

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ศรีเสรี ไข่อ้นาม

ร้อยเอกหญิงสรเสรี ไข่อ้นาม
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ Ph.D.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถักขณา เต็มศิริกุลชัย ปร.ด.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์นิรัตน์ อิมามี Ph.D.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 5 มิถุนายน 2551

.....
สมเกียรติ ใจดี

ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ใจดีนาม

ผู้วิจัย

.....
พ.อ.

พันเอก (พิเศษ) นพ. กิฎพล วัฒนกุล

M.D., MPH.M., RCFPT.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และพันเอก (พิเศษ) นายแพทย์ ภิณฑล วัฒนกุล
ที่กรุณาให้คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและให้กำลังใจ คณะอาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรม-
ศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
หน่วยงานของข้าพเจ้า ที่ให้ความรู้และประสบการณ์การทำงาน จนสามารถพัฒนาเป็นวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ พลตรี กิตติพล ภัคโชตานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พลตรีหญิง จีรพรรณ พรหมไพบูลย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำการวิจัย กองการพยาบาล กองอายุรกรรม
ศูนย์บริหารคุณภาพ ศูนย์บริหารงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตพระมงกุฎเกล้า สำนักงานประกัน
สุขภาพและประกันสังคม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองการพยาบาลสาธารณสุข ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 51
(วัดไผ่ตัน) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่กรุณาให้ข้อมูลและคำแนะนำการวิจัยและความ
ร่วมมือด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรค
และส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล หน่วยส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วิทยาลัย
แพทยศาสตร์และเวชพยาบาล พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันต์ และคุณวรพร ชาวสวนเจริญ
ที่ให้คำแนะนำและกรุณาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการ

ขอขอบพระคุณกองการพยาบาล และมูลนิธิโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสนับสนุนทุนใน
การทำวิทยานิพนธ์ ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังการศึกษา
ขอบคุณครอบครัว พี่ น้อง เพื่อนทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้ตลอดมา และตลอดไป

ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ไช้เลื่อนาม

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงาน กรุงเทพมหานคร (THE DEVELOPMENT OF A REFERRAL SYSTEM FOR CHRONIC DISEASE PATIENTS FROM PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL TO HEALTH CENTERS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION)

ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ไช้เลื่อนาม 4837938 PHPH/M

วท. ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, Ph.D., ทรายดล เก่งการพานิช, พ.ม., ถังกนก เต็มศิริชัยกุล, ป.ร.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงาน กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดและกระบวนการพัฒนาที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ระบบการส่งต่อที่มีอยู่ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับระบบการส่งต่อและตัวอย่างระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เป็นกรอบความคิดในการวิเคราะห์และประเมิน (2) การประเมินความเป็นไปได้และเงื่อนไข ในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อ ซึ่งเป็นความพร้อมด้านนโยบาย โครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ และความพร้อมด้านทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากร (3) การยกย่องรูปแบบการส่งต่อ ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ใช้เป็นบทเรียนและกรอบความคิดในการยกย่องรูปแบบการส่งต่อ (4) การประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อ โดยบุคคล 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ เพื่อได้ข้อคิดและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงาน กรุงเทพมหานคร มีความจำเป็นที่ต้องทำ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและทิศทางการพัฒนาและการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง และหน่วยบริการสุขภาพทั้งสองแห่งก็มีความพร้อมที่จะปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในเชิงนโยบาย บุคลากรและการบริหารจัดการ รูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ ด้านโครงสร้างและระบบการส่งต่อ ที่ต้องจัดตั้งหน่วยงานในสถานบริการขึ้นใหม่ เพื่อหน้าที่ประสานงาน และดำเนินการ ด้านการเตรียมของบุคลากร ที่ต้องเสริมแนวคิดและเทคนิค วิธีปฏิบัติ และสุดท้าย คือ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ผลการศึกษาเรื่องนี้เป็นประโยชน์โดยตรงต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการจัดตั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อปฏิบัติการให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น และเป็นแบบอย่างความร่วมมือและช่วยเหลือกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าว ควรนำไปประยุกต์ใช้กับสถานบริการสุขภาพประเภทต่างๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา / ระบบการส่งต่อ / ผู้ป่วยเรื้อรัง

THE DEVELOPMENT OF A REFERRAL SYSTEM FOR CHRONIC DISEASE PATIENTS FROM PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL TO HEALTH CENTERS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

CAPT. SANSERN KHAILUENAM 4837938 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: PRASIT LEERAPAN, Ph.D., THARADOL KENGANPANICH, M.A., LUKKANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

ABSTRACT

This study developed a referral system for chronic disease patient from Pramongkutklao Hospital to Health Centers of Bangkok Metropolitan Administration. The study applied the following concepts and developmental processes. 1) Analyzing the present referral systems of Pramongkutklao Hospital and health centers of Bangkok Metropolitan Administration by applying the concepts and theories in regards to a referral system and the examples of referral systems developed in various health centers. This was in order to develop a conceptual framework for carrying the analysis and evaluation. 2) Evaluating the feasibility and conditions of developing the referral system by bolting at the readiness of the policy, structure, management system, and resources especially human resources. 3) Drafting a new model of the referral system by utilizing the outcomes of steps 1 and 2 as the lessons and conceptual framework. 4) Evaluating the referral model by using 3 groups of personnel: administrators, practitioners, and academics in order to get opinions and suggestions for developing the referral models that it can be put into practice effectively.

The result of the study showed that there was a need to develop a referral system in order to improve patients' quality of life. Both health organizations are ready to work cooperatively in regards to policy, personnel, and management system. The referral model developed composed of 3 important components: referral structure and system, whereby a new unit must be established in the health service unit in order to collaborate and implement the activities; human resource preparation, whereby the personnel need to be enhanced in regards to concepts, techniques, and methods; and lastly, resource management and all action plans. This newly developed referral system was agreed upon by all related personnel, especially by the administrators and the practitioners.

The result of this study is directly useful for Pramongkutklao Hospital in establishing a referral system for chronic disease patients that provides benefits for the patients, as well as increasing the service efficiency of Pramongkutklao Hospital and associated health centers. This new referral system will also be a good example of mutual cooperation and assistance between two organizations that can health, improve quality of life of patients, and their families. This type of developed referral system should be applied in various types of health service organizations.

KEY WORDS: DEVELOPMENT / REFERRAL SYSTEM / CHRONIC DISEASE PATIENT

142 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตการวิจัย	3
คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรัง	6
ส่วนที่ 2 ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของสถานบริการสาธารณสุข	11
ส่วนที่ 3 ทฤษฎีแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย	29
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	31
พื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง	31
กระบวนการในการพัฒนารูปแบบ	32
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	37
บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล	39
ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ	39
ผลการประเมินความเป็นไปได้ ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย	55
การยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย	60
การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย	81

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	85
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	96
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	109
บรรณานุกรม	125
ภาคผนวก	131
ประวัติผู้วิจัย	142



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การเปรียบเทียบหน่วยงานการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	17



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1	ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง
2	การดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วย
3	การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนัก อนามัย กรุงเทพมหานคร
4	วงจรการจัดการความรู้เพื่อเชื่อมโยงความรู้ 2 ประเภท ให้เกิดประโยชน์ สูงสุดในการนำไปใช้
5	กรอบแนวคิดของการวิจัย
6	ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ
7	ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
8	โครงสร้างศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
9	โครงสร้างภายในศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
10	การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังรูปแบบใหม่ จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 45.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง ร้อยละ 73.0 และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 60.0 โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะปัญหาในอนาคต ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9-11.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.3-5.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 3.6-14.4 ต่อประชากรแสนคน เนื่องจาก ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวทุกด้าน ผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ได้จัดไว้สำหรับความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเฉพาะ รวมทั้งไม่มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และระบบบริการสุขภาพที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Kathleen.Sparbel และ Mary Ann Anderson, 2000 อ้างใน วันเพ็ญ พิษิตพรชัย, 2546) ดังนั้นการพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูลและสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นในการควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่

เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในขณะนี้และในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความต่อเนื่องและเป็นการพัฒนาสาธารณสุขแบบผสมผสาน ระบบส่งต่อผู้ป่วย จึงนับได้ว่าเป็นหัวใจที่สำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ (กิตติยา สาริสุต, 2540: 2) ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบของการส่งต่อ และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานได้ดีขึ้น ระบบการส่งต่อทั้งส่งไปรับการรักษาและส่งกลับไปสู่ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่ชุมชน ตามรูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 3) บางโรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมงานเฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เตรียมส่งกลับเหล่านี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 8) แต่ในสภาพความเป็นจริงพบว่า มีผู้ป่วยเรื้อรังบางรายได้รับการติดตามเยี่ยมล่าช้าเนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร ข้อมูลในการส่งต่อ การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณของรัฐในการสนับสนุน ทำให้ภาระตกเป็นของผู้ป่วยและญาติในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคเฉพาะและโรคที่มีความซับซ้อน ให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านและกลับมาตรวจตามนัด จากการศึกษาแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของกองอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก พบว่าสถิติโรคใน 3 ระดับแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - 2549 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติและการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติที่มีความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พยาบาลจะติดต่อแพทย์เพื่อสรุปแผนการรักษา ญาติจะเป็นผู้ดำเนินการติดต่อขอรับบริการด้วยตนเอง และจากการสัมภาษณ์และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 5 หอผู้ป่วย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะทีมงานคนหนึ่งของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและอยู่ในสายงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นระบบบริการใหม่ที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสถานบริการของรัฐที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองต่อไปได้

คำถามการวิจัย

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข
สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร โดยมีกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ
ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขการพัฒนากระบวนการส่งต่อ
3. การพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
4. การประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นครอบคลุมเพียงการวิเคราะห์ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ขกร่างรูปแบบและประเมินความเป็นไปได้ของระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังโดยมิติของผู้บริหาร นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน โดยมีได้ทดลองดำเนินการ

คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่
 - ผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ และวัณโรค

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเข้าห้องน้ำ มีการเปลี่ยนแปลงต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน
- ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลซับซ้อนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. หอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษชาย (8/6) หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษหญิง (8/5) หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย (อบ.4) หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย (อบ.6) และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง (8/7)

3. ศูนย์บริการสาธารณสุขในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) และศูนย์บริการสาธารณสุข 51 (วัดไผ่ตัน)

4. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทั้งสองหน่วยงาน

5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ โดยยึดผู้เข้าร่วมประชุมเป็นศูนย์กลาง ประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดกิจกรรม วัธีปฏิบัติการคือผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์เดิม การได้สะท้อนความคิดและถกเถียง การสรุปความคิดรวบยอดและนำเสนอแนวคิดที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

6. ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และนักวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากมหาวิทยาลัย คริสเตียน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้ค้นคว้าและศึกษาถึงทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ได้กำหนดหัวข้อเรื่องไว้ดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรัง

- 1.1 สถานการณ์โรคเรื้อรัง
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
- 1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

- 2.1 แนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
 - 2.1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 - 2.1.2 สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ
- 2.2 การดูแลต่อเนื่อง
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย

- 3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้
- 3.2 แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ
 - 3.2.1 Hospital Accreditation
 - 3.1.2 การจัดการความรู้
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรัง

1.1 สถานการณ์โรคเรื้อรัง

ความเจริญก้าวหน้า ของเทคโนโลยีและการรักษาพยาบาล อัตราการมีชีวิตรอดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีเพิ่มขึ้นอย่างมากทั่วโลก จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2548 ร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งประเทศ (10.1 ล้านคน) เป็นผู้ที่มิโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งสามารถดูแลตนเองได้หรืออาจต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนโรคต่างๆ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และแหล่งประโยชน์ของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดภาระและค่าใช้จ่ายสูงมากในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันเวลา รวมถึงการประสานงานในการส่งต่อที่ดี จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเหล่านี้

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

ได้มีผู้กล่าวถึงความหมาย ในแง่มุมต่างๆ กัน ได้แก่

ฟิฟส์ (Phipps, 1999: 10) ได้ให้คำจำกัดความของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่อาการและอาการแสดงปรากฏขึ้นในระยะเวลาที่ไม่แน่นอนมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ แต่สามารถเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและอาจมีการกำเริบของโรคหรือมีความรุนแรงขึ้นอีกเป็นครั้งคราว

ลับบิน (Lubkin, 1995 อ้างในจารุวรรณ มานะสุวรร, 10) กล่าวถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นโดยไม่แสดงอาการหรืออาจเกิดความผิดปกติ ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

The Commission on Chronic Illness (1953: 1 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 98) ได้ให้คำนิยามของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง “ภาวะบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งอาจมีลักษณะอาการเหล่านี้ 1 อาการหรือมากกว่า คือ 1) มีการเปลี่ยนแปลงแบบถาวร 2) ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ 3) เกิดจากพยาธิสภาพที่ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ 4) ผู้ป่วยต้องการการฝึกปฏิบัติแบบพิเศษเพื่อฟื้นฟูสภาพ และ 5) คาดว่าอาจต้องการการติดตามการสังเกตอาการหรือการดูแลในระยะยาว

ดังนั้นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน มีลักษณะไม่แน่นอนหลายด้าน ได้แก่ อาการและอาการแสดงปรากฏในเวลาไม่แน่นอน ระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ เป็นต้น เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มักไม่หายขาด แต่สามารถทำให้อาการทุเลาไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีอาการกำเริบของโรคหรือมีอาการรุนแรงขึ้นอีกเป็นครั้งคราว เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะนี้จึงเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือไปตลอดชีวิต รวมทั้งต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

การพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาในทศวรรษ 1990 ผ่านโครงการ National Program on Improving Chronic Illness Care (ICIC) ภายใต้การสนับสนุนของ Robert Wood Johnson Foundation โดยผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการคือ นายแพทย์ Edward H. Wager ซึ่งเป็นแพทย์และผู้อำนวยการของ The W. A. MacColl Institute for Healthcare Innovation at the Center for Health Studies Group Health Cooperative of Puget Sound เมือง Seattle มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

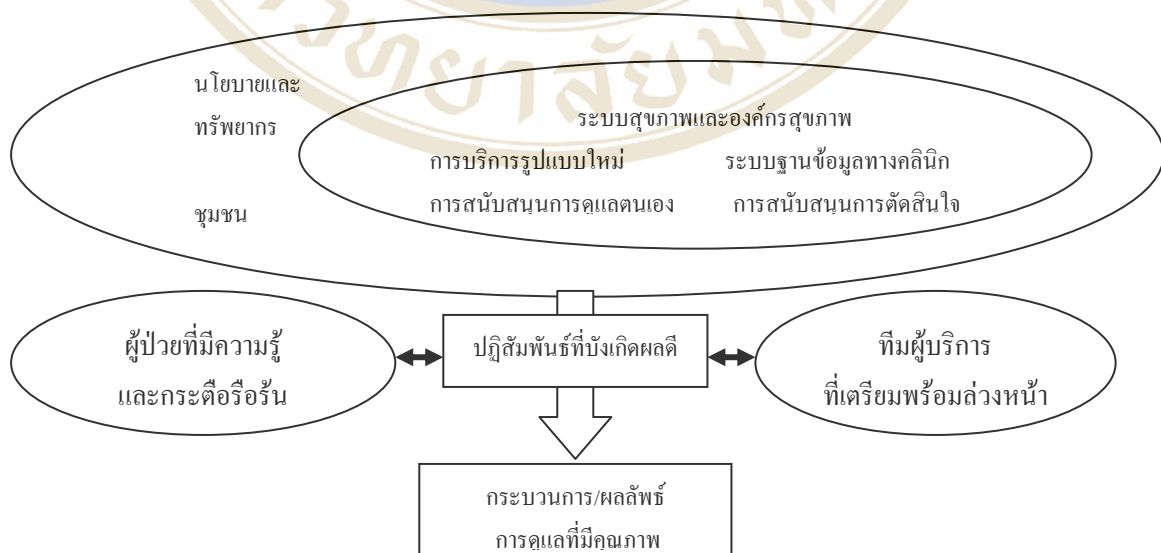
ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 2 ฉบับ ฉบับดั้งเดิมเป็นการสรุปแง่มุมโดยทั่วไปของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยจริง โดยแง่มุมเหล่านี้ประกอบด้วย

1. คู่มือแนวทางการปฏิบัติ การใช้แผนและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่ชัดเจน
2. การปรับปรุงแผนการปฏิบัติใหม่ การจัดรูปแบบแผนการปฏิบัติใหม่เพื่อสามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเวลามากขึ้น ใช้ทรัพยากรหลากหลายและต้องมีการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น
3. สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย การใส่ใจอย่างเป็นระบบด้านความต้องการข้อมูลและด้านปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
4. ระบบผู้เชี่ยวชาญ การเพิ่มการฝึกอบรมและการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการโดยการใช้คู่มือแนวทางการปฏิบัติและเครื่องมืออื่นๆ

5. ข้อมูล ระบบข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเชิงกลุ่ม ระบบการแจ้งเตือน/เข้าเตือนและการป้อนข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ให้บริการ

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฉบับดั้งเดิมไม่ได้มีการบ่งชี้เกี่ยวกับกลไกที่ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่จะทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างไร จึงได้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับการเพิ่มความสำคัญของ (1) ชุมชนที่มีระบบบริการสุขภาพสังกัดอยู่ (2) ปัจจัยด้านองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาวะผู้นำและแรงจูงใจ และ (3) ธรรมชาติที่มักต้องมีหลากหลายแง่มุมของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ และกระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แทนระบบการสอนสุศึกษาผู้ป่วยแบบเก่า จึงนำไปสู่การปรับปรุงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นใหม่

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฉบับที่ปรับปรุงใหม่ (รูปที่ 1) ให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์อย่างดีและเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่หาได้จากชุมชนซึ่งมีขนาดใหญ่กว่า ขณะเดียวกันภายในระบบสุขภาพจะต้องมีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาทั้ง (1) ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและกระตือรือร้น และ (2) ทีมผู้ดูแลที่มีการเตรียมความพร้อมทำงานเชิงรุก โดยผลลัพธ์ประกอบด้วย (1) กระบวนการ/มาตรการการดูแลผู้ป่วย (2) สถานะสุขภาพ (3) ความพึงพอใจ (4) การใช้บริการสุขภาพ และ (4) ต้นทุน



แผนภูมิที่ 1 ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model หรือ CCM)

ที่มา: Wager E. H., Davis C., et al. 1999

องค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในพื้นที่ 3 พื้นที่ที่มีการทับซ้อนกัน คือ (1) ชุมชนทั้งหมด บรรลุได้ด้วยทรัพยากร นโยบายทั้งสาธารณะและเอกชนจำนวนมาก (2) ระบบสุขภาพ ซึ่งหมายถึงรวมถึงระบบโครงสร้างการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ (3) หน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผสมผสาน คลินิก หรือเครือข่ายของแพทย์ผู้ให้บริการก็ได้

ในพื้นที่ที่ทับซ้อนกันนี้อาจมีการทำงานที่เกื้อหนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ได้ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทับซ้อนนี้จะต้องมีองค์ประกอบที่จำเป็น ได้แก่

1. หน่วยบริการสุขภาพ (Health Care Organization)

ผู้นำระดับสูงมีการสนับสนุนการพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเห็นได้ชัด กำหนดเป้าหมายสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังทั่วไปได้ไว้ในแผนขององค์กร ใช้กลยุทธ์การพัฒนาที่ได้ผลโดยมุ่งเป้าที่การเปลี่ยนแปลงระบบอย่างถาวร ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดี โดยจัดชุดสิทธิประโยชน์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น โดยใช้แรงจูงใจสำหรับผู้ให้บริการประกอบด้วย

1.1 การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)

- กำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่ให้สมาชิกในทีม
- ใช้การเชื่อมอย่างมีแผน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานวิชาการ
- สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างได้ผล และนำมาสู่การปฏิบัติ
- สร้างหลักประกันว่าจะมีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมปฐมภูมิ
- สร้างหลักประกันว่าจะมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)

- จัดระบบเพื่อผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางคลินิก/ทันไซ
- จัดให้มีระบบเตือน และสะท้อนกลับ สำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วย
- ค้นหากลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และให้บริการในเชิงรุก
- ใช้ระบบทะเบียนผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล

1.3 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)

- นำ Evidence – base guideline ที่กำหนดการดูแล มาสู่การปฏิบัติประจำวัน
- บูรณาการความเชี่ยวชาญของผู้ที่เชี่ยวชาญเข้าไปในการดูแลปฐมภูมิ
- ใช้วิธีการให้ความรู้ที่ได้ผลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ Guideline ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

1.4 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self – Management Support)

- เน้นว่าผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง
- ประเมินความรู้ พฤติกรรม ความมั่นใจ อุปสรรค ในการดูแลตนเอง
- จัดให้มี Intervention เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผล และให้การ

สนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มเพื่อนหรือผู้ให้บริการ

- จัดให้มีการวางแผนการดูแลและแก้ปัญหาาร่วมกันในทีม

2. ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community Resources & Policies)

ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมช่วยเหลือตนเอง การเชื่อมโยงกับชุมชนนี้มีความสำคัญมากสำหรับสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก เช่น คลินิก ซึ่งมีทรัพยากรที่จำกัด ไม่สามารถจัดโปรแกรมต่างๆ ได้เองทั้งหมด

3. ปฏิสัมพันธ์ที่ก่อประโยชน์ (Productive Interaction)

การมีปฏิสัมพันธ์ที่บังเกิดผลดีประกอบด้วยการสร้างแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม โดยมีพื้นฐานบนวิธีการรักษาที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ การติดตามประเมินอย่างสม่ำเสมอที่ปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.1 ทีมผู้ให้บริการ ที่มีการเตรียมตัว (Prepared Practice Team)

- มีข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจ
- มีจำนวนบุคลากร เครื่องมือ เวลาเพียงพอ และมีความชำนาญ เพื่อให้การ

ดูแลทางคลินิกบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- การปรับการดูแลทางคลินิก (Clinical management) ตามแนวทางที่วางไว้
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และร่วมกันแก้ปัญหา นำมาสู่แผนการดูแลร่วมกัน
- การติดตามอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

3.2 ผู้ป่วย / ผู้ดูแล ได้รับข้อมูล / ตื่นตัว (Informed, Activated Patient & Caregivers)

- ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็น
- ตระหนักในบทบาทที่จะจัดการดูแลตนเอง
- การประเมินทักษะ เรื่องการดูแลตนเอง (Self – management Skill) ความ

มั่นใจในการดูแลตนเอง และสถานะทางคลินิก

- ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ชี้แนะ
- การสร้างหลักประกันความต่อเนื่อง

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลภัก สาราณจิตร, 2538 (บทคัดย่อ: ก) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นในกระบวนการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2539 (บทคัดย่อ: ก) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และมีความตั้งใจดีกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กระบวนการกลุ่มและการกระตุ้นเตือน ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น

จากความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้วิจัยได้พบจากหน่วยงานที่ปฏิบัติ ดังนั้นโรคเรื้อรังจึงเป็นกลุ่มโรคต้องการความรู้ ความเข้าใจ ในการประสานงานทั้งจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ หรือทั้งจากผู้ให้บริการระหว่างหน่วยงาน ในความร่วมมือ ประชุมเพื่อหาแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยและญาติเหล่านี้ ให้เหมาะสมกับภาวะโรคและสถานการณ์

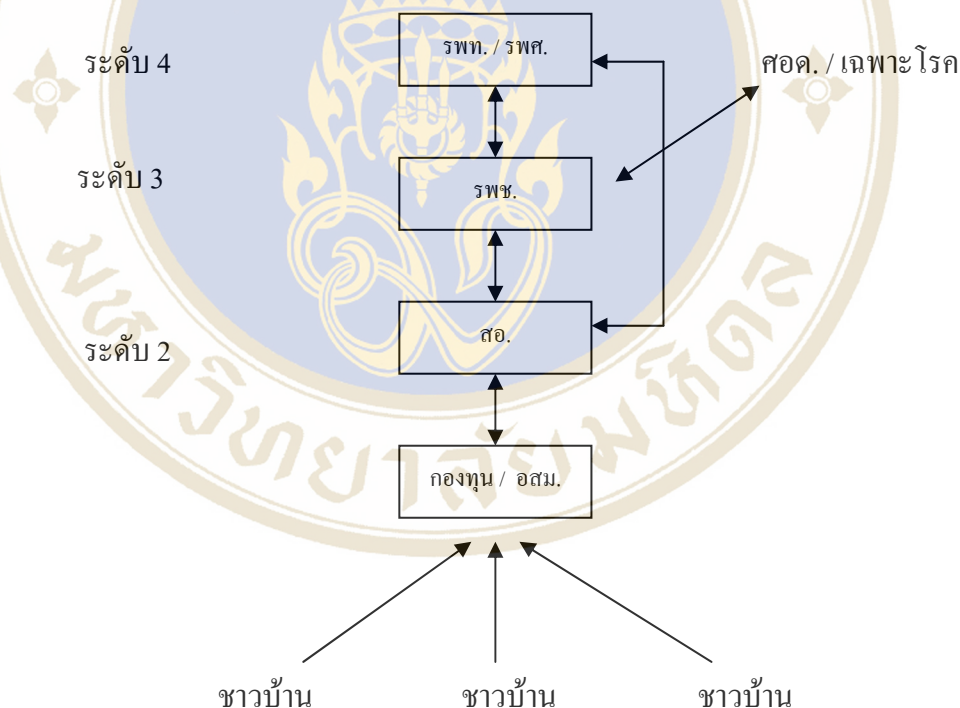
ส่วนที่ 2 ระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยของสถานบริการสาธารณสุข

ระบบส่งต่อผู้ป่วยทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีสถานบริการต่างระดับเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ในสมัยที่การส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยไปรับบริการจากโรงพยาบาลใหญ่ๆกันเป็นจำนวนมากโดยไม่จำเป็น ในปี พ.ศ. 2516 ได้มีการเสนอรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบขนาน ให้กับกระทรวงสาธารณสุข คือ “ส่งไป” เพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติมและ “ส่งกลับ” เพื่อการดูแลรักษาต่อ

2.1 แนวทางการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย

แนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบส่งต่อผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญในการที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง ซึ่งรูปแบบของการส่งต่อทางการแพทย์และสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ เพื่อสนองความต้องการทางด้านการบริการผู้ป่วยอย่างดีและเหมาะสม ดังนี้

- ระยะที่ 1 การส่งต่อจากประชาชน หรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ
- ระยะที่ 2 การส่งต่อระหว่างสถานบริการ
- ระยะที่ 3 การส่งต่อภายในสถานบริการ
- ระยะที่ 4 การส่งกลับชุมชน



แผนภูมิที่ 2 การดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วย

2.1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และมีเป้าหมายในการให้บริการแก่ประชาชนทุกคนในพื้นที่ โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการ

รักษาพยาบาลใดๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม หน่วยงานพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งหน่วยงานหนึ่งในระดับปฐมภูมิของกรุงเทพมหานครที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ได้แก่

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เป็นหน่วยงานหนึ่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีฐานะเทียบเท่ากอง มีจำนวน 68 ศูนย์ เพื่อรองรับและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการรักษาเบื้องต้น ให้บริการในสถานที่เวลาเช้าเป็นบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และตอนบ่ายให้บริการในคลินิกต่างๆ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกหญิงหลังคลอด คลินิกวางแผนครอบครัว และคลินิกสุขภาพเด็กดี ให้บริการนอกสถานที่โดยมีพยาบาลประจำเขตตามอัตราค่าถึง 5 คน แบ่งพื้นที่ รับผิดชอบของศูนย์ 5 เขตเยี่ยมบ้าน โดยออกเยี่ยมบ้านตอนเช้า 09.00-12.00 น. โดยให้บริการหลัก 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการพยาบาล การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อติดตามการบริการพยาบาล และการบริการต่อเนื่อง
2. งานด้านส่งเสริมสุขภาพโดยให้คำแนะนำในการพยาบาล การให้สุขศึกษา และสิ่งแวดล้อม
3. ด้านการควบคุมและป้องกันโรค การระบาดของโรค ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ให้สุขศึกษา ให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค และควบคุมโรค เมื่อมีการเจ็บป่วยและการระบาดของโรค โดยการติดตาม สอบสวนโรค เก็บเชื้อส่งตรวจ ควบคุมแหล่งเกิดโรค
4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การเยี่ยมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายคืนสู่สภาพเดิม โดยการให้คำแนะนำ ฝึกสอนผู้ป่วยและญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ขั้นตอนการปฏิบัติงานรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล/หน่วยงานอื่นมาให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข

1. โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการส่งต่อของหน่วยงานมายังศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยวิธีการต่อไปนี้
 - 1.1 กรณีทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข
 - ให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล นำใบส่งต่อมาติดต่อขอรับบริการที่ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข

- กรณีเร่งด่วน สามารถส่งโทรสารโดยตรง ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่พร้อมทั้งแนะนำญาติผู้ดูแล ให้นำใบส่งต่อต้นฉบับติดต่อที่ศูนย์บริการสาธารณสุขด้วย

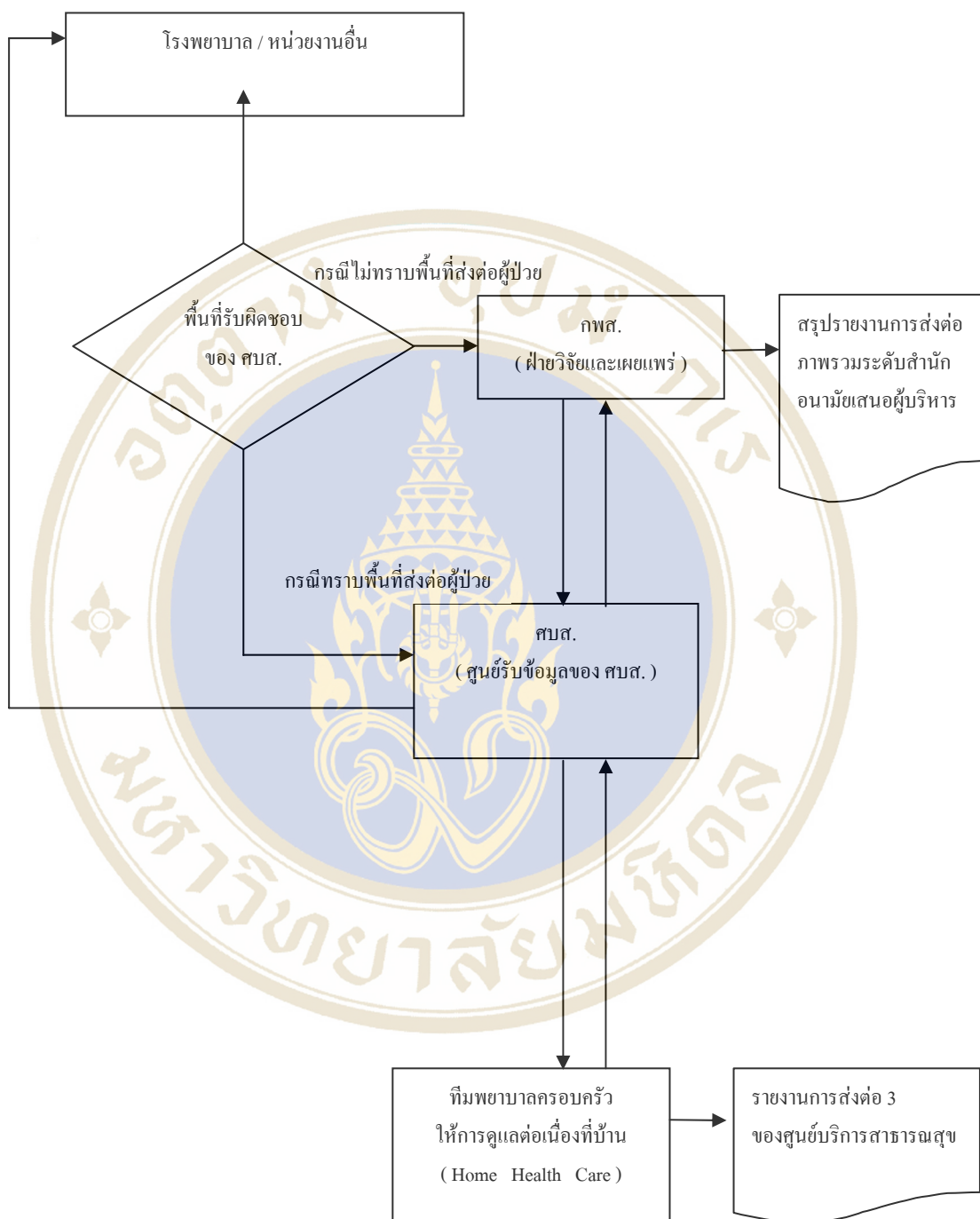
1.2 กรณีไม่ทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

- ให้โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งใบส่งต่อต้นฉบับมายังกองการพยาบาลสาธารณสุข ตามที่อยู่ดังปรากฏไว้ด้านล่าง

- กรณีเร่งด่วนสามารถส่งทางโทรสารมาก่อน โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข ดำเนินการติดต่อประสานศูนย์บริการสาธารณสุขในการส่งต่อผู้ป่วย ส่งใบส่งต่อต้นฉบับตาม

2. ศูนย์รับข้อมูลข่าวสาร เมื่อได้รับข้อมูลการส่งต่อ จะดำเนินการคัดกรองข้อมูล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เกี่ยวข้องในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

3. ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปยังโรงพยาบาล/หน่วยงานอื่น ที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาหรือบริการต่อเนื่องที่บ้าน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งจัดทำรายงานการส่งต่อ 3 มายังกองการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อการรวบรวมข้อมูลทางสถิติภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน



แผนภูมิที่ 3 การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2.1.2 สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้เข้ารับการศึกษาคูณานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีลักษณะใกล้เคียงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และวชิรพยาบาล ทั้งด้านเอกสาร การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทั้งผู้บริหารหน่วย/ผู้ปฏิบัติงานและติดตามการดำเนินงานตามแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล พบว่า หน่วยงานทั้ง 2 แห่งมีความคล้ายคลึงกันในแนวทางการปฏิบัติงาน เนื่องจากวชิรพยาบาลได้มีโอกาสในการศึกษาแนวทางในการปฏิบัติที่โรงพยาบาลรามาธิบดี กลับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงาน โดยมีประเด็นในการศึกษาคูณาน ได้แก่

1. ที่มาในการจัดตั้งหน่วยงาน
2. โครงสร้างของหน่วยงาน
3. บุคลากรและการเตรียมความพร้อม
4. แนวทางในการปฏิบัติ
5. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน
6. แนวทางในการแก้ไข

รายละเอียดของประเด็นความแตกต่างของหน่วยงานการส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดี และวชิรพยาบาล สรุปได้ตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบหน่วยงานการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประเด็นคำถาม	โรงพยาบาลรามาริบัติ	วชิระพยาบาล
1. ที่มาในการจัดตั้งหน่วย	- โครงสร้างของโรงเรียนแพทย์	- การปฏิรูประบบสุขภาพ
2. โครงสร้างของหน่วยงาน	- หน่วยงานขึ้นตรงกับคณะแพทยศาสตร์ ประกอบด้วย - งานเยี่ยมบ้าน - งานให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล	- หน่วยงานขึ้นตรงกับคณะแพทยศาสตร์ ประกอบด้วย - งานเยี่ยมบ้าน - งานให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล
3. บุคลากรและการเตรียมความพร้อม	- เจ้าหน้าที่ประจำ 18 คน - การฝึกอบรมตามลักษณะงานที่ได้รับผิดชอบ ได้แก่ - การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง เช่น แม่และเด็ก, อายุรกรรม, หู คอ จมูก	- เจ้าหน้าที่ประจำ 1 คน ได้รับการฝึกปฏิบัติและดูงาน จากโรงพยาบาลรามาริบัติ - เจ้าหน้าที่ part time 4คน/วัน - เจ้าหน้าที่ part time ไม่ได้รับการอบรม ได้รับการแนะนำการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่ประจำ
4. แนวทางในการปฏิบัติงาน	- หัวหน้าหน่วยงานมีการแบ่งงานและบุคลากรอย่างเด่นชัด - มีแนวทางและคู่มือในการปฏิบัติงาน	- หัวหน้าหน่วยงาน มอบหมายหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่ part time - มีแนวทางและคู่มือในการปฏิบัติงาน
5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	- จำนวนผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาไม่สัมพันธ์กับจำนวนบุคลากร - เวลาการให้คำแนะนำไม่ตรงกับญาติ เนื่องจากญาติทำงานในช่วงกลางวัน	- เจ้าหน้าที่ part time มีการหมุนเวียนจากแผนกต่างๆในโรงพยาบาล - เวลาการให้คำแนะนำไม่ตรงกับญาติ เนื่องจากญาติทำงานในช่วงกลางวัน
6. แนวทางในการแก้ไขการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	- ด้านบุคลากร แก้ไขโดย เมื่อเจ้าหน้าที่ติดภารกิจด้านอื่น หัวหน้าหน่วยงานจะให้เจ้าหน้าที่ท่านอื่นดูแลแทน - ด้านเวลาที่ไม่สัมพันธ์กับญาติ แก้ไขโดย ประสานกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยประสานเวลากับญาติผู้ป่วย	- ด้านบุคลากร แก้ไขโดยการประชุมก่อน-หลังปฏิบัติงานและการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อให้ผู้ปฏิบัติงานต่อไป - ด้านเวลาที่ไม่สัมพันธ์กับญาติ แก้ไขโดย ประสานกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยประสานเวลากับญาติผู้ป่วย

จากการศึกษาในงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีลักษณะใกล้เคียง
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า

1. จุดเด่น
 - ทั้งสองหน่วยงานมีนโยบายที่ชัดเจน
 - ทั้งสองหน่วยงานที่หน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบงานโดยตรง
2. จุดด้อย
 - จำนวนบุคลากรที่ไม่สัมพันธ์กับงานที่ได้รับมอบหมาย
3. สิ่งที่น่าสนใจ
 - ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ควรมีนโยบายอย่างชัดเจน
 - ควรมีหน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบงานโดยตรง
 - บุคลากรที่จะเข้าดำเนินงานการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องควรได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ และการปฏิบัติจากหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.1.3 ผลการดำเนินงานการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมา

จากผลการศึกษาของ ชาญวิทย์ พระเทพ และคณะ (2549: 90) ในเรื่องของระบบการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาต่างๆมีดังนี้

1. ทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับระบบส่งต่อยังไม่เพียงพอ ทำให้ประสานงานการส่งต่อล่าช้า
2. เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่างๆ ยังไม่เชื่อมโยงผสมผสานกันอย่างแท้จริง ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้นตอนที่ยุ่งยาก เนื่องจากไม่มีการวางแผนร่วมกันในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาล และถูกส่งตัวต่อไปสถานบริการระดับสูงกว่า ภาระในการส่งต่อจะตกเป็นของผู้ป่วยและญาติ ทั้งการเดินทาง และขั้นตอนในการติดต่อกับสถานบริการใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายคนตัดสินใจกลับไปสถานบริการเดิม ไม่ยอมเข้ามารับการรักษาต่อ จนทำให้ภาวะของโรคกลายเป็นระยะรุนแรงในที่สุด

2.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานทั้งสองด้านที่ผู้วิจัยสนใจ ดังนั้นการประสานงานเพื่อการส่งต่อระหว่างหน่วยงานจึงควร

มีการ ประชุมและร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานทั้งในระดับของผู้ปฏิบัติงานเพื่อรับทราบปัญหา และแนวทางการแก้ไข ตลอดจนนโยบาย ทั้งนี้เพื่อการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน จากการศึกษาวิจัย มีงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก แต่การศึกษา ในระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีการศึกษาถึงน้อย

ดวงตา นิมิตรทอง, 2540 (บทคัดย่อ: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบาง ประการกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ระดับการปฏิบัติงานต่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัย สันนิษฐานที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน การได้รับการฝึกอบรม จะเป็นแนวทางในการ ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้ดี

กิตติยา สาริสุต, 2540 (บทคัดย่อ: ก) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยของบุคลากร จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ หน่วยงานควรจะต้องกำหนดนโยบายในการส่งต่อให้ชัดเจน ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการให้ เอื้ออำนวยในการส่งต่อผู้ป่วย จัดการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้อย่างต่อเนื่อง และสร้างเสริมให้ บุคลากรมีเจตคติที่ดีต่อการส่งต่อผู้ป่วย

นงพันธุ์ เทพดลไชย, 2539 (บทคัดย่อ: ก) ศึกษาเรื่อง การบันทึกแบบสำหรับการ ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราช ผลการประเมิน พบว่ามีความครบถ้วนของ เนื้อหาในแบบบันทึกเป็นส่วนใหญ่ ความชัดเจนของเนื้อหาการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง ผลการ บันทึกและการให้ข้อมูลตอบกลับสถานบริการสาธารณสุขเดิม พบว่า มีความครบถ้วนเป็น ส่วนใหญ่ ปัญหาในการบันทึกข้อมูลในการตอบกลับ แพทย์ไม่มีเวลา แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการ บันทึกเพราะไม่ได้รับนโยบายจากผู้บริหารและการบันทึกไม่ละเอียดครบถ้วนเพียงพอ และ เสนอแนะว่า ควรมีเจ้าหน้าที่สำหรับการติดต่อประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระบบ คอมพิวเตอร์ ควรจัดประชุมร่วมกันระหว่างสถานบริการสาธารณสุขเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และ นโยบายการบันทึก และควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจระบบการส่งต่อ

คณะกรรมการและคณะทำงานกลุ่มงานโครงการ พบส. กลุ่มเครือข่าย 9/1 (2535, อ้างใน กิตติยา สาริสุต, 2540) ได้นำการศึกษาในเรื่องความรู้ ทักษะการปฏิบัติของแพทย์ เกี่ยวกับระบบการส่งต่อโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ ตามเกณฑ์ พบส. เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบการส่งต่อ แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/รพช.

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ส่วนมากจะตอบเรื่องต่างๆ ไปได้ถูกต้อง ยกเว้นชื่อ แบบฟอร์มของใบส่งต่อ ส่วนมากจะไม่รู้จัก และไม่ทราบว่าการเขียนผลการรักษากลับ ต้องเขียนในแผ่นใดของแบบฟอร์ม

2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีทัศนคติค่อนข้างดีต่อ การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าสถานีนอคมัย โดยให้ความเห็นว่า ส่วนที่สถานีนอคมัยยังบกพร่องคือ การเขียนรายละเอียดของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ และการให้การรักษาก่อนการส่งต่อยังไม่เหมาะสม และคิดว่าการตอบผลการรักษากลับยังเกิดประโยชน์ และไม่ได้ทำให้เสียเวลามากเกินไป

จากแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และมีวิวัฒนาการที่ยาวนาน แต่ระบบการส่งต่อที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ภาระในการส่งต่อผู้ป่วย ความเชื่อมโยงในการส่งต่อหรือการประสานงาน ล้วนแล้วแต่ยังมีการพัฒนา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อมุ่งหวังให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม และมีความพร้อมของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตลอดจนผลประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับ

2.2 รูปแบบการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของการจัดการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพในช่วงเวลาการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ จะต้องมีผู้สร้างระบบให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลก่อนการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล และการดูแลภายหลังที่กลับออกจากโรงพยาบาล แนวคิดในการดูแลจึงเปลี่ยนไปจากเดิม กล่าวคือ ต้องให้บริการเชิงรุกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องของการให้กาดูแล ในส่วนของการให้บริการก่อนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการบริการภายหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน หรือการกลับเป็นซ้ำก่อนเวลาอันสมควร หรือการสร้างระบบการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง รูปแบบดังกล่าวนี้เรียกว่าเป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ (Continuing care process) ซึ่งเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่นำมาวางแผนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล เพราะเป็นการประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ อย่างไม่ขาดช่วง

2.2.1 หลักการในการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เมื่อนำแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพภายใต้การปฏิรูปสุขภาพมาพิจารณาสามารถสรุปแนวคิดการจัดการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ ซึ่งจะใช้เป็นหลักพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ดังนี้

(1) มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพของผู้ใช้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เช่น ญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ใช้บริการทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ให้บริการสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมศักยภาพของผู้ใช้บริการ และครอบครัวจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญ

(2) มุ่งการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้ศักยภาพของทุกสาขาวิชาชีพในกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพราะการเจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินบางกรณีเป็นการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขา ดังนั้นความสำเร็จของการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงอยู่ที่การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพเป็นสำคัญ

(3) มุ่งเน้นความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพเป็นหลัก ดังนั้นกระบวนการให้การรักษา จึงต้องใช้ความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) มุ่งเน้นการประสานงาน และการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อยู่ในชุมชน ตลอดจนการถ่ายทอดเทคโนโลยีการดูแลที่จำเป็นบางอย่าง

2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลต่อเนื่อง

พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยหลักๆ 2 ปัจจัย ได้แก่

(1) การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หมายถึง การติดต่อ สื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานที่จะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สิ่งที่ทำให้การติดต่อสื่อสารเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการดูแลต่อเนื่องที่ควรได้รับ ดังนั้นเพื่อให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการอบรมทีมสุขภาพเรื่องการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาแบบฟอร์มมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย และวิธีการส่งต่อข้อมูล เช่น จดหมาย วีดีโอ

(2) การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่มีความสำคัญมาก แต่พบว่าเป็นปัญหาและก่อให้เกิดอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่องคือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากเกินไป และให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่กำลังจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดสมาธิในการรับฟัง วิธีการที่ช่วยในการติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ ได้แก่การจัดทำเอกสารประกอบการให้คำแนะนำ และการวางแผนให้คำแนะนำล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(3) การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารในระหว่างหน่วยงานต่อหน่วยงาน หรือระหว่างบุคคลต่อบุคคล ย่อมมีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น เช่น การมอบหมายงาน และการระบุบทบาทหน้าที่ของบุคคลในทีมงานที่ชัดเจน และการสื่อสารจนเกิดการยอมรับและความไว้วางใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในทีม

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ ได้แก่

(1) การประสานงานระหว่างบุคคลในทีม องค์กรที่มีการประสานงานที่ดีระหว่างบุคคลจะช่วยให้การดำเนินงานการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

(2) การเตรียมศักยภาพของผู้ให้บริการ และการจัดหากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ตลอดจนการเตรียมด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(3) การสร้างพันธกิจ และบรรยากาศภายในองค์กร จะมีส่วนช่วยให้บุคคลในทีมงานเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินการเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(4) การจัดแหล่ง และทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอภายในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นแหล่งสนับสนุนเชิงข้อมูล หรือองค์ความรู้ การจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ การจัดหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นที่ปรึกษา เป็นปัจจัยที่ช่วยเอื้อให้กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย

3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของมนุษย์เราตลอดชีวิต ความสามารถของมนุษย์ในอันที่จะเรียนรู้อะไรใหม่ เรียนรู้ทัศนคติ เรียนรู้ทักษะ ความชำนาญ มีความสำคัญต่อระดับความสำเร็จ และความพึงพอใจต่อชีวิตของมนุษย์ ความหมายของการเรียนรู้ ได้มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือศักยภาพของพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ (Learning as any relatively permanent change in behavior, or behavior potential, produced by experience) (Baron, 1992: 170 อ้างถึงใน ประสาท อิศรปรีดา 2538: 196)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 217) ได้สรุปความหมายของการเรียนรู้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ หรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนี้ ควรเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างถาวร และจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

Klein (1991: 2 อ้างใน เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541: 9) การเรียนรู้เป็นกระบวนการของประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะชั่วคราว ภาวะ หรือสัญชาตญาณ

ฉะนั้น การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ การได้ศึกษาในสิ่งนั้น หรือจากการฝึกฝน ซึ่งไม่ใช่ผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ หรือจากความบังเอิญ

(1) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) (วนิดา ชนินทุททวงศ์ 2543: 13 - 21)

1.1 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะที่สำคัญคือเป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) โคลบ (Kolb อ้างใน วนิดา ชนินทุททวงศ์ 2543: 13 - 21) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ

1.1.1 ประสบการณ์ (Experience) ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การเสนอทักษะต่างส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่คุณเรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว เป็นการดึงประสบการณ์ตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเองได้

1.1.2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่คุณเรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกรับรู้ของตนเอง และเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม จะ

ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น จะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีจะทำงานสำเร็จ การควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

1.1.3 ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) ความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึง การเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหา

1.1.4 การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตชิ้นความคิด รวบรวมในรูปแบบต่างๆ เป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

(2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยพิจารณาไตร่ตรองถึงสิ่งที่จะทำตลอดจนพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม เพื่อหาทางแก้ปัญหาต่างๆ ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องให้มากที่สุด (สุริย์ จันทรโมลี: 2544)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด

3.2 แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการคุณภาพ

3.2.1 Hospital Accreditation

การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล หลักสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและการพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด คุณค่าของการเยี่ยมชมจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำมาดีและส่งเสริมให้ทำความดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

(1) เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

(2) องค์ประกอบที่สำคัญของ HA

- 1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
- 2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทของตนเอง และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
- 3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
- 4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตร หรือहारมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

(3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพ ที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติผู้่อ่งกรที่เป็นเลิศ (TQA)

โครงสร้างของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงาน

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องนั้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบด้วย

1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่า ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2) การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

3) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) การดูแลผู้ป่วย

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

5) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

6) การดูแลต่อเนื่อง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้ผลดี ได้แก่

- ระบบการนัดผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง
- ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล
- ความร่วมมือและการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
- การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง
- ความเพียงพอของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน (สำหรับการดูแลต่อเนื่อง)
- การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและการปรับปรุง

3.2.2 การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)

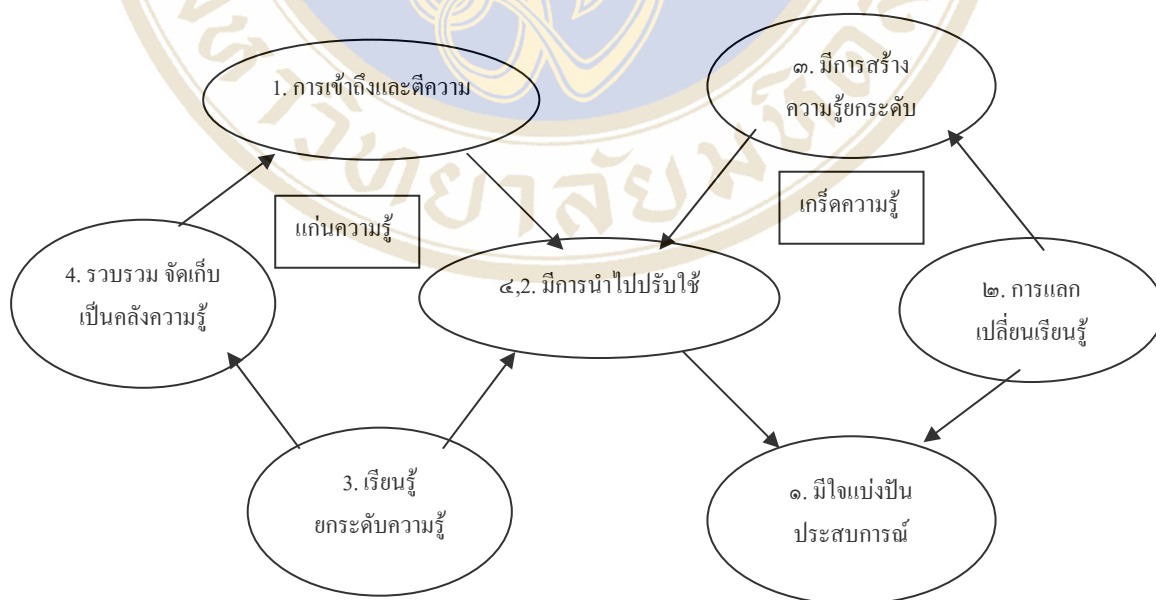
การจัดการความรู้เป็นกระบวนการดึงเอาความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเก็บเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึง และสามารถนำมาพัฒนางานได้ (พิพัฒน์

ลักษณะที่ 2550: 1) การจัดการความรู้จึงเข้ามามีบทบาทอย่างจริงจังให้แก่องค์กร จุดที่น่าสนใจคือการมุ่งส่งเสริมศักยภาพอันเกิดจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ของบุคลากร ให้สามารถแปรรูปปัญหาที่มีอยู่ภายในให้เป็นความรู้แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกันจนเกิดเป็นความคิดเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุมชนหรือองค์กร มากกว่าแค่การมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้วเป็นหลัก (ประพนธ์ ฝาสุกขีต, 2550) ในการจัดการความรู้ สิ่งที่สำคัญ คือ ความรู้ ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภท สามารถถ่ายทอดกันได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ นั้น โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า “วงจรความรู้” ความรู้ทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

(1) ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากหลักวิชาการ/ทฤษฎี ซึ่งผ่านการ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผ่านกระบวนการพิสูจน์ วิจัย มาแล้ว ถือว่าเป็น “แก่นความรู้”

(2) ความรู้ที่ฝังลึกในตัวตน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้มาจากการปฏิบัติ โดยใช้ ประสบการณ์ด้านต่างๆผสมผสานกัน บางครั้งเป็นสิ่งที่ได้จากการใช้ภูมิปัญญา วิจารณ์ญาณ ปฏิภาณ ไหวพริบ จัดเป็นเทคนิคเฉพาะตัวของแต่ละคน ถือว่าเป็น “เกร็ดความรู้”

ความรู้ที่มีอยู่ในโลกนี้ถือว่า เกร็ดความรู้ (Tacit Knowledge) เปรียบเสมือน ส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่จมอยู่ในน้ำ มีปริมาณส่วนของน้ำแข็งที่พ้นอยู่เหนือน้ำ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็น แก่นความรู้ (Explicit Knowledge) ดังนั้น การจัดการความรู้ จึงเป็นการจัดการความรู้ทั้ง 2 ประเภท ให้เชื่อมโยงกันเป็นวงจรความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการนำไปใช้และเผยแพร่ต่อไป



แผนภูมิที่ 4 วงจรการจัดการความรู้เพื่อเชื่อมโยงความรู้ 2 ประเภท ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำไปใช้

ที่มา: ประพนธ์ ฝาสุกขีต.การจัดการความรู้ฉบับขับเคลื่อน LO. 2550: 35

โมเดลปลา (ประพนธ์ ผายืดสุข, 2550:38)

ในการจัดการความรู้ เพื่อให้กระบวนการจัดการความรู้เข้าใจง่ายขึ้น ดร. ประพนธ์ ผายืดสุข ได้เสนอ “โมเดลปลา” เพื่อใช้อธิบายกระบวนการจัดการความรู้ (KM) โดยถือว่า KM เป็นปลาตัวหนึ่ง ในที่นี้คือ ปลาทุกส่วนของ “หัวปลา” เปรียบเสมือน Knowledge Vision (KV) ส่วนของ “ตัวปลา” เปรียบเสมือน Knowledge Sharing (KS) และส่วนของ “หางปลา” เปรียบเสมือน Knowledge Asset (KA)

ส่วนของ “หัวปลา” (KV) เปรียบเสมือนการนำไปสู่วิสัยทัศน์ และเป้าหมายของการจัดการความรู้ เพื่อตอบคำถามคำถามว่า จัดการความรู้จะจัดเรื่องอะไร จัดการความรู้เพื่ออะไร นำไปสู่เป้าหมาย หรือ วิสัยทัศน์/พันธกิจอย่างไร

ส่วนของ “ตัวปลา” (KS) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share and Learn) จัดเป็นหัวใจของการจัดการความรู้ เนื่องจากการที่คนเราจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ไม่ใช่เรื่องง่ายต้องอาศัยความผูกพัน บรรยากาศแห่งความเป็นมิตร พร้อมทั้งจะให้แบ่งปันกัน กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดีต้องไม่เป็นแบบทางการ ขนาดของกลุ่มไม่ใหญ่นัก ควรใช้วิธีการเล่าเรื่อง (Story Telling) ในประเด็นที่ได้เลือกกันไว้ (หัวปลา) เล่าให้ละเอียด ผู้ที่เข้าร่วมเล่าเรื่องต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติในเรื่องนั้นจริงๆ (คุณกิจ) ในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะเป็นประโยชน์สูงสุด เมื่อผู้ฟังต้องฟังอย่างลึกซึ้ง ไม่มีอคติ และนำไปคิดอย่างเป็นระบบ ในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควรมีผู้ทำหน้าที่เอื้ออำนวยสร้างบรรยากาศ แลกเปลี่ยนดีๆอย่าให้หลงประเด็น (คุณอำนวย) ซึ่งต้องคอยตั้งคำถามเพื่อให้ได้ความลึกของเกร็ดความรู้

ส่วนของ “หางปลา” (KA) ซึ่งหมายถึง คลังความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต้องมีผู้ทำหน้าที่ฟังอย่างลึกซึ้ง (คุณลิขิต) และจดบันทึกอย่างละเอียดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำจัดการความรู้ จากนั้นนำมาความรู้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ถอดบทเรียน สรุปออกมาเป็นประเด็นและ / หรือคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ที่มาอ่านนำไปใช้ประโยชน์ เพิ่มคุณค่า และนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญจมาศ ประไพพงษ์, 2540 (บทคัดย่อ: ง) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้กิจกรรม AIC เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การปรับปรุงบริการ และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาล เสนาและชุมชน: กรณีศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีประสิทธิผลสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ ความ

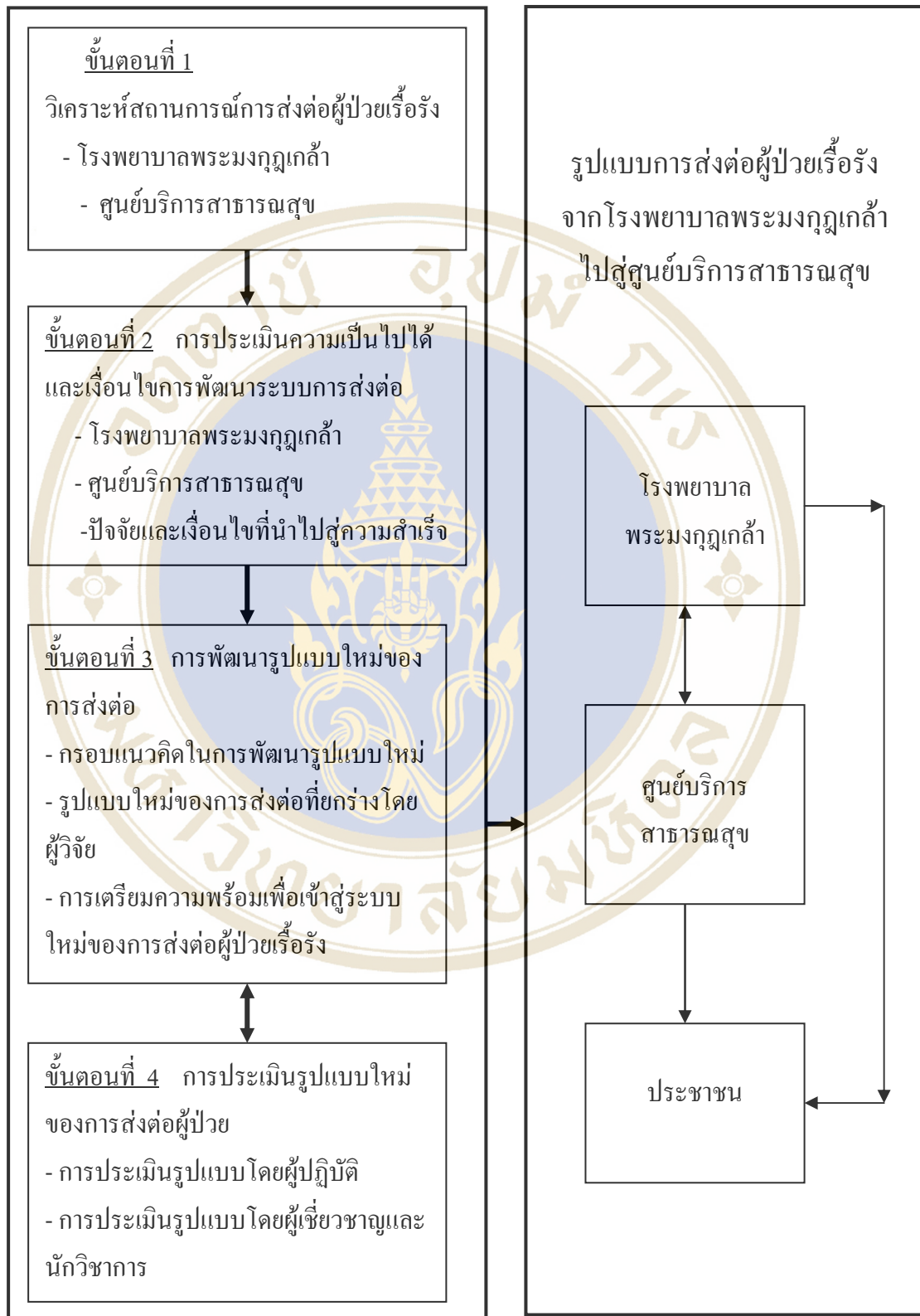
พึงพอใจ ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับปรุงบริการ และใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและชุมชน

จิตติมา อินทะท่ามา, 2539 (บทคัดย่อ: ง) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของคณะกรรมการชุมชน ในการจัดการสิ่งแวดล้อมเมือง โดยกระบวนการ AIC ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการใช้กระบวนการ AIC ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้เข้าร่วมประชุม มีความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก

ฉันทิธร โพธิ์ศัพท์สุข, 2536 (Thesis: V) ศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของกรุงเทพมหานคร โดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นได้ดี ได้แก่ การจัดประชุมกลุ่มย่อยที่มีขนาดเล็กและสมาชิกมีสถานภาพไม่แตกต่างกันมากนักการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลที่เกิดขึ้นหลังการนำไปปฏิบัติจะสามารถลดปัญหาบางอย่างในการทำงาน

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประชุมร่วมกันเพื่อหารูปแบบในการทำงาน ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ที่เกิดความตระหนักต่องานที่เกิดขึ้น และเกิดการเรียนรู้ การปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลริเริ่ม และกระทำอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมายซึ่งกำหนดตามความต้องการของตนเอง โดยมีบุคคลากรในทีมสุขภาพเป็นเพียงที่ปรึกษา เป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบ ระบบระเบียบและขั้นตอนที่รับผิดชอบด้วยตนเองในการจัดการ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกสูงสุดของตน โดยอาศัยกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลและเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสืบค้นและการจัดการเกี่ยวกับโรค



แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (Research & Development) โดยผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง
2. กระบวนการในการพัฒนารูปแบบ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. พื้นที่วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะจะเป็นปัญหาในอนาคต ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่อยู่ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษา สอดคล้องกับสถิติการรับเข้ารักษาพยาบาลพบว่า กองอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุดของโรงพยาบาล ปัญหาที่พบคือ ญาติและผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ขาดทักษะการดูแลตนเองทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเดิม วิตกกังวลเมื่อกลับไปบ้านไม่มั่นใจในการดูแล ต้องการให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมที่บ้าน เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการการรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นและจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าการเตรียมผู้ป่วยเพื่อ

เจ้าหน้าที่กลับบ้าน หน่วยงานมีแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ แต่ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านไม่ชัดเจน และการปฏิบัติตามระบบที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด

ผู้วิจัยจึงเลือกกองอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่ทำการวิจัย คุณลักษณะของหอผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

1. หอผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. ผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในเขตของพื้นที่ของระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เจ้าหน้าที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

หอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าว มีจำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย อบ 4 จำนวน 15 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายอบ 6 จำนวน 14 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 8/7 จำนวน 16 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/5 จำนวน 9 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/6 จำนวน 8 คน

1.2 ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งที่อยู่ที่บ้านและเมื่อออกจากโรงพยาบาลและต้องการการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยคัดเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 (วัดไผ่ตัน) จำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขละ 5 คน

2. กระบวนการในการพัฒนารูปแบบ

การดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 เดือน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย การยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย การประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาสถานการณ์การส่งต่อ แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสังเกต และการสัมภาษณ์ การดำเนินงานวิจัยในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเรือธงในปัจจุบัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานประมาณ 2 เดือน

1. ด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.1 ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยศึกษาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรือธงในปัจจุบันของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวข้อที่เข้าทำการศึกษาประกอบด้วย บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นโยบายการทำงาน โครงสร้างและการดำเนินงาน สถานการณ์ของผู้ป่วยเรือธงและแนวทางในการดำเนินการแก้ไข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองการพยาบาล ศูนย์บริหารคุณภาพ ศูนย์บริหารส่งเสริมคุณภาพชีวิตพระมงกุฎเกล้า ศูนย์รับผู้ป่วยใน ศูนย์คอมพิวเตอร์และสถิติ หน่วยเวชระเบียน สำนักงานประกันสุขภาพ โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร รายงาน สถิติ และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าว

1.2 การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต่อระบบการส่งต่อในปัจจุบัน

หลังจากที่ผู้วิจัยศึกษาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ทำการสรุปแนวทางในการส่งต่อตามหัวข้อที่ต้องการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสังเกตและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือส่งตัวจากภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อเข้าศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเลือกเข้าทำการสังเกตและปฏิบัติงานร่วมกัน ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายอบ4 หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 8/7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/5 ในหอผู้ป่วย 2 ที่ผู้วิจัยไม่ได้เข้าทำการศึกษาเนื่องจากมีลักษณะการทำงานและผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับหน่วยงานที่ผู้วิจัยเข้าทำการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยเข้าร่วมการปฏิบัติงานพร้อมกับเจ้าหน้าที่ในการทำงาน สังเกตการปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านศูนย์บริการสาธารณสุข

2.1 ระบบการส่งต่อของศูนย์บริการสาธารณสุข

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยศึกษาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรือธงในปัจจุบันของศูนย์บริการสาธารณสุข หัวข้อที่เข้าทำการศึกษาประกอบด้วย บริบทของศูนย์บริการสาธารณสุข นโยบายการ

ทำงาน โครงสร้างและการดำเนินงาน สถานการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังและแนวทางในการดำเนินการแก้ไข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร รายงาน สถิติ และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าว

2.2 การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต่อระบบการส่งต่อในปัจจุบัน

หลังจากที่ผู้วิจัยศึกษาระบบการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำการสรุปแนวทางในการส่งต่อตามหัวข้อที่ต้องการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการสังเกตและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือส่งตัวจากภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อเข้าศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 (วัดไผ่ตัน) จากนั้นผู้วิจัยเข้าร่วมการปฏิบัติงานพร้อมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ในการทำงาน สังเกตการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข จากนั้นนำข้อมูลที่ได้สรุปและสร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความเป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังและความคิดเห็นต่อแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นกลับไปให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของทั้งสองหน่วยงานประเมินความเป็นไปได้และเงื่อนไขการพัฒนาระบบการส่งต่อ หัวข้อที่ผู้วิจัยประเมิน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการบริหาร ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานประมาณ 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การยกย่องรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากสองหน่วยงาน และข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินความเป็นไปได้และเงื่อนไขการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมายกย่องรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร โดยมีแนวทางในการพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

3.1 ขบวนการในการร่างรูปแบบ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในเชิงแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สถานการณ์ของการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข ตลอดจนความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เพื่อเป็นแนวทางในการร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

3.2 รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ยกร่างโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของทั้งสองหน่วยงาน การประเมินความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังรูปแบบใหม่ และจากการทบทวนข้อมูลในเชิงแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

หลังจากที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของทั้งสองหน่วยงาน การทบทวนวรรณกรรม การศึกษาดูงาน การประเมินความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการนำเสนอรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบใหม่ให้ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารงานทั้งสองฝ่ายประเมินและเสนอข้อคิดเห็นร่วมกัน โดยการจัดประชุมวิชาการ

4.1 การประชุมระดับผู้ปฏิบัติงาน

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังรูปแบบใหม่ พร้อมชี้แจงขั้นตอนการประชุม ตลอดจนการส่งหัวข้อในการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังรูปแบบใหม่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข ให้กับหัวหน้าพยาบาลแผนกพยาบาลอายุรกรรม และหัวหน้าฝ่ายวิจัย กองการพยาบาลสาธารณสุข รับทราบ

(2) ผู้วิจัยนำเสนอโครงการการประชุมวิชาการ เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่าง

ต่อเนื่อง: การส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ณ ห้องประชุม อาคารกรมธนารักษ์ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

(3) หลังจากที่ถูกวิจัยนำเสนอโครงการการประชุมวิชาการ หัวหน้าพยาบาลแผนกพยาบาลอายุรกรรม มอบหมายให้ประธานฝ่ายวิชาการ กองอายุรกรรมเป็นผู้ประสานงาน

(4) ผู้วิจัยเชิญประธานฝ่ายวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าร่วมในการวิจัย ประชุมเพื่อชี้แจงผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอการวางแผนหน้าที่ของฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินการประชุมวิชาการ และขั้นตอนการประชุมวิชาการที่จะจัดขึ้น ได้แก่ การบรรยายทางวิชาการ การแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองในการพิจารณาแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยทำ Focus group และได้เชิญนักศึกษาปริญญาโท ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านนี้มาเป็นผู้ประสานงานกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยนำหัวข้อที่จะทำ Focus group ร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข และคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้พยาบาลที่จะเข้าร่วมการประชุมรับทราบ

(5) ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อ ประธานงานหน่วยงานต่างๆ ในการจัดประชุมวิชาการ จากนั้นเชิญผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นประธาน

(6) ผู้วิจัยประสานงานในการเชิญวิทยากร ได้แก่

- พ.อ.หญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันต์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน บรรยายเรื่องแนวคิดการดูแล โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

- คุณ วรพร ชาวสวนเจริญ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร บรรยายเรื่อง แนวทางการส่งต่อทำให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน

(7) ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อเข้าร่วมประชุมวิชาการ

4.2 การประชุมระดับผู้บริหาร

หลังจากที่ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการประเมินรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยร่างขึ้นในเจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้รับ นำไปปรับปรุงรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยร่างขึ้น นำรูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นไปให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระดับผู้บริหารประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบใหม่ในการส่งต่อที่ผู้วิจัยร่างและการประเมินจากผู้ปฏิบัติงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานในการเชิญเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อ

ผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระดับผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงาน และนักวิชาการที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(2) ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการประเมินจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยระดับผู้ปฏิบัติงาน ให้กับผู้บริหารและนักวิชาการ เพื่อนำมาประชุมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

(3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระดับผู้บริหาร นำมาสรุปและปรับปรุงรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม และเหตุการณ์เพื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความหมายของปรากฏการณ์สังคม
2. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการบันทึกเสียงได้รับการอนุญาตให้ทำการบันทึกเสียง และรับรองในการปกปิดข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์
3. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งจะประกอบด้วยแนวคำถามในประเด็นหลักที่สร้างไว้ล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลเมื่อผ่านการตรวจสอบแก้ไขแล้วจึงนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนวคำถามจะมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด

4. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการสอบถามตามแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการประเมินจากผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ การสังเกต ภาพถ่าย ผู้วิจัยได้แบ่งข้อมูลต่างๆ ออกเป็นหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ โดยได้ยึดตามคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบใหม่การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขการพัฒนากระบวนการส่งต่อ
3. การยกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
4. การประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง



บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ในบทนี้นำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการแสดงกระบวนการในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย
- ขั้นตอนที่ 3 ผลการกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย
- ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

กระบวนการในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

1.1 สถานการณ์การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดของกองทัพบกมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (หน่วยตรวจโรค ณ ที่ตั้งของหน่วยทหาร สังกัดกองทัพบกในเขตกรุงเทพมหานคร) และตติยภูมิ (ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) แก่ทหาร ครอบครัวและประชาชนทั่วไปตามสิทธิในระบบประกันสุขภาพ เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม โสต สอนาสิกกรรม ออร์โธปิดิกส์ จิตเวช เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชกรรมฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โดยสาขาที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Center of Excellence) ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ ศูนย์เวชศาสตร์ทหาร ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์มะเร็ง นอกจากนี้การตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยตรงแล้ว โรงพยาบาลได้มีการรับปรึกษาและรับย้ายผู้ป่วยที่เกินความสามารถในการดูแลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกองทัพบกทั้ง 37 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ตลอดจนโรงพยาบาล

อื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยปรึกษาและรับย้ายเข้ามาในโรงพยาบาล โดยการรับผู้ป่วยที่เป็นทหาร ครอบครัว และพลเรือนตามลำดับ

1.1.1 เงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานที่ให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ (หน่วยตรวจโรคที่ตั้งของหน่วยทหารในสังกัดกองทัพบกในเขตกรุงเทพมหานคร) และตติยภูมิ (ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) ตลอดจนการรับปรึกษา รับย้ายจากโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล ในสังกัดกองทัพบกทั่วประเทศ และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นที่ส่งปรึกษา

(1) ผู้ป่วยจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ทั้งผู้ป่วยทหารและครอบครัว ที่ได้รับการตรวจรักษา มีอาการรุนแรงเกินขีดความสามารถ หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจะใช้ “แบบส่งคนไข้” ไปรับการตรวจหรือรักษาตัวต่อนอกหน่วยรักษาพยาบาล ทบ.” (ทบ. 466 – 500) และมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นำส่งโรงพยาบาล ตามความเหมาะสม ในเวลาราชการ เจ้าหน้าที่จะนำส่งห้องตรวจโรคเพื่อรับการตรวจก่อนรับเข้าหอผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนัก/นอกเวลาราชการ นำส่งที่ห้องฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยตรง ทั้งที่เป็นผู้ป่วยทหาร ครอบครัว หรือพลเรือน ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้รับการสอบถามเพื่อประเมินอาการ โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ดังกล่าว จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวเพื่อไปตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางในแต่ละโรค เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

(3) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ หากเกินขีดความสามารถหรือมีความประสงค์ที่จะขอย้ายมาเพื่อรับการรักษาตัวต่อเนื่อง จะใช้ระเบียบปฏิบัติโรงพยาบาล ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์เจ้าของไข้ หรือติดต่อมาก่อนและมีเตียงรับ ให้สถานพยาบาลนั้นประสานมาที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยไว้ก่อน ถ้าสถานพยาบาลนั้นรู้จักหอผู้ป่วยโดยตรงและมีเจ้าหน้าที่มากับผู้ป่วยก็สามารถตรงไปยังหอผู้ป่วยได้ทันที ถ้าสถานพยาบาลนั้นยังไม่รู้จักหอผู้ป่วยให้มาที่ห้องฉุกเฉินก่อนเพื่อจะให้เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินนำทางไป หรือจะมาให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินก่อน

(4) ผู้ป่วยขอโอนย้ายมารับการรักษา โดยยังไม่มีแพทย์เจ้าของไข้หรือยังไม่มีเตียง ญาติผู้ป่วยจะต้องไปติดต่อที่ห้องตรวจโรคของสาขานั้นในเวลาราชการ หรือติดต่อที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

1.1.2 ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

1. ในเวลาราชการ ผู้ป่วยทหาร ครอบครัว และพลเรือนที่ส่งตัวมาจากหน่วยงานที่ส่งมาปรึกษา จะได้รับการตรวจโดยแพทย์ตามแผนกที่ผู้ป่วยมีอาการ เมื่อแพทย์พิจารณาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยตามอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
2. นอกเวลาราชการผู้ป่วยทหาร ครอบครัว และพลเรือน จะเข้ารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อได้รับการพิจารณาเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปตามหอผู้ป่วยที่ดูแลตามอาการของผู้ป่วย
3. เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา จนกระทั่งอาการทุเลาและสามารถกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านได้ แพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจโรค
4. กรณีผู้ป่วยที่เป็นทหารที่กำลังปฏิบัติงาน แพทย์จะทำการสรุปประวัติการรักษาให้หน่วยงานรับทราบและหากผู้ป่วยนั้นยังคงต้องได้รับการพักฟื้น โรงพยาบาลจะมีหน่วยงานในการส่งตัวผู้ป่วยไปพักฟื้นต่อในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่พร้อมเอกสารสรุปประวัติการรักษา
5. กรณีผู้ป่วยมีความประสงค์ขอรับการรักษาตัวต่อที่หน่วยรักษา ใกล้บ้าน แพทย์จะสรุปใบส่งตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาตินำไปติดต่อหน่วยรักษาที่ต้องการ

1.1.3 ศักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากรพ.พระมงกุฎเกล้ามีภารกิจหลักในการดูแลรักษาทหารและครอบครัว หลังจากนั้นจะเป็นการให้การรักษาแก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้นในการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีแนวทางในการส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทหาร อันดับแรก โดยการที่หน่วยงานปลายทางที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย จึงใช้พื้นที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัว ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยกลับไปพักบ้านที่อยู่ในเขตทหาร จะส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยพยาบาลดูแลพื้นที่ในเขตทหาร แต่ถ้าผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านนอกเขตทหาร การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จะส่งข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง “เห็นด้วยกับงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เชื่อมโยงทั้งในและนอกโรงพยาบาล แต่ในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการส่งต่อ คงจะต้องกลับมามองภาระงานที่มีอยู่ เนื่องจากเรามีข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากร ภารกิจหลักคือ การดูแลทหารและครอบครัว ซึ่งการเริ่มต้นงานในระยะแรกคงจะเป็นการจัดตั้งหน่วยประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย” ดังนั้น การพิจารณาการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พิจารณาดังนี้

(1) ด้านวิชาการ

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านวิชาการอยู่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งมีภารกิจหลักในการผลิตบุคลากรด้านสายแพทย์ ได้แก่ แพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาลทหารบก จึงทำให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมด้านวิชาการ

(2) ด้านนโยบาย

จากการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่า นโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน การส่งต่อผู้ป่วยที่ปฏิบัติกันมา จะทำในลักษณะของการส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้าน ตามที่ผู้ป่วย/ญาติ มีความประสงค์ที่จะขอไปรับการดูแลจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจะสรุปแผนการรักษา จากนั้นเจ้าหน้าที่จะส่งข้อมูลให้กับผู้ป่วย/ญาติ เพื่อนำเอกสารไปส่งด้วยตนเอง จากผลการสัมภาษณ์ พบว่า “นโยบายในการส่งต่อผู้ป่วย จะเป็นลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาแต่นโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องยังไม่มีลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน”

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูง พบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความคิดเห็นในการที่จัดตั้งหน่วยงานเพื่อดูแลและประสานงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเนื่องจากพ.พระมงกุฎเกล้ามีภารกิจหลักในการดูแลรักษาทหารและครอบครัว หลังจากนั้นจะเป็นการให้การรักษาแก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้นในการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีแนวทางในการส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทหาร อันดับแรก โดยการที่หน่วยงานปลายทางที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย จึงใช้พื้นที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัว ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยกลับไปพักบ้านที่อยู่ในเขตทหาร จะส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยพยาบาลดูแลพื้นที่ในเขตทหาร แต่ถ้าผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านนอกเขตทหาร การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จะส่งข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง “เห็นด้วยกับงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เชื่อมโยงทั้งในและนอกโรงพยาบาล แต่ในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการส่งต่อ คงจะต้องกลับมาพิจารณาภาระงานที่มีอยู่ เนื่องจากเรามีข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากร ภารกิจหลักคือ การดูแลทหารและครอบครัว ซึ่งการเริ่มต้นงานในระยะแรกคงจะเป็นการจัดตั้งหน่วยประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย”

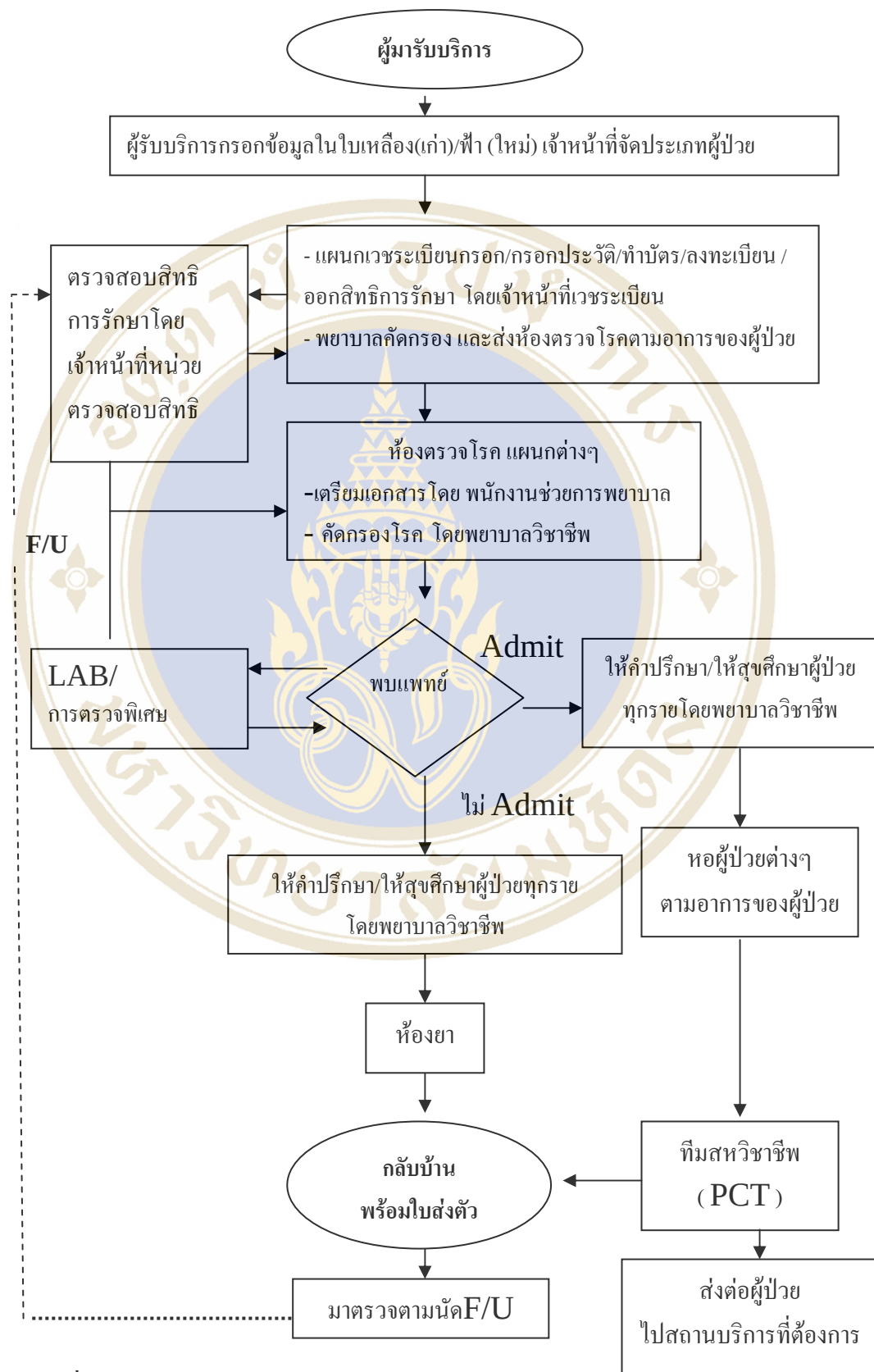
(3) ด้านปัญหาและสถานการณ์

จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และมีค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยในประเทศและทั่วโลกในขณะนี้ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้ในที่สุด

1.1.4 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของตนเองแล้วผู้ป่วยที่รับปรึกษาและส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งในและสังกัดของกระทรวงกลาโหม

เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการประสานงานและความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวางระบบการบริการสุขภาพตั้งแต่หน่วยงานของโรงพยาบาล ไปจนถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สำหรับด้านนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการนำเสนอแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบว่าเป็นการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นนโยบายหนึ่งของโรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 6 ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ

1.2 สถานการณ์การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานด้านการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ได้เริ่มดำเนินการอย่างไม่เป็นทางการมาก่อนปี พ.ศ. 2524 ซึ่งการส่งต่อในระยะแรกนั้นเป็นการส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลมารดา ทารกหลังคลอด ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 ได้เริ่มมีการติดต่อประสานงานเป็นการภายในระหว่างหน่วยงาน Ambulatory Care Service โรงพยาบาลรามาธิบดี ในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวกลับบ้านได้แก่ สายยางให้อาหารเหลว สายยางสวนคาบัสสวาระ เป็นต้น จึงมีการประสานการส่งต่อมายังศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน โดยกองการพยาบาลสาธารณสุขมีหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการประสานการส่งต่อ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 กรุงเทพมหานครมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงาน ด้านระบบส่งต่อระหว่างสำนักการแพทย์และสำนักอนามัย จึงมีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเป็นต้นมา และมีการพัฒนาเป็นระยะมาตลอดจนถึงปัจจุบัน พร้อมทั้งขยายเครือข่าย ไปยังโรงพยาบาลอื่นนอกสังกัดของกรุงเทพมหานคร เพื่อการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลของรัฐ รวมทั้งจัดระบบทำงาน และการใช้บุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม มีการเชื่อมโยงและขยายเครือข่ายการให้บริการระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพึ่งพาตนเอง

1.2.1 ระดับของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุข จะต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยจึงมีการส่งต่อเป็นระดับ ดังนี้

1. ระดับชุมชน

1.1 ศูนย์สุขภาพชุมชน (Minihealth Centre) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ หากเกินขีดความสามารถในเวลาราชการให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์บริการสาธารณสุขทุกสาขา โดย

บันทึกข้อมูลลงในแบบส่งต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถือไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขนำผู้ป่วยไปด้วยตนเอง

ในกรณีนอกเวลาราชการ หากไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ เนื่องจากเกินขีดความสามารถ และผู้ป่วยนั้นอาการไม่รุนแรง สามารถรอพบแพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขในเวลาราชการได้ ให้เขียนใบส่งต่อและให้พบแพทย์ เมื่อวันเปิดทำการ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงไม่สามารถรอพบแพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขในเวลาราชการได้ ให้แนะนำไปโรงพยาบาลทันที

1.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือในชุมชนโดยพยาบาลครอบครัว ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน หากไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจากเกินขีดความสามารถ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตนปฏิบัติงาน โดยใช้แบบฟอร์มสำหรับส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการตรวจรักษาต่อ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดรายละเอียดเอง) และให้ผู้ป่วยถือไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข หรือนำผู้ป่วยไปด้วยตนเอง

1.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ให้บริการประชาชนในชุมชนด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หากไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจากเกินขีดความสามารถ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่ โดยใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ ให้ผู้ป่วยถือใบส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ส่งต่อ

กรณีนอกเวลาราชการ หากผู้ป่วยสามารถรอการส่งต่อในเวลาเปิดทำการของศูนย์บริการสาธารณสุขได้ ให้เขียนใบส่งต่อและให้ผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุขในเวลาราชการ แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในขั้นวิกฤตเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต แนะนำให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทันที โดยไม่ต้องรอรับการตรวจที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเมื่อเปิดทำการ มิให้เขียนใบส่งต่อถึงโรงพยาบาลโดยตรง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามขั้นตอนระบบส่งต่อและระเบียบการใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ เช่น บัตรทอง 30 บาท

2. ระดับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล

2.1 การส่งต่อผู้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขไปโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข (ใช้ใบส่งต่อ 1)

2.1.1 การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น เพื่อการตรวจรักษาหรือวินิจฉัย ถือปฏิบัติดังนี้

(1) ศูนย์บริการสาธารณสุขบันทึกข้อมูล ในแบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (ใบสามสี) และมอบให้ผู้ป่วยนำไปโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ตามใบส่งต่อ

(2) ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ให้แนะนำหน่วยงานรับเรื่องการส่งต่อ หรือจุดประสานงานในการรับเรื่องการส่งต่อของโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวก (Green Channel)

(3) ผู้ป่วยนำแบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ หรือรักษาต่อ (ใบสามสี) ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ณ จุดประสานรับเรื่องส่งต่อ

(4) ศูนย์บริการสาธารณสุขโทรศัพท์ หรือโทรสารการส่งต่อแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมการรับผู้ป่วย (กรณีฉุกเฉิน, เร่งด่วน)

2.1.2 การส่งต่อหญิงมีครรภ์ไปโรงพยาบาล ถือปฏิบัติดังนี้

(1) กรณีส่งต่อหญิงมีครรภ์ไปโรงพยาบาลเพื่อการตรวจรักษา เป็นการดำเนินการส่งต่อหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อน ให้ใช้แบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (ใบสามสี) ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อการตรวจรักษา และให้ลงบันทึกรายงานในใบส่งต่อ 1

(2) กรณีส่งต่อหญิงมีครรภ์ไปโรงพยาบาล เพื่อคลอด เป็นการดำเนินการส่งต่อหญิงมีครรภ์ในรายปกติ ไปรับการตรวจครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ โดยใช้บัตรฝากครรภ์ของศูนย์บริการสาธารณสุขแทนใบส่งต่อ ยื่นแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ไม่ต้องใช้แบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (ใบสามสี) ยกเว้นข้อตกลงการสิทธิบัตรทองเพื่อการส่งต่อเครือข่าย

หมายเหตุ การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น เพื่อการตรวจรักษา/วินิจฉัย หรือส่งต่อหญิงมีครรภ์ไปโรงพยาบาล เพื่อการตรวจรักษา/คลอดนั้น ให้ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการบันทึกข้อมูลการส่งต่อใน รายงานการส่งต่อ 1 และรวบรวมข้อมูลส่งกองการพยาบาลสาธารณสุข (ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่) ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 5 ของเดือนกันยายน

2.2 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ใช้ใบส่งต่อ 2 หรือ 3)

2.2.1 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น เพื่อรับบริการต่อที่ศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้บริการต่อเนื่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น การรักษาต่อ การทำแผล การตัดไหม เป็นต้น ซึ่งบริการที่ให้นั้นผู้ป่วยจะต้องมารับบริการที่ศูนย์บริการ

สาธารณสุข โดยผู้ป่วยจะถือใบส่งต่อจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น มายังศูนย์บริการสาธารณสุข อาจเป็นแบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (ใบสามสี) หรือบัตรรายงาน 506 / 507 เพื่อสอบสวนโรค เพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และดำเนินการควบคุมโรค หรืออาจเป็นใบแบบฟอร์มการส่งต่อเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล มิใช่ใบนัดให้บริการของสถานพยาบาล ให้ลงบันทึกรายงานในใบส่งต่อ 2

2.2.2 การรับการส่งต่อหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาล มายังศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการส่งต่อหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาลทั้งในรายปกติ และรายที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อมายังศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการติดตาม โดยผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อดำเนินการประสานงานส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข ให้ลงบันทึกรายงานในใบส่งต่อ 2 เช่นกัน

2.2.3 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หมายถึง การที่โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการติดตามให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลครอบครัวของศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยต้องใส่สายยางให้อาหารเหลวทางจมูก/หน้าท้อง ใส่สายยางสวนคาปัสสาวะ ผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โรงพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น เนื่องจากจำนวนเตียงมีจำกัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางการปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านถือปฏิบัติดังนี้

(1) โรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อรับข้อมูล จัดทำทะเบียนผู้ป่วย และซักถามปัญหาหากได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน แล้วจึงดำเนินการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบ หากมีความเร่งด่วน กองการพยาบาล-สาธารณสุขจะประสานศูนย์บริการสาธารณสุขและโทรสาร (FAX) ข้อมูลเพื่อความรวดเร็ว

(2) เมื่อศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับใบส่งต่อผู้ป่วย จากกองการพยาบาลสาธารณสุข ให้ลงบันทึกในลงบันทึกในรายงานการส่งต่อ 2 เพื่อการลงทะเบียนและรวบรวมสถิติการรับส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมรายงาน ส่งกองการพยาบาลสาธารณสุข (ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่) ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 5 ของเดือนกันยายน

(3) ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย ภายในไปยังผู้รับผิดชอบ (พยาบาลครอบครัว) เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลัง

จากที่พยาบาลครอบครัวได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านเรียบร้อยแล้ว ให้ลงบันทึกในรายงานการส่งต่อ 3 ส่งกองการพยาบาลสาธารณสุข (ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่) ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน เพื่อการรวบรวม สถิติข้อมูลการติดตามเยี่ยมเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านในภาพรวมของกรุงเทพมหานคร นำเสนอผู้บริหารกรุงเทพมหานครต่อไป

หมายเหตุ หากโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขโดยตรง ไม่ผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขแจ้งกลับมายัง กองการพยาบาลสาธารณสุข โดยลงบันทึกในรายงานการส่งต่อ 3 เพื่อลงทะเบียน และการรวบรวม สถิติข้อมูลการติดตามเยี่ยมการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านในภาพรวมของกรุงเทพมหานครได้อย่าง ครอบคลุม

1.2.2 ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอาจอยู่ในเครือข่าย โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม พนักงาน รัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ป่วยที่มาจากศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น หรือข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญซึ่ง กองบำเหน็จบำนาญได้ส่งต่อมา แบ่งออกเป็น

- 1) ระดับศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานภายในสังกัดสำนักอนามัย
- 2) ระดับโรงพยาบาล หมายถึง การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และ ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานอื่นนอกสังกัดสำนักอนามัย

(1) วัตถุประสงค์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุข

- 1) รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล / จากหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกสังกัด สำนักอนามัย เพื่อมารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
- 2) ส่งผู้ป่วยจากศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรณีที่อาการของผู้ป่วยหนักและรุนแรงเกินกว่าขีดความสามารถของศูนย์บริการสาธารณสุขจะรักษาพยาบาลได้ หรือจำเป็นต้องรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม พยาบาลผู้รับผิดชอบการส่งต่อจะดำเนินการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น เพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนัก อนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างครบวงจร จากชุมชนไปยังศูนย์บริการ

สาธารณสุข จากศูนย์บริการสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาล กล่าวคือ ชุมชนส่งต่อผู้ให้บริการมายังศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขจะทำหน้าที่ เสมือนหน่วยตรวจสอบคนไข้นอกของโรงพยาบาล หากเกินขีดความสามารถหรือต้องการการตรวจรักษาเฉพาะทาง จะประสานงานกับโรงพยาบาลในการส่งต่อ และตอบรับเพื่อติดตามการรักษา ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์บริการสาธารณสุขจะประสานงานด้านข้อมูลข่าวสาร การติดต่อทางโทรศัพท์ โทรสาร เอกสาร ประวัติผู้ป่วย ส่งไปยังโรงพยาบาล ในส่วนของโรงพยาบาลได้จัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในระบบส่งต่อเพื่อบริการผู้ป่วย คือ กลุ่มงานอนามัยชุมชน ซึ่งจะอำนวยความสะดวกในการให้บริการ โดยจัดให้มีทางด่วน (Green Channel) ขึ้น และหากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องได้รับการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรักษา การพยาบาล หรืออื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องรับบริการที่โรงพยาบาล แต่สามารถใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขกลับบ้านได้ ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โรงพยาบาลก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวมายังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อการบริการอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมครบวงจร

(2) ขั้นตอนการปฏิบัติงานรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการส่งต่อของหน่วยงานนั้นมายังศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยวิธีการต่อไปนี้

1.1 กรณีทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

- ให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล นำใบส่งต่อมาติดต่อขอรับบริการที่ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข

- กรณีเร่งด่วน สามารถส่งโทรสารโดยตรง ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ ดังกล่าวพร้อมทั้งแนบญาติผู้ดูแล ให้นำไปส่งต่อด้านฉบับติดต่อที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ด้วย

1.2 กรณีไม่ทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

- ให้โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งใบส่งต่อด้านฉบับมายังกองการพยาบาลสาธารณสุข ตามที่อยู่ ดังปรากฏไว้ด้านล่าง กรณีเร่งด่วนสามารถส่งทางโทรสารมาก่อน โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข จะดำเนินการติดต่อประสานศูนย์บริการสาธารณสุขในการส่งต่อผู้ป่วย แล้วส่งใบส่งต่อด้านฉบับตามมา

2. ศูนย์รับข้อมูลข่าวสาร เมื่อได้รับข้อมูลการส่งต่อ จะดำเนินการคัดกรองข้อมูล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ผู้เกี่ยวข้องในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

3. ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปยังโรงพยาบาล/หน่วยงานอื่น ที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาหรือบริการต่อเนื่องที่บ้าน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งจัดทำรายงานการส่งต่อ 3 มายังกองการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อการรวบรวมข้อมูลทางสถิติภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน

1.2.4 ศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

(1) ด้านวิชาการ

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่ดูแลด้านการพยาบาล ของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด เป็นหน่วยงานที่พัฒนาความรู้ด้านวิชาการ เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล และมีการพัฒนางานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในเนื้อหาวิชาการและพัฒนากุศลกร

(2) ด้านนโยบาย

จากการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่า กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย มีนโยบายที่ชัดเจนในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ และมีขั้นตอน ตลอดจนหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานอย่างเป็นขั้นตอน ผลจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า บุคลากรที่อยู่ในระดับบริหารและระดับผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นต่อนโยบายเกี่ยวกับเรื่องส่งต่อผู้ป่วยที่เหมือนกัน “กองการพยาบาลสาธารณสุข มีนโยบายที่ชัดเจนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยจากทุกหน่วยงานทางสุขภาพ ที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง”

(3) ด้านปัญหาและสถานการณ์

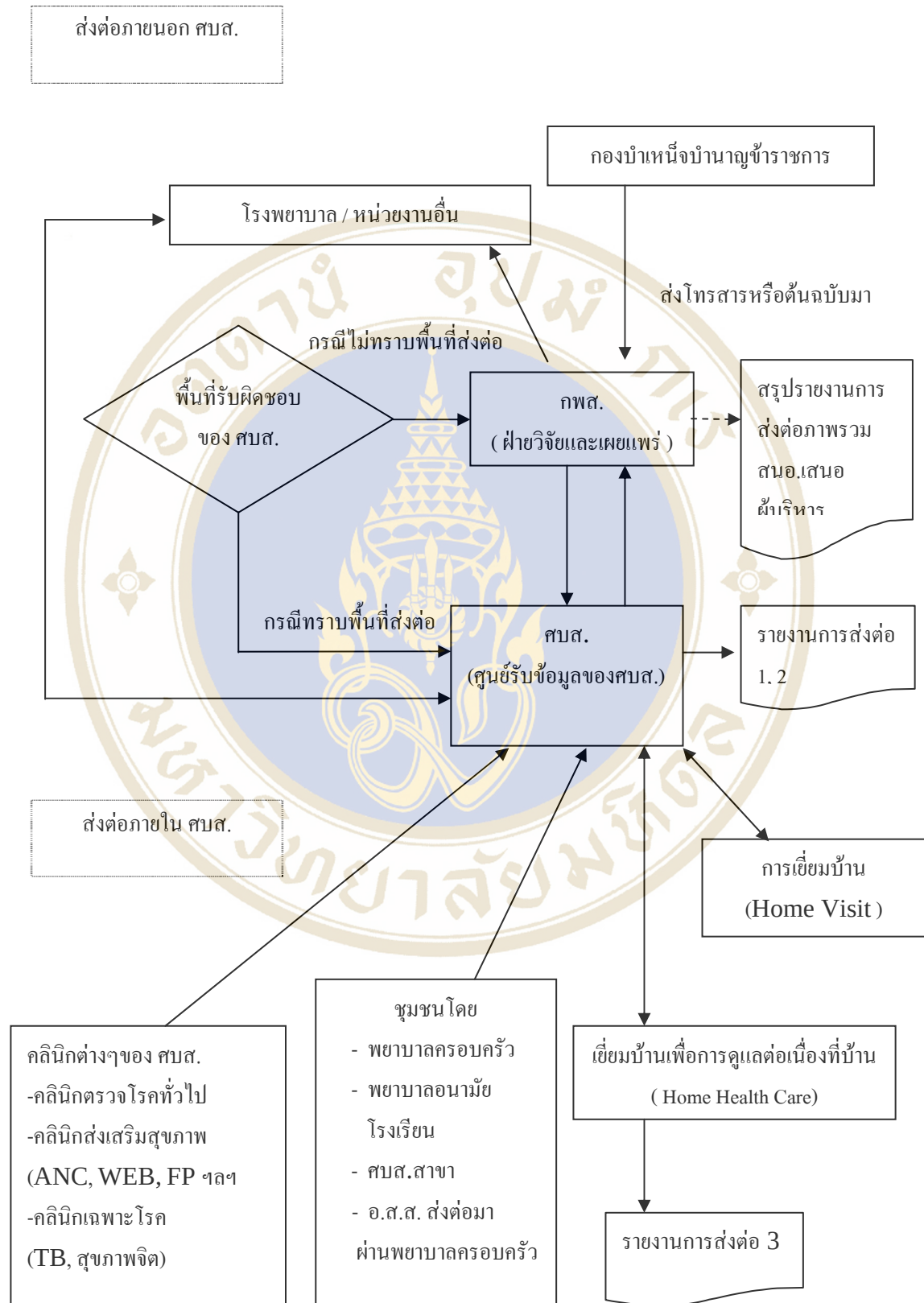
เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในระดับปฐมภูมิที่มีหน่วยงานดูแลครอบคลุมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเขตความรับผิดชอบตามพื้นที่ให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยไม่แบ่งแยกผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิในการรักษาแบบใด หากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องศูนย์บริการสาธารณสุขจะให้การดูแลตามพื้นที่ที่โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ “ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพ แต่ในการรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขจะรับดูแลผู้ป่วยทุกสิทธิของการรักษา โดยใช้พื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัยเป็นตัวกำหนดศูนย์บริการที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆ”

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นต่อแนวทางในการส่งต่อที่มีอยู่ในปัจจุบัน บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ “การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ควรมีการถ่ายทอดความรู้/เทคโนโลยีใหม่ๆ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในศูนย์บริการสาธารณสุขพัฒนาความรู้ มีความมั่นใจในการให้บริการ อีกทั้งเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ในการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบของหน่วยงานที่ส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน” หรือ “ควรมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาข้อขัดข้องในการทำงาน ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้” และ “แบบบันทึกที่มีความแตกต่าง สูญเสียเวลาในการบันทึกที่ต่างกัน”

1.2.5 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาสถานการณ์การส่งต่อของศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่การทำงานมาเป็นระยะเวลานาน และมีขั้นตอนในการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีรูปแบบที่เหมือนกัน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องมีการสอบถามเพิ่มเติม ทำให้สูญเสียเวลามากขึ้น

ในด้านนโยบายของการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้นเป็นนโยบายในการทำงานด้านหนึ่ง ทำให้การดำเนินงานสามารถส่งต่อได้ตามขั้นตอน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อที่ครอบคลุมกับปัญหาที่มีอยู่



แผนภูมิที่ 7 ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1.2.6 อภิปรายผลวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

(1) เงื่อนไขการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย

จากเงื่อนไขการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน โดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ดำเนินการส่งเอกสารการส่งต่อข้อมูล ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาต่อเนื่อง และรับการประสานงานจากโรงพยาบาลที่ต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน แต่เนื่องจากยังไม่มีกรส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลักษณะงานดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า เงื่อนไขในการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการดูแลที่ตามแนวทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(2) ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาและรับกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะงานที่ส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่องและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รูปแบบของการส่งต่อทางการแพทย์และสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การส่งต่อจากประชาชน หรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ ระยะที่ 2 การส่งต่อระหว่างสถานบริการ ระยะที่ 3. การส่งต่อภายในสถานบริการ ระยะที่ 4 การส่งกลับชุมชน

(3) ศักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านศักยภาพของทั้งสองหน่วยงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น ด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น เป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่มีหน้าที่โดยตรงในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นในด้านศักยภาพและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น ทั้งสองหน่วยงานมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2545: 29)

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำเนินการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น เนื่องจากในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นลักษณะงานใหม่ ประกอบกับไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุขมาก่อน ดังนั้นการร่างรูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านขึ้นมาก่อนนั้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถเห็นแนวทางในการส่งต่อและประเมินตนเองในความพร้อมเพื่อเตรียมเข้าสู่งานลักษณะดังกล่าวได้ถูกต้อง และเพื่อการประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย จากผลการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต่อรูปแบบ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบว่ามีความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วย โดยประเมินจาก

2.1 ด้านนโยบาย

2.1.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการศึกษาด้านเอกสารในการปฏิบัติงานเพื่อการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและการสัมภาษณ์บุคลากร พบว่า

(1) มีนโยบายที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพนอกสังกัดในพื้นที่

(2) นโยบายเปิดกว้างในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

(3) สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในการร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การบริการเชิงรุก การดูแลผู้ป่วยในระดับต่างๆตั้งแต่ ปฐมภูมิ ไปจนถึงระดับตติยภูมิ

(4) ผู้บริหารระดับสูง “เห็นด้วยต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายในการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ เช่น กองตรวจโรค ซึ่งเป็นการดูแลในงานของเวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่การส่งต่อไปในชุมชนเรายังไม่มีหน่วยงานที่ชัดเจน หน่วยงานของเรามีผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา ได้แก่ ทหารและครอบครัว ทั้งที่อยู่ในค่ายทหาร และอยู่นอกค่าย ซึ่งการดูแลนอกพื้นที่ของหน่วยทหาร หากเราทำความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ เราก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบวงจร ในอนาคตหากเรามีความเข้มแข็งในการทำงาน เราก็จะขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายลงไปที่พลเรือนที่ใช้สิทธิต่างๆ”

(5) หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน “เห็นด้วยต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นหากโรงพยาบาลมีการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง คิดว่าเป็นแนวทางที่ดีและเห็นด้วย เพราะปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยมีปัญหาและต้องการการพยาบาลที่ซับซ้อนและมากขึ้น การมีหน่วยงานกลางในการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและการติดตามผลการเตรียมความพร้อมในการกลับบ้าน และการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม”

2.1.2 ศูนย์บริการสาธารณสุข

ผลการศึกษาด้านเอกสารในการปฏิบัติงานเพื่อการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยและการสัมภาษณ์บุคลากร พบว่า

(1) หน่วยงานมีนโยบายที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติงานในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(2) หน่วยงานมีนโยบายที่เปิดกว้างในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพที่มีความประสงค์ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(3) ผู้บริหารระดับสูง “เนื่องจากการรับ - ส่งต่อเป็นนโยบายที่ชัดเจน ดังนั้นในการสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน”

(4) หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน “เห็นด้วยที่จะให้มีการประสานงานและการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย เนื่องจาก หน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุข เรามีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ชัดเจน และมีการลงพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง และให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นหากได้รับความร่วมมือกับโรงพยาบาลในการส่งต่อข้อมูลและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็วยิ่งขึ้น” “นอกจากการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยแล้ว ในการแลกเปลี่ยนความรู้ เทคโนโลยีควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือมีการลงเยี่ยมบ้านร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย”

2.2 ด้านบุคลากร

2.2.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า บุคลากรมีความตระหนักในปัญหาและสถานการณ์โรคเรื้อรัง และต้องการให้ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลรักษาที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเพิ่งจบการศึกษา มากกว่า ร้อยละ 70 ประกอบกับในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ยังไม่มีรูปแบบในการดำเนินลักษณะนี้ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจึงนำเสนอให้มีหน่วยงานในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องขึ้นในโรงพยาบาล และในเวลา 3 ปีที่ผ่านมาไม่มีการอบรมทั้งในและนอกหน่วยงานในเรื่องการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2.2.2 ศูนย์บริการสาธารณสุข

เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง บุคลากรของหน่วยงานมีความต้องการในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีการอบรมแนวทางในการส่งต่อเพื่อการเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับบุคลากรด้านการส่งต่อทุกคน ปีละไม่ต่ำกว่า 5 คน จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข นำเสนอให้หน่วยงานที่ต้องการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงานทั้งนี้เพื่อให้การดูแลได้รับความต่อเนื่องตลอดไป

2.3 ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่

2.3.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติภูมิและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจนกระทั่งอาการทุเลา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมากต้องการการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3.2 ศูนย์บริการสาธารณสุข

เนื่องจากเป็นหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นงานการดูแลต่อเนื่องจึงเป็นภารกิจหลักด้านหนึ่งของหน่วยงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และได้รับการบริการจากหน่วยงานสุขภาพอย่างถูกต้อง

2.4 ด้านทรัพยากร

เนื่องจากหน่วยงานทั้งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามบริบทของตนเอง ดังนั้นทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งในด้านบุคลากร ความรู้ งบประมาณ และอุปกรณ์ต่างๆ จึงมีความเหมาะสมกับงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

2.5 ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตรวมทั้งเป็นสาเหตุการในลำดับต้นๆของประชากร ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวในทุกด้าน ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ดังนั้นการประสานความร่วมมือทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะของโรค

(1) สถานการณ์และปัญหาโรคเรื้อรัง

จากสถานการณ์และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มากขึ้นในปัจจุบัน ตลอดจนระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งในด้านนโยบาย การบริหารทรัพยากร การวางแผนงานเพื่อเตรียมรองรับสถานการณ์ของผู้ป่วย และการดูแลที่มากขึ้น ดังนั้นในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

(2) ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อรูปแบบใหม่ของการส่งต่อ

จากการที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข พบข้อมูลที่ตรงกัน ได้แก่ ผู้ป่วย/ญาติมีความต้องการให้เกิดการส่งต่อข้อมูลของตนเอง และการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ไปถึงบ้าน ตลอดจนการติดตามดูแลเป็นระยะ เมื่อผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วย/ญาติยินดีและพึงพอใจอย่างมาก ในความร่วมมือที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยละ 2 คน พบว่า “ถ้ามีการดูแลในรูปแบบที่ได้กล่าวมา รู้สึกมั่นใจและเห็นด้วยกับรูปแบบการส่งต่อที่จะเกิดขึ้น เพราะที่ผ่านมา จะมาโรงพยาบาลตลอดเนื่องจากไม่แน่ใจในความสามารถของศูนย์ ดังนั้นหากมีการให้ความรู้กับผู้ที่ตามไปเยี่ยมบ้าน และมีข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงกัน ก็น่าจะเป็นการดี เพราะในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับความลำบากมาก”

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อตามเยี่ยมบ้านในชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 2 คน พบว่า “ดีใจที่มีรูปแบบในการส่งต่อเพื่อตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะเชื่อมั่นในการดูแลของโรงพยาบาลที่เราได้ไปรักษา หากข้อมูลที่เราได้รับการรักษา วิธีการปฏิบัติตน มาจากข้อมูลแหล่งเดียวกัน ก็จะทำให้ไม่สับสนและดูแลกันถูกต้องและต่อเนื่อง”

2.6 สรุปผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่พบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานให้เกิด ในด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ พบว่าทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจเนื่องจากการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งต่อที่นำเสนอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และตรงตามหลักการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งการดำเนินงานในลักษณะไม่เกิดความซ้ำซ้อนกันในการให้การพยาบาล หรือเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิม จึงทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย ในด้านของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมาก ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว

จากการที่ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ ผู้วิจัยพบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอ อีกทั้งลักษณะงานดังกล่าวผู้ป่วยและญาติพึงพอใจมาเช่นกัน จากการดำเนินงานในลักษณะที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญต่อการประเมินความเป็นไปได้ก่อนที่จะดำเนินงานใดๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการยอมรับ และการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้นำเสนอ หากการเริ่มต้นทำงานใดๆ ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรหรือผู้ป่วย ตลอดจนหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การดำเนินงานต่อไปอาจไม่ได้รับความร่วมมือ และไม่สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

2.7 อภิปรายผล

(1) ด้านนโยบายและบุคลากร

การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยด้านนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องสำหรับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไม่พบแนวทางในการปฏิบัติ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการปฏิบัติอย่างชัดเจนจะเห็นได้ว่าหากหน่วยงานมีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตวุฒิ จำจด (2551: 284) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัย เพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาล พบว่า การจัดบริการที่ดีนั้นจะต้องเตรียมความพร้อมทุกด้านอย่างเป็นระบบ มีนโยบายที่ชัดเจนทำให้บุคลากรทุกคนเห็นเป้าหมายเดียวกัน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่มีทักษะการทำงานเป็นทีม

(2) ด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลเริ่มมีความสนใจและพัฒนาการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน

และพัฒนาการประสานงานกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามระดับงานคือระดับปฐมภูมิ และปฏิบัติได้ถูกต้องตามระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 109) พบว่า ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในระยะยาว คือระบบสุขภาพ และระบบการเบิกจ่ายหรือการตอบแทนการบริการสุขภาพ ดังนั้นการจะสนับสนุนให้ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดำรงอยู่ในระยะยาว ระบบสุขภาพต้องคำนึงผลประโยชน์ด้านธุรกิจของหน่วยบริการ โดยการจัดระบบที่มีค่าตอบแทน และการส่งกลับไปหน่วยงานที่เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(3) ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยงานทั้ง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แต่ยังขาดความเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานและการใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลทางคลินิก ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 86) และการศึกษาของ นันทวัน สุวรรณรูป (2546: 50) ได้แก่ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนหรือที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายเป็นขบวนการในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดการรักษาคัดตอน ซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลา พื้นที่ในการดูแล และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ผลการยกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

3.1 ขบวนการในการยกร่างรูปแบบ

3.1.1 ข้อมูลในเชิงแนวคิด ทฤษฎี

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันการพัฒนาระบบการสาธารณสุข วิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอก

โรงพยาบาล รวมถึงการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคที่มีทั้งช่วงเวลาที่โรคสงบ หรือช่วงเวลาที่ภาวะของโรคกำเริบ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย/ ผู้ดูแลมีความตื่นตัวในการรับ/ตระหนักในบทบาทที่ต้องจัดการดูแลตนเอง ทีมผู้ให้บริการต้องมีการเตรียมตัวในการเพิ่มพูนความรู้ และการปฏิบัติในการร่วมมือกับหน่วยงานทางสุขภาพเพื่อประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หน่วยงานทางสุขภาพจะต้องมีความตระหนักในปัญหาผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนความตื่นตัวในการแสวงหาความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ และการจัดการความรู้ (Share & Learn) ไม่ว่าจะเป็นความรู้ที่มีอยู่ในตำรา เป็นความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) หรือความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ทั้งนี้เพื่อเป็นการมุ่งส่งเสริมศักยภาพอันเกิดจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ของบุคลากร ให้สามารถแปรรูปปัญหาที่มีอยู่ภายในให้เป็นความรู้แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกันจนเกิดเป็นความคิดเชื่อมโยง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์กร มากกว่าการมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้วเป็นหลัก

3.1.2 สถานการณ์ของการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ ศูนย์บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นคำถามปลายเปิดและได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยศึกษาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์โดยการเข้าร่วมประชุมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเลิศ การประชุมเรื่องแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และจากการศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่หน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วชิระพยาบาล ในการศึกษาดูงานทั้งสองหน่วยงานผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินงานในการประสานข้อมูลเพื่อการประสานงานในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่การประสานข้อมูลจากหน่วยงานในโรงพยาบาล การศึกษาข้อมูลที่ได้รับ การวางแผนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การประสานงานไปยังหน่วยงานที่ผู้ป่วยพักอาศัย และการเยี่ยมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติที่บ้าน ร่วมกับหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน จากการศึกษาดูงานทั้งสองหน่วยงานผู้วิจัยพบว่า แนวทางในการดำเนินงานของทั้งสองแห่งเป็นการดำเนินงานในลักษณะเดียวกัน

ผลการสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยงานทั้งสองแห่ง พบว่า นโยบายในการดำเนินงานเป็นสิ่งสำคัญ การวางแผนงานที่เป็นระบบ การติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน และการตอบรับของศูนย์บริการสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วย รวมถึงความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและญาติของทั้งสองหน่วยงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่าความร่วมมือในการดำเนินงานของหน่วยงานตนเองได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรักในการทำงานรูปแบบนี้ แต่พบว่าการประสานงานเรื่องผู้ป่วยจะเป็นการส่งเอกสารและการตอบกลับของข้อมูลทางโทรสาร ไม่พบการวางแผนงานร่วมกันเช่นการประชุมร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน หรือมีการใช้อุปกรณ์ เช่น การเจาะคอ การใช้ออกซิเจน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของหน่วยงานที่รับ - ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความร่วมมือในลักษณะของเครือข่ายการจัดการความรู้ โดยผ่านทางกิจกรรม ได้แก่ การสร้างความรู้ การแลกเปลี่ยน การเผยแพร่ความรู้ระหว่างกัน การนำความรู้ไปใช้ พร้อมทั้งการประเมินผลร่วมกันจากการนำผลการวางแผนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปใช้ ตลอดจนมีการพัฒนากิจกรรมการจัดการความรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และควรดำเนินการไปในทิศทางเดียวกับพันธกิจหลักขององค์กรเพื่อการดำเนินการและการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมถึงการต่อยอดเป็นนวัตกรรมต่อไป

3.1.3 ความคิดเห็นของผู้บริหาร

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงานทั้งสองฝ่าย และรวบรวมข้อมูลนำเสนอผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงาน ผู้วิจัยพบว่า ผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานเห็นชอบในการดำเนินการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้นไป

3.2 รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งในส่วน of ทฤษฎี การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

- (1) โรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(2) ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน

(3) มีการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

(4) มีการกำหนดพันธกิจและบทบาทหน้าที่ของงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

(5) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจน

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ข้อสรุปลักษณะสำคัญของรูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเกิดความต่อเนื่องและมีความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงนำเสนอหน่วยงานในการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Collaboration center for Continuing Care (CoCC))

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 45.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง ร้อยละ 73.0 และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 60.0 โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะมีปัญหาในอนาคต ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากพิจารณาประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยมากและเป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัย ได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และเบาหวาน ซึ่งพบสัดส่วนการตาย ร้อยละ 49.7 และสัดส่วนการป่วย ร้อยละ 42.2 สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2541 - 2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9 - 11.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.3 - 5.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 3.6 - 14.4 ต่อประชากรแสนคน (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2547) เนื่องจาก ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวทุกด้าน ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงต้องมีการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุม

อาการ ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิถีความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะอยู่ในระยะที่อาการเลวลงหรือระยะโรคสงบ เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการได้ทันทั้งที่

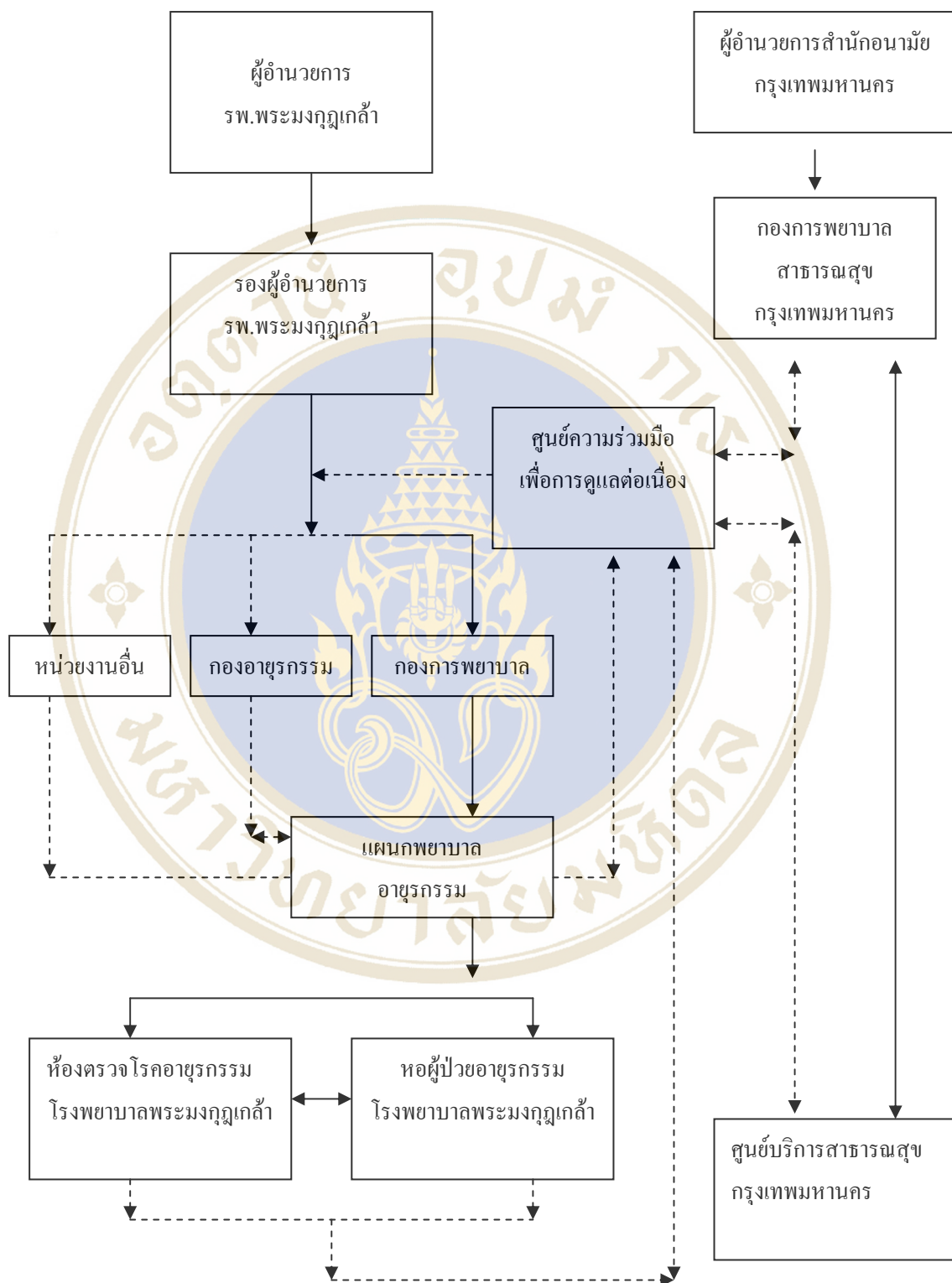
เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ได้จัดไว้สำหรับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพที่ขาดการประสานความร่วมมือ การรักษา / การดูแลที่เป็นอยู่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่เป็นครั้งคราวและจากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันของ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (มีนาคม, 2549) พบว่าระบบการส่งต่อ ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย

ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความต่อเนื่องและเป็นการพัฒนาสาธารณสุขแบบผสมผสาน โดยมีหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. การสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย
 2. การมุ่งเน้นที่ความต้องการและลำดับความสำคัญของผู้ป่วย
 3. การให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเอง
 4. การจัดให้มีการติดตามเชิงรุก
 5. การใช้ประโยชน์จากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงาน
 6. การเชื่อมโยงผู้ป่วยกับทรัพยากรและการสนับสนุนในชุมชน
 7. การใช้สารสนเทศเพื่อการบันทึก ติดตาม เช่นการขึ้นทะเบียน แผนการดูแลรักษา
 8. การประสานความร่วมมือของหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อการ
- ทำงานเป็นทีม เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(1) บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นหน่วยงานการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการ ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิถีความเจ็บป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการเตรียมส่ง / ประสานงานในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล



หมายเหตุ —> สายการบังคับบัญชา - - - -> สายการประสานงาน

แผนภูมิที่ 8 โครงสร้างศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

(2) วิสัยทัศน์

เป็นศูนย์ที่เป็นความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ในการส่งเสริมพัฒนา สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(3) พันธกิจ

- เป็นศูนย์ที่สร้างความร่วมมือ สนับสนุน และพัฒนาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- เป็นศูนย์ข้อมูลทางวิชาการให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(4) เป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิต
- สร้างเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแล/สนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ

(5) หน้าที่และความรับผิดชอบ

มีการดำเนินงาน 4 งานหลัก คือ

- งานเตรียมความพร้อมและข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ
- งานเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- การประสานงานระหว่างหน่วยงานภายใน ภายนอกโรงพยาบาล
- การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(6) โครงสร้างของศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1. คณะกรรมการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีองค์กรรับผิดชอบในการดำเนินงานการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่สามารถดำเนินงานและมีการประสานงานเชื่อมโยงในทุกส่วน / หน่วยบริการ ทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการต่างๆ ที่ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดำเนินงานการประสานงานส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการที่ปรึกษา
2. คณะกรรมการอำนวยการ
3. คณะกรรมการปฏิบัติงาน

1. คณะกรรมการที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ปรึกษา
- ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ปรึกษา

บทบาทหน้าที่

ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการอำนวยการ

2. คณะกรรมการอำนวยการ

- รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประธาน
- ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการ
- แพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการ
- แพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรุงเทพมหานคร กรรมการ
- ผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการ
- ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กรรมการ
- หัวหน้าหน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการ
- หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการ
- หัวหน้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร กรรมการ
- หัวหน้าฝ่ายวิจัยและเผยแพร่ กองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กรรมการ
- หัวหน้าฝ่ายนิเทศ กองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กรรมการ

บทบาทหน้าที่

1. กำหนดนโยบาย ในการดำเนินการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
2. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และมอบหมายงานด้านการประสานงาน

เพื่อการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลแก่งหน่วยงานต่างๆ

3. พิจารณาและกำหนดแนวทางในการประสานงานเพื่อการดูแล
ต่อเนื่อง ได้แก่

3.1 งานเตรียมความพร้อมและข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

3.2 งานเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่

3.3 การประสานงาน

3.4 การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

4. พัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งต่อและการ
ประสานงาน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

5. ติดตามและประเมินผลการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

6. สรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลให้ผู้บริหารรับทราบ

3. คณะกรรมการปฏิบัติงาน

(1) หัวหน้าศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

คุณสมบัติ

แพทย์ / พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง /

เวชปฏิบัติ

หน้าที่รับผิดชอบ

1. กำหนดนโยบาย, เป้าหมายของงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ประสานงานและให้เกิดการสนับสนุนด้านการบริหารงาน
เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรและหน่วยงานในเรื่องการส่งต่อและการ
ดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินผลการดำเนินงาน และวางแนวทางให้ได้ผลลัพธ์ตาม
วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

5. รายงานกิจกรรมและความก้าวหน้าของงานต่อผู้บริหารอย่าง
ต่อเนื่อง

(2) แพทย์ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คุณสมบัติ

1. แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว / แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน / การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

หน้าที่รับผิดชอบ

1. ร่วมกำหนดแผนแม่บท แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านการประสานงาน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้ประสานงานด้านแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย
3. เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ สนับสนุน การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและญาติอย่างต่อเนื่อง
4. ศึกษาวิจัยและประเมินผลงานการประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. จัดระบบศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. ดำเนินการประสานงาน การจัดประชุม ในการจัดทำนโยบาย และแผนกลยุทธ์ รวมทั้งแผนการดำเนินงานของศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(3) พยาบาลศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คุณสมบัติ

1. ปริญญาโท / APN ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการใน การดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือการส่งเสริมสุขภาพ หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. มีความรู้และสามารถใช้คอมพิวเตอร์
5. มีความคิดสร้างสรรค์ (จากงานที่ปฏิบัติอยู่)
6. มีความสามารถในการให้ความรู้ การอบรม และการแนะนำ
7. เป็นผู้มีความซื่อสัตย์สุจริต และการประสานงานที่ดี

หน้าที่รับผิดชอบ

1. ร่วมกำหนดแผนแม่บท แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านการประสานงาน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
2. เป็นผู้ประสานงานในเรื่องการส่งต่อและการประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินงานนิเทศและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ
4. ฝึกอบรม สอน การปฏิบัติเพื่อการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ สนับสนุน การพัฒนาความรู้และทักษะในการประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ศึกษาวิจัยและประเมินผลงานการประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
7. จัดระบบหน่วยงานการประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
8. ดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาหน่วยประสานงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
9. ดำเนินการประสานงาน การจัดประชุม ในการจัดทำนโยบายและแผนกลยุทธ์ รวมทั้งแผนการดำเนินงานของหน่วย

(4) เจ้าหน้าที่ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

คุณสมบัติ

1. จบปริญญาตรีในสาขาที่มีความรู้พื้นฐานทางด้าน
 - คอมพิวเตอร์
 - การบริหารงานทั่วไป
2. สามารถใช้งานคอมพิวเตอร์ได้เป็นอย่างดี
3. เป็นผู้มีความซื่อสัตย์สุจริต

หน้าที่รับผิดชอบ

1. พิมพ์เอกสารและรับ-ส่งหนังสือ
2. จัดทำสื่อการสอน และการนำเสนอโปสเตอร์ต่างๆ
3. ดูแล Web site ของหน่วยงาน
4. จัดเตรียมการประชุมและจัดบันทึกการประชุม

(7) การเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

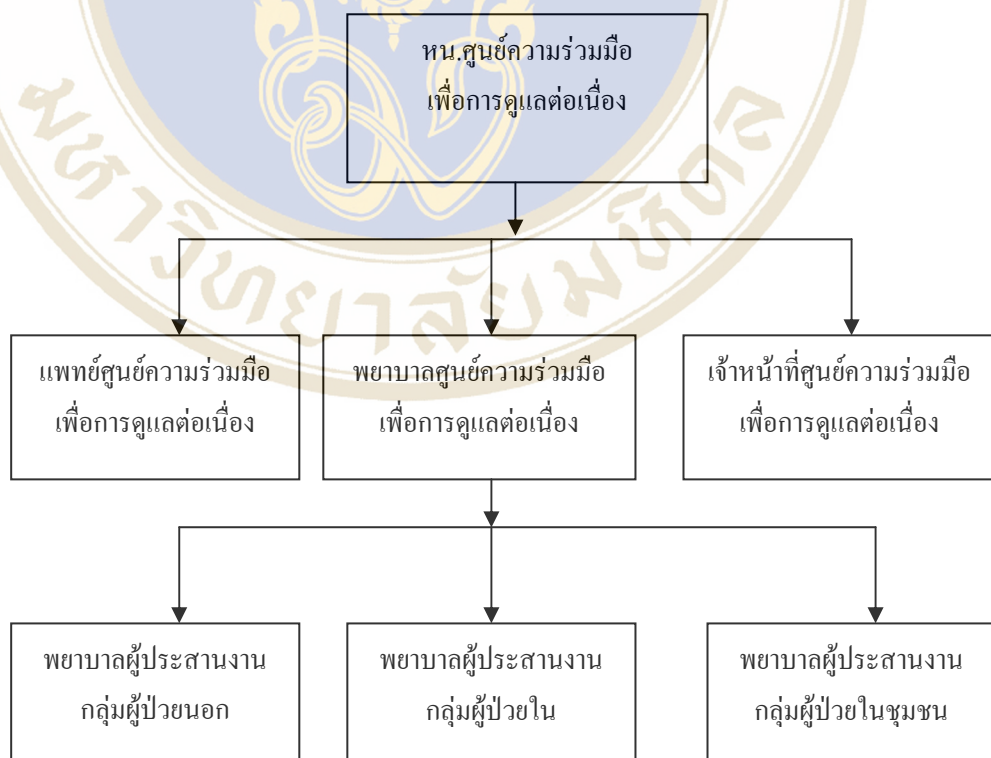
วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เปิดรับสมัครบุคลากร เพื่อเข้าทำงานในศูนย์ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
2. ประเมินความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. จัดอบรมความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. จัดอบรมความรู้เรื่องแนวทางในการประสานงานเพื่อการส่งต่อและการดูแล
5. จัดเตรียมบุคลากรเพื่อส่งอบรมในหน่วยงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ต่อเนื่อง



แผนภูมิที่ 9 โครงสร้างภายในศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการ

1. นำเสนองานศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อขออนุมัติให้เป็นนโยบาย และประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน
2. นำเสนองานศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่ได้รับอนุมัติแล้วต่อคณะกรรมการอำนวยการเพื่อขออนุมัติ และให้การสนับสนุน และประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน
3. จัดประชุมแพทย์ผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องตรวจโรค หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กองการพยาบาล สติติ เวชระเบียน หน่วยประกันสุขภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1. เลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามคุณลักษณะดังนี้
 - 1.1 Curable / Recover ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสั้น / อุบัติเหตุ / หลังผ่าตัด / หลังคลอดที่เป็น case high risk
 - 1.2 Long – term Chronic ผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ และวัณโรค
 - 1.3 Long – term with mild disability ผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน
 - 1.4 Long – term with extreme disability ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลซับซ้อน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์
 - 1.5 Terminal ill หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ประเมินผู้ป่วยและลงแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - ส่วนการรักษา บันทึกโดยแพทย์ผู้ดูแล
 - ส่วนการพยาบาล บันทึกโดยพยาบาลห้องตรวจโรค / พยาบาลหอผู้ป่วย
3. พยาบาลประจำห้องตรวจโรค / หอผู้ป่วย ประสานงานเพื่อการส่งต่อมายังศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
4. ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลงทะเบียนรับผู้ป่วย

4.1 ห้องตรวจโรค

- พยาบาลห้องตรวจโรคส่งแบบบันทึกการส่งต่อ มาที่ศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- พยาบาลห้องตรวจโรคส่งผู้ป่วยและญาติมาติดต่อศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

4.2 หอผู้ป่วย

- พยาบาลหอผู้ป่วยส่งแบบบันทึกการส่งต่อ มาที่ศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- พยาบาลหอผู้ป่วยประสานผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดต่อเพื่อลงทะเบียนและให้คำแนะนำ

5. ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ส่งแบบบันทึกตัวจริงให้ผู้ป่วย และญาตินำติดตัวไว้

6. ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินแบบบันทึก ส่งต่อให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ตามพื้นที่รับผิดชอบ

7. ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินแบบบันทึก เก็บหลักฐานไว้ที่ OPD Card 1 ชุด และเก็บไว้ที่ ศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน 1 ชุด

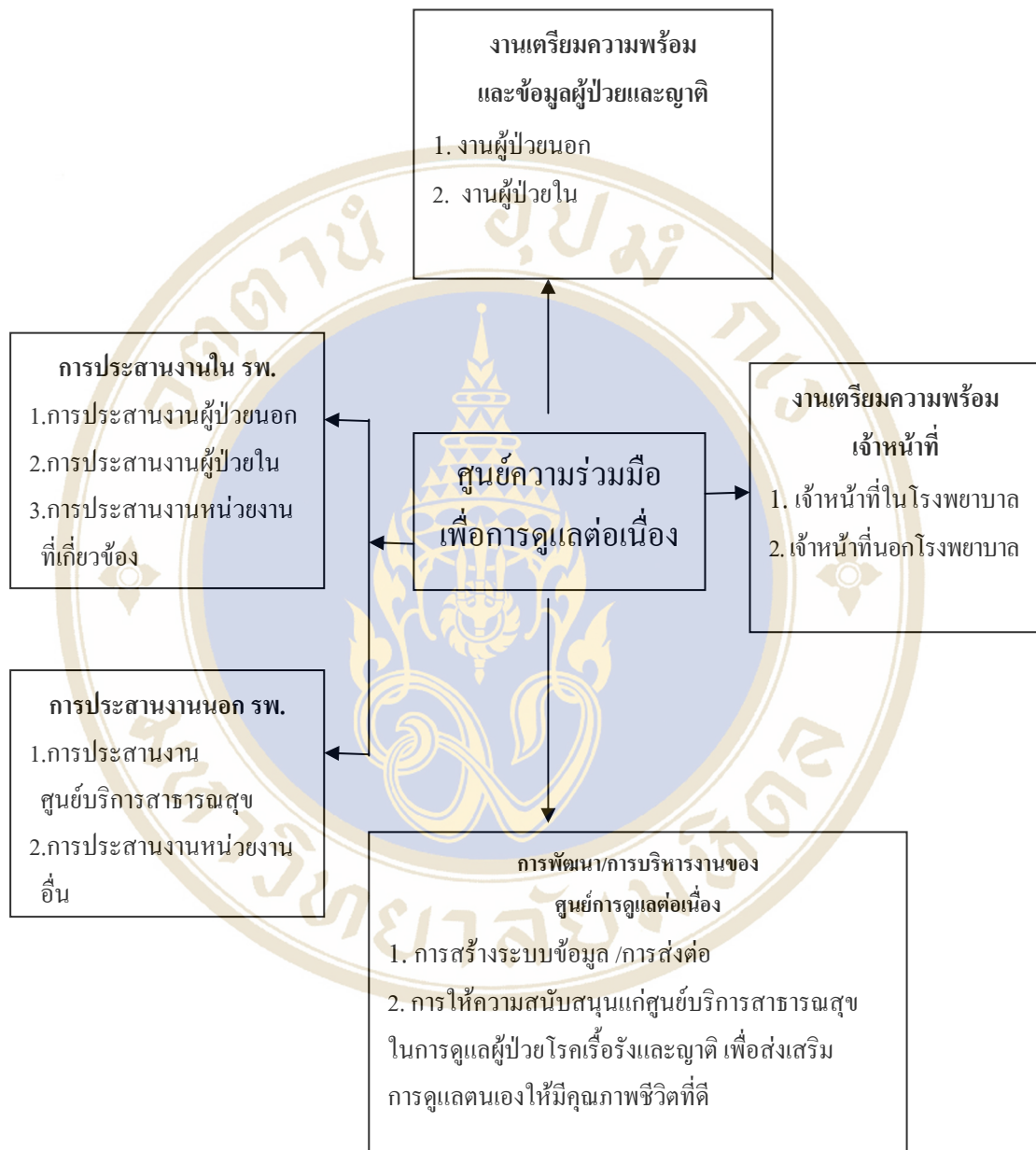
8. พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข เยี่ยมผู้ป่วยญาติที่บ้าน วัน เวลาที่นัดหมาย

9. กรณีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน / ใช้อุปกรณ์พิเศษ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ประสานพยาบาลจากหอผู้ป่วยที่ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและญาติที่บ้าน และวางแผนทางในการพยาบาลร่วมกัน

10. พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติที่บ้าน ส่งกลับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อรวบรวมข้อมูล และส่งกลับหน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนกลับบ้าน และรวบรวมข้อมูลเพื่อการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและการพัฒนา

11. ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องประสานงานเจ้าหน้าที่ ฝ่ายนิเทศทั้งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อวางแผนทางในการนิเทศร่วมกัน โดยใช้การถอดบทเรียนของ แต่ละหน่วยงาน เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กำหนดให้มีการนิเทศร่วมกันทุก 6 เดือน

(8) งานบริการของศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง



1. การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากผลการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของทั้งสองหน่วยงาน ผู้วิจัยพบว่า ในการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย / ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้การส่งต่อผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.1 งานเตรียมเจ้าหน้าที่ศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1.1.1 วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการประสานงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.1.2 เนื้อหาสาระ

- ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง
- ความรู้เรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ความรู้เรื่องศูนย์บริการสาธารณสุข
- ความรู้เรื่องแนวทางการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1.1.3 วิธีการปฏิบัติ

- จัดอบรมเรื่องโรคเรื้อรัง การดูแลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์บริการสาธารณสุข แนวทางในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีการปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1.1.4 การประเมินผล

- แบบประเมินทักษะในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย
- แบบประเมินความรู้เรื่องต่างตามเนื้อหาสาระ

1.2 งานเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1.2.1 วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่รับ – ส่งต่อผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจงานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่รับ – ส่งต่อผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

1.2.2 เนื้อหาสาระ

- ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง
- ความรู้เรื่องแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ความรู้เรื่องการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

1.2.3 วิธีการปฏิบัติ

- จัดประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเตรียมความพร้อมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังและแนวทางการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

1.2.4 การประเมินผล

- แบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการประชุมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- แบบบันทึกปัญหา ข้อขัดข้องที่เกิดขึ้น แนวทางในการแก้ไข การประสานงานการส่งต่อ

1.3 งานเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เข้าสู่ระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่

1.3.1 วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในเรื่องโรคเรื้อรัง
- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ในการเข้าสู่ระบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

1.3.2 เนื้อหาสาระ

ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงลักษณะอาการของโรคเรื้อรัง เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินโรคทั้งในภาวะที่โรคสงบ และในภาวะที่โรคกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตน ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การออกกำลังกาย การประเมินอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

1.3.3 วิธีการปฏิบัติ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ เข้ารับคำแนะนำการปฏิบัติตน ที่ห้องให้คำแนะนำศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง แนะนำข้อมูลในการเข้าสู่ระบบ การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข
- ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติ รับแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการดูแล

ศูนย์บริการสาธารณสุข

- ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่องส่งแบบบันทึกข้อมูลไปที่

ศูนย์บริการสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ตามวัน เวลา ที่นัดหมาย หากท่านมีข้อขัดข้อง / ข้อซักถาม กรุณาติดต่อ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

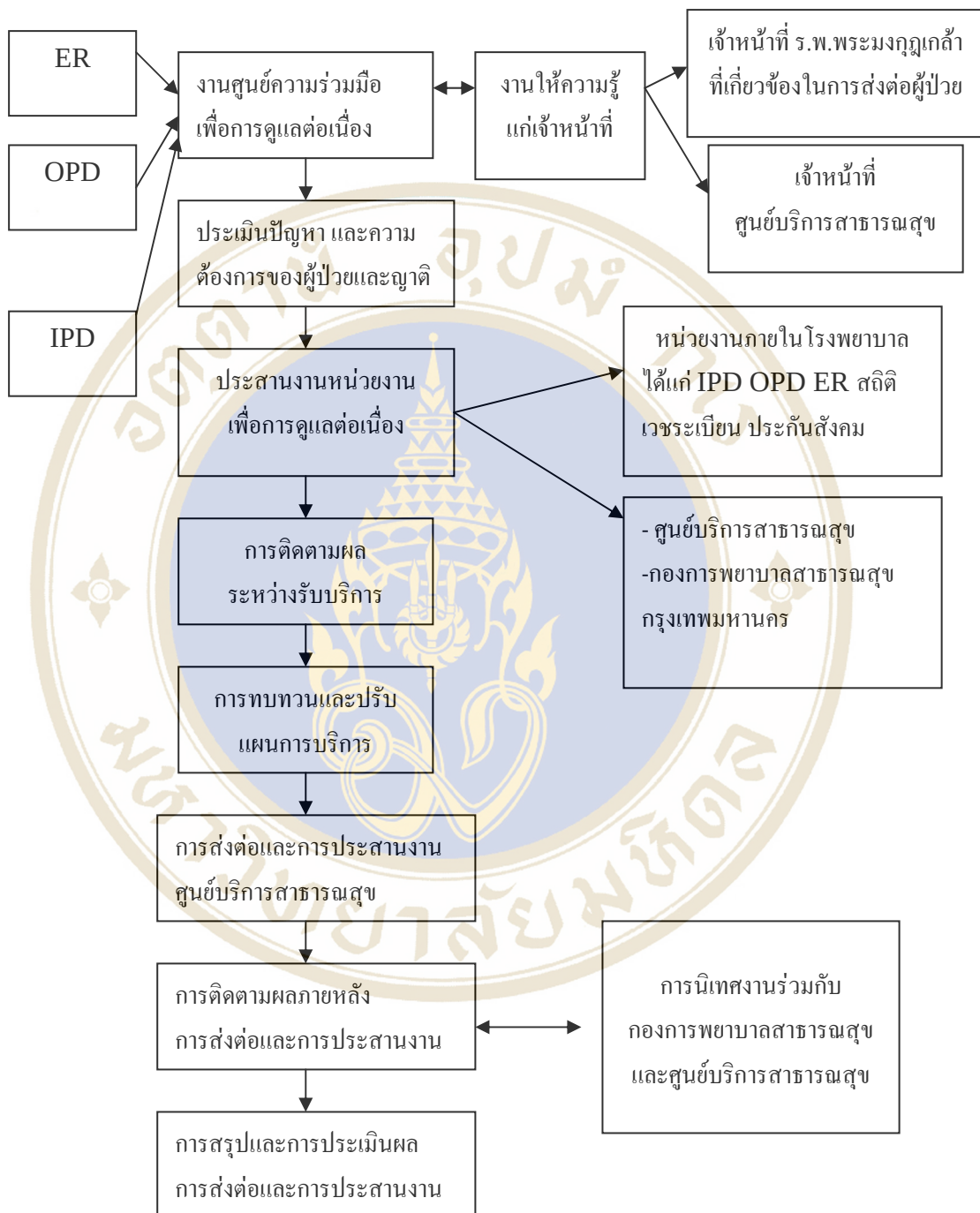
1.3.4 เครื่องมือที่ใช้

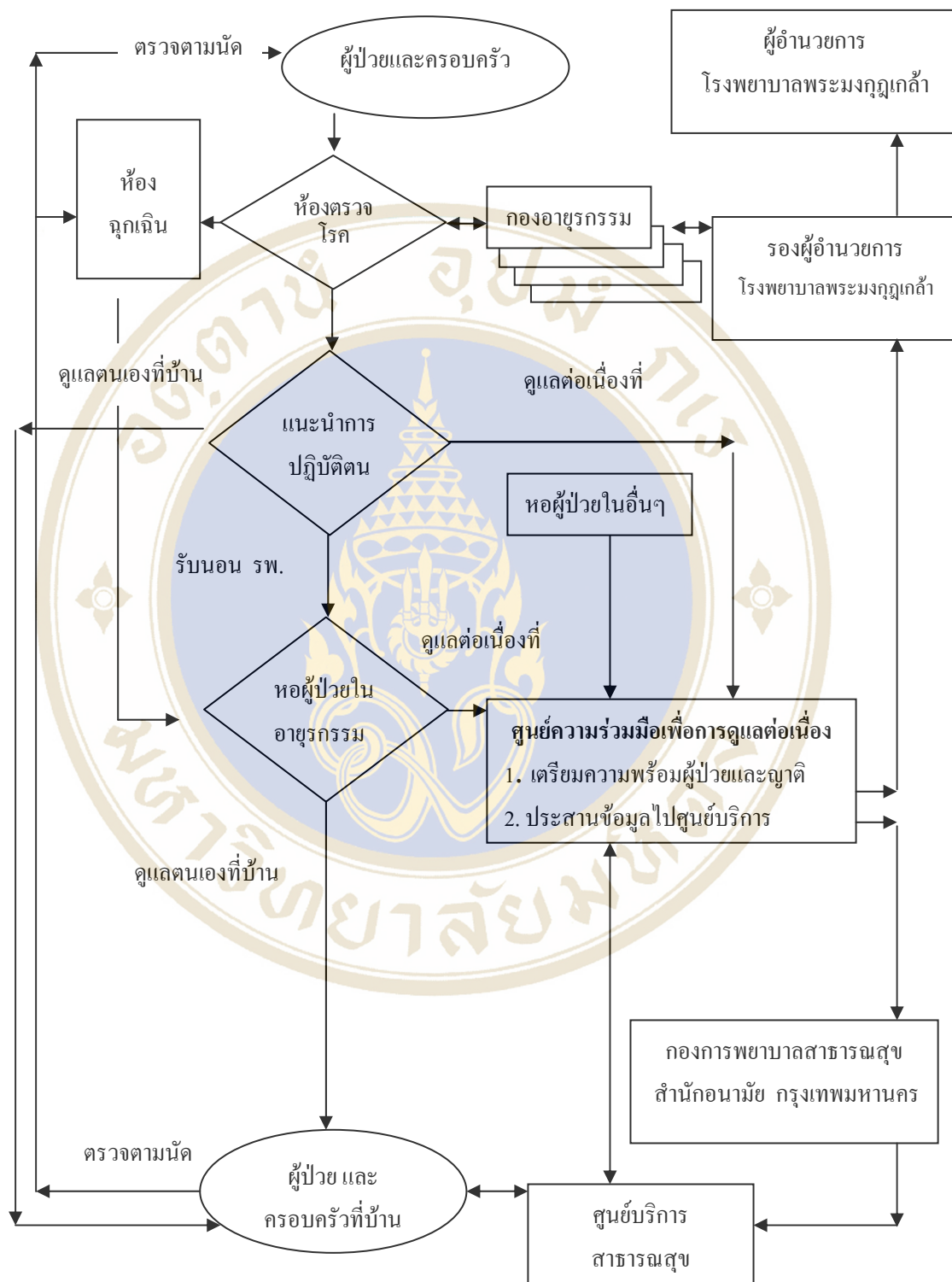
- VDO ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง
- แผ่นพับ เอกสารความรู้ต่างๆ
- อุปกรณ์สาริตการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1.3.5 การประเมินผล

- แบบประเมินการปฏิบัติตามโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยพยาบาลศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน
- สถิติการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ (Re-admission)

2. ขั้นตอนในการรับบริการ งานศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง





แผนภูมิที่ 10 การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังรูปแบบใหม่ จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการ
สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

3.3 สรุปผลการยกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากผลการยกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ข้อมูลในเชิงแนวคิด และทฤษฎีของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มที่มากขึ้น และส่งผลกระทบทั้งในด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย การนอนรักษาที่ใช้เวลานานทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยอื่นได้ ดังนั้นในการนำเสนอรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับความคิดของผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลอยู่

จากการที่ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ นอกจากความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอของบุคลากรทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการยกร่างรูปแบบของงานให้เกิดขึ้น เนื่องจากในหน่วยงานที่ไม่ได้มีการดำเนินงานในลักษณะนี้มาก่อน ผู้ปฏิบัติงานอาจไม่มีความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรืออาจไม่ทราบแบบบันทึกในการส่งต่อของผู้ป่วยมาก่อน ดังนั้นหากมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและแบบบันทึกเป็นตัวอย่างก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

3.4 อภิปรายผล

(1) ขบวนการในการยกร่างรูปแบบ

ในการยกร่างรูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขบวนการยกร่างรูปแบบโดยการศึกษาความรู้ และการแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยจะทำให้ได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาแก้ไขข้อหาได้ถูกต้อง ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว ต้องใช้เวลาและความอดทนในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูล และผู้ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้จะต้องมีความคล่องตัว มีเวลา และมีใจรักในการค้นคว้าข้อมูลในลักษณะดังกล่าว ซึ่งการจัดการความรู้ในลักษณะที่ได้กล่าวมานั้น สอดคล้องกับ ประพนธ์ ผาสุขยืด (2550: 30) การจัดการความรู้เป็นกระบวนการดึงเอาความรู้ที่มีอยู่ภายในองค์กรออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเก็บเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึง และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานได้

(2) รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่มีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นหน่วยงานในการประสานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่หน่วยงานทั้งสองยอมรับทั้งหลักการและเหตุผลที่เหมาะสมในการจัดตั้ง การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้ประสบ

ความสำเร็จในการลดอัตราการป่วย ตาย พิการ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก Water (1987) (อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย 2546: 55) ระบุว่า การจัดบริการการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน จะต้องมีกิจกรรมการประสานงานที่ชัดเจน รวมทั้งการสื่อสาร และการให้ข้อมูลทั้งในระหว่างบุคคล ทีมสุขภาพ และองค์กร การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ มีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อสรุปด้านปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเรื่อง การขาดระบบติดต่อสื่อสารและหน่วยงานในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดย วรพร ชาวสวนเจริญ (เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551: 9)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

หลังจากผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่และขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ การยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ยกร่างให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อร่วมกันพิจารณารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่สร้างขึ้น

4.1 ข้อคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ต่อร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบใหม่ที่กร่างขึ้น มาให้ผู้ทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานมีข้อคิดเห็น ดังนี้

4.1.1 รูปแบบการส่งต่อ

เนื่องจากรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่กร่างขึ้นเป็นรูปแบบที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนระหว่างสองหน่วยงาน และเป็นรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานทั้งสองฝ่าย มีความคิดเห็น ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานระหว่างทั้งสองหน่วยงานโดยศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทั้งในด้านโครงสร้างและขั้นตอนการทำการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จะเป็นหน่วยกลางในการประสานข้อมูลหรือข้อซักถาม ตลอดจนข้อเสนอแนะต่างๆ ของทั้งสองหน่วยงาน เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

ศูนย์บริการสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการส่งต่อไปสู่สถานบริการที่ไม่มีหน่วยงานในการประสานงาน ทำให้ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลได้

4.1.2 แบบบันทึกการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการรับ ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากหน่วยงานอื่นที่มีผู้ป่วยเหล่านี้ ดังนั้นจึงพบปัญหาในการดำเนินงาน ศูนย์บริการสาธารณสุขจึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในแบบบันทึกที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง

4.1.3 ข้อเสนอแนะ

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงานทั้งสองหน่วยงาน ที่พบผู้ป่วยที่มีปัญหา ทั้งในด้านของภาวะโรค การใช้อุปกรณ์ต่างๆ การดูแลตามอาการที่ซับซ้อน ดังนั้นบุคลากรของทั้งสองหน่วยงานจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- (1) เนื่องจากการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นงานใหม่ที่ยังไม่เคยมีการดำเนินงานในลักษณะเช่นนี้ บุคลากรที่จะมาดำเนินงาน การประสานงานเพื่อให้เกิดการส่งต่อเกิดขึ้น จึงควรเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะตามที่ได้นำเสนอ และฝึกฝนการทำงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (2) ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การใช้อุปกรณ์พิเศษ ควรมีคู่มือการปฏิบัติ หรือการเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลทั้งสองหน่วยงาน
- (3) เสนอให้มีการประชุมร่วมกัน เพื่อรับทราบปัญหา ข้อขัดข้อง ในการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกันในการปรับปรุงการทำงาน
- (4) การประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการ
- (5) การทำหน่วยงานกลางในการรวบรวมอุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ได้แก่ ไม้เท้า เตียงนอนผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน ข้อมูลแหล่งเดิมออกซิเจน

4.2 ข้อคิดเห็นของผู้บริหาร ต่อร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบที่ยกร่างและผ่านการประชุมระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งสองฝ่าย ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานทั้งสองฝ่าย นำเสนอต่อผู้บริหารทั้งสองฝ่ายเพื่อพิจารณาร่วมกัน

4.2.1 รูปแบบการส่งต่อ

เนื่องจากรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ยกร่างขึ้นเป็นรูปแบบที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนระหว่างสองหน่วยงาน และเป็นรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาในการ

ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ผู้บริหารทั้งสองหน่วยงาน มีความคิดเห็น ต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานระหว่างทั้งสองหน่วยงาน โดยศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทั้งในด้าน โครงสร้างที่นำเสนอ และขั้นตอนการทำงานส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จะเป็นหน่วยกลางในการประสานข้อมูลหรือข้อซักถาม ตลอดจนข้อเสนอแนะต่างๆ ของทั้งสองหน่วยงาน

4.2.2 แบบบันทึกการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ผู้บริหารทั้งสองฝ่าย มีความคิดเห็นต่อแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2.3 ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสองหน่วยงาน มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน ผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานเสนอให้มีการประชุมในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประชุมร่วมกันเพื่อเสนอข้อคิดเห็นในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประชุมร่วมกันระหว่างสองหน่วยงาน และดำเนินการ ดังนี้

- (1) กำหนดนโยบายการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
- (2) พัฒนารูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ ควรเริ่มต้นจากการสร้างความรู้ ความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย
- (3) การดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลรับผิดชอบควรเป็นผู้ที่มีใจรักในการบริการ มีความรู้ความเข้าใจในโรคเรื้อรังและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานดี มีการทำงานเป็นทีม
- (4) จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- (5) ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งสองหน่วยงาน เช่น การจัดสัมมนา ร่วมกัน การประชุมวิชาการ การจัดทำคู่มือการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แผ่นพับ ทั้งในบุคลากรและผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข และกองการพยาบาลสาธารณสุข
- (6) ควรมีการประสานงานหน่วยงานที่ทำงานด้านการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และทรัพยากรต่างๆ เช่น โรงพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วย

4.3 สรุปผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร พบว่ารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นระหว่างสองหน่วยงานนั้น มีความเหมาะสมทั้งในด้รรูปแบบและแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

4.4 อภิปรายผล

ในการประชุมเพื่อพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและการนำเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย ในการประชุมผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อเสนอแนะและพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสองหน่วยงาน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงไกร พันธุ์ไทย (2550: บทคัดย่อ) พบว่า เครือข่ายการจัดการความรู้ เป็นกระบวนการสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้ และการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างองค์กรผ่านทางกิจกรรมการจัดการความรู้ ซึ่งก็คือ การสร้างความรู้ การแลกเปลี่ยน เผยแพร่ความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ พร้อมทั้งประเมินผลที่ได้จากการนำความรู้ไปปฏิบัติ การสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้นั้นจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกของเครือข่ายนั้นมีจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน และสิ่งสำคัญ คือ การสร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และการถ่ายโอนความรู้ระหว่างสมาชิกที่มาจากแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร ที่มีความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ภายในเครือข่ายมีความรู้และประสบการณ์ที่หลากหลาย การสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้ ควรดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกับพันธกิจหลักขององค์กร เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้องค์กรสามารถสร้างความรู้เพื่อต่อยอดเป็นนวัตกรรมต่อไป

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ใช้การวิจัยเพื่อการพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่าง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษานี้มี 4 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ โดยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ศึกษา ของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยการเชิญบุคลากรของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ศูนย์บริการสาธารณสุข และกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ประชุมร่วมกัน แบ่งเป็น ระดับผู้ปฏิบัติ ระดับผู้บริหารและนักวิชาการ จากนั้น รวบรวมข้อมูลที่ได้รับ สรุปเป็นรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร รวมระยะเวลาในการศึกษา 24 สัปดาห์ โดยมีข้อสรุปดังนี้

1. ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

1.1 สถานการณ์การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดของกองทัพบกมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ และตติยภูมิ แก่ทหาร ครอบครัวและประชาชนทั่วไปตามสิทธิในระบบประกันสุขภาพ เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง โดยสาขาที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิชั้นสูง (Center of Excellence) ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ ศูนย์เวชศาสตร์ทหาร ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์มะเร็ง นอกจากการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โดยตรงแล้ว โรงพยาบาลได้มีการรับปรึกษาและรับย้ายผู้ป่วยที่เกินความสามารถในการดูแลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกองทัพบกทั้ง 37 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ตลอดจนโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยปรึกษาและรับย้ายเข้ามาในโรงพยาบาล โดยการรับผู้ป่วยที่เป็นทหาร ครอบครัว และพลเรือนตามลำดับ

1.1.1 เงื่อนไขการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานที่ให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ ตลอดจนการรับปรึกษา รับย้ายจากโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาล และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นที่ส่งปรึกษา โดยมีเงื่อนไขดังนี้

(1) ผู้ป่วยจากหน่วยงานระดับปฐมภูมิ มีอาการรุนแรงเกินขีดความสามารถของหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจะใช้ “แบบส่งคนไข้ไปรับการตรวจหรือรักษาตัวต่อนอกหน่วยรักษาพยาบาล ทบ.” (ทบ. 466 – 500) และมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นำส่งโรงพยาบาล ตามความเหมาะสม ในเวลาราชการ เจ้าหน้าที่จะนำส่งห้องตรวจโรคเพื่อรับการตรวจก่อนรับเข้าหอผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนัก/นอกเวลาราชการ นำส่งที่ห้องฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยตรง ทั้งที่เป็นผู้ป่วยทหาร ครอบครัว หรือพลเรือน ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้รับการสอบถามเพื่อประเมินอาการ โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ดังกล่าว จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวเพื่อไปตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางในแต่ละโรค เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

(3) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ หากเกินขีดความสามารถหรือมีความประสงค์ที่จะขอย้ายมาเพื่อรับการรักษาตัวต่อเนื่อง จะใช้ระเบียบปฏิบัติโรงพยาบาล ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์เจ้าของไข้ หรือติดต่อมาก่อนและมีเตียงรับ ให้สถานพยาบาลนั้นประสานมาที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยไว้ก่อน ถ้าสถานพยาบาลนั้นรู้จักหอผู้ป่วยโดยตรงและมีเจ้าหน้าที่มากับผู้ป่วยก็สามารถตรงไปยังหอผู้ป่วยได้ทันที ถ้าสถานพยาบาลนั้นยังไม่รู้จักหอผู้ป่วยให้มาที่ห้องฉุกเฉินก่อนเพื่อจะให้เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินนำทางไป หรือจะมาให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินก่อน

(4) ผู้ป่วยขอโอนย้ายมารับการรักษา โดยยังไม่มีแพทย์เจ้าของไข้หรือยังไม่มีเตียง ญาติผู้ป่วยจะต้องไปติดต่อที่ห้องตรวจโรคของสาขานั้นในเวลาราชการ หรือติดต่อที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

1.1.2 ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

1. ในเวลาราชการ ผู้ป่วยทหาร ครอบครัว และพลเรือนที่ส่งตัวมาจากหน่วยงานที่ส่งมาปรึกษา จะได้รับการตรวจโดยแพทย์ตามแผนกที่ผู้ป่วยมีอาการ เมื่อแพทย์พิจารณาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยตามอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

2. นอกเวลาราชการผู้ป่วยทหาร ครอบครัว และพลเรือน จะได้รับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อได้รับการพิจารณาเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปตามหอผู้ป่วยที่ดูแลตามอาการของผู้ป่วย

3. เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา จนกระทั่งอาการทุเลาและสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ แพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจโรค

4. กรณีผู้ป่วยที่เป็นทหารที่กำลังปฏิบัติงาน แพทย์จะทำการสรุปประวัติการรักษาให้หน่วยงานรับทราบและหากผู้ป่วยนั้นยังคงต้องได้รับการพักฟื้นโรงพยาบาลจะมีหน่วยงานในการส่งตัวผู้ป่วยไปพักฟื้นต่อในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่พร้อมเอกสารสรุปประวัติการรักษา

5. กรณีผู้ป่วยมีความประสงค์ขอรับการรักษาตัวต่อที่หน่วยรักษา ใกล้บ้าน แพทย์จะสรุปใบส่งตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาตินำไปติดต่อหน่วยรักษาที่ต้องการ

1.1.3 สักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากพ.พระมงกุฎเกล้ามีภารกิจหลักในการดูแลรักษาทหารและครอบครัว หลังจากนั้นจะเป็นการให้การรักษาแก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้นในการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีแนวทางในการส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทหาร อันดับแรก โดยการที่หน่วยงานปลายทางที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย จึงใช้พื้นที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัว ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยกลับไปพักบ้านที่อยู่ในเขตทหาร จะส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยพยาบาลดูแลพื้นที่ในเขตทหาร แต่ถ้าผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านนอกเขตทหาร การพิจารณาการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พิจารณาในด้านวิชาการด้านนโยบายของสถานพยาบาล ด้านปัญหาและสถานการณ์ของโรคเรื้อรัง

1.1.4 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากศึกษาสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลของตนเองแล้วผู้ป่วยที่รับปรึกษาและส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นทั้งในและสังกัดของกระทรวงกลาโหม

เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการประสานงานและความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวางระบบการบริการสุขภาพตั้งแต่หน่วยงานของโรงพยาบาล ไปจนถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

1.2 สถานการณ์การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุขมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ประชาชนทั่วไป ตามสิทธิในพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถในการรักษา และมีหน้าที่ในการรับกลับผู้ป่วยที่มีอาการทุเลา และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล

1.2.1 ระดับของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุข จะต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยจึงมีการส่งต่อเป็นระดับ ดังนี้

1. ระดับชุมชน

1.1 ศูนย์สุขภาพชุมชน (Minihealth Centre) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

1.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือในชุมชนโดยพยาบาลครอบครัว ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน หากไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจากเกินขีดความสามารถ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตนปฏิบัติงาน

1.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ให้บริการประชาชนในชุมชนด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หากไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจากเกินขีดความสามารถ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่ โดยใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อให้ผู้ป่วยถือใบส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ส่งต่อ

2. ระดับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล

2.1 การส่งต่อผู้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขไปโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข (ใช้ใบส่งต่อ 1)

2.1.1 การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น เพื่อการตรวจรักษาหรือวินิจฉัย ถือปฏิบัติดังนี้

(1) ศูนย์บริการสาธารณสุขบันทึกข้อมูล ในแบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (ใบสามสี) และมอบให้ผู้ป่วยนำไปโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ตามใบส่งต่อ

(2) ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ให้แนะนำหน่วยงานรับเรื่องการส่งต่อ หรือจุดประสานงานในการรับเรื่องการส่งต่อของโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวก (Green Channel)

(3) ผู้ป่วยนำแบบสำหรับรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ หรือรักษาต่อ (ใบสามสี) ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ณ จุดประสานรับเรื่องส่งต่อ

(4) ศูนย์บริการสาธารณสุขโทรศัพท์ หรือโทรสารการส่งต่อแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมการรับผู้ป่วย (กรณีฉุกเฉิน, เร่งด่วน)

2.2 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นนอกศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ใช้ใบส่งต่อ 2 หรือ 3)

2.2.1 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น เพื่อรับบริการต่อที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งบริการที่ให้นั้นผู้ป่วยจะต้องมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยผู้ป่วยจะถือใบส่งต่อจากโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น มายังศูนย์บริการสาธารณสุข

2.2.2 การรับการส่งต่อหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาล มายังศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการส่งต่อหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาลทั้งในรายปกติ และรายที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อมายังศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการติดตาม

2.2.3 การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หมายถึง การที่โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการติดตามให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลครอบครัวของศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยต้องใส่สายยางให้อาหารเหลวทางจมูก/หน้าท้อง ใส่สายยางสวนคาปัสสภาวะ ผู้ป่วยจะคอ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โรงพยาบาลต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น เนื่องจากจำนวนเตียงมีจำกัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางการปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านถือปฏิบัติดังนี้

(1) โรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยผ่านกองการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อรับข้อมูล จัดทำทะเบียนผู้ป่วย และซักถามปัญหาหากได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน แล้วจึงดำเนินการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบ หากมีความเร่งด่วน

กองการพยาบาลสาธารณสุขจะประสานศูนย์บริการสาธารณสุขและโทรสาร (FAX) ข้อมูลเพื่อ
ความรวดเร็ว

(2) เมื่อศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับใบส่งต่อ
ผู้ป่วย จากกองการพยาบาลสาธารณสุข ให้ลงบันทึกในลงบันทึกในรายงานการส่งต่อ 2 เพื่อการ
ลงทะเบียนและรวบรวมสถิติการรับส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดย
ศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมรายงาน ส่งกองการพยาบาลสาธารณสุข (ฝ่ายวิจัย
และเผยแพร่) ปีละ 1 ครั้ง ภายในวันที่ 5 ของเดือนกันยายน

(3) ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการส่งต่อ
ผู้ป่วยภายในไปยังผู้รับผิดชอบ (พยาบาลครอบครัว) เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจาก
ที่พยาบาลครอบครัวได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านเรียบร้อยแล้วให้ลงบันทึกในรายงานการส่งต่อ 3

1.2.2 ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย
จากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอาจอยู่ในเครือข่าย
โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม พนักงาน
รัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ป่วยที่มาจากศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น หรือข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญซึ่ง
กองบำเหน็จบำนาญได้ส่งต่อมา แบ่งออกเป็น

- 1) ระดับศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง
ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานภายในสังกัดสำนักอนามัย
- 2) ระดับโรงพยาบาล หมายถึง การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และ
ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานอื่นนอกสังกัดสำนักอนามัย

ขั้นตอนการปฏิบัติงานรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการส่งต่อ
ของหน่วยงานนั้น มายังศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยวิธีการต่อไปนี้

1.1 กรณีทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

- ให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล นำใบส่งต่อมาติดต่อขอรับบริการที่ศูนย์รับ
ข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข
- กรณีเร่งด่วน สามารถส่งโทรสารโดยตรง ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข
ที่รับผิดชอบพื้นที่ ดังกล่าวพร้อมทั้งแนะนำญาติผู้ดูแล ให้นำใบส่งต่อต้นฉบับติดต่อที่ศูนย์บริการ
สาธารณสุขด้วย

1.2 กรณีไม่ทราบพื้นที่การให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

- ให้โรงพยาบาล / หน่วยงานอื่น ส่งใบส่งต่อต้นฉบับมายังกองการพยาบาลสาธารณสุข ตามที่อยู่ ดังปรากฏไว้ด้านล่าง

2. ศูนย์รับข้อมูลข่าวสาร เมื่อได้รับข้อมูลการส่งต่อจะดำเนินการคัดกรองข้อมูล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยัง ผู้เกี่ยวข้องในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

3. ศูนย์รับข้อมูลของศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการตอบกลับข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปยัง โรงพยาบาล/หน่วยงานอื่น

1.2.3 ศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีภารกิจหลักในการดูแลประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบ และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทุกด้านที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลต่างๆ ดังนั้นกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จึงมีหน้าที่ในการพัฒนาหน่วยงานที่พัฒนาความรู้ด้านวิชาการ เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล และมีการพัฒนางานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในเนื้อหาวิชาการและพัฒนาศักยภาพ

1.2.4 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข

จากการศึกษาสถานการณ์การส่งต่อของศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่การทำงานมาเป็นระยะเวลานาน และมีขั้นตอนในการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีรูปแบบที่เหมือนกัน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องมีการสอบถามเพิ่มเติม ทำให้สูญเสียเวลามากขึ้น

ในด้านนโยบายของการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้นเป็นนโยบายในการทำงานด้านหนึ่ง ทำให้การดำเนินงานสามารถส่งต่อได้ตามขั้นตอน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อที่ครอบคลุมกับปัญหาที่มีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต่อรูปแบบ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบว่ามีความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วย โดยประเมินจากด้านนโยบาย พบว่าทั้งสองหน่วยงานมีนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้านบุคลากร ทั้งสองหน่วยงานมีบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ใน

ด้านการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง บุคลากรด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ยังไม่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และไม่มีหน่วยประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่ดูแลงานด้านนี้โดยเฉพาะ จากสถานการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรัง และการดำเนินงานทางการบริการสุขภาพต่อผู้ป่วยเหล่านี้ ตลอดจนการพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้นำเสนอทั้งสองหน่วยงาน พบว่า มีความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ พบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานให้เกิด ในด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ พบว่าทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจ เนื่องจากการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งต่อที่นำเสนอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และตรงตามหลักการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งการดำเนินงานในลักษณะไม่เกิดความซ้ำซ้อนกันในการให้การพยาบาล หรือเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิม จึงทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย ในด้านของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมาก ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 3 การยกย่องรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

3.1 ขบวนการในการยกย่องรูปแบบ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันการพัฒนาระบบการสาธารณสุข วิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคที่มีทั้งช่วงเวลาที่โรคสงบหรือช่วงเวลาที่ภาวะของโรคกำเริบ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความเป็นไปได้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงานทั้งสองฝ่าย และรวบรวมข้อมูลนำเสนอผู้บริหารของทั้งสองหน่วยงาน พบว่า ผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานเห็นชอบในการดำเนินการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้นไป

3.2 รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งในส่วนของทฤษฎี การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

- (1) โรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- (2) ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
- (3) มีการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม
- (4) มีการกำหนดพันธกิจและบทบาทหน้าที่ของงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- (5) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจน

3.2 สรุปผลการร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากผลการร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ข้อมูลในเชิงแนวคิด และทฤษฎีของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มมากขึ้น และส่งผลกระทบทั้งในด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย การนอนรักษาที่ใช้เวลานานทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยอื่นได้ ดังนั้นในการนำเสนอรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับความคิดของผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลอยู่

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

หลังจากดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่และขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ การร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และได้นำรูปแบบที่ยกร่างให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อร่วมกันพิจารณารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่สร้างขึ้น

เพื่อให้การดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสองหน่วยงาน มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน ผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานเสนอให้มีการประชุมในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประชุมร่วมกันเพื่อเสนอข้อคิดเห็นในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย จากนั้นจึงมีการประชุมร่วมกันระหว่างสองหน่วยงาน และดำเนินการดังนี้

- (1) กำหนดนโยบายการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
- (2) พัฒนารูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ ควรเริ่มต้นจากการสร้างความรู้ ความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย
- (4) จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- (5) ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งสองหน่วยงาน เช่น การจัดสัมมนา ร่วมกัน การประชุมวิชาการ การจัดทำคู่มือการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แผ่นพับ

สรุปผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร พบว่ารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นระหว่างสองหน่วยงานนั้น มีความเหมาะสมทั้งในตัวรูปแบบและแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ควรนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยมีหลักสำคัญ 3 ประการ ที่ควรเร่งรัดการดำเนินงาน คือ

(1) การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นหน่วยกลางในการประสานงานการส่งต่อรูปแบบใหม่

(2) การเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ ในการเข้าสู่ระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่

(3) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตลอดจนหน่วยตรวจโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่นี้ ผู้รับประโยชน์โดยตรงคือ ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดค่าพาหนะในการเดินทาง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผลทางอ้อมคือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศ และข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2.1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ตามระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น และนำไปใช้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2.2 การวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ที่สอดคล้องกับรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย แตกต่างกันตามเงื่อนไขและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (THE DEVELOPMENT OF REFERRAL SYSTEM IN
CHRONIC DISEASE PATIENT FROM PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL TO HEALTH
CENTERS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION)

ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ไช้เลื่อนาม 4837938 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, Ph.D., ธราดล เก่งการพานิช, M.A.,
ลักขณา เต็มศิริชัยกุล, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลัง
พัฒนารวมถึงประเทศไทยด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า
โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ
58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 45.9 ของ
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วย
โรคไม่ติดต่อสูงถึง ร้อยละ 73.0 และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 60.0 โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะ
เป็นปัญหาในอนาคต ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือด
สมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2541 - 2545 สูงขึ้นตามเวลาที่
เพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.
2547 พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9-11.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความ
ดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.3 - 5.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ
3.6 - 14.4 ต่อประชากรแสนคน เนื่องจาก ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้
หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวทุกด้าน ผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องการการดูแล
อย่างต่อเนื่องทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ใช้

โรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ได้จัดไว้สำหรับความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเฉพาะ รวมทั้งไม่มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และระบบบริการสุขภาพที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Kathleen.Sparbel และ Mary Ann Anderson, 2000 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) ดังนั้นการพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูลและสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นในการควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในขณะนี้และในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความต่อเนื่องและเป็นการพัฒนาสาธารณสุขแบบผสมผสาน ระบบส่งต่อผู้ป่วย จึงนับได้ว่าเป็นหัวใจที่สำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ (กิตติยา สาริสุต, 2540: 2) ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบของการส่งต่อ และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานได้ดีขึ้น ระบบการส่งต่อทั้งส่งไปรับการรักษาและส่งกลับไปสู่ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่ชุมชน ตามรูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 3) บางโรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมงานเฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เตรียมส่งกลับเหล่านี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 8) แต่ในสภาพความเป็นจริงพบว่า มีผู้ป่วยเรื้อรังบางรายได้รับการติดตามเยี่ยมล่าช้าเนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร ข้อมูลในการส่งต่อ การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณของรัฐในการสนับสนุน ทำให้การตกเป็นของผู้ป่วยและญาติในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคเฉพาะและโรคที่มีความซับซ้อน ให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านและกลับมาตรวจตามนัด จากการศึกษาแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของกองอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก พบว่าสถิติโรคใน 3 ระดับแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - 2549 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติและการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติที่มีความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พยาบาลจะติดต่อแพทย์เพื่อสรุปแผนการรักษา ญาติจะเป็นผู้ดำเนินการติดต่อขอรับบริการด้วยตนเอง และจากการสัมภาษณ์และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 5 หอผู้ป่วย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะทีมงานคนหนึ่งของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและอยู่ในสายงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นระบบบริการใหม่ที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสถานบริการของรัฐที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองต่อไปได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่าง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยมีกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขการพัฒนากระบวนการส่งต่อ
3. การพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
4. การประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาฐานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย นำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่มีหน่วยประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ จากนั้นผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่โดยมีศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นหน่วยงานในการประสานงาน และประเมินรูปแบบการส่งต่อรูปแบบใหม่ โดยการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งสองหน่วยงาน ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะ จากนั้นนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับ จัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่

ผู้บริหารและนักวิชาการ นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อรับข้อเสนอแนะ ประเมินความเป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข ลานก่อนามัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพกองอายุรกรรม จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย อบ.4 หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย อบ. 6 หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 8/7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/6
2. ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เข้าทำการเก็บข้อมูล

กรุงเทพมหานคร ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเยี่ยมบ้าน จากศูนย์บริการสาธารณสุขในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 (วัดไผ่ตัน)
2. ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 ศูนย์ ติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงเวลาที่เข้าทำการเก็บข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ดังนี้

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากกองอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุดของโรงพยาบาล ปัญหาที่พบคือ ญาติและผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ขาดทักษะการดูแลตนเองทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเดิม วิดกกังวลเมื่อกลับไปบ้านไม่มั่นใจในการดูแล ต้องการให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

1. หอผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. ผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในเขตของพื้นที่ของระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เจ้าหน้าที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งที่อยู่ที่บ้านและเมื่อออกจากโรงพยาบาลและต้องการการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยคัดเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องดังนี้

1. การสัมภาษณ์ ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยกำหนดเป็นคำถามการวิจัย และบันทึกผลคำตอบจากการสัมภาษณ์
2. การสังเกต โดยการสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง
3. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ในการประชุมระดับผู้ปฏิบัติงาน ระดับผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ ร่วมประชุมเพื่อแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
4. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกคำสัมภาษณ์ของบุคคลและการประชุมย่อย เพื่อช่วยเก็บข้อมูลรายละเอียด เพื่อความต่อเนื่อง โดยไม่รบกวนความรู้สึกละเลยการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆที่รวบรวมมาได้ เปรียบเทียบแลกเปลี่ยนกัน และค่อยๆจำกัดขอบเขตให้แคบลงมา จากการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆที่รวบรวมมาได้และมีความสำคัญ สรุปออกมาเป็นปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการอธิบายสาเหตุของสถานการณ์และการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาและการอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการแสดงกระบวนการในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ผลการยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

1.1 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลของตนเองแล้วผู้ป่วยที่รับรักษาและส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นทั้งในและสังกัดของกระทรวงกลาโหม

เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการประสานงานและความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวางระบบการบริการสุขภาพตั้งแต่หน่วยงานของโรงพยาบาล ไปจนถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สำหรับด้านนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากการนำเสนอแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบว่าเป็นการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นนโยบายหนึ่งของโรงพยาบาล

1.2 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์บริการสาธารณสุข

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่การทำงานมาเป็นระยะเวลานาน และมีขั้นตอนในการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม แต่

เนื่องจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีรูปแบบที่เหมือนกัน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องมีการสอบถามเพิ่มเติม ทำให้สูญเสียเวลามากขึ้น

ในด้านนโยบายของการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้นเป็นนโยบายในการทำงานด้านหนึ่ง ทำให้การดำเนินงานสามารถส่งต่อได้ตามขั้นตอน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อที่ครอบคลุมกับปัญหาที่มีอยู่

1.3 อภิปรายผลวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

(1) เจาะลึกการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

จากเจาะลึกการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน โดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ดำเนินการส่งเอกสารการส่งต่อข้อมูล ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาต่อเนื่อง และรับการประสานงานจากโรงพยาบาลที่ต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน แต่เนื่องจากยังไม่มีกรส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลักษณะงานดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า เจาะลึกในการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการดูแลที่ตามแนวทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(2) ขั้นตอนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาและรับกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะงานที่ส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่องและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รูปแบบของการส่งต่อทางการแพทย์และสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การส่งต่อจากประชาชน หรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ ระยะที่ 2 การส่งต่อระหว่างสถานบริการ ระยะที่ 3 การส่งต่อภายในสถานบริการ ระยะที่ 4 การส่งกลับชุมชน

(3) ศักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านศักยภาพของทั้งสองหน่วยงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น ด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น เป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่มีหน้าที่

โดยตรงในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นในด้านศักยภาพและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น ทั้งสองหน่วยงานมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2545: 29)

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

2.1 สรุปผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

จากผลการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่พบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานให้เกิด ในด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ พบว่าทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจเนื่องจากการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งต่อที่นำเสนอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และตรงตามหลักการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งการดำเนินงานในลักษณะไม่เกิดความซ้ำซ้อนกันในการให้การพยาบาล หรือเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิม จึงทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย ในด้านของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมาก ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว

จากการที่ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ ผู้วิจัยพบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอ อีกทั้งลักษณะงานดังกล่าวผู้ป่วยและญาติพึงพอใจมาเช่นกัน จากการดำเนินงานในลักษณะที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญต่อการประเมินความเป็นไปได้ก่อนที่จะดำเนินงานใดๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการยอมรับ และการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้นำเสนอ หากการเริ่มต้นทำงานใดๆ ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรหรือผู้ป่วย ตลอดจนหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การดำเนินงานต่อไปอาจไม่ได้รับความร่วมมือ และไม่สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

2.2 อภิปรายผล

(1) ด้านนโยบายและบุคลากร

การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยด้านนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องสำหรับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไม่พบแนวทางในการปฏิบัติ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการปฏิบัติอย่างชัดเจนจะเห็นได้ว่าหากหน่วยงานมีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาติวุฒิ จำจด (2551: 284) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการอาชีวอนามัย เพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร โรงพยาบาล พบว่า การจัดบริการที่ดีนั้นจะต้องเตรียมความพร้อมทุกด้านอย่างเป็นระบบ มีนโยบายที่ชัดเจนทำให้บุคลากรทุกคนเห็นเป้าหมายเดียวกัน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่มีทักษะการทำงานเป็นทีม

(2) ด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลเริ่มมีความสนใจและพัฒนาการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน และพัฒนาการประสานงานกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามระดับงานคือระดับปฐมภูมิ และปฏิบัติได้ถูกต้องตามระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 109) พบว่า ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในระยะยาว คือระบบสุขภาพ และระบบการเบิกจ่ายหรือการตอบแทนการบริการสุขภาพ ดังนั้นการจะสนับสนุนให้ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดำรงอยู่ในระยะยาว ระบบสุขภาพต้องคำนึงผลประโยชน์ด้านธุรกิจของหน่วยบริการ โดยการจัดระบบที่มีค่าตอบแทน และการส่งกลับไปหน่วยงานที่เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(3) ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยงานทั้งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แต่ยังคงขาดความเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานและการใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลทางคลินิก ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 86) และการศึกษาของ นันทวัน สุวรรณรูป (2546: 50) ได้แก่ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกลวิธีที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนหรือที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายเป็นขบวนการในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดการรักษาขาดตอน ซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลา พื้นที่ในการดูแล และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ผลการกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

3.1 สรุปผลการกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

ผลการกร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ข้อมูลในเชิงแนวคิดและทฤษฎีของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มที่มากขึ้น และส่งผลกระทบทั้งในด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย การนอนรักษาที่โรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยอื่นได้ ดังนั้นในการนำเสนอรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับความคิดของผู้บริหารทั้งสองหน่วยงาน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลอยู่

จากการที่ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ นอกจากความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอของบุคลากรทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการกร่างรูปแบบของงานให้เกิดขึ้น เนื่องจากในหน่วยงานที่มีได้มีการดำเนินงานในลักษณะนี้มาก่อน ผู้ปฏิบัติงานอาจไม่มีความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรืออาจไม่ทราบแบบบันทึกในการส่งต่อของผู้ป่วยมาก่อน ดังนั้นหากมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและแบบบันทึกเป็นตัวอย่างก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

3.2 อภิปรายผล

(1) ขบวนการในการกร่างรูปแบบ

ในการกร่างรูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขบวนการกร่างรูปแบบโดยการศึกษาความรู้ และการแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยจะทำให้ได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว ต้องใช้เวลาและความอดทนในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูล และผู้ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้จะต้องมีความคล่องตัว มีเวลา และมีใจรักในการค้นคว้าข้อมูลในลักษณะดังกล่าว ซึ่งการจัดการความรู้ในลักษณะที่ได้กล่าวมานั้น สอดคล้องกับ ประพนธ์ ผาสุขยืด (2550: 30) การจัดการความรู้เป็นกระบวนการดึงเอาความรู้ที่มีอยู่ภายในองค์กรออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเก็บเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึง และนำมาใช้ในการพัฒนางานได้

(2) รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่มีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นหน่วยงานในการประสานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่หน่วยงานทั้งสองยอมรับทั้งหลักการและ

เหตุผลที่เหมาะสมในการจัดตั้ง การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการป่วย ตาย พิการ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก Water (1987) (อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย 2546: 55) ระบุว่า การจัดบริการการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์การประสานงานที่ชัดเจน รวมทั้งการสื่อสาร และการให้ข้อมูลทั้งในระหว่างบุคคล ทีมสุขภาพ และองค์กร การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อสรุปด้านปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเรื่อง การขาดระบบติดต่อสื่อสารและหน่วยงานในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดย วรพร ชาวสวนเจริญ (เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551: 9)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

4.1 สรุปผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

ผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร พบว่ารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นระหว่างสองหน่วยงานนั้น มีความเหมาะสมทั้งในตัวรูปแบบและแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

4.2 อภิปรายผล

การประชุมเพื่อพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและการนำเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย ในการประชุมผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อเสนอแนะและพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสองหน่วยงาน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร พันธุ์ไทย (2550: บทคัดย่อ) พบว่า เครือข่ายการจัดการความรู้ เป็นกระบวนการสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้ และการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างองค์กร ผ่านทางกิจกรรมการจัดการความรู้ ซึ่งก็คือ การสร้างความรู้ การแลกเปลี่ยน เผยแพร่ความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ พร้อมทั้งประเมินผลที่ได้จากการนำความรู้ไปปฏิบัติ การสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกของเครือข่ายนั้นมีจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน

และสิ่งสำคัญ คือ การสร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และการถ่ายทอดความรู้ระหว่างสมาชิกที่มาจากแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร ที่มีความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ภายในเครือข่ายมีความรู้และประสบการณ์ที่หลากหลาย การสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้ ควรดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกับพันธกิจหลักขององค์กร เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้องค์กรสามารถสร้างความรู้เพื่อต่อยอดเป็นนวัตกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ควรนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยมีหลักสำคัญ 3 ประการ ที่ควรเร่งรัดการดำเนินงาน คือ

- (1) การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานการส่งต่อรูปแบบใหม่
- (2) การเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ ในการเข้าสู่ระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่
- (3) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตลอดจนหน่วยตรวจโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่นี้ ผู้รับประโยชน์โดยตรงคือ ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ ลดค่าพาหนะในการเดินทาง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผลทางอ้อมคือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศ และข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2.1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ตามระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น และนำไปใช้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2.2 การวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านใน
โรงพยาบาลระดับต่างๆ ที่สอดคล้องกับรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย แตกต่างกันตามเงื่อนไข
และบริบทของแต่ละโรงพยาบาล



THE DEVELOPMENT OF REFERRAL SYSTEM IN CHRONIC DISEASE PATIENT
FROM PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL TO HEALTH CENTERS OF BANGKOK
METROPOLITAN ADMINISTRATION

CAPT. SANSERN KHAILUENAM 4837938 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND
BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS COMMITTEE: PRASIT LEERAPAN, Ph.D.,

THARADOL KENGGANPANICH, M.A., LUKKANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

BACKGROUND AND SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM

Chronic illness is one of the important health problems of both developed and developing countries including Thailand. According to the WHO Report 2002, it was evidenced that noncommunicable disease is the important problem of the world. It was found that there were 45.9 percent of the world's total patient were the patient with noncommunicable diseases. It was estimated that in the next 20 years which is the year 2022, the number of deaths caused by noncommunicable diseases will be 73.0 percent and the number of the patient with noncommunicable diseases that are expected to be found as the future problems are: ischemic heart disease, depress, injury from traffic, cerebrovascular disease, chronic and pulmonary embolism. For Thailand, it was found that the mortality rates of diabetes mellitus, hypertension, and ischemic heart disease were increased during the years 1998 – 2002. The data of the Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, in 2004, showed that during that period the mortality rates of diabetes mellitus, hypertension, and ischemic heart disease per 100,000 population, were 7.9 – 11.8, 3.3 – 5.1, and 3.6 – 14.4 respectively. Due to the nature of the chronic illness, the chronic diseases can not be cured and they affect all aspects of patients' and families life. The chronic patient need the continuous care at hospital as well as at home. Presently, the health system is the

system that hospitals have been used mainly but hospitals have not been set up especially for chronic patient, without the explicit policy for caring chronic patient (Somjit Hanuchareonkul, 2007). This situation affected the improper care received by chronic patient in hospitals. The factors affecting the referring of patient from a hospital to the nearby health centers are communication between patient and hospital staff and the health service system that is conducive or not conducive to patient referral and home-care (Kathleen Sparbel and Mary Ann Anderson, 2000 cited in Wanpen Pichitpornchai, 2003). Therefore, the development of the service system aiming to help chronic patient and their families to be referred and supported, to be able to perform self-care appropriately is very important and essential for controlling and solving the problems of chronic diseases which are the present and future problems of the country. This service system development will also make the care of the chronic patient be carried out continuously as well as being the integrated public health development. Patient referral system is the heart of providing health services (Kittiya Sarisut, 1997: 2). Presently, the development of the referral system and the collaboration among organizations have been improved, including both referring the patient to get medical treatment and sending the patient back home. This development is relevant with the preparation of the patients' readiness from hospitals to home-care, accordingly with the continued patient-care model (Wanpen Pichitpornchai and Usawadee Usdorawises, 2003: 3). In some hospitals a special team has been established to prepare the patient to be ready to get back home (Wanpen Pichitpornchai and Usa Usdorawises, 2003: 8). But in reality, it was found that some chronic patient have received late home-visit due to the communication problem in regard to the referral information and the lack of health personnel and budget from the government. This situation caused much burden to the patient and their relatives in seeking health resources by themselves. These conditions are the important problems and obstacles of providing continued patient-care.

Pramongkutklao Hospital is the tertiary health care unit that admits and provides medical care to the patient with specific diseases and other complicated diseases until they are ready to go back home and come back for appointments. The study carried out about working procedures for taking care of the chronic patient in

the Division of Internal Medicine, which is the Department that takes care of a huge number of chronic patient, showed that the first 3 diseases found among these patient during the years 2004 – 2006 were diabetes mellitus, cerebrovascular disease and hypertension. Most of the chronic patient have to get help from their relatives and need the continued home-care. If the patient and their relatives desire to have a continued home-care from the nearby health centers, the nurses will contact the doctor for making the conclusion of the treatment plan of the patient and the relatives have to contact the health centers by themselves. The data collected through interview and observation of the nursing care of the nurses working in 5 internal medicine wards showed that more than half of the chronic patient need continued home-care.

Therefore, the researcher, as one member of the health team of Pramongkutklao hospital and being responsible for the concerned area, was interested in developing the effective referral system model for chronic patient between Pramongkutklao hospital and health centers of Bangkok Metropolitan Administration with the aim to serve problems and needs of the chronic patient who need help and support from the government health centers. This health service system will enable the patient take a good self-care.

RESEARCH OBJECTIVES

To develop the referral system for chronic disease patient between Pramongkutklao hospital and health centers of Bangkok Metropolitan Administration through the following processes and expected outcomes:

1. Analyzing and evaluating the present referral system of Pramongkutklao hospital and the health centers of Bangkok Metropolitan Administration;
2. Evaluating the feasibility of the use of the new model of the referral system and the conditions of developing the referral system;
3. Developing the new model of the referral system with the aim to provide continued home-care from Pramongkutklao hospital to health centers of Bangkok Metropolitan Administration, and
4. Evaluating the new model of the referral system for continued care.

RESEARCH METHODOLOGY

This study was a research-for-development design. The data were collected by making the field-study in the organizations that have experiences in using patient referral system for the continued care, reviewing related literature, making the observation and interviewing. The data collected were analyzed to find out the present situation of the patient referral activities. The guideline of the patient referral system with the collaborative unit for continued care was developed and presented for feasibility evaluation. Then, the researcher drafted the new referral system model with the readiness preparation center that will be responsible collaboration. The evaluation of the new model developed was carried out by organizing the meeting aiming to exchange opinions and suggestions among the parishioners of both organizations. The researcher concluded the data from the meeting and revised the model accordingly with the opinions and suggestions received. The revised model was then presented to the administrators and academicians by organizing the meeting among the concerned personnel. The model was revised again by the researcher accordingly with the opinions and suggestion received. The revised model was presented to the Director of Pramongkutklao hospital for his suggestions and evaluation of its feasibility.

POPULATION AND SAMPLES

The population of this research were:

- **Pramongkutklao Hospital:**

1. Professional nurses of the Internal Medicine Division, 5 wards which include: General Internal Medicine Ward for Men OB.4; General Internal Medicine Ward for Men OB.6; General Internal Medicine Ward for Women 8/7; Special Internal Medicine Ward 8/5; and Special Internal Medicine Ward 8/6.
2. Chronic patient who were hospitalized during carrying out this study and their relatives.

- **Bangkok Metropolitan Administration:**

1. Professional nurses of the Home-Visit Unit of 3 health centers under the health insurance system of Pramongkutklao hospital. Those 3 health centers were: Health Center NO. 2 (Rachaprarop); Health Center 11 (Pradipat); and Health Center 51 (Wad Paiton)

2. Chronic patient who received home-care by the nurse of the Home-Visit Unit of the 3 selected health centers during carving out this study and their relatives.

Sampling

The samples were selected by using the following criteria:

- **Pramongkutklao Hospital**

Purposive sampling method was used in the internal medicine wards selected. Because the Internal Medicine Division is the department that admits a highest number of chronic patient in the hospital, the problems that were mostly found were improper self-care behaviors and the lack of self-care skills among patient and their relatives which accelerate the severity of the illness and complications. These chronic patient have to come back to the hospital again for medical treatment with the same illness and anxiety because when they went back home they are not confident about self-care and need home-visit services from the health personnel.

The characteristics of the wards that were selected to be involved in the study were as follows:

1. The wards of the chronic patient who need continued home-care.
2. The chronic patient whose residence locates in the areas under the health insurance system managed by Pramongkutklao hospital.
3. The health personnel who were willing to participate in the research project.

- **Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration**

The sampled health centers were selected by using purposive sampling method from the health centers of Bangkok Metropolitan Administration. The health centers selected were the centers that take care of chronic patient both at home and after discharging from the hospital who need continued care. These health centers should have clear operational procedures and are under the health insurance system managed by Pramongkutklao Hospital.

Research Instruments

The following instruments were used to collect data, as follows:

1. **Interview.** The interview was carried out in accordance with the research conceptual framework. The questions were developed and the answers were recorded.
2. **Observation.** The working behavior and activities carried out by the sampled group.
3. **Focus group.** The meetings were organized for the practitioners, experts, and academicians aiming to exchange opinions regarding research related issues.
4. **Tape-Recording.** During the interview and the group discussion, the information has been recorded in order to get the detailed information continuously without disturbing the interviewees and the group members while the activities were going on.

Data Analysis

The data analysis was done by using content analysis and developing the conclusions. The researcher compiled all the information recorded, compared, grouped, and narrowed the scope of the data. The analysis of the data collected from the situation analysis was made. The related factors have been concluded including the explanation the causes of the situation and making the linkage between the related data.

RESULTS AND DISCUSSION

The research results and the discussion of the results of the development of referral system in chronic disease patient from Pramongkutklao hospital to health centers of Bangkok Metropolitan Administration were presented by showing the processes of developing a patient referral system which composed of the following 4 steps:

Step 1: Analysis of the present patient referral systems of the health service organizations

Step 2: Feasibility evaluation of implementing patient referral system

Step 3: Draft of the patient referral model

Step 4: Evaluation of the draft of the patient referral model

Step 1 Analysis of the Present Patient Referral Systems of the Health Organization

1.1 Conclusion of the Situation Analysis of the Patient Referral System of Pramongkutklao Hospital

The researcher carried out the situation analysis of the present patient referral system of Pramongkutklao Hospital. It was found that Pramongkutklao hospital is the tertiary hospital that admits a large number of chronic patient who need a continued home-care. Because this hospital is the large hospital and admits the patient who come to the Out-patient Department, come to get consultation, and who were referred from other hospitals both under and outside the Ministry of Defence.

Because there were a large number of admitted patient who needed continued care at home and these patient have been hospitalized for a long period of time and with a high cost of medical treatment. Therefore, in taking care of these patient the collaboration and cooperation among the concern nearby health service centers that using the patient referral system. The patient referral system is relevant with the principle of taking care of the chronic patient whereby the referral system has

been set up in every health service level, from hospital to the community where the patient live. Regarding the policy of Pramongkutklao hospital, after presenting the guideline for implementing the referral system aiming for continuing patient care, it was found that this referral system is one of the policies of the hospital.

1.2 Conclusion of the Situation Analysis of the Patient Referral System of the Health Centers

The researcher carried out the situation analysis of the present patient referral system for continued home-care of the health centers of Bangkok Metropolitan Administration and it was found that these health centers have been implemented for a long period of time and have set the clear and concrete procedures of the referral system. But the hospitals that referred the patient to these health centers did not have the similar referral models so the health centers did not get the complete information. The health centers have to contact the hospitals in order to get additional information which was the wastage of time.

Regarding the policy regarding admitting the patient for a continued health care, it was one of the policies adopted by the health centers which made the patient referral system be carried out accordingly with the procedures set. The patient who need a continued health care have been referred and received the care relevantly with their existing problems.

1.3 Discussion of the Results of the Analysis of the Present Referral System of the Health Centers.

(1) Conditions for Receiving-Referring a Patient

Pramongkutklao hospital has set the condition that a patient can be referred to the health center nearby his/her residence if the patient desires to do so. The patient's relative needs to manage this process by getting the patient's history/information from the hospital and submitting to the health center. For the health centers, their patient referral systems include registering the patient for the continued health care and collaborating with the hospitals that need to refer their patient

for the continued health care in the community. However, the health centers never get the referred patient from any hospitals yet. This working characteristic revealed that the condition for patient referral is very important that can make the continued health care for the patient be effective accordingly with the guideline for caring chronic disease patient.

(2) Steps of Receiving-Referring a Patient

For Pramongkutklao hospital, the receiving-referring a patient has been done for the purpose of medical treatment while in the health centers of Bangkok Metropolitan Administration these activities have been done for the purpose of medical treatment and for the continued health care. The type of activities aiming for the continued health care will be helpful for promoting the concerned organizations receive the information continuously and can be able to take care of the patient properly. These steps of receiving-referring a patient were congruent with the guideline of patient referral system developed by the Ministry of Public Health entitled “Medical and Public Health Referral Model”, which were consisted of 4 steps as follows: step 1: referring from the people or from primary health care to the service system; step 2: referring between health service units; step 3: referring within the health service unit; step 4: referring back to the community.

(3) Potentiality of the Hospital in Developing Patient Referral System

Regarding the potentiality of the 2 sampled organizations in implementing the patient referral system for the continued health care, it was found that Pramongkutklao hospital which was categorized as the tertiary health care level was ready both personnel and resources while the health centers which were the primary health care units that were responsible for receiving-referring patient for continued health care at home. Therefore, in regard to potentiality and responsibility for taking a continued health care of the patient, both health organizations were found to be ready to execute the activities which is congruent with the guideline for the development of nursing service system for continued health care (Tusana Bunthong, 2002: 29).

Step 2 : Feasibility Evaluation of Implementing Patient Referral System

2.1 Conclusion of the Feasibility Evaluation of Implementing Patient Referral System

From the results of the feasibility evaluation to develop the new model of patient referral system, it was found that the personnel of the 2 sampled organizations expressed their desire to perform patient referral activities for continued health care between the concerned organizations. Regarding the satisfaction of the personnel, it was found that the personnel of both groups satisfied with the new model. They expressed their satisfaction that the new patient referral model presented will be helpful for patient with the full collaboration among the organizations whereby the patient can be referred properly. This new patient referral model is congruent with the principle of caring chronic disease patient and this model will also help to prevent the duplication of the nursing care provided or the increasing of more burdens on the health personnel. Therefore, both groups of the health personnel satisfied with the new model presented. In regard to the patient, it was also found that the patient and their relatives satisfied with the new patient referral model.

As the researcher has presented the new guideline of patient referral system for continued health care to the health personnel and patient of the sampled organizations and it was found that both group expressed their satisfaction about the new system presented, the researcher has realized the importance of carrying out a feasibility evaluation before starting any program. The feasibility evaluation will help to create acceptance and compliance behavior accordingly with the guideline presented among the concerned personnel. In starting the new health activities in health organizations, if the personnel or patient including the concerned organizations did not accept the innovation, the implementation of the activities will not get the cooperation and can not be continued.

2.2 Discussion of the Results

(1) Policy and Personnel

The feasibility evaluation of the implementation of patient referral system in regard to the policy of Pramongkutkiao hospital revealed that there was no

direction for the implementation of patient referral system for continued health care at home while the health centers of Bangkok Metropolitan Administration has established the explicit policy about patient referral activities for continued health care as well as their actions. It was evidenced that if the organization has explicit policy and action guideline, the patient referral activities will be done effectively and continuously. This finding was congruent with the result of the study carried out by Chartiwutti Jamjod (2008: 284), who studied the development of occupational service system for hospital personnel's quality of life, that in order to provide a good service the readiness preparation of all aspects must be done systematically by the organizations. Besides, the organization must have an explicit policy which will help personnel hold mutual organization's goal, have networks for implementing the activities with skillful team work.

(2) The Present Health Service System

Regarding the present health service system of Pramongkutklao hospital, it was found that various units of the hospital began to pay attention to the concept of the new patient referral system and tried to prepare the readiness of the patient before discharging including developing collaboration with the health centers nearby the patient residences. For the health centers of Bangkok Metropolitan Administration, it was found that the activities have been done in accordance with its health service level which is primary care level and the activities have been done properly accordingly with the existing health service system. This finding was agreed with the result of the study carried out by Wiroj Jiamjarusrungsri (2008: 109) that the outside factors that were found to affect the existing of the long-term chronic care model were the health system and the reimbursement system or health service cost. Therefore, in order to support and maintain the long-term chronic care model, the health service system has to consider the business benefits of the health service unit by setting the system that the clients pay for the health care and referring the patient to the health centers that provide high quality of patient care.

(3) Principles of Caring Chronic Patient

Because chronic diseases are the diseases that can not be cured and need to be cared continuously. In taking care of the patient with chronic diseases

between health organizations. Both Pramongkutkiao hospital and health centers have developed the chronic patient care activities in accordance with the chronic care model but, still, there is the lack of linkage of information between the two organizations and the lack of the utilization of clinical data system. This finding was similar to the studies of Wiroj Jiamjarungsri (2008: 86) and Nuntawan Suwanroop (2003: 5), whereby it was found that the patient discharging plan was the important method in implementing the continued health care from the hospital to the community or home. The patient discharging plan is the process of providing care for the patient whose problems and needs have been evaluated including the process of planning and implementing the care activities for the patient continuously without making the treatment disrupted. The conditions for implementing these processes include time sequence, areas, and collaboration between the concerned multi-disciplinary professions.

Step 3 : The Draft of the New Model of Referring Chronic Patient

3.1 Conclusion of the Draft of the New Model of Referring Chronic Patient

Regarding the result of drafting the new model of referring chronic patient, it was found that due to the data concerning concepts and theories about chronic patient care including the increasing number of the chronic patient which affected on the medical treatment, cost, and the long period of hospitalization where as the hospital could not admit new patient, therefore the presentation of the new model of patient referral system for the continued home-health care is one of the means for caring chronic patient which is also agreed with the opinions of the administrators of both organizations.

After the researcher has presented the guideline of the new model of patient referral system, besides the satisfaction of the personnel of both organizations, patient and their relatives was found, the researcher realized the importance of drafting the new model. Because if the organization has never carried out this type of program before, the personnel may lack the knowledge about referring patient for continued home-health care or they may not know about the record form that should be used for referring patient. Thus, if the guideline has been set clearly and the

example of some record forms have been presented, the personnel will understand the process thoroughly.

3.2 Discussion

(1) Model Drafting Process

The processes of drafting the patient referral model for continued home health care were composed of the study information and exchanging knowledge between the researcher and the concerned personnel. These activities help the researcher received the information relevantly with the practitioners' needs which can be utilized for solving the problems effectively. In implementing this type of activity, it needs time and endurance for interviewing in order to get adequate information. Besides, the persons who are responsible for collecting this type of data must be flexible, have enough time, and love to seek this type of information. This method of knowledge management was congruent with the principle expressed by Prapont Phasookyued (2007: 30) that knowledge management is the process of pulling the knowledge existing in the organization, followed by exchanging and storing the knowledge with the aim to have the personnel accessed and utilized those knowledge for developing their work.

(2) The New Patient Referral Model

The patient referral model that consisted of the cooperative center for continued health care is the organization that will collaborate the referring of patient information between two concerned organization. This cooperative center must be accepted by the concerned organizations in regard to appropriate principles and rationale for establishing this center. The good planning of discharging and referring the patient will lead to the accomplishment of lowering the rates of morbidity, mortality, disability and returning back to be hospitalized. Water (1987) (cited in Wanpen Pichitpornchai, 2003: 55) indicated that in providing the service for continued health care between hospital and community, the explicit collaborative activities must be established including communication and providing information between individuals, health teams, and organizations. The referring of unclear or inadequate information will affect the health status of the patient. The finding of this

study was agreed the conclusions about the problems and obstacles of the implementation of the patient referral activities for the continued home-health care of the health centers. The problems/obstacles found were the lack of communication system and the collaboration center for the continued home-health care of the health centers, Bangkok Metropolitan Administration (Woraporn Chowsuan, 2008: 9).

Step 4 : Evaluation of the Draft of the New Patient Referral Model

4.1 Conclusion of the evaluation of the draft of the New Patient Referral Model

According to the result of the evaluation of the patient referral model drafted by the practitioners and the administrators, it was found that the new model that will be developed by the two organizations was appropriate in regard to both the model and the record form developed. Therefore, the organization responsible for collaborating the activities aiming for making the effective patient referral program should be developed.

4.2 Discussion

The meeting aiming for considering the patient referral model developed was organized by the researcher. The meeting members provided recommendations and considered the model presented by the researcher. The recommendations received were very useful for developing the patient referral model as well as for the patient referral activities in the future. This meeting was similar to the study carried out by Kriengkrai Punthai (2007: Abstract) which was found that the network of knowledge management was the process of developing knowledge management activities and the relationship between individuals or organizations through the knowledge management activities which included the development, exchange, dissemination, and utilization of knowledge including the evaluation of the outcomes of putting the knowledge into practice. The development of knowledge management activities could be done if the networking members hold the mutual goal and objectives and the other important factor was the establishment of atmosphere and environment that are conducive to learning, exchange and transfer knowledge among the members from each organization who hold different knowledge and experience. These activities have

helped the networking members possess variety of knowledge and experiences. The development of the knowledge management network should be done in the same direction of the principal missions of the organizations in order to be the instrument for promoting the organizations be able to develop innovations in the future.

RECOMMENDATIONS

The development of referral system for chronic disease patient from Pramongkutklao hospital to health centers of Bangkok Metropolitan Administration was found to be effective in accordance with the objectives set. The recommendations are as follows:

1. Recommendations for Pramongkutklao Hospital

Pramongkutklao hospital should use the patient referral model developed, with the following 3 principles that should be urgently done:

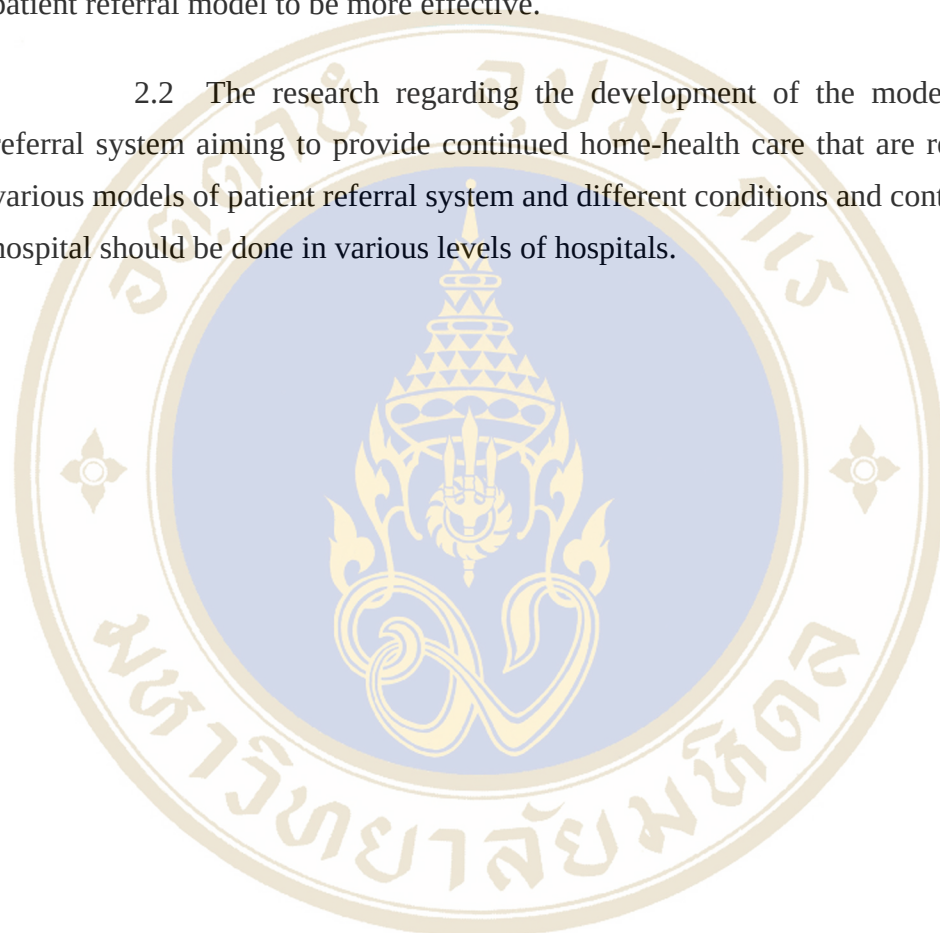
- (1) The establishment of the office/unit responsible for collaborating the patient referral activities as well as being the collaborating center of the new patient referral model.
- (2) Preparation of health personnel to be ready to enter into the new patient referral model.
- (3) Collaboration between Pramongkutklao Hospital and the Health Bureau, Bangkok Metropolitan Administration including the medical check-up units in the hospital with the aim to help chronic patient receive the continued home-health care.

The persons who will get benefits directly from this new patient referral model are the patient. This model will help decrease the returning rate of the patient to the hospital, decrease the transportation cost, and to increase quality of life of the patient and their families. The indirect benefits will be the lowering of country's expense. The information regarding referring the patient who need continued home-health care will be beneficial for the personnel of the health centers in preparing appropriate equipments and preparing the personnel to be ready for providing home-visits appropriately.

2. Recommendations for Furthering Researches

2.1 The research evaluation of the program implementation in accordance with the new patient referral system developed, in Pramongkutklao hospital, should be carried out in order to make conclusions and recommendations for developing this patient referral model to be more effective.

2.2 The research regarding the development of the model of patient referral system aiming to provide continued home-health care that are relevant with various models of patient referral system and different conditions and contexts of each hospital should be done in various levels of hospitals.



บรรณานุกรม

- กิตติยา สาริสุต. (2540). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2545). การประชุมวิชาการเนื่องในโอกาส 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2551). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 4 เรื่อง พยาบาลกับการประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.
- คณะอง ถนนมัสย. (2550). การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 - 4 ต.ค. - ธ.ค. (ฉบับเสริม2). หน้า 361-368.
- โครงการตำราภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ เล่ม 1. (2548). ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- จินตนา ตั้งชลิต. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนสังกัดมูลนิธิในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2545). การพัฒนาสาธารณสุข โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : แนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ. เอกสารเพื่อแจกนักศึกษาที่ออกฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม ในปี 2544 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ. (2549). สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุข: โครงสร้าง รูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ไชเบอร์ ร็อก เอเจนซี กรุ๊ป จำกัด.
- ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2536). การพัฒนาการดำเนินงานระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของ กรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม. สาธารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต. สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงตา นิ่มศรีทอง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการปฏิบัติการพยาบาลใน โรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลประจำจังหวัดเขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิเรก จำเริญ. (2550). รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 - 4 ต.ค. - ธ.ค. (ฉบับเสริม 2). หน้า 301 - 310.
- ทัศนา บุญทอง. (2543). ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการ สุขภาพไทยที่พึงประสงค์ประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทินกร ศิริภูมิ. (2551). การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. หน้า 106-114.
- ชนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2544). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-8 สาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญชัย ตั้งสง่าศักดิ์ศรี. (2550). รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 - 4 ต.ค. - ธ.ค. (ฉบับเสริม 2) 2550.
- เบญจมาศ ประไพพงษ์. (2540). ประสิทธิผลของการใช้กิจกรรม AIC เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การ ปรับปรุงบริการ และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลเสนาและชุมชน: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา และพฤติกรรม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สงวนประสิทธิ์. (2543). การสร้างองค์กรเรียนรู้. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้าน สุขภาพ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน.

- ประพนธ์ ผาสุขยืด. (2550). การจัดการเรียนรู้: ฉบับขับเคลื่อน LO. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไผ่ไหม.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). “การเรียนรู้” เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- พิไลรัตน์ ทองอุไร. (2541). การพยาบาลจิตสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ภavana กิริติคุณวงศ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เพรส. จำกัด.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2548). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของ พรพ.
- วิจารณ์ พานิช. (2549). การจัดการความรู้: ฉบับนักปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ตลาดาพับลิเคชั่น จำกัด.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2543). สู่การปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- วีระ นิยมวัน. (2542). การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ AIC. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันฉัฐา บุตะโลม. (2544). การพัฒนาแบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรพร ชาวสวนเจริญ. (2551). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง.
- วาทินี บุญชะลิกย์. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับสถานีอนามัยในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี.
- วิโรจน์ เจียมจรัสสร้างสี. (2551). รูปแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มี.ค. หน้า 82 - 90.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). การพยาบาลโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนา Themes การวิจัยการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการจัดการอาการ.
- ศูนย์บริหารคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2548). แนวคิดเชิงระบบ เพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน. คู่มือมหกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2547-2548.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์รามารับดี. (2550). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2545). แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA. บริษัท โฮลิสติก ฟันบลิซซิ่ง. กรุงเทพมหานคร.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. (2549). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. กรุงเทพฯ: บริษัท ไชเบอร์ ร็อก เอเจนซี กรุ๊ป จำกัด.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาคร คงขุนเทียน และคณะ. (2546). การศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของสิทธิประโยชน์หลัก ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ แพรวพรรณ ตันสกุล จารุณี กิตโร กัลยา บัวเพชร และอมร รอดคล้าย. (2545). เยี่ยมบ้านในเขตเมือง: ประสบการณ์จากหาดใหญ่. วารสารคลินิก. ปีที่ 211 ฉบับที่ 18/7 หน้า 514 - 519.
- สุชาญ ปริญญา และคณะ. (2550). การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์แก่คู่สามีภรรยาในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 - 4 ต.ค. - ธ.ค. (ฉบับเสริม 2). หน้า 284 - 293.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- สุณี กลสตัยสมิต. (2544). สมรรถนะในการปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุริย์ ลิ้มมงคล. (2549). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: สู่การดูแลที่ยั่งยืน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขากรุงเทพมหานคร. (2547). เอกสารเครือข่ายงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). คู่มือหลักประกันสุขภาพ ปิงบประมาณ 2551. พิมพ์ครั้งที่1
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อรอนงค์ สัมปัญญา. (2539). การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, J. C. & Biddle W.B. (1975). On asking people questions about what they are reading. In: The Psychology of Learning and Motivation. Edited by G. H. Bower. New York Academic Press.
- Alexy, B; Benjamin-Coleman, R; and Brow, S. “Home healthcare and client outcome” Home Healthcare Nurse. Vol. 19 No. 4 April 2001, 233-239.
- Biklen, B. (1992). Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods. (2 nd ed.). Allyn and Bacon, Boston, London.
- Bloom, B. S. (Ed.). (1965). Taxonomy of Education Objective: Handbook I: Cognitive domain. New York: David Mckey
- Dyer, J. H. and Nobeka, K. (2000). Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: the Toyota case. Strategic Management Journal. 21 p. 345-367.
- Karen Glanz, Francis marcus Lewis, & Barbara K. Rimer. (1990). Health Behavior and Health Education. San Francisco: Jossey - Bass Publishers.
- Lanwrence W. Green & Marshall W. Kreuter. (1991). Health Promotion: An Education and Environment Approach Toronto: Mayfield Publishing.
- Pichitpornchai W. Street A. Boontong T. (1990). Discharge planning and transitional care:issures in Thai nursing. Internation Journal of Nursing Studies. 36, p. 355-62.
- Plotkin, K. and Roche, J. “The future of home and hospice” Home Healthcare Nurse. Vol. 18 No. 7 Jult / August, 2000, p. 442-448.
- Salter, M. (2002). Discharge planning: patient and carer satisfaction. Primary Health Care, 12, 43-46.

Snowden, D. (2005). “From atomism to networks in social system” The Learning Organization, 12(6) p. 552-562.

Sparbel K. J. H. & Anderson M. A. (2000). Integrated literature review of continuity of care: Part 1, conceptual issue. Journal of Nursing Scholarship. 32(1), pp. 17-24.





ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ตรวจสอบคู่มือ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
(Collaboration center for Continuing Care (CoCC))

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1. พล.ต.หญิง จีรพรรณ พรหมโอบ
2. พ.อ. คุณิต สดาวร
3. พ.อ. กัญญา วัฒนกุล
4. พ.อ. มัทธนา กมลศิลป์
5. พ.อ.คุณิต จันทยานนท์
6. พ.อ.หญิง โสภิต พูลสวัสดิ์
7. พ.ท.หญิง ประนต จิรัฐติกาล
8. พ.ท.หญิง รุ่งทิวา พิมพ์สักกะ

สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

1. นาง วรพร ชาวสวนเจริญ
2. ดร. วรณช เนตรพิศาลวนิช

นักวิชาการ

1. พ.อ.หญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์

ภาคผนวก ข

ประเด็นการสัมภาษณ์

ประเด็นสัมภาษณ์ ผู้บริหาร

1. ท่านมีนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างไร
2. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย เป็นอย่างไร
3. ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วย มีจุดแข็ง / จุดอ่อนอย่างไร
4. ท่านมีความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะอย่างไรต่อรูปแบบการส่งต่อ ที่ยกสร้างขึ้น มา และความ เป็นรูปธรรมของรูปแบบการส่งต่อ เป็นอย่างไร

ประเด็นสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่

1. สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร
2. หน่วยงานของท่านมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไร
3. ท่านคิดอย่างไรต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
4. ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร
5. หน่วยงานของท่านมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร
6. ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร
7. แนวทางในการแก้ไขปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วย ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร
8. หน่วยงานของท่านมีการทำงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลหรือไม่ ปัญหา / ข้อขัดข้องที่ผ่าน มา คืออะไร
9. แนวทางแก้ไขระหว่างการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ท่านปฏิบัติอย่างไร
10. ความคาดหวังของท่าน ในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น (โรงพยาบาล / ศูนย์บริการ สาธารณสุข) เป็นอย่างไร

ประเด็นสัมภาษณ์ ผู้ป่วย หรือญาติ

1. ท่านป่วยด้วยโรคอะไร ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการรักษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน
2. ท่านทราบแนวทางในการดูแลผู้ป่วย / การปฏิบัติตนหรือไม่ ปฏิบัติอย่างไร
3. เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ท่านมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร
4. ท่านคิดเห็น / ความคาดหวังอย่างไรต่อแนวทางการดูแลตนเองของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
5. ท่านทราบแนวทางการรักษา / ดูแล ของสถานพยาบาลที่ท่านรักษาตัวอยู่หรือไม่
6. ท่านใช้บริการของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน (โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข)
เหตุผลที่ท่านใช้บริการ
7. หากท่านใช้บริการของสถานพยาบาลอื่น เพราะเหตุใด
8. ท่านไม่เลือกใช้บริการของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะเหตุใด

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

FAX

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

315 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี 10400

โทร 02-3547711 ต่อ..... โทรสาร.....

วันที่..... โทรศัพท์ 02-3547711 ต่อ.....

ผู้ส่ง..... โทรสาร.....

ผู้รับ..... โทรศัพท์ 02-3547711 ต่อ.....

โทรสาร.....

จำนวนเอกสาร.....แผ่น (ไม่นับแผ่นนี้)

หมายเหตุ.....

หากไม่ชัดเจนโทรแจ้ง.....

แบบสรุข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เรียน พยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข.....

หน่วยที่ส่งปรึกษา.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ส่งปรึกษา (พยาบาลประจำหน่วย)

1. ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....
- ชื่อที่คนใกล้บ้านรู้จัก.....สถานที่ใกล้บ้านที่เด่นชัด.....
- ลักษณะบ้าน.....เลขที่.....ตึก/ห้อง.....ถนน.....
- แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร.....
- ชื่อ – สกุลญาติที่ดูแล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

- 
 - การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย.....
 - ประวัติการเจ็บป่วย.....
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 - การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ.....
 -
 -
 -
 - ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน.....
 -
 -

- อุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่ติดตัวกลับบ้าน.....

.....

.....

- ความรู้ในการดูแลตนเอง / ผู้ดูแล ได้แก่เรื่อง.....

.....

.....

- แผนการรักษาระยะยาว.และวันนัดตรวจ.....

.....

.....

- ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น/ ข้อควรระวัง / ข้อห้าม.....

.....

.....

3. ความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่.....

.....

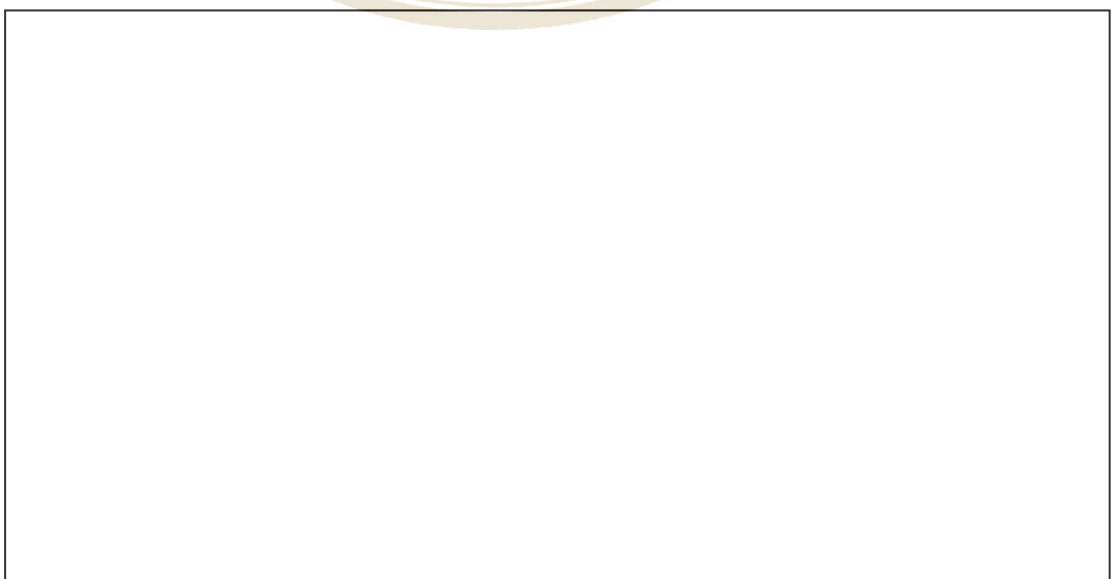
.....

4. ยินยอมให้พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ้าน ได้ตั้งแต่วันที่.....

ลงชื่อ.....สัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ลงชื่อพยาบาลผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....

แผนที่บ้าน



แบบบันทึกผลการดูแลต่อเนื่อง
ศูนย์ความร่วมมือ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หน่วยงานที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน.....

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ/สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ผลการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

.....

ปัญหา/ อุปสรรคที่พบ

.....

แนวทางการแก้ไข

.....

แผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้

.....

ความต้องการ /การสนับสนุนจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

.....

ลงชื่อผู้บันทึก ตำแหน่ง.....

(โปรดส่งข้อมูลกลับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการเยี่ยมในครั้งที่ ๑)

หมายเหตุ พบปัญหาข้อขัดข้อง ติดต่อพยาบาลประจำศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
ชื่อ – สกุล.....โทรศัพท์.....

ภาคผนวก ง

		No. <u>MU 2007-153</u>
Documentary Proof of Ethical Clearance The Committee on Human Rights Related to Human Experimentation Mahidol University, Bangkok		
Title of Project.	The Development of Referral System in Chronic Disease Patient from Phramongkutklao Hospital to Health Centers of Bangkok (Thesis for Master Degree)	
Principle Investigator.	CPT. Sansern Khailuenam	
Name of Institution.	Faculty of Public Health	
Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation		
Signature of Chairman.	 (Professor Dr. Srisin Khusmith)	
Signature of Head of the Institute.	 (Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)	
Date of Approval.	2 2 AUG 2007	
Date of Expiration.	2 1 AUG 2008	



No. ๗.3.....

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

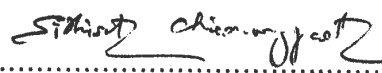
Title of Project : The Development of Referral System
in Chronic Disease Patient from
Phramongkutkiao Hospital to Health Centers
of Bangkok Metropolitan Administration

Registered Number : 0106.50

Principal Investigator : Capt. Sarsern Khailuenam

Name of Institution : Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.


..... Chairman

(Mr. Sithisat Chiamwongpaet)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL ...14 JAN 2008

Q027q/50_Exp



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

317 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 1109 /2550

วันที่ 21 กันยายน 2550

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ไชลือนาม นศ.ป.โท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร" [The Development of Referral System in chronic disease patient from Phramongkutklao Hospital to Health Centers of Bangkok.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2550 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัยมายังคณะกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

D:\Consider(RLC)appQ027q/50.doc

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยโครงการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF14, รายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัยใช้แบบฟอร์ม RF06, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF19, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงใช้แบบฟอร์ม RF20, รายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF16

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยเอกหญิงสรเสริญ ไช้เลื่อนาม
วัน เดือน ปีเกิด	17 มิถุนายน 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ ชั้น 4 กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ