

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า

จอมมณี ศฤงคารนันต์ พย.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลตะกั่วป่า อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาตามวงล้อของเดมมิ่ง (PDCA) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (Appreciation - Influence - Control; AIC) ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - มีนาคม 2559 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลตะกั่วป่าที่ผ่านศูนย์การดูแลต่อเนือง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ประกอบด้วย (1) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อเนืองที่บ้าน ใช้การเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม Excel (2) รูปแบบแนวทางการส่งต่อเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดกลุ่มโรคที่ต้องส่งต่อที่บ้าน การแบ่งประเภทผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์/ไลน์ และแบบฟอร์มการส่งต่อ ตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านทางแบบฟอร์มและส่งต่อทางไลน์แก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (3) ศูนย์เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ที่ให้บริการ ได้แก่ เตียงนอนชนิด 2 โกร์และฟูก ที่นอนลม ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ขาดแคลนสามารถยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน มีการกำหนดเกณฑ์การยืมและแบบฟอร์มการยืม ขั้นตอนการเข้าใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลผ่านการส่งต่อจากหอผู้ป่วยกรณีในชุมชนผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน และมีเครือข่ายประสานงานการเยี่ยมกรณีไม่เพียงพอ (4) การเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ มีการกำหนดแผนการออกหน่วยบริการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่และดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยให้เรียบร้อย (5) การประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนือง ภายใต้ทีมหมอครอบครัว เน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เครือข่ายที่เข้าร่วม ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน/แกนนำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำทางศาสนา มีการพัฒนาจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การมอบหมายจิตอาสาส่วนกันดูแลผู้ป่วยเหมือนเจ้าของไข้และญาติผู้ป่วยสามารถปรึกษาการดูแลกับเจ้าหน้าที่ได้โดยตรงกรณีมีปัญหา มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ อัตราการตอบกลับ การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากปี 2554 ร้อยละ 58.84 เป็นร้อยละ 99.37 ในปี 2559 ระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจาก 17.89 วันเหลือ 6.78 วัน อัตราการเกิดผลกตทัพบในผู้ป่วยติดเตียง ปี 2554 ร้อยละ 10.19 ปี 2559 ร้อยละ 0.95 ระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านปี 2557 ค่าเฉลี่ยจาก 9.75 วัน ปี 2558 4.27 วัน อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับดี ($\geq 80.00\%$) ร้อยละ 100.00

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้ป่วยต่อเนือง, เครือข่าย

บทนำ

การดูแลต่อเนืองเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพ

ภาพที่มีอยู่ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง⁽¹⁾ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องได้รับ

ความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁽²⁾ โดยมีทีมสุขภาพให้การสนับสนุน มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การให้บริการอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การจักระบบบริหารจัดการและการบริการที่มีความพร้อมของผู้ให้บริการสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและคงสภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพมีความสุข⁽³⁾

โรงพยาบาลตะกั่วป่าเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีเครือข่ายในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง จากการทบทวนเอกสารพบว่า อัตราการตอบกลับการเยี่ยมบ้านปี 2554 - 2555 คิดเป็นร้อยละ 58.84 และ 57.50 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 17.89 และ 20.46 วัน ตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 11.25 และ 13.17 ตามลำดับ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการดูแลต่อเนื่องจึงไม่เกิดขึ้นตามหลักการดูแลตนเองที่บ้าน (home health care) ส่งผลกระทบให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง จึงสรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยบริการ ทั้งด้านส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน ตามหลักการระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) เป็นระบบที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลรักษา

และฟื้นฟูสภาพจากทีมสุขภาพเคลื่อนไหลไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัดจากบ้านถึงโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านอย่างไม่ขาดช่วงด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของเครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาตามวงล้อของเดมมิ่ง (PDCA)⁽⁴⁾ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (Appreciation - Influence - Control; AIC)⁽⁵⁾ ระยะเวลาระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - มีนาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตะกั่วป่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า จำนวน 50 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มานอนโรงพยาบาลตะกั่วป่าและมีการส่งผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ-ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาเชิงคุณภาพในทุกขั้นตอน ด้วยการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม และวิธีปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในบุคลากร ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ในการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนการพัฒนา

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์สภาพปัญหาที่ผ่านมาในด้านบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้ดูแล กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานสาธารณสุขและองค์อื่น ๆ

1.3 วางแผนการพัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.1 จัดทำคู่มือแนวทางการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมมีการปรับแก้ไขตามบริบทของหน่วยงาน

2.3 กำหนดแนวทางการนิเทศ ติดตามและแก้ไขปัญหาทุก 3 เดือน

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามเยี่ยมบ้าน

2.5 วางแผนการเพิ่มศักยภาพเครือข่ายจิตอาสาในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2.6 พัฒนาระบบการทำงาน ประกอบด้วย

2.6.1 ปรับปรุงระบบการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.6.2 ปรับเปลี่ยนระดับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแบ่งประเภทผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้านตามความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.6.3 กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องมีการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงกลุ่มโรคจาก Patient Care Team (PCT) ในโรงพยาบาลตะกั่วป่าในแต่ละกลุ่ม PCT

2.7 ค้นหาทรัพยากรและความร่วมมือจากภาคี

เครือข่ายในชุมชน

ระยะที่ 3 นำระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และมีการนำระบบมาทดลองใช้และพัฒนาจำนวน 4 ครั้ง

ระยะที่ 4 การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเชิงบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 5 การประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายใต้ทีมหมอครอบครัว

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิในกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งในระหว่างการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พึงพอใจ หรือต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องรอให้การดำเนินการวิจัยสิ้นสุดและโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พบว่า ให้ความร่วมมือทุกรายและไม่มี การออกจากการศึกษาวิจัยและไม่เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องพบว่า

1. ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อ การระบุปัญหาในการส่งต่อไม่ชัดเจน การตอบกลับข้อมูลล่าช้า

2. แนวทางการส่งต่อข้อมูลไม่ชัดเจน มีหลากหลายช่องทาง เช่น ให้ผู้ป่วยถือเอกสารการส่งต่อกลับไปยัง

สถานบริการใกล้บ้าน และส่งแบบส่งต่อผ่านระบบไปรษณีย์

3. บุคลากรในระดับปฐมภูมิขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

4. ขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าระยะเวลาในการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านนานจากการขาดอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการเตรียมรับผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น เตียงชนิด 2 โกร้ ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ระบบการยืมอุปกรณ์จากโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถยืมได้ต้องยืมผ่านบุคลากรของโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลรายการครุภัณฑ์ที่มีการยืมหรือติดตามคืน

5. การติดตามเยี่ยมบ้านไม่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ กรณีบุคลากรในโรงพยาบาลต้องการออกติดตามผู้ป่วยในระดับพื้นที่ที่มีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรในระดับพื้นที่เองโดยไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามเยี่ยมหลายรอบ และปัญหาไม่ได้รับการจัดการให้เรียบร้อยในการเยี่ยมครั้งนั้น นอกจากนี้ยังพบว่า การออกติดตามเยี่ยมที่ไม่มีการวางแผนล่วงหน้าเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

6. ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน ไม่มีระบบการติดตามดูแลในระดับชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใช้บุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการส่งต่อ ประกอบด้วย

1. การพัฒนาแนวทางการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ประกอบด้วย แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน หัตถการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย กำหนดการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและการพัฒนาการทำงานทุก 3 เดือน

3. การพัฒนาการจัดทำคู่มือการส่งต่อการเยี่ยมบ้าน การกำหนดกลุ่มโรคที่ต้องมีการส่งต่อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งประเภทการติดตามเยี่ยมบ้านตามระดับการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท มีการทดลองการนำแนวทางการส่งต่อไปใช้ ครั้งที่ 1 พบว่ามีการส่งต่อข้อมูลล่าช้า โดยมีการส่งข้อมูลผ่านระบบไปรษณีย์ จึงได้มีการพัฒนาช่องทางการส่งต่อ ดังนี้ ในเขตพื้นที่อำเภอตะกั่วป่าให้นำส่งแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกอำเภอให้ส่งต่อทางไปรษณีย์ กรณีเร่งด่วนผู้ป่วยประเภทที่ 3 ให้ประสานการส่งต่อทางโทรศัพท์ก่อน จากการพัฒนาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีการส่งต่อเพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 130 ในปี 2554 เป็น 198 รายในปี 2559 กลุ่มโรคที่มีการส่งต่อมากที่สุดเป็นกลุ่มโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวานที่มีภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 1-7)

อัตราการส่งต่อผู้ป่วยแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอตะกั่วป่ามากที่สุดรองลงมาเป็นอำเภอท้ายเหมือง อำเภอบูรีรัมย์ และอำเภอปะทิว ตามลำดับ

อัตราการส่งต่อการเยี่ยมบ้านแยกตามประเภทการช่วยตัวเองของผู้ป่วย พบว่า แนวโน้มการส่งต่อของผู้ป่วยประเภทที่ 3 เพิ่มมากขึ้นทุกพื้นที่ ส่วนผู้ป่วยประเภทที่ 1 มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 3)

อัตราการตอบกลับการเยี่ยมบ้านพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 58.84 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 99.37 ในปี 2559 ระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 17.89 วันในปี 2554 และ 6.78 วันในปี 2559 อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 10.19 ในปี 2554 และร้อยละ 0.78 ในปี 2559 แต่พบว่าระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้านยังใช้เวลานาน สาเหตุหลักเกิดจากการขาดแคลนอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ดังตารางที่ 8

ระยะที่ 3 การนำระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบ่ง

เป็น 4 ครั้ง ได้แก่

การทดลองใช้ระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 1 ผลจากการนำรูปแบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า

1. รูปแบบการส่งต่อข้อมูลหลากหลาย เช่น มีการส่งต่อข้อมูลโดยให้ญาตินำติดตัวกลับบ้านและนำส่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่โดยตรง

2. การระบุที่อยู่ของผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้

3. การส่งต่อข้อมูลล่าช้าส่งผลให้การติดตามเยี่ยมบ้านล่าช้า

4. การตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้านล่าช้า จึงปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยสู่ชุมชนโดยการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างทีมงานในโรงพยาบาลให้ส่งต่อแบบบันทึกการส่งต่อการเยี่ยมบ้านมายังศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกราย และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านให้ตรวจเช็คที่อยู่ของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและขอเบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย และกำหนดรูปแบบการส่งต่อข้อมูลให้ชัดเจนมากขึ้น

การทดลองใช้ระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 2

ผลจากการนำรูปแบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยจาก

โรงพยาบาลล่าช้าจากความไม่พร้อมของญาติผู้ป่วยในการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียงนอน ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น จึงมีการพัฒนาศูนย์เครื่องมือแพทย์ขึ้น ประกอบด้วย

1. การจัดทำทะเบียนเครื่องมือแพทย์ที่มีการให้ยืมในโรงพยาบาล ช่องทางการใช้บริการ เกณฑ์การยืม-คืน

2. ประชาสัมพันธ์เรื่องกองทุนเครื่องมือแพทย์

3. รับบริจาคอุปกรณ์และครุภัณฑ์จากประชาชนที่มีเครื่องมือแต่ไม่ได้ใช้หรือในรายชื่อประสงค์ซื้อบริจาค

4. จัดทำระเบียบการยืม-คืนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของศูนย์เครื่องมือแพทย์และแบบฟอร์มการยืม ทะเบียนการยืม

5. ติดตามการยืมและใช้อุปกรณ์ทุก 1 เดือนโดยใช้โทรศัพท์ในการติดตามจากญาติผู้ป่วย การจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์ พบว่า อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นและราคาแพงสำหรับผู้ป่วยติดเตียงและส่งต่อจากโรงพยาบาล ดำเนินการครั้งที่ 1 ดำเนินการจัดทำทะเบียนอุปกรณ์ที่มีการยืมโดยบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า มีเตียงและฟูกที่ยืมในระบบ จำนวน 17 ชุด จากการติดตามพบปัญหา มีการคืนเตียงแล้ว จำนวน 5 ราย แต่ไม่มีการจำหน่ายจากการยืม เตียงถูกส่งต่อให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่และไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 3 ราย หัวออกซิเจนพร้อมถังไม่สามารถติดตามผู้ยืมได้ มีการดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ยืม จัดทำแบบฟอร์มการยืมอุปกรณ์การแพทย์ เกณฑ์พิจารณาในการยืม-คืน พบว่า แนวโน้มการยืมอุปกรณ์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านลดลงจากร้อยละ 17.89 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 7.79 ในปี 2559 แต่จากการให้บริการพบว่ามีปัญหาอุปกรณ์ในการยืมไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ จึงมีการประสานขอความร่วมมือในชุมชน ได้รับการบริจาคครุภัณฑ์จากชุมชน ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน เตียงและฟูก ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะเพิ่มเติม และพัฒนาเครือข่ายในการยืมอุปกรณ์กับเครือข่ายในชุมชน กรณีที่ศูนย์อุปกรณ์ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ประกอบด้วยเครื่องผลิตออกซิเจน จำนวน 2 แห่ง (ชุมชนบ้านท่าจูด มูลนิธิสว่างเมฆาธรรมสถาน) เตียงและฟูก จำนวน 2 แห่ง (วัดคงคาภิมุข มูลนิธิสว่างเมฆาธรรมสถาน) ในศูนย์เครื่องมือแพทย์ปี 2557-2559 มีจำนวนรายการอุปกรณ์การแพทย์ และจำนวนครั้งในการยืมเพิ่มมากขึ้น ทุกปีดังตารางที่ 9

การทดลองใช้ระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 3

ปรับปรุงกลุ่มโรคที่ต้องมีการส่งต่อเพิ่มเติม โดยเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยประเภทติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องส่งต่อต่อเนื่องที่บ้านและผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ใน การติดตามเยี่ยมบ้านยังพบว่าบุคลากรที่ออกเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลดำเนินการออกติดตามเยี่ยมบ้านแบบไม่เป็นทีม

ต่างคนต่างไปและมีการยกเลิกแผนการเยี่ยมเมื่อคนที่นัด
ติดตามกิจ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ที่ต้องออก
เยี่ยมร่วมด้วยคิดว่าเป็นภาระที่ต้องทำ นอกจากนี้ ในการ
จัดการปัญหาต่างๆ ไม่แล้วเสร็จในคราวเดียวกัน จึงมี
การวางแผนและตกลงร่วมกัน โดยกำหนดวันในการ
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทุกวันอังคารที่ 3 และ 4 ของ

ตารางที่ 1 การส่งต่อเยี่ยมบ้านแยกรายโรค ปี 2554 – มี.ค. 2559

โรค	ปี					
	2554	2555	2556	2557	2558	มี.ค. 2559
จำนวนทั้งหมด (ราย)	130	196	235	386	320	198
โรคหัวใจ	17.61	34.69	23.83	29.27	14.06	26.26
โรคเบาหวานที่มีภาวะฉุกเฉิน	23.98	20.41	31.91	16.58	23.44	11.11
โรคหลอดเลือดสมอง	29.23	15.31	9.36	21.76	24.69	25.25
โรคถุงลมโป่งพอง	13.85	12.76	9.36	12.44	8.75	3.54
โรคผิวหนัง	-	2.55	3.40	2.85	0.94	5.56
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครุฑและหลังคลอด	-	3.06	1.28	0.52	1.25	0.00
โรคมะเร็งต่างๆ/palliative care	-	-	2.15	0.78	7.50	6.06
โรคไตระยะ 4-5	-	3.06	2.13	3.63	5.94	1.52
โรคทางจิตเวช	-	-	-	-	5.94	10.10
ภาวะกระดูกหักที่มีการติดเชื้อ	-	4.08	1.70	2.59	3.75	10.60
การติดเชื้อในกระแสเลือด	-	4.08	24.24	9.58	3.74	0.00

ตารางที่ 2 การส่งต่อผู้ป่วยแยกตามอำเภอ ปี 2554-2559

พื้นที่	ปี					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
อำเภอตะกั่วป่า	55.56	48.98	51.49	53.11	48.75	45.81
อำเภอท้ายเหมือง	22.22	19.57	21.70	20.10	20.63	20.65
อำเภอคุระบุรี	16.66	29.29	17.18	14.18	17.51	17.41
อำเภอกะปง	5.56	2.16	9.63	12.61	13.11	16.13
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 3 การส่งต่อผู้ป่วย แยกตามประเภทผู้ป่วย ปี 2554-2559

รายการ	ร้อยละ					
	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	52.78	67.12	71.41	69.96	46.99	39.28
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	16.67	19.71	18.69	23.57	28.56	21.45
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	30.55	13.17	9.86	6.67	24.45	39.27
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 4 ประเภทผู้ป่วยที่มีการส่งต่อพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า ปี 2554-2559

รายการ	ร้อยละ			
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	73.81	56.36	51.79	25.92
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	16.67	21.82	25.00	25.93
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	9.52	23.64	23.21	48.15
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 5 ประเภทผู้ป่วยที่มีการส่งต่อพื้นที่อำเภอท้ายเหมือง ปี 2554-2559

รายการ	ร้อยละ			
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	76.47	64.10	48.48	59.38
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	17.61	17.96	25.76	15.63
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	5.88	19.23	24.24	25.00
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 6 ประเภทผู้ป่วยที่มีการส่งต่อพื้นที่อำเภอคุระบุรี ปี 2554-2559

รายการ	ร้อยละ			
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	73.81	56.36	51.79	25.93
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	16.67	21.82	25.00	48.15
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	9.52	23.64	23.21	25.92
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 7 ประเภทผู้ป่วยที่มีการส่งต่อพื้นที่อำเภอกะปง ปี 2554-2559

รายการ	ร้อยละ			
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	61.90	46.67	38.46	45.83
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	23.81	31.11	35.90	18.31
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	14.24	22.22	25.64	35.86
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 8 อัตราการตอบกลับการเยี่ยมบ้าน ปี 2554-2559

รายการ	ปี					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
อัตราการตอบกลับการเยี่ยมบ้าน	58.84	57.50	91.52	96.25	98.70	99.37
ระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วัน)	17.89	20.46	17.85	9.78	6.78	7.79
อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยติดเตียง	10.19	11.06	8.53	0.88	0.95	0.78

ตารางที่ 9 การยืมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ปี 2557 - มกราคม 2559

รายการ	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559 (มกราคม)
จำนวนอุปกรณ์การแพทย์ (รายการ)	20	49	64
ชนิดอุปกรณ์การแพทย์ (ชนิด)	1	3	5
จำนวนครั้งของการยืม (ครั้ง)	20	52	62

ทุกเดือน กรณีติดวันหยุดให้เลื่อนออกไปเป็นสัปดาห์ถัดไป กรณีเร่งด่วนสามารถประสานแผนเพิ่มเติมได้

การทดลองใช้ระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครั้งที่ 4

ผลจากการนำรูปแบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่า การออกติดตามเยี่ยมบ้านในระดับพื้นที่มีการประสานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อให้รับทราบกิจกรรมที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ พบว่า อสม. ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น รวมทั้งรับสมัครประชาชนที่สนใจเข้าร่วมเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 178 คน

ระยะที่ 4 การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเชิงบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือข่าย การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า การออกติดตามเยี่ยมเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างไป ไม่เป็นลักษณะทีมและมีการประสานความร่วมมือกับบุคลากรในระดับพื้นที่เองเป็นการส่วนตัว ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การ

จัดการด้านรถที่จะนำส่งบุคลากรออกเยี่ยมบ้านไม่เพียงพอ ต้องขอยกเลิกการเยี่ยมจากพื้นที่ติดตามที่ นอกจากนี้ยังพบว่าในการออกเยี่ยมนั้นขาดการประสานงานในวิชาชีพอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที ได้ดำเนินการประชุมและวางแผนการออกติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนและปัญหาด้านเศรษฐกิจที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย จึงมีการระดมความคิดและประสานเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัดพังงา เพื่อหาทางออกร่วมกัน และมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันถึงบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงานที่ต้องเข้ามาร่วมดูแลและจัดการปัญหาในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งให้ส่งแผนการเยี่ยมและรายชื่อผู้ป่วยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อร่วมออกดูแลโดยกำหนดแผนการเยี่ยมทุกอังคารที่ 3 และ 4 ของเดือน จากการปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานพบว่า มีการออกหน่วยบริการติดตามเยี่ยมบ้านในปี 2558 - 2559 ครบตามกำหนดแต่ไม่สามารถประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการออกเยี่ยมผู้ป่วยได้ จึงได้มีการประสานความร่วมมือ

ส่งแผนการติดตามเยี่ยมบ้านแบบรายปีให้องค์กรแพทย์ เพื่อจัดแพทย์ออกติดตามเยี่ยมด้วย พบว่าในปี 2558 แพทย์ออกหน่วยเยี่ยมร้อยละ 0.48 ปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.00

ระยะที่ 5 การประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแล ต่อเนื่องภายใต้ทีมหมอครอบครัว จากการติดตามเยี่ยม บ้าน ปี 2557 พบผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนจำนวน 4 รายและผู้ป่วยจำนวน 1 รายกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้มีการประชุมและ ค้นหาเครือข่ายในชุมชนผ่านเวทีประชาคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง และมีหน่วยงานที่ยินยอมให้การดูแลผู้ป่วยครบทั้ง 4 ราย ประกอบด้วยวัดรับดูแล จำนวน 2 ราย บ้านพักพิงพิงรับดูแล จำนวน 1 ราย ญาติ นำกลับไปดูแลเอง 1 ราย และเกิดปัญหาการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะแบบซ้ำซาก ได้ประสานชุมชน ซ้ำอีกครั้งถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย พบว่า ครอบครัว ที่รับดูแลมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องออกไปทำงาน นอกบ้าน และกลับมาดูแลผู้ป่วยในระหว่างวันเป็นครั้ง คราว และผู้นำครอบครัวตกงานไม่ยอมรับการช่วยเหลือ จากเพื่อนบ้าน จึงได้จัดทำ focus group ร่วมกับ ครอบครัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะอีก การประเมินการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ต้องมีการติดตามเยี่ยมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้น ญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีภาวะ เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอกจากนั้นยังพบว่ากรณีที่มี ปัญหาไม่สามารถขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจาก บุคคลในชุมชนได้ จึงมีการตกลงร่วมกันจัดอบรมจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงขึ้นในเดือนเมษายน 2558 จำนวน 178 คน หลังการอบรมได้มีการมอบหมาย ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมและ ดูแล จากการประเมินผลพบว่า อัตราความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและญาติในระดับดี (>80.00%) ร้อยละ 100 .00

วิจารณ์

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามการดูแลตนเองและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมเป็นประเภทเพียง 3 ประเภทและพบว่าแนวโน้ม กลุ่มผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งบุคลากรในการ ให้บริการสุขภาพที่บ้านประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหรือ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการประสาน ประโยชน์จากองค์กรอื่น ๆ เข้ามาร่วมในการดูแล เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด บ้านพักเด็กและสตรีจังหวัด เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยและ ญาติ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภารกิจหลัก คือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน บุคลากรต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และสามารถให้การรักษาเบื้องต้น ได้⁽⁷⁾ ทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชนและจิตอาสาซึ่งต้องมีทีมการทำงาน ที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ซึ่งจะส่งผลดีในการติดต่อประสานงานและเกิดความคล่องตัวในการทำงาน ส่งผลให้ การดูแลสุขภาพที่บ้านเกิดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสรรเสริญ ไชลีอนาม⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการพัฒนา ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีความจำเป็น ที่ต้องทำเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและทิศทางการ พัฒนาและการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังและหน่วยบริการสุขภาพทั้งสองแห่ง ก็มีความพร้อมที่จะปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในเชิงนโยบาย บุคลากรและการบริหารจัดการ

รูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ ด้านโครงสร้างและระบบการส่งต่อ ที่ต้องจัดตั้งหน่วยงานในสถานบริการขึ้นใหม่เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการ ด้านการเตรียมของบุคลากรที่ต้องเสริมแนวคิดและเทคนิค วิธีปฏิบัติ และสุดท้าย คือ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งการปฏิบัติการนอกเหนือจากการส่งต่อผู้ป่วย-โรคเรื้อรังแล้ว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขยังร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต่างเห็นด้วย และต้องการให้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

2. การพัฒนารูปแบบในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น เน้นการมีส่วนร่วมของทีมทำงานผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้มีการคืนข้อมูลเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการวางแผนและการบริหารจัดการสุขภาพ เป็นการตอบสนองร่วมกันของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพ ด้านผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการเมื่อมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลและจัดบริการสุขภาพมากขึ้นผ่านวงล้อเดมมิ่งหรือ PDCA ซึ่งมี 4 ขั้นตอนและผู้วิจัยได้เลือกนำเทคนิคพลังสร้างสรรค์ (AIC) มาใช้ซึ่งเป็นกระบวนการประชุมที่มีวิธีการหรือขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ประชุมระดมพลังสมองเพื่อแก้ไขปัญหาและแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ จนได้รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับแผนพัฒนา และสภาพปัญหาสุขภาพ การจัดการบริการด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบไปด้วยกระบวนการค้นคว้าทางสังคม (social investigation) การให้การศึกษา (education) และการกระทำหรือการปฏิบัติการ (action) เพื่อให้ผู้ต้อยโอกาสในสังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้และทำ

ความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหาพร้อมกันระหว่างหลายฝ่ายอันเป็นการสร้างความรู้ให้กับสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรมซึ่งพันธุ์ทิพย์ รามสูตรกล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการสำคัญที่ให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้⁽³⁾

3. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย มีจุดหมายหลักในการทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มิใช่แต่เป็นเพียงแพทย์อย่างเดียว นอกจากนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า หากจะทำให้ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมถึงครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยอีกด้วยซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) สอดคล้องกับการศึกษาของธีระวรรณรัตน์ และภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ ที่พบว่า ความต่อเนื่องหรือ Continuity นั้น ถือเป็นลักษณะที่บ่งถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างกลมกลืน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและบริบทแวดล้อมอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะในมิติการดูแลรักษาในเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป (care over time) หรือแม้แต่ในมิติที่มองเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคนก็ตาม⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านของเครือข่ายโรงพยาบาลตะกั่วป่า ทำให้ได้คู่มือการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านในการนำไปใช้ควรมีการปรับตามบริบทของพื้นที่ให้เหมาะสม
2. ศูนย์เครื่องมือแพทย์ กรณีให้บริการยืมต้องมีการสอนญาติในการดูแลรักษาเครื่องมือและติดตามอย่าง

ต่อเนื่อง

3. ควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ทันสมัยและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ทันเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
2. สุรีย์ ลีมงคล. คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2553.
3. พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

4. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ftpi.or.th/2015/2125>
5. สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย. การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ AIC. โครงการตำรา 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=aic02>
6. สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
7. ประพิณ วัฒนกิจ. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
8. สรรเสริญ ไช้เลื่อนาม. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา 2552:32:1-18.
9. อีระ วรธนรัตน์, ภัทรวัดย์ วรธนรัตน์. การพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2557.

Abstract: Development of Continuum of Care in Takuapa Hospital Network.**Jormmanee Saringkanan, B.N.S.***Socail Medicine Department, Takaupa Hospital, Takaupa District, Phang-Nga Province, Thailand**Journal of Health Science 2018;27:1069-80.*

This study aimed to develop a system and network of continuum of care using the Deming's PDCA approach and Appreciation-Influence-Control (A-I-C) concept within the network of Takuapa hospital, Phang-Nga Province, during October 2013 – March 2016. The process included a series of activities which were divided into 5 consecutive phases including (1) situation analysis, (2) system development, (3) system implementation, (4) integrated home visits by multidisciplinary teams and local network support, and (5) coordination for continuum of care. Data were collected through interviews and observation records; and were analyzed by using percentage, mean and content analysis. It was found that there were various problems leading to poor services for patients requiring continuum of care. With the system development, database for patients sending home was organized by using Excell software. A guideline was developed for illnesses requiring continuous home care with regard to patient categorization, transfer of cases, and the use of referral and home visit data transfer by phone or Line application. Essential medical devices were managed to be borrowed by the patients for home care. Integrated home visits were organized with regular schedule and participation by multidisciplinary teams. Cases requiring social welfare support were assisted through collaboration with the local authorities. Community participation for continuum of care was organized through collaboration with local administration organizations, health volunteers, and religious leaders. Patient care volunteers were trained and assigned to closely manage the cases; and relatives of the patients were able to consult hospital staff when problem emerged. With the system, response rate of home visits increased from 58.84% in the year 2013 to 99.37% in 2016; and the average duration of follow-up visit after discharge from the hospital was shorten from 17.89 day in 2018 to 6.78 days in 2013. The incidence of the bed sore in in bed ridden patients infected was found to be significantly reduced, from 10.19% in 2013 to 0.95% in 2016; and time period to prepare the patients before returning home decreased from 9.75 days in 2015 to 4.27 days in 2014. As a result, all the patients and their relatives (100.00%) expressed high satisfaction toward the continuum of care system.

Key words: system development, continuum of care, networking