยภายใน

2. ปัญหาของผู้รับบริการ เป็นปัจจัยภายนอกหน่วยบริการ ด้านความพร้อมต่อการให้บริการเช่นปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ความไม่เข้าใจเรื่องปัญหาด้านสุขภาพและความน่าเชื่อถือต่อโรงพยาบาลชุมชน การเดินทางไปมาโรงพยาบาลมีความยากลำบาก ไม่มีรถขนส่ง และงบประมาณ

3. ปัญหาผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยภายในหน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลไม่พอเพียงต่อการให้บริการ

4. ปัญหาเชิงระบบหรือขบวนการการให้บริการ คือขาดความชัดเจนในแนวทางการการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนและบ้าน

แผนภาพที่ 4-4 แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการและทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลชุมชน



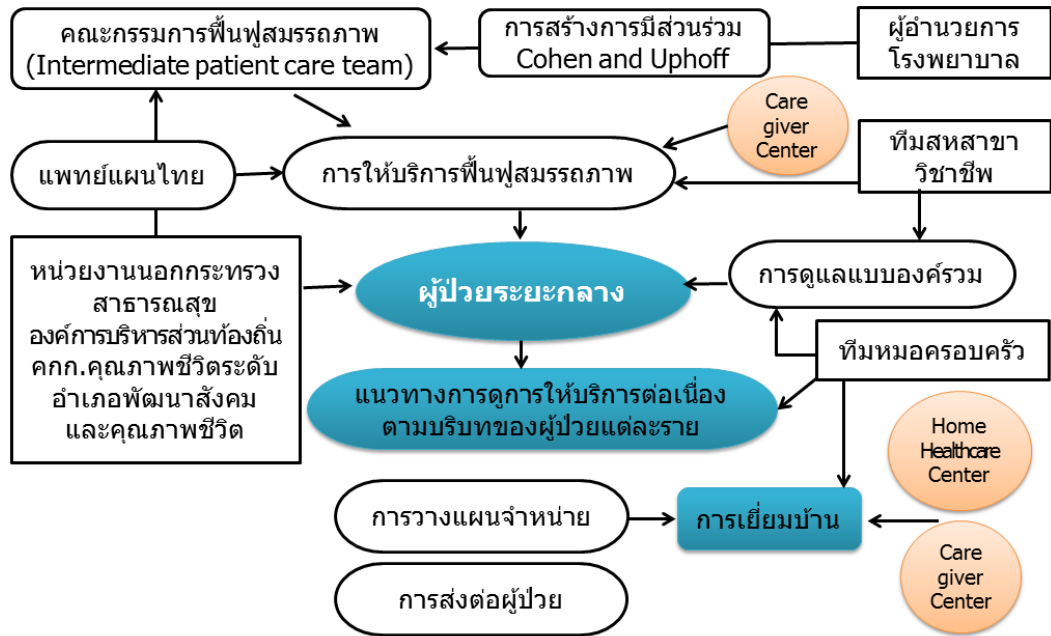
จากแผนภาพที่ 4-4 ในการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนและจากการศึกษาข้อมูลในบทที่ 3 พบว่าความครอบคลุมและจำนวนการเข้าถึงการให้บริการการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในขบวนการการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) มีจำนวนน้อย ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือความพอเพียงของจำนวนบุคลากรที่มีอยู่เดิมเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้นและรวมถึงบุคลากรยังขาดทักษะและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางซึ่งแนวทางในการพัฒนาการคือขอสนับสนุนเชิงนโยบายบูรณาการเพิ่มกรอบและอัตรากำลังของบุคลากรในสายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่นนักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับนโยบายการให้งบประมาณอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่เช่น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใน นักกายภาพ เป็นต้นแต่อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการในโรงพยาบาลสามารถเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการการดูแลสามารถช่วยกันได้ในส่วนของบุคลากร

สายวิชาชีพอื่น (Professional Integrated) เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เป็นต้น ในรูปแบบการให้บริการบูรณาแบบทำงานแทนกัน (Skill Mix) โดยผู้บริหารใช้หลักการทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff) ที่เน้นการกลยุทธ์การสร้างขบวนการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติร่วมกัน ในขณะที่ปัจจัยที่สำคัญที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นปัจจัยภายนอกองค์กรคือปัญหาผู้รับบริการครอบครัวและญาติ ที่ไม่ใช่มีปัญหาด้านเจ็บป่วยอย่างเดียวแต่ยังมีปัญหาที่รอบด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม การเดินทาง ผู้ให้การดูแล สุขภาพจิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ เป็นต้นซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้หลักการดูแลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care) ที่ต้องใช้หลักการการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เน้นการเข้าถึงปัญหาที่ตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ การเข้าใจปัญหาผู้ป่วยทำให้สามารถวางแผนการดูแลในแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม ปัญหาที่เป็นปัจจัยภายนอก คือ ขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายนอกหน่วยงานของสาธารณสุขเช่น องค์กรบริหารท้องถิ่น และตำบล ผู้นำชุมชน หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของชีวิตที่มีความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล งบประมาณช่วยเหลือคนพิการของ พม. เป็นต้น ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาจากบทที่ 3 และ ผู้วิจัยได้ใช้หลักการ ทฤษฎีที่ได้ทบทวนในบทที่ 2 เพื่อสังเคราะห์เป็นแนวทางในการในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชนตามวัตถุประสงค์ประสงค์ข้อที่ 3 ดังนี้

1. ผู้บริหารแต่งตั้งคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Intermediate Patient Care Team) ที่มีตัวแทนสาขาวิชาชีพแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ประกอบไปด้วย ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์หมอบุรุษ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป นักกายภาพ ทีมปฐมภูมิ นักจิตเวช และกลุ่มการพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ตัวแทน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและตำบล หน่วยงาน พม. และ เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน กำหนด นโยบาย ชี้แจงปัญหา สถานการณ์และความสำคัญของปัญหา สร้างขบวนการการมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ลงปฏิบัติ และประเมินร่วมกัน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการให้การดูแลฟื้นฟูและการบริการการส่งต่อไปดูแลต่อเนื่องที่การเยี่ยมบ้าน

2. สร้างขบวนการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Professional Integrated) ภายใต้การนำของผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มองเห็นนโยบายและความสำคัญโดยใช้หลักทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการระดมบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพ พยาบาล แพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนจีน รวมถึงบูรณาการร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคองและทีมดูแลผู้สูงอายุพร้อมกันนี้บูรณาการร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้นำชุมชน ในการจัดตั้งศูนย์ผู้ให้การดูแล (Care Giver Local Center) ในระดับตำบลในการที่จะสนับสนุนจัดหาผู้ดูแลให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ให้ผู้บริหารเป็นแกนนำในการให้เกิดการมีส่วนร่วมโดยให้มีทีมหมอบุรุษ สหสาขาวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลทั้งในและนอกสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยญาติพี่น้อง ควรร่วมกันบูรณาการในการวางแผนในการรักษาที่ต่อเนื่องที่เป็นแบบองค์รวม (Holistic Care In Continuing Care ) โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Integrated of Care) (Multimodality Approach) ตามแผนภาพที่ 4-5 โดยเฉพาะการวางแผนขนส่งและการดูแลการเยี่ยมบ้านที่ต้องเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและครอบครัวต่อไป

แผนภาพ 4-5 แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ( Patient Center Integrate Healthcare)

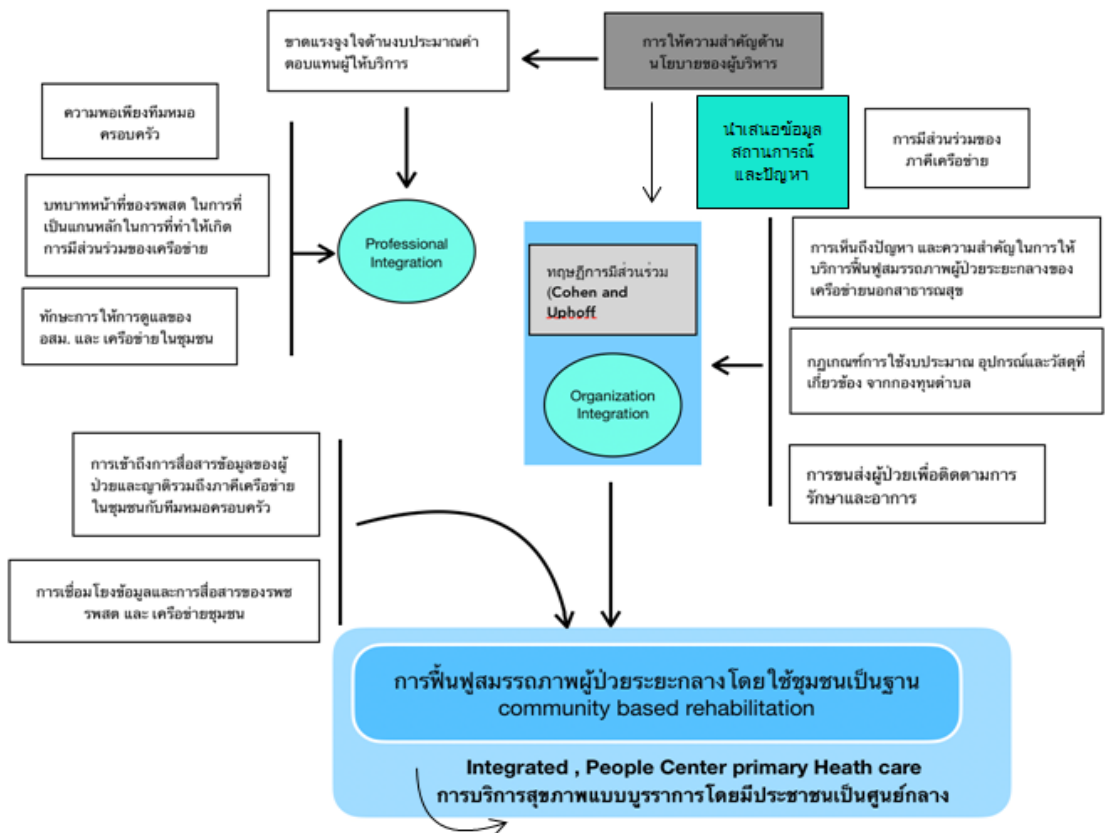


## 2. ระดับการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระดับครอบครัวบ้านและชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในบทที่ 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลชุมชนในเวลาในระยะเวลาหนึ่งแล้วนั้น แล้วมีข้อบ่งชี้ที่สามารถที่จะกลับบ้านได้ และมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่องที่บ้านด้วยการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) จนครบ 6 เดือน โดยทีมนักกายภาพบำบัด พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีจำนวนน้อย และนอกจากนี้ยังพบว่าในจำนวนที่ได้รับบริการเยี่ยมบ้านได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ในการดูแลน้อยมากเช่นกัน ซึ่งโดยภาพรวมในข้อมูลสถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 2 นั้น มีน้อยกว่าร้อยละ 50 จากการศึกษเพิ่มเติมจากข้อมูลเชิงคุณภาพในศึกษาแนวทางการให้บริการฟื้นฟูในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสามารถสรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัยตามประเด็นที่สำคัญ คือการเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการฟื้นฟูในชุมชน พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นทีมนักกายภาพ หรือนักกิจกรรมบำบัดในพื้นที่ ที่ลงให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน แต่ก็ยังมีพื้นที่บางส่วนที่ทีมนักกายภาพมีการบูรณาการการให้บริการฟื้นฟูกับทีมปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวกับการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการให้ครอบคลุมและการเข้าถึงการให้บริการนี้ คือความพอเพียงของบุคลากรสาธารณสุขที่จะลงพื้นที่ให้บริการฟื้นฟูและเยี่ยมบ้าน และยังพบว่ามีความจำนวนผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่พร้อมในการที่จะให้การบริการ

ฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเป็นผลทำให้จำนวนผู้ป่วยระยะกลางมีความจำเป็นที่จะได้รับบริการการฟื้นฟู ในชุมชนหรือที่บ้านเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงปัญหาทักษะการให้บริการฟื้นฟูของเครือข่าย หมู่บ้าน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และการเชื่อมต่อข้อมูลโรงพยาบาล รพ.สต. กับครอบครัว และชุมชน เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกในการสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ ที่ยังมีบางพื้นที่พบว่ายังมีผู้ป่วยระยะกลางขาดการดูแลและติดตามอยู่ จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าถึงและความครอบคลุมการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในชุมชนที่มีส่วนสำคัญมากในการที่จะให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพให้เกิดประสิทธิผลได้นั้นคือ การขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกิดจาก นโยบายของผู้บริหารในการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ในการที่จะเป็นแกนหลักในการ ที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การเห็นถึงปัญหา และความสำคัญในการให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายนอกสาธารณสุขและกฎเกณฑ์การใช้งบประมาณกองทุน ตำบล

แผนภาพที่ 4-6 แสดงแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้หลักการการบูรณาการและ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน

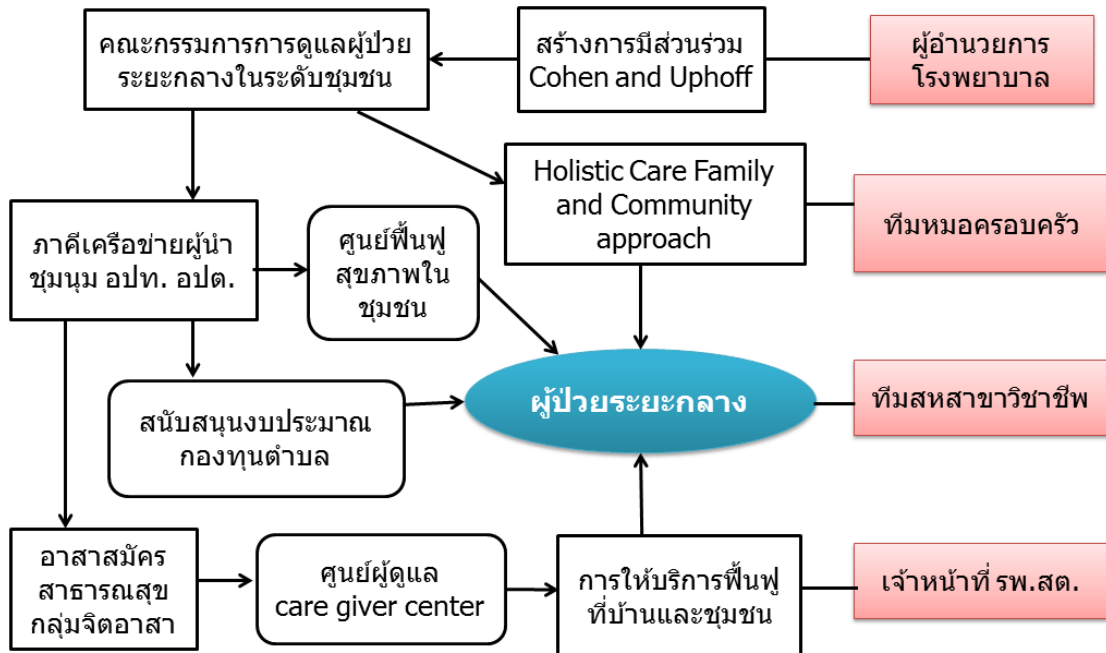


### 3. แนวคิดในการแก้ปัญหาและอุปสรรคในเชิงการบูรณาการ

จากแผนภาพ 4.6 แนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่เกิดจากความไม่พอเพียงของบุคลากร ทีมหมอครอบครัวและ ทีมนักกายภาพ คือให้มีเพิ่มเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการมากขึ้น โดยการทำให้เกิดการการทำงานบูรณาการให้มีส่วนร่วมในการให้บริการฟื้นฟูร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมนักกายภาพกับเจ้าหน้าที่ รพสตและเครือข่ายหรืออสม. มีการจัดทำแผนการลงพื้นที่ร่วมกันรวมถึง ทีมนักกายภาพมีการอบรมทักษะการฟื้นฟูให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้เบื้องต้น นอกจากนี้ปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูล ให้มีการบูรณาการระบบข้อมูลในภาพรวมจังหวัดผ่านโปรแกรม Thai COC บูรณาการร่วมกับข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long Term Care) กับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเชื่อมโยงแม่ข่ายลงสู่ลูกข่ายและรพ.สต. รวมถึง อสม. เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการ การติดตามผลการการดูแลรักษา และสามารถสื่อสารข้อมูลข่าวสารถึงผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรมีนโยบายเห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐานด้วยการสร้างกลไกในการบริหารจัดการ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในระดับตำบล โดยการให้มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานนอกสาธารณสุขท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชมรมจิตอาสาในท้องถิ่น เป็นต้น และส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมกันในการทำงานโดยผู้อำนวยการมีการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคให้เครือข่ายทราบรวมถึงการให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายในการทำงาน การตัดสินใจร่วมกัน และมีส่วนร่วมใน การให้ความช่วยเหลือ ในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน



แผนภาพ 4-7 แสดงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระดับชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation)



จากแผนภาพที่ 4-7 ขอเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยใช้ชุมชนแบบบูรณาการที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากศึกษาในบทที่ 3 ร่วมกับหลักการการสร้างการมีส่วนร่วมในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) การดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน และจากการทบทวนการให้การดูแลผู้ป่วยผู้พิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีหลักสำคัญในการพิจารณา

1. ควรมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
2. ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุนให้เกิดบริการการฟื้นฟูในชุมชน
3. กิจกรรมที่ทำให้เกิดบริการหรือสนับสนุนบริการ ที่ต้องเป็นลักษณะการบูรณาการในการบริการเน้นการดูแลแบบองค์รวม
4. มีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละแห่ง
5. มีการเชื่อมโยงและการส่งต่อถึงระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องสามารถสรุปและเป็นข้อเสนอได้ ดังนี้

#### ข้อเสนอแนะ

ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผู้บริหารทุกระดับและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเห็นถึงความสำคัญ โดยการจัดทำเป็นนโยบายในการส่งเสริมการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน

2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการจัดทำข้อมูลรวมถึงปัญหาร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน นักกายภาพ เจ้าหน้าที่ รพ สต เสนอต่อผู้บริหารในชุมชน ท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล เชื่อมโยงกับนายอำเภอผ่านคณะกรรมการคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนขึ้น
3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการวางแผนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานการศึกษาทุกระดับ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมทุกครั้งเชื่อมโยงแผนงานโครงการของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
4. จัดทำแผนพัฒนาทักษะและความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง ให้แก่ อสม. อาสาสมัครพัฒนาหมู่บ้าน ตลอดจนสมาชิกในชุมชน
5. สร้างระบบการประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิดร่วม ทำร่วมพัฒนา
6. จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในระดับตำบลโดยความร่วมมือกันในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้นำชุมชน
7. จัดตั้งศูนย์ผู้ดูแล (Care Giver Center) ในระดับอำเภอ และตำบลเชื่อมโยกับอาสาสมัครหมู่บ้านเพื่อมีการใช้บุคลากรผู้ดูแลร่วมกัน
8. จัดทำแนวทางการใช้งบประมาณในรูปแบบบูรณาการทุกกองทุนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ
9. จัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการฟื้นฟูเพื่อให้เกิดมีการจัดการแบบบูรณาการที่มีการส่วนรวมในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

## สรุป

ผลการศึกษา วิจัย และ ค้นคว้า ในบทที่ 2 จนถึงบทที่ 4 ตอบัวตฤประสงค์การวิจัย ข้อที่ 3 สรุปได้ว่า แนวทางการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการ กรณีศึกษา ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันแบ่งเป็นตามแนวทางการให้บริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งในแต่ละระดับการให้บริการมีรูปแบบแนวทางการให้บริการฟื้นฟูที่แตกต่างกันตามศักยภาพในแต่ละหน่วยบริการ ทำให้ มีบริบท ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่เหมือนกัน แต่มีการเชื่อมโยงการให้บริการร่วมกัน ช่วยเหลือกัน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ตามนโยบายแผนพัฒนาการให้บริการในภาพเขตสุขภาพ (Service Plan) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแนวทางการให้บริการฟื้นฟูแบบบูรณาการจะเน้นการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาความพอเพียงของบุคลากร ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคม หน่วยงานของรัฐ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ซึ่งแนวทางการให้บริการฟื้นฟูแบบบูรณาการเน้นให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อการให้บริการฟื้นฟู โดยการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้หลักทฤษฎีการมีส่วนร่วม ในการที่จะดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการให้บริการและจัดตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งในโรงพยาบาล และในระดับพื้นที่ เพื่อให้เป็นเวทีการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเพื่อให้เกิดการให้บริการ

แบบบูรณาการร่วมกัน ทั้งนี้การให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพหรือทีมหมอครอบครัว จะเน้นการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ไม่ได้เน้นการรักษาอย่างเดียว แต่ต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจ และความรู้สึกนึกคิด เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน การวางแผนด้านการรักษาควรมีผู้ป่วยและญาติควรให้มีส่วนร่วมกันในการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหาแบบบูรณาการร่วมกับทีมที่ให้บริการการดูแลเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายไป (Patient Center Integrate of Care) อนึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยใช้ชุมชน (Community Based Rehabilitation) เป็นฐานในการเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคม อปท. ผู้นำชุมชน ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในระดับตำบล เพื่อให้เพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูเบื้องต้น ลดการขนส่งที่จะต้องนำผู้ป่วยไปรับบริการในโรงพยาบาล และเนื่องจากบางพื้นที่มีปัญหา ผู้ดูแลไม่มีหรือญาติผู้ป่วยไม่พร้อม ให้มีศูนย์ผู้ดูแลหรือกลุ่มจิตอาสา เพื่อที่จะแก้ปัญหาจำนวนผู้ดูแลที่ไม่พอเพียง

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุป

กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยกำหนดยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan) หลายสาขาที่สำคัญเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ แบบไร้รอยต่อเพื่อแก้ปัญหาความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการตลอดจนเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีการให้บริการการฟื้นฟูสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ ที่เน้นไปที่ผู้ป่วย ระยะกลาง ที่เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดใจที่สมอง และโรคขาดใจกระดูกไขสันหลังเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนและแก้ปัญหาความแออัดการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ในปี 2561 การดำเนินงานแผนพัฒนาการให้บริการในเขตสุขภาพที่ 2 มีการดำเนินการจัดทำแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยคณะกรรมการแผนพัฒนาการให้บริการสาขาการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางที่ประกอบด้วยแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายเข้าสู่ระยะกลาง เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพ เหมาะสมในการที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสุขภาพที่จะถูกส่งต่อไปรับบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อมีสมรรถภาพที่ดีขึ้นก็จะมีระบบการดูแลหรือแนวทาง การดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัวร่วมกับครอบครัวชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ต่อเนื่อง

การดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาการเข้าถึงการให้บริการ การคัดกรองด้วย IMC Barthel Index ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่าย เพื่อเข้าสู่โปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพระยะกลาง ระบบการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน การเข้าถึง การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน และการเข้าถึงการให้บริการในระดับชุมชน ทั้งการเยี่ยมบ้าน และการดูแล ด้วยเครือข่ายในชุมชน

แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการเป็นแนวทางที่จะเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยขาดใจที่ศีรษะ และผู้ป่วยขาดใจที่ไขสันหลังจะส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ลดการพิการผู้ป่วย ทำให้ลดภาระด้านสังคม และเนื่องจากขบวนการการฟื้นฟู สุขภาพมีความจำต้องใช้บุคลากรในการดูแล ทั้งจำนวนและทักษะในการดูแลและปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีเพียงแต่ปัญหา ด้านสุขภาพเท่านั้น ยังพบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลการเข้าถึงบริการร่วมด้วยการฟื้นฟูด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ในการให้บริการคือการให้บริการด้วยเครือข่าย ทั้งในระดับวิชาชีพแต่ต่างสาขา (สหสาขาวิชาชีพ) หรือเครือข่ายประชาชนในสังคมของพื้นที่ในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยระยะกลางในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังทุกระดับของการให้บริการ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จนถึงการให้บริการระดับชุมชน รวมถึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการฟื้นฟูสุขภาพของศูนย์การแพทย์สิรินธร เพื่อให้ได้รูปแบบแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการ ซึ่งการศึกษาเป็นแบบวิธีผสมผสานซึ่งเป็นการศึกษาแบบเชิงปริมาณกับการศึกษาแบบเชิงคุณภาพ ในโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 2 วิธีการศึกษาแบบเชิงปริมาณนั้นมุ่งเน้น เพื่อต้องการทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ การเข้าถึงการให้บริการ การคัดกรองสมรรถภาพด้วย IMC Barthel Index ในกลุ่มเป้าหมายประชากรที่เป็นผู้ป่วยระยะเปลี่ยนถ่ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์ของการเข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้าน ของทีมหมอครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน และการเข้าถึงการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระดับชุมชนวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาแบบแนวทาง ปัญหาอุปสรรคและข้อคิดเห็นการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในรูปแบบการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเอง และมีการสร้างแบบสอบถามให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องที่ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงนโยบาย รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ สาขากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เริ่มตั้งแต่การบริการ การคัดกรองด้วย IMC Barthel Index ได้แก่ บุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต่อเนื่องด้วย การบริการฟื้นฟูสุขภาพ สาขากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จนถึงการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน ได้แก่ บุคลากรทีมหมอครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ให้การดูแล ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครหมู่บ้านและผู้นำชุมชน เป็นต้น

จากการศึกษาแบบวิธีผสมผสานพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะอัตราการเข้าถึง การให้บริการ การคัดกรองสมรรถภาพต่ำกว่าเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะที่การคัดกรองต่ำกว่าค่าเป้าหมายมาก ซึ่งเกิดจากภาระงานที่มากขึ้นของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากขาดการบูรณาการ ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบกับนโยบายหรือการวางแผนเชิงระบบไม่ได้รับความสำคัญจากผู้บริหาร โดยตรงปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ กลุ่มผู้ป่วยส่วนหนึ่งหลังจากการคัดกรองไม่สามารถไปรับบริการการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน เกิดจากปัญหาการไม่พร้อมของผู้ดูแล หรือเฝ้าในช่วงระหว่างนอนโรงพยาบาลชุมชน และผู้ป่วยหรือญาติ ไม่เข้าใจถึงประโยชน์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลถึงการเข้าถึงการฟื้นฟูสุขภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชนลดน้อยลงด้วย และนโยบายการเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดโดยการให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดให้บริการเป็นแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีปัญหาเรื่องของสถานที่ต้องมีระยะห่างระหว่างเตียงต้องมีห้องน้ำผู้พิการ ปัญหาเรื่องความพร้อมของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลฟื้นฟู การขาดแคลนบุคลากร การให้บริการยังขึ้นกับงานกายภาพเป็นหลักยังไม่มีแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในการร่วมมือการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบบูรณาการในการวางแผนร่วมกันทั้งในการดูแลที่ในโรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้าน ในขณะที่การเข้าถึงการให้บริการโดยการเยี่ยมบ้านยังไม่ถึงเป้าหมาย

และการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ เป็นทีมนักกายภาพกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และขาดการบูรณาการ กับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การเชื่อมโยงกับนายอำเภอหรือคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และยังไม่มีแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนที่ชัดเจน

งานวิจัยและศึกษา ครั้งนี้ ได้นำผลที่ได้จากการศึกษาและวิจัยมาวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อให้ได้แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการตามวัตถุประสงค์โดยใช้เครื่องมือหลักการการดูแล ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการมีส่วนร่วม การดูแลอย่างต่อเนื่อง หลักการการดูแลแบบองค์รวม หลักการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและหลักการดูแลแบบใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้ได้แนวทางการ การดูแลฟื้นฟูแบบบูรณาการโดยเน้นการแนวทางการดูแลแบบเป็นรายบุคคลในแต่ละระดับ ของการให้บริการ

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทุกระดับและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเห็นถึงความสำคัญ โดยการ จัดทำเป็นนโยบายในการส่งเสริมการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน
2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการจัดทำข้อมูลรวมถึงปัญหาพร้อมกับทีมเยี่ยม บ้าน นักกายภาพ เจ้าหน้าที่ รพ สต เสนอต่อผู้บริหารในชุมชน ท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล เชื่อมโยงกับนายอำเภอผ่านคณะกรรมการคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดนโยบาย ที่ชัดเจนขึ้น
3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการวางแผนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการ มีส่วนร่วมของภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงาน การศึกษาทุกระดับ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมทุกครั้งเชื่อมโยงแผนงานโครงการ ของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
4. จัดทำแผนพัฒนาทักษะและความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง ให้แก่ อสม. อาสาสมัครพัฒนาหมู่บ้าน ตลอดจนสมาชิกในชุมชน
5. สร้างระบบการประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิดร่วม ทำร่วมพัฒนา
6. จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในระดับตำบลโดยความร่วมมือกันหน่วยงานภาครัฐ ภาคนอกชน และผู้นำชุมชน
7. จัดตั้งศูนย์ผู้ดูแล (Care Giver Center) ในระดับอำเภอ และตำบลเชื่อมโยง กับอาสาสมัครหมู่บ้านเพื่อมีการใช้บุคลากรผู้ดูแลร่วมกัน
8. จัดทำแนวทางการใช้งบประมาณในรูปแบบบูรณาการทุกกองทุนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในทุกระดับ
9. จัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการฟื้นฟูเพื่อให้เกิด มีการจัดการแบบบูรณาการที่มีการมีส่วนร่วมในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

### ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยการให้บริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนและการเข้าถึงการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน
2. แนวทางการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ควรมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจริงร่วมกับมีการศึกษาคุณภาพของผู้ป่วยหลังจากใช้แนวทางนี้ โดยใช้เครื่องมือการประเมินด้วย Barthel index ในการประเมินเรื่องคุณภาพ เพื่อที่จะได้ปัญหาและอุปสรรคในการที่จะปรับปรุงแนวทางการให้บริการแบบบูรณาการเพื่อให้เกิดคุณภาพมากขึ้นต่อไป
3. ควรมีการศึกษาต้นทุนการให้บริการการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มเติม (cost effective)

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

#### หนังสือ

- ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ รายงานฉบับสมบูรณ์  
โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง. กรุงเทพฯ :  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข, 2562
- คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่ง  
เฉียบพลัน (Intermediate Care). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for  
Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการ  
สุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด, 2562
- ดวงดาว ศรียากุล และ บวรศาล ลีระพันธ์ . แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service plan)  
ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated-centered  
People - Centered Primary Care). สมุทรสาคร : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด,  
2563.
- ธีรพล สติธองกุล. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สี่ตะวัน,  
2562.
- บุษกร โลหารชุน. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข 2560 พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : สหมิตรพรินติ้งแลนดป์พับลิชชิง  
จำกัด
- ประสาทวิทยา, สถาบัน. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับปรับปรุง.  
ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2559.
- รัชนี้ สรรเสริญ. ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน. นนทบุรี : ต้นเงิน  
การพิมพ์, 2556.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือแบบประเมินความสามารถในการ  
ทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์  
แห่งชาติ. กรุงเทพฯ : เอ็น.เอ. รัตนะ เทรตดี, 2549.

#### วารสารและหนังสือพิมพ์

- ชื่นชม ชื่อลือชา, บทปริทัศน์ : การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. Thammasat  
Medical Journal, 2012. 12(1) : p. 97-111.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ ศิรินาถคงสิริ. “การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน  
ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ”, วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 3), เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2556. หน้า 6-10.



พิมพิมล วงศ์ไชยา อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และพินทอง ปินใจ. “การดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลาง : บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21”, วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 4 (ฉบับพิเศษ), เมษายน 2560. หน้า 361-371.

รัชณี สรรเสริญ Ph.D.(Nursing) เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ กศ.ด.วรรณรัตน์ ลาวัง พย.ม. “การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” ในสถานบริการปฐมภูมิบทเรียนรู้จากประเทศไทย\* , journal of nursing and education Volume 3 Number 2 May-August 2010, หน้า 99-113.

รัชวรรณ สุขเสถียร, การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med. 2014. 24 (2) : หน้า 37-43.

### วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัยส่วนบุคคล

ทวี เชื้อสุวรรณทวี. “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน”. อาจารย์ประจำวิทยาลัยราชสุดา, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.

พงษ์ศักดิ์ นาค๊ะ , พัทธวิภา สุวรรณพรหม ,รัตนาภรณ์ อารีพันธ์. “การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน”. นวัตกรรมบัณฑิตศึกษา, สาขาการจัดการเภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.

### เอกสารไม่ตีพิมพ์

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน Community-based rehabilitation ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, เอกสารแปลสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก 2010

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ข้อเสนอระบบการให้บริการ และการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) .เสนอมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มสผส.), 2563.

คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) , จัดพิมพ์เผยแพร่โดย สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2560.

จเร วิชาติไทย และ คณะ. โครงการการศึกษาการจัด บริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง ( intermediate care )ภายใต้หลักประกันสุขภาพ, ธันวาคม 2552.

เลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, สำนักงาน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ ( ฉบับย่อ).

### ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงาน. “คู่มือการบริหารจัดการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/ฟื้นฟู/คู่มือการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด, 2560>.

ยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กอง. “แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579)”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [https://www.bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017\\_version2.pdf, 2560](https://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf, 2560).

ภาคผนวก

## เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถาม (IMC 1)

การฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ

(กรณีศึกษาผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลังและบาดเจ็บสมอง)

### 1. ข้อมูลผู้ตอบ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ภารกิจที่เกี่ยวข้อง.....

### 2. หัวข้อ การฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการในระดับนโยบายแผนการให้บริการสาขาการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

คำถามที่ 1 ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานนโยบาย service plan สาขา intermediate care อย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับนโยบาย service plan สาขา intermediate care ทำให้หน่วยบริการเกิดการบริการแบบบูรณาการ

.....

.....

คำถามที่ 3 ระบบการบริหารจัดการในภาพเขตสุขภาพ หรือไม่อย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 4 ท่านมีการดำเนินงาน service plan สาขา intermediate care อย่างไร

.....

.....

คำถามที่ 5 ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

**แบบสอบถาม (IMC 2)**  
**การฟื้นฟูสุขภาพแบบแบบบูรณาการ**  
**(กรณีศึกษาผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลังและบาดเจ็บสมอง)**

**1. ข้อมูลผู้ตอบ**

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ภารกิจที่เกี่ยวข้อง.....

**2. หัวข้อ การบูรณาการให้การบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระดับโรงพยาบาลทั่วไป**

**คำถาม 1** ท่านมีแนวทางการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วย intermediate อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

**คำถาม 2** ท่านคิดว่าการให้บริการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ควรจะมีแนวทางอย่างไร

.....

.....

.....

.....

**คำถาม 3** ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานอย่างไร

.....

.....

.....

.....

**แบบสอบถาม (IMC 3)**  
**การฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการ**  
**(กรณีศึกษาผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลังและบาดเจ็บสมอง)**

**1. ข้อมูลผู้ตอบ**

ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน.....  
ภารกิจที่เกี่ยวข้อง.....

**2. หัวข้อ** การบูรณาการให้การบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับโรงพยาบาลชุมชน

**คำถาม 1** ท่านมีแนวทางการดูแล intermediate ระดับโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร

.....  
.....  
.....

**คำถาม 2** ท่านมีแนวทางการการดูแลแบบบูรณาการด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างไร

.....  
.....  
.....

**คำถาม 3** ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานอย่างไร

.....  
.....  
.....



## แบบประเมินเมื่อจำหน่าย Stroke, TBI, SCI

ชื่อผู้ป่วย ..... เลขบัตร ปชช. .... โทร .....

HN ..... อายุ ..... ปี ward .....

ที่อยู่ จ.พิษณุโลก  เมือง  บางระกำ  วังทอง  วัดโบสถ์  เนินมะปราง ชาติตระการ  บางกระทุ่ม  พรหมพิราม  นครไทย

จังหวัดอื่น  สุโขทัย  เพชรบูรณ์  อื่น ระบุ .....

สิทธิรักษา  เบิกได้  ประกันสังคม  ชำระเอง  UC  ในเขต รพ.พุทธา  นอกเขต

การวินิจฉัย  Stroke  SCI  TBI เริ่มมีอาการวันที่.....

A. ประเมินการเข้าสู่ระยะ IMC	IMC	Non IMC
1 มีอาการมา < 6 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2 คะแนน BI ≤ 75	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

B. ประเมินความพร้อม Intensive rehabilitation program แบบ IPD case		
	พร้อม	ไม่พร้อม
Conscious	<input type="checkbox"/> alert	<input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> semicoma <input type="checkbox"/> coma
การทำตามคำสั่ง	<input type="checkbox"/> follow	<input type="checkbox"/> not follow command
Recent	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> impair

ข้อห้าม Intensive rehab.	มี	ไม่มี	ความบกพร่องอื่น
BP ≥ 180/100 mmHg ขณะพัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	swallowing <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> impair
BP < 90/60 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	speech <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dysarthria
HR < 60 bpm หรือ > 100 bpm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aphasia
RR > 22 ครั้ง/นาที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cognitive <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> impair
Temp. > 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....  
ลงชื่อผู้ประเมิน / ตำแหน่ง  
วันที่.....

D. การยินยอมรักษาต่อ IPD ที่ รพช.

- ยินยอม  
 ไม่ยินยอม (ข้ามไปข้อ F+G)

E. ผลการประสานเพื่อส่ง admit ที่ รพช. แบบ IMC

- พร้อมรับ  
 ไม่พร้อม เนื่องจาก  เตี้ยเต็ม  ไม่มีรถ refer  อื่น .....

F. สรุปการ refer

- ไม่ส่งต่อ  
 ส่งต่อร.พ. .... แบบ  IPD  OPD

G. สรุปการนัดรักษาต่อ รพ.พุทธชินราช

- ไม่นัด เพราะ  นอกเขต/refer  ตาย  อื่น .....
- นัด OPD  Med  Sur.  ortho.  rehab.  อื่น .....

1. การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> 0 ต้องมีคนป้อนให้
	<input type="checkbox"/> 5 ต้องมีคนอื่นช่วยเตรียม พอดักได้
	<input type="checkbox"/> 10 รับประทานอาหารเองได้ปกติ
2. การเคลื่อนย้าย เช่น จากเก้าอี้ไปยังเตียงนอน	<input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้ (นั่งทรงตัวไม่ได้/ใช้สองคนยก)
	<input type="checkbox"/> 5 ต้องช่วยเหลือมาก นั่งได้
	<input type="checkbox"/> 10 ต้องช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น บอก
	<input type="checkbox"/> 15 ทำได้เอง
3. Grooming (ล้างหน้า/หวีผม / แปรงฟัน/โกนหนวด)	<input type="checkbox"/> 0 ต้องการความช่วยเหลือ
	<input type="checkbox"/> 5 ทำได้เอง (รวมเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
4. การเข้าห้องน้ำ/ทำความสะอาดหลังเสร็จธุระ	<input type="checkbox"/> 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
	<input type="checkbox"/> 5 ทำเองได้บ้าง แต่ต้องช่วยบางอย่าง
	<input type="checkbox"/> 10 ช่วยตัวเองได้ดี
5. การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
	<input type="checkbox"/> 5 อาบน้ำได้เอง
6. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<input type="checkbox"/> 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
	<input type="checkbox"/> 5 ใช้รถเข็นเคลื่อนที่ได้เอง
	<input type="checkbox"/> 10 เดินได้โดยมีคนช่วย
	<input type="checkbox"/> 15 เดินได้เอง
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้
	<input type="checkbox"/> 5 ต้องการคนช่วยพยุง
	<input type="checkbox"/> 10 ขึ้นลงได้เอง รวมใช้เครื่องช่วยเดิน
8. การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้ ต้องมีคนสวมใส่ให้
	<input type="checkbox"/> 5 ช่วยตัวเองได้ 50%
	<input type="checkbox"/> 10 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมติดกระดุม ซิบ)
9. การกลืนอาหาร (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> 0 กลืนไม่ได้ หรือต้องสวนเสมอ
	<input type="checkbox"/> 5 กลืนไม่ได้บางครั้ง (≤ 1 ครั้ง/สัปดาห์)
	<input type="checkbox"/> 10 กลืนได้ปกติ
10. การกลืนปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> 0 กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
	<input type="checkbox"/> 5 กลืนไม่ได้บางครั้ง (≤ 1 ครั้ง/วัน)
	<input type="checkbox"/> 10 กลืนได้ปกติ
รวม Barthel Index .....คะแนน	

## ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ** : นายแพทย์ ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
- วัน เดือน ปีเกิด** : 14 มิถุนายน 2508
- ประวัติการศึกษา** :
- : ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
  - : หลักสูตรนักบริหารระดับสูง นบส.1 พ.ศ. 2551 สำนักงาน ก.พ.
  - : หลักสูตรนักบริหารยุทธศาสตร์การป้องกันและปราบปรามการทุจริตระดับสูง (นยปส.) รุ่นที่ 6 สำนักงาน ป.ป.ช.
  - : หลักสูตรพัฒนานักบริหารระดับสูง: ผู้บริหารส่วนราชการ (นบส.2) รุ่นที่ 8 พ.ศ.2559 สำนักงานก.พ.
  - : หลักสูตรการเสริมสร้างนักบริหารทรัพยากรบุคคลมืออาชีพ พ.ศ.2560 สำนักงาน ก.พ.
  - : หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง พ.ศ.2560 สถาบันพระปกเกล้า และแพทยสภา
  - : หลักสูตรSenior Executive Fellows program/Executive Education programs พ.ศ.2561 สถาบันการศึกษา Harvard Kennedy School/Executive Education รัฐแมสซาชูเซต / สหรัฐอเมริกา
- ประวัติการทำงาน โดยย่อ** :
- : พ.ศ.2546-2549 ตำแหน่งนายแพทย์ 9 วช. ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
  - : พ.ศ.2549 – 2550 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาระบบยาต้านไวรัสฯ กรมควบคุมโรค
  - : พ.ศ.2550 – 2558 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
  - : พ.ศ.2558 -2561 ตำแหน่ง รองอธิบดี กรมควบคุมโรค
- ตำแหน่งปัจจุบัน** : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2  
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



# สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การฟื้นฟูสุขภาพอย่างบูรณาการ (กรณีศึกษาการดูแลระยะกลาง ผู้ป่วย  
หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บศีรษะ และ บาดเจ็บไขสันหลัง)

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายแพทย์ ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 เน้นการพัฒนาคนไทยในทุกมิติ ให้มีสุขภาพะที่ดีในทุกช่วงวัย ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มขีดความสามารถ ระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนมีการเข้าถึงการให้บริการได้อย่างสะดวกและเหมาะสม ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภาคประชาชน ซึ่งในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยการจัดทำแผนการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการและให้มีการบริการที่เชื่อมกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) และในปี 2560 มีนโยบายแผนพัฒนาหน่วยบริการด้านสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยมีมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการของกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง และ บาดเจ็บไขสันหลัง ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและลดความแออัดการให้บริการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 เปิดบริการการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายตั้งแต่ปี 2561 ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาและวิจัยระบบการให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ดำเนินการให้บริการที่ผ่านมา เพื่อที่จะได้ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคนำมาพัฒนาแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในเขตสุขภาพที่ 2 ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อให้ทราบแนวทางการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง และ บาดเจ็บไขสันหลังในเขตสุขภาพที่ 2 และ สถานการณ์การ ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานการให้บริการของหน่วยบริการที่ผ่านมาเพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางการให้บริการใหม่ในรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางให้ดีขึ้นในอนาคต

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยและศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ปี โดยมีขอบเขตของการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident หรือ stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่แต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2
2. ความเห็นของผู้ให้บริการในหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และเครือข่ายในชุมชนเช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ญาติพี่น้องผู้ป่วย เป็นตัวแทนในพื้นที่หมู่บ้านของแต่ละจังหวัด
3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายนปี 2562 ถึงเดือนมกราคมปี 2563
4. เนื้อหาที่ศึกษาคือ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในประเด็นการเข้าถึงการให้บริการ การเชื่อมโยงส่งต่อและการร่วมมือของเครือข่าย

## วิธีการวิจัย

เป็นวิธีการวิจัยแบบผสมผสานที่ ศึกษาข้อมูล จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident หรือ Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่มารับบริการผู้ป่วยในและได้รับบริการในการคัดกรองด้วยแบบประเมิน IMC Bethel index ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางมารับบริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวรวมถึงศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการและมีส่วนร่วมการดูแลด้วยเครือข่ายในชุมชน โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ร่วมกับการศึกษาข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ (Focus group) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางรวมถึง เครือข่ายในชุมชนและผลที่ได้จากการวิจัยนำวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) รวบรวมเป็นข้อมูลแนวทางการสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาระบบบริการตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยในครั้งนี้

## ผลการวิจัย

การการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน IMC Bethel index ในภาพเขตร้อยละ 60 และ 66 ในปี 2561 และ ปี 2562 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการประเมินน้อยสุดที่ร้อยละ 7 ทั้งในปี 2561 และ ปี 2562 และจากข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน ปี 2562 พบว่าร้อยละ 68 ของผู้ป่วยในระยะกลางป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการการเยี่ยมบ้าน และพบว่า ร้อยละ 10 ที่ได้รับการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 77 และที่ได้รับการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ร้อยละ 38 จากการตอบแบบสอบถามผู้ให้บริการและกลุ่มที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งสิ้น 106 คน และสัมภาษณ์เครือข่ายชุมชนในพื้นที่หมู่บ้านทั้งหมด 5 แห่ง พบว่าการให้บริการที่สำคัญคือ การให้บริการการคัดกรองแบบประเมิน IMC Bethel index การให้บริการการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล การให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้บริการฟื้นฟูในชุมชน จากการศึกษาพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการคือ ความพอเพียงของจำนวนบุคลากรและค่าตอบแทน ปัญหาผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ปัญหาการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการให้ความสำคัญเชิงนโยบายของผู้บริหาร ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยใช้กรอบประเด็นการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายร่วมกับใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen and Uphoff) หลักการการบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ (Professional Integrated, skill mix) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) การดูแลผู้พิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based rehabilitations) มาบูรณาการเป็นเครื่องมือในการที่จะจัดทำข้อเสนอเป็นแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ แนวทางการให้บริการที่บ้านและชุมชน

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

### 1. เชิงนโยบาย

1.1 การเปิดบริการสาขาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางนั้นควรมีนโยบายที่ควบคู่กับสาขาการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการบริการส่วนใหญ่ที่ใช้บุคลากรกลุ่มเดียวกันในการดูแล ลักษณะหรือรูปแบบการให้บริการส่งเสริมกันอยู่แล้วในทุกระดับของการให้บริการ

1.2 นโยบายควรมีกกลไกบูรณาการให้ทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน โดยใช้ทุกอำเภอเป็นฐาน

1.3 การวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## 2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

- 2.1 การพัฒนาระบบงาน และมีแผนรายบุคคลของผู้ป่วย
- 2.2 พัฒนาบุคลากรแบบทีมสหวิชาชีพในการช่วยคนไข้ที่ติดเตียงที่บ้าน คนใช้ติดบ้านที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพในแต่ละอำเภอ
- 2.3 บูรณาการการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐทุกหน่วยและภาคเอกชน