

การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทความวิจัย

ทิพย์พร จ่างจิต¹ ธัญญาภรณ์ รัตนวิชัย¹ อรอนงค์ พูลสวัสดิ์¹ และ ชณิตา ประดิษฐ์สภาพร^{2,*}

วันที่รับบทความ:

17 ธันวาคม 2562

วันแก้ไขบทความ:

31 กรกฎาคม 2563

วันตอบรับบทความ:

1 สิงหาคม 2563

¹โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย 57120

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

*ผู้เขียนหลัก อีเมล: chanita42548@gmail.com



บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ผู้ให้ข้อมูลมี 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนาบริการ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ รวม 22 คน และผู้บริหาร 3 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้นำท้องถิ่น รวม 26 คน และผู้ป่วย ผู้ดูแล รวม 53 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลพาน โดยระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพาน ประกอบด้วย 1) ระบบบริการไร้รอยต่อ 5 ขั้นตอน เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) ระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ทางวิดีโอคอล และแอปพลิเคชันไลน์ 3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกันระหว่างบุคลากรใน โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ดูแล และ 4) ระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการรายกรณีและคณะกรรมการทำงานการดูแลที่บ้านของ โรงพยาบาล เป็นตัวเชื่อมผ่านแนวคิดการจัดการความรู้และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการดำเนินการพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หอผู้ป่วยนอกลดลง ลดค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับบริการฉุกเฉินดีขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจและผูกพันกับโรงพยาบาล และทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีแนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยได้

คำสำคัญ:

จังหวัดเชียงราย
โรงพยาบาลพาน
การพัฒนาระบบบริการ
การดูแลแบบไร้รอยต่อ
เครือข่ายการดูแล

Development of the Seamless Healthcare System, Phan Hospital, Chiang Rai Province

Research Article

Thikamporn Janjit¹, Thanyaporn Rattanaichai¹, Oranong Poolsawat¹,
and Chanita Praditsathaporn^{2,*}

Received:

17 December 2019

Received in revised form:

31 July 2020

Accepted:

1 August 2020

¹Phan Hospital, Phan District, Chiang Rai Province, 57120 Thailand

²School of Nursing, University of Phayao, Muang, District, Phayao Province 56000 Thailand

*Corresponding author's E-mail: chanita42548@gmail.com



Abstract

The objective of this research is to develop a seamless healthcare service system networking for Phan Hospital, Phan district, Chiang Rai province. The implementation was from October 2014 to September, 2019. Two groups of key informants participated in the study: 1) The service development team consisting of 22 nurses, physiotherapists, nutritionists, and 3 administrators, 2) The service recipients group consisting of 26 Village Health Volunteers (VHV), Community Leaders (CL), and Local Leaders (LL) and 53 patients and caregivers from the service recipients of Phan Hospital. The development of the seamless healthcare service system of Phan Hospital consisted of 1) The seamless healthcare service system under the work of the multidisciplinary, 2) The system of discharge planning of patients among the personnel in the hospital, Sub-district Health Promoting Hospital, community health center, and caregivers, 3) Data referral system and counseling system via VDO call and Line Application, and 4) Material support system, devices that facilitate the disbursement of medicines and medical supplies for patient care. The case managers and Hospital Homeward Working Committee are the links under the conceptual framework of knowledge management and knowledge exchange forum. The implementation resulted in a decreasing number of outpatients. The patient costs could be reduced. The patients received the services as if they were relatives, leading to patient's satisfaction and stronger bonds with the hospital. Finally, in return, the health personnel were validated professionally.

Keywords:

Chiang Rai province,
Phan district,
Service system development,
Seamless care,
Care networking

บทนำ

ระบบบริการไร้รอยต่อ (Seamless health care) เป็นแนวคิดเชิงระบบที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการติดตามดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจากที่มสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้านและจากบ้านสู่โรงพยาบาล (Tieampet et al., 2016) กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ปีงบประมาณ 2555-2559) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพ ทั้งสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงเพื่อเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ (District health system: DHS) ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการจัดการเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless referral system) และเกิดการเชื่อมต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะหุ้นส่วนการทำงาน และสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนภาคประชาชนในการดูแลตนเอง ซึ่งเรียกว่า ระบบบริการไร้รอยต่อ ผลของระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและจากบ้านสู่โรงพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Home ward-home care) ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีของคนทั้งระบบ เกิดการเชื่อมโยงระบบข้อมูล เกิดการประเมินและการสื่อสารผลงาน (Chungsatiansup, n.d.) ความกระฉับกระเฉงของเส้นทางการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเส้นทางและการรักษามาตรฐานบริการที่เข้าร่วมกัน โดยมุ่งเป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบ (Siriwat et al., 2019) ซึ่งเกิดจากการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (McCormack et al., 2011)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ระบบบริการไร้รอยต่อที่เชื่อมต่อกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพกับภาคประชาชนปรากฏไม่มากนัก ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อระบบบริการไร้รอยต่อคือ นโยบายและกลยุทธ์การดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม การมีส่วนร่วมของทีมนักวิชาการในการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกระดับมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ (Sanprasan et al., 2017) การจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (Tieampet et al., 2016) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Pugtarnag et al., 2019) โดยงานวิจัยต่าง ๆ เสนอการลดช่องว่างของระบบบริการไร้รอยต่อดังนี้ ระบบบริการไร้รอยต่อที่ดียังคงต้องการการพัฒนากระบวนการ/กระบวนการ/ขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษาระหว่างสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว ชุมชนในพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยบูรณาการการดูแลตามการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างกลมกลืน การประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ยา

เวชภัณฑ์ การดูแลรักษาและการติดตามประเมินผล ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Boonjian, 2016) การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาช่วยในการดำเนินการบางขั้นตอน เช่น การปรึกษาแพทย์ การขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การขยายความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Kumkong & Ouicharoen, 2017) และพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่มีความพร้อม ไม่มีประสบการณ์และความรู้ มีปัญหาเศรษฐกิจและไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักบางคนมีอาการเจ็บป่วยร่วมด้วย (Kanyakan et al., 2019) และประเด็นสุดท้ายคือ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องยังไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดูแล

โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย จึงตระหนักและเชื่อมั่นว่า ระบบบริการไร้รอยต่อซึ่งเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นเครือข่าย เพื่อให้บริการสุขภาพกับภาคประชาชนทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะนำไปสู่การลดความแออัด การบริการฉุกเฉินที่ดี มีเครื่องมือที่ดี จากผลวิจัยของ Rattanavichai et al. (2014) ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพานทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนม่วงคำใช้เวลาในการไปรับบริการน้อยลง ได้รับการตรวจเลือดมากขึ้น เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง อบต. รพ.สต. และ อสม. ยังต้องมีการพัฒนา ประกอบกับสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2557-2559 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยหอบหืดผู้ป่วยนอกมีจำนวน 16,846 คน 17,703 คน และ 18,765 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอัตราการเข้ารับบริการจากจำนวน 23,632 ครั้ง/ปี เป็น 28,598 ครั้ง/ปี และ 28,598 ครั้ง/ปี ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่า หอบหืดเหตุฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเฉลี่ย 179 คนต่อวัน แต่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเฉลี่ย 22 คนต่อวัน ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเฉลี่ย 42 คนต่อวัน (Medical Record Phan Hospital, 2017) แต่จำนวนบุคลากรทีมสุขภาพในฐานะผู้ให้บริการยังมีเท่าเดิม ส่งผลให้เกิดความแออัด คุณภาพการดูแลบกพร่อง การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การจัดการปัญหาสุขภาพไม่ครบถ้วน บริการอย่างเร่งรีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่มาตามนัด โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลเรื้อรัง การมองเห็นผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งระยะเวลาการให้บริการแก่ผู้รับบริการแต่ละรายใช้เวลา 2 ชั่วโมง 44 นาที ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 80 (Quality Assurance Committee Phan Hospital, 2017)

สถานการณ์ที่เป็นอยู่เดิม

ก่อนช่วงปี พ.ศ. 2557 โรงพยาบาลพานใช้นโยบายการให้บริการในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการดังนี้ กำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอำเภอพาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP PHAN) และมีโครงการ 1 ตำบล 1 โครงการ ภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาลพานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ โดยใช้แนวคิดการจัดการโรคเชิงรุก (Population-based approach) เริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนป่วยขณะป่วย การป้องกันและชะลอโรค การลดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลหลังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนา 2 ด้านหลัก ๆ ดังนี้

1) ด้านการจัดบริการ

การดำเนินการมีดังนี้ 1) จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลพานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ 2) การพัฒนาโปรแกรม J-PINGPONG เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาลพานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ 3) หลังการคัดกรองเบื้องต้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลพาน 4) จัดบริการตรวจ HbA1C ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และ 5) การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน

ข้อจำกัดจากการเยี่ยมบ้านในพื้นที่โดยพยาบาลชุมชนคือพยาบาลชุมชนมีเพียง 4 คน จึงทำการฝึกอบรมพยาบาลให้เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) แต่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยมีความซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยต้องมาที่โรงพยาบาลพาน ก่อให้เกิดความลำบากกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่วนการตรวจ HbA1C ถึงแม้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแต่ค่าตรวจมีค่าใช้จ่ายสูง งบประมาณมีจำกัด และความคิดเห็นของแพทย์ในการแปลผลแตกต่างกัน และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของแต่ละหอผู้ป่วยมีอยู่ในแฟ้มประวัติ แต่ขาดการเข้าถึงของทีมพัฒนาบริการ และพบว่าการลงพื้นที่ของบุคลากรทางสุขภาพไม่มีการ

ประสานงานกับผู้ดูแลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ด้านการส่งต่อข้อมูล

โปรแกรม J-PINGPONG พัฒนาขึ้นเพื่อการวางแผนการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลพานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ ข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูล คือ ภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพตำบลม่วงคำมีค่อนข้างมาก ทำให้ข้อมูลที่นำส่งขาดความถูกต้อง แม่นยำ ส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำส่งผู้ป่วยขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ค่าแนะนำในการนำส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลไม่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริงในพื้นที่ ไม่ปรากฏการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน ทีมพัฒนาบริการมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยทั้งประเด็นของวัสดุ อุปกรณ์ ในการทำแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

กระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับของชุมชนเป้าหมาย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 5 ระยะคือ ระยะ R1D1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและออกแบบพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ ระยะ R2D2 ทดลองใช้ร่างระบบบริการไร้รอยต่อและการประเมินผลการดำเนินงาน ระยะ R3D3 พัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อเฉพาะส่วนและประเมินผลการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อเฉพาะส่วน ระยะ R4D4 การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำและการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ และระยะ R5D5 การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อโรงพยาบาลและการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อโรงพยาบาล ภายใต้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เท่านั้น ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นระบบบริการไร้รอยต่อ ขอบเขตระยะเวลาดำเนินการ 2 ช่วงเวลาคือ ช่วงปีแรก พ.ศ. 2557- 2559 และช่วงปีที่ 2 พ.ศ. 2560-2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ทีมพัฒนาบริการ ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ รวม 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร

หัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย/ส่วนงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2562 2) มีหน้าที่โดยตรงหรือเกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้าน/การจัดบริการไร้รอยต่อ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล 53 คน อสม. 13 คน ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น 13 คน รวม 79 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลในช่วงเดือน กรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2562 2) ผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในความดูแลไม่น้อยกว่า 3 เดือน 3) อสม. ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือ

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ 1) การอบรมการจัดการความรู้และถอดบทเรียนการพัฒนากระบวนการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลพาน จำนวน 3 วัน และ 2) โปรแกรมอบรมการดูแลที่บ้านสำหรับ อสม. และผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญที่พบในพื้นที่ ได้แก่ ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งตับ ภาวะสมองขาดเลือด สาธิตการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การวัดความดันโลหิต การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและหัตถการโรคสำคัญต่าง ๆ ครั้งละ 4 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งทำการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบเนื้อหาของโปรแกรมกับ อสม. และผู้ดูแลในพื้นที่ตำบลสันกลาง อำเภอกวน

2) **เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับระบบบริการไร้รอยต่อและประสิทธิผลของระบบบริการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลพาน ตามแนวคิด Breen (2007) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทีละ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ใช้ผู้สัมภาษณ์หลัก 1 คนและผู้ช่วยสัมภาษณ์ 2 คนที่มีประสบการณ์ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าและวิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จดบันทึก และการบันทึกสะท้อนความคิด การค้นหาข้อมูลและโน้ตค้นจากการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งและจะยุติลงเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ข้อมูลถูกจัดเก็บในตู้ที่มีกุญแจและถูกทำลายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นทันที 2) แบบบันทึกจำนวนผู้มารับบริการและระยะเวลาการรอคอย 3) แบบประเมินความพึงพอใจและความผูกพันต่อโรงพยาบาลพาน แบ่งเป็นแบบประเมินความพึงพอใจ 3 ข้อ และแบบประเมินความผูกพัน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถ้ามีความ

พึงพอใจหรือความผูกพัน ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คุณภาพเครื่องมือผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 และ 4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ดูแล พัฒนามาจาก Sangseechan (2015) ทักษะที่ประเมินได้แก่ การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การวัดความดันโลหิต การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ และการทำแผล ประเมินจากการสังเกตการปฏิบัติและซักถามผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า เกณฑ์การให้คะแนนมี 3 ระดับคือ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้และไม่พึงพอใจ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลทำทักษะนั้นได้แต่ไม่ถูกต้องแต่พึงพอใจ 2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลทำทักษะนั้นได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ และพึงพอใจ เกณฑ์การประเมินมี 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลและพึงพอใจระดับน้อย คะแนน 50–75 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลและพึงพอใจระดับปานกลาง และมากกว่า 75 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลระดับมากและพึงพอใจมาก คุณภาพเครื่องมือวิธีการหาความเชื่อมั่นใช้ความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกตการณ์ 2 คน ประเมินผู้ดูแลคนเดียวกัน ผู้สังเกตการณ์ให้การประเมินความสอดคล้องร้อยละ 80 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Colorafi & Evans, 2016) โดยนำข้อความที่จดบันทึกไว้จากการสังเกต การถอดเทปจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบคำต่อคำ ตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้าระหว่างนักวิจัย 3 คน ยืนยันความถูกต้อง ความเป็นจริง จัดทำประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกันในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพาน

ประกอบด้วยระบบย่อย 4 ระบบ ดังนี้

1) **ระบบบริการไร้รอยต่อ 5 ขั้นตอน** เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนำแนวปฏิบัติเดิมของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลพานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ มาพัฒนาบริการที่เน้นการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้ 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การประเมินปัญหา โดยดึงข้อมูลจากโปรแกรม BMS-HOSXP 2) การระบุปัญหา 3) การวางแผน แต่ละทีมจะมีหัวหน้าทีม ซึ่งหัวหน้าทีมส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเป็นผู้จัดการรายกรณี จะนัดประชุมทีมเพื่อวางแผนก่อนลงพื้นที่ พิจารณาจำนวน/ราย

ผู้ป่วยที่จะเยี่ยมและจัดเรียงลำดับการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นราย ๆ พิจารณาโรค อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อน พิจารณา กิจกรรมที่จะดำเนินการ กำหนดผู้นำเยี่ยมในวันลงพื้นที่ให้ สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้นำเยี่ยมจะเป็นนักกายภาพบำบัด มอบหมายบุคลากรในทีม จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ประสานคนขับรถและนัดหมาย วัน-เวลา สถานที่ในการเดินทาง รวมทั้งประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ และ อสม. 4) การ แก้ไขปัญหาเมื่อเข้าเยี่ยมบ้าน ทีมพัฒนาบริการร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ จะประเมิน และระบุปัญหาอีกครั้ง ปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหา ความ ต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและความรุนแรงซึ่งส่งผลต่อการ เสียชีวิตเป็นลำดับแรก ด้วยวิธีระดมสมองเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย ติดเตียง (Bed-side care) 5) ประเมินผลหลังให้การดูแลและฟื้นฟู สภาพ พร้อมจดบันทึก จากนั้นนัดเยี่ยมผู้ป่วยครั้งต่อไปอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

2) ระบบส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ใช้โปรแกรม BMS-HOSxP แทนโปรแกรม J-PINGPONG ตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุขและด้วยข้อจำกัดของโปรแกรม J-PINGPONG ซึ่งเน้น เฉพาะข้อมูลโรคเบาหวาน โดยให้ อสม. ผู้นำชุมชน เก็บรวบรวม ข้อมูลสุขภาพของแต่ละชุมชนเพื่อปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยและ เป็นฐานข้อมูลของเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าถึง ข้อมูลทั้งทีมพัฒนาบริการและบุคลากรงานสาธารณสุขของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ข้อมูลเดียวกัน และการให้คำ ปรึกษา แบ่งเป็น 2 กรณีคือ 1) กรณีการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับ ปัญหาผู้ป่วย หากเป็นปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมพัฒนา บริการที่ลงเยี่ยมบ้านจะขอคำปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน ติดต่อทางวิดีโอคอลและแอปพลิเคชันไลน์ หากเป็น ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย เช่น บ้านทรุดโทรม หลังคารั่ว ล้วนน้ำนอง และปัญหาอื่น ๆ เช่น สวัสดิการ รายได้ไม่เพียงพอ ไม่ได้รับสิทธิผู้พิการ ทีมพัฒนาบริการจะติดต่อ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการติดต่อ โดยตรงหรือโทรศัพท์ 2) กรณีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน อื่น ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อเชื่อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีม พัฒนาบริการจะประสานงานคณะกรรมการทำงานการดูแลที่บ้าน ของโรงพยาบาล ทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์

3) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ใช้งานร่วมกัน ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลพวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ และผู้ดูแล โดยพยาบาล แต่ละหอผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยจดบันทึกข้อมูล ลงแฟ้มประวัติในโปรแกรม BMS-HOSxP และบันทึกข้อมูลซึ่ง

ทีมพัฒนาบริการสามารถเข้าถึงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและนำมาใช้ ในการวางแผนเยี่ยมบ้านได้

4) ระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน โดยโรงพยาบาลพวนปรับนโยบายให้เชื่อมต่อการ เบิกวัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ตามสิทธิของผู้ป่วย ทีมพัฒนา บริการประสานงานและเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ของ ผู้ป่วยกับการเงินการคลังโรงพยาบาลตามระเบียบและสิทธิของ ผู้ป่วย โรงพยาบาลปรับขั้นตอนเพื่อลดความแออัดและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ตามข้อเสนอแนะของทีมพัฒนาบริการ เช่น ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องมานวดยาประจำที่หอผู้ป่วยเหตุฉุกเฉิน เมื่อมา ตามนัดนวดยา สามารถมารับยาที่งานเภสัชกรรมแล้วนำไปที่ หอผู้ป่วยในและนวดยาจนครบ และการเปิดบริการนอกเวลาโดย พยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

จากระบบย่อยทั้ง 4 ระบบ มีการเชื่อมต่อกับคณะกรรมการ ทำงานการดูแลที่บ้านของโรงพยาบาล ภายใต้แนวคิดการจัดการ ความรู้และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหลัก โดยเฉพาะมี ผู้จัดการรายกรณีเป็นบุคคลสำคัญ มีปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ นโยบาย การสื่อสารที่เข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้อิสระในการตัดสินใจแก่ทีมพัฒนาบริการ การยกย่อง ชมเชย เสริมพลังอำนาจแก่บุคลากร สรุปการพัฒนาบริการ รื้อรอยต่อ โรงพยาบาลพวน ตามแนวคิดบริการรื้อรอยต่อ เรียก ว่า SHSP (Seamless Health System of Phan) ดังภาพที่ 1

ความรู้หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้

ระบบบริการรื้อรอยต่อมีพัฒนาการมาจากรูปแบบการดูแล ที่บ้าน ซึ่งรูปแบบการดูแลที่บ้าน แบ่งได้ 4 ยุค คือ

ยุคที่ 1

ปี พ.ศ. 2511 ยุคสังคม Baby boom รัฐบาลส่งเสริมการมี บุตร ทำให้มีมารดาและเด็กจำนวนมาก สำนักงานผดุงครรภ์ กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานบริการระดับล่าง เน้น บริการขั้นพื้นฐาน ลดโรคติดต่อและงานอนามัยแม่และเด็ก และมีรูปแบบบริการที่สำคัญคือ การเยี่ยมบ้าน (Home visit)

ยุคที่ 2

ปี พ.ศ. 2536 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้พัฒนา โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่บ้านทั่วประเทศไทย



ภาพที่ 1 ระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพม

พบบาลจึงมีโอกาสได้รับรู้รับทราบปัญหาอุปสรรคด้านที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย สาเหตุร่วมของความเจ็บป่วยและสามารถร่วมแก้ปัญหากับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างตรงจุดตรงประเด็น เครื่องมือหลัก คือ กระบวนการพยาบาล กิจกรรมบริการ ได้แก่ การประเมินสุขภาพรวมทั้งสิ่งแวดล้อม ให้การรักษาตามอาการที่ตรวจพบ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยให้บริการแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การวางแผนร่วมกับทีมรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (Continuous care) เชื่อมโยงบริการพยาบาลที่โรงพยาบาลไปยังสถานบริการในชุมชนและที่บ้าน โดยส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม พบบาลอนามัยชุมชนจึงกลายเป็นกลไก

ลดช่องว่างระหว่างบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ร่วมกับทีมสุขภาพผ่านบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Wattanakit, 1999)

ยุคที่ 3

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาการดูแลที่บ้าน คำว่า “Home Ward” จึงเกิดขึ้น ตามนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต้องบูรณาการงานเยี่ยมบ้านเข้าด้วยกัน ทำให้ทีมการพยาบาลเน้นการป้องกันการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสภาพในระยะพักฟื้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพที่ส่งต่อ

การดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการโรคและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสอนครอบครัว/ผู้ดูแลให้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ติดตาม ประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีแพทย์ในกรณีเกินความสามารถในการดูแล (Likitluxcha et al., 2017)

ยุคที่ 4

ยุคปัจจุบัน “ระบบบริการไร้รอยต่อ” ด้วยกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ การบริการสุขภาพแก่ประชาชนจำเป็นต้องเป็นองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrated) และมีความต่อเนื่อง (Continuing) เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการติดตามดูแลและฟื้นฟูสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพ จากโรงพยาบาลสู่บ้านและจากบ้านสู่โรงพยาบาล (Tieampet et al., 2016) ก่อให้เกิดบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward-Home care) ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีของคนทั้งระบบ เกิดการเชื่อมโยงระบบข้อมูล เกิดการประเมินและการสื่อสารผลงาน (Chuengsatiansup, 2005) แนวคิดนี้ต้องอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดการบริการมีลักษณะแยกส่วน มีระบบเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือ มีระบบส่งต่อ รวมทั้งประเมินผลและรับผลประโยชน์ร่วมกัน (Nakkam & Daosodsai, 2017)

แนวคิดระบบบริการไร้รอยต่อจึงเป็นแนวคิดการบริการที่ต้องมีความเชื่อมโยงของข้อมูล ทรัพยากรคน วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ มีการสื่อสารกระบวนการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติและชุมชน เชื่อมต่อกันโดยมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สถานการณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1) ผลลัพธ์ที่เกิดโดยตรงกับผู้ป่วย

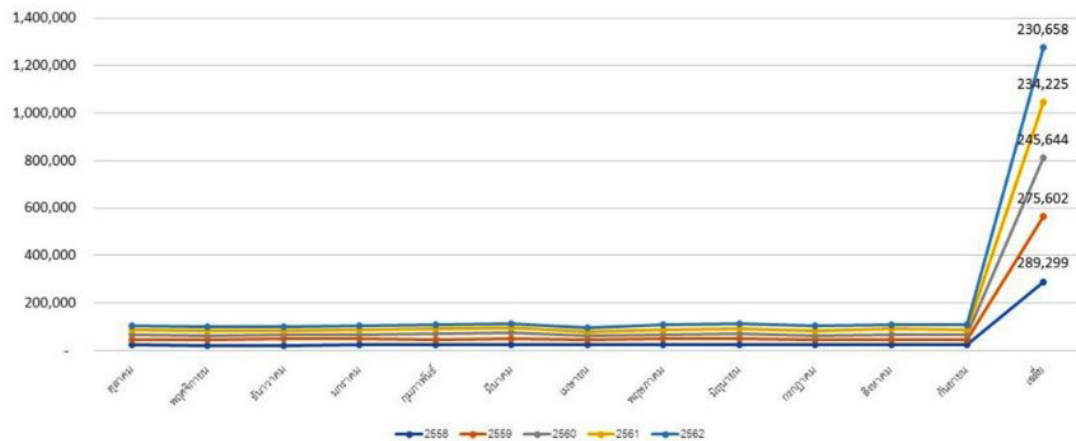
ผู้ดูแลและคนในชุมชนพบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง จากผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 8 ราย พบว่าระบบบริการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลที่ส่งทีมพัฒนาบริการลงพื้นที่ มีผลต่อค่าใช้จ่ายที่ลดลง โดยเฉพาะค่าเดินทางจากเดิม 200-300 บาทต่อครั้ง และค่าแรงของผู้ดูแลหรือคนที่พามาส่งโรงพยาบาล 200-300 บาทต่อครั้ง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ครั้งละ 400-600 บาท

2) ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

2.1) จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพบว่ามีจำนวนจากปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการลดลง จากจำนวน 289,299 คน เป็น 275,602 คน 245,644 คน 234,255 คน และ 230,658 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 2) อาจเป็นผลมาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ลงให้บริการดูแล รักษา ฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และมีแพทย์ลงตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลสอดคล้องกับ Sardtrakulwatana (2018) การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อนี้ ใช้การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ กับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้ง อสม. เป็นหลัก ซึ่งรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพกับ อสม. มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยสอดคล้องกับ Ontha et al. (2016) และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับ Atthawong et al. (2017) และส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วย

2.2) ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบว่ามีจำนวนจากปี พ.ศ. 2558-2562 ระยะเวลาการรอคอยเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 20.59 เป็น 23.15 24.66 26.96 และ 33.15 ตามลำดับ (ภาพที่ 3) อาจเนื่องจากยังมีข้อบกพร่องในกระบวนการพัฒนาการทำงานของหอผู้ป่วยนอก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีนัดและไม่มีนัด ต่างต้องลงทะเบียน ยืนยันบัตร คัดกรอง รับบัตรคิว ไม่แตกต่างกัน แพทย์ลงตรวจเวลา 9.00 น. ระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์เสียบ่อยครั้ง การรอรับยามี่เจ้าหน้าที่เภสัชกรไม่เพียงพอ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Manmor & Wasusri (2019) ที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จำลองสถานการณ์กระบวนการทำงานของหอผู้ป่วยนอก พบว่าหากกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีนัดยืนยันบัตรที่จุดรับบัตรและผู้ป่วยที่ไม่มีนัดแยกไปจุดลงทะเบียนก่อนไปยืนยันบัตร คัดกรองแล้วจึงรับบัตรคิว พยาบาลส่งตรวจปฏิบัติกรล่วงหน้าก่อนพบแพทย์ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนเวลาการลงตรวจของแพทย์จาก 9.00 น. เป็น 8.30 น. จะลดระยะเวลาการรอคอยได้ ถึงแม้ว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการรอคอยของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น แต่ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากได้พบทีมพัฒนาบริการที่ลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย ไว้วางใจ รวมทั้งได้รับความสนใจ และอภัยคัยของนิสิตพยาบาล นิสิตแพทย์ จากหลายสถาบันการศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน

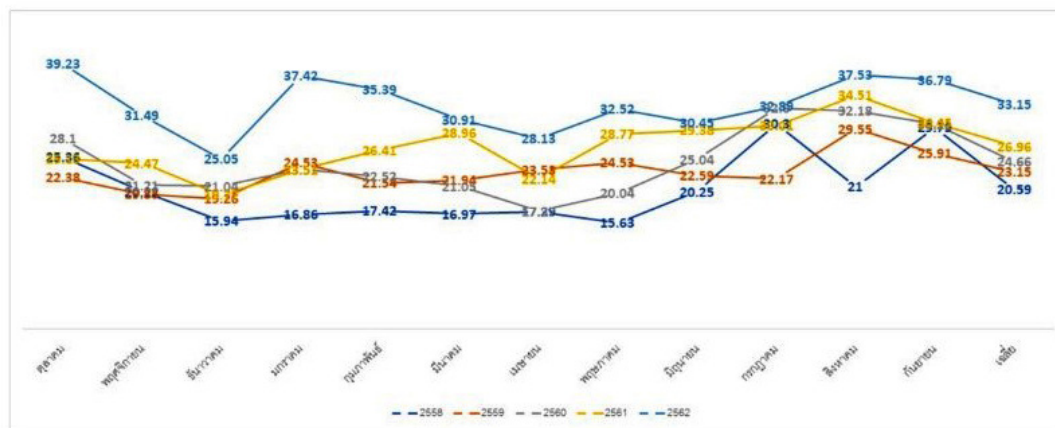
จำนวนผู้มารับบริการ ปี 2558-2562



ภาพที่ 2

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพาน ปี พ.ศ. 2558-2562

ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย ปี 2558-2562



ภาพที่ 3

ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพาน ปี พ.ศ. 2558-2562

ที่ช่วยตรวจร่างกาย มีเวลาในการฟังปัญหาและให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและความผูกพันต่อโรงพยาบาลพาน (ตารางที่ 1)

ผลจากการถอดบทเรียนจากทีมพัฒนาบริการ พบว่าบุคลากรทีมพัฒนาบริการเกิดความรู้สึกมีความสุข ภูมิใจ เป็นประสบการณ์ที่ทำให้เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ทีมพัฒนาบริการซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพเข้าใจบทบาทของกันและกันมากขึ้นโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการให้บริการ ดังคำสัมภาษณ์

“ออกไปเยี่ยมบ้าน เราก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำไบบ้าง ไม่เคยออกไปพื้นที่... เป็นคนคุยไม่ค่อยเก่ง งานเอกสารไม่ค่อยได้คุยโดยตรงกับผู้ป่วยเท่าไร ไม่มั่นใจว่าจะไปทำอะไร จะพูดอย่างไร แต่เมื่อทีมนัดประชุมกันทำให้เรามั่นใจขึ้นว่ามีเพื่อน เห็นภาพว่าจะออกไปทำอะไร ก็กังวลลดลง...”

(เภสัชกร, 43 ปี)

“ไปออกพื้นที่แล้วไม่เครียด สนุกดี หนูชอบ...ทำให้เรารู้ว่าคนไข้คนไหนต้องการอะไร เราไปหาคนในพื้นที่ให้ช่วยเราเพราะนักกายภาพบำบัดคนเดียวทำไม่ได้ ทำไม่ทัน...หนูก็จะคุยให้พี่ ๆ ในทีมทั้งพยาบาล โภชนาการ นื่องพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ฟังว่าเราจะทำอะไร ผูกทำกันในทีม เวลาไปสอนญาติ สอน อสม. พี่ ๆ น้อง ๆ ในทีมก็จะช่วยกัน...”

(นักกายภาพบำบัด, 27 ปี)

“ชาวบ้านใจดีดูแลเราเหมือนญาติ มีน้ำใจเอาผัก ผลไม้ที่ปลูกเอามาบอกให้เรากินกัน เวลามาโรงพยาบาลก็หิ้วเอาผักที่เขาปลูกมาฝาก คิดถึงกัน คุยกันอย่างเป็นกันเอง รู้สึกดี...อบอุ่นใจ...นึกย้อนไปเหมือนตอนเป็นนักเรียนพยาบาลฝึกงานลงพื้นที่ มีความสุขสุด ๆ... ภูมิใจกับความเป็นพยาบาล”

(พยาบาล, 31 ปี)

“งานนักโภชนาการกับงานพยาบาลเวลาลงเยี่ยมบ้านก็ไม่ค่อยแตกต่างกันเท่าไร ก็ช่วยกันพยายามอธิบายญาติ คนไข้ บางทีก็ดูเหมือนขัดกันแต่จริง ๆ มันก็ไม่ใช่นะ... เพียงแต่ต่างคนต่างจะพูดให้คนไข้เข้าใจมากที่สุดให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของเขา... ตอนหลังรู้จักหวั่นกัน ก็ลงตัว ก็เสริมกันไปก็ดูดีขึ้นเยอะ (หัวเราะ) สุดท้ายกลายเป็นคู่ที่ไปด้วยกันตลอด”

(นักโภชนาการ, 28 ปี)

ระบบบริการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลพาน ประกอบด้วยระบบย่อย 4 ระบบ คือ ระบบบริการไร้รอยต่อ 5 ขั้นตอน ระบบการส่งต่อข้อมูลและให้คำปรึกษา ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่งานวิจัยของ Polsawat et al. (2018) พบว่ามีเพียงระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือระหว่างหน่วยบริการที่มี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามความพึงพอใจและความผูกพันต่อโรงพยาบาลพาน

(เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2561) ความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการ	พึงพอใจและผูกพัน		ไม่แน่ใจต่อความพึงพอใจและความผูกพัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจ				
ด้านกระบวนการ	40	99.25	13	0.75
ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์	38	97.17	15	2.83
ด้านบุคลากร	53	100.00	0	0.00
ความผูกพันต่อโรงพยาบาลพาน				
ท่านไว้วางใจในการบริการของโรงพยาบาลพาน	53	100.00	0	0.00
ท่านจะกลับมาใช้บริการโรงพยาบาลพานถ้ามีโอกาสอีก	53	100.00	0	0.00
ท่านพูดถึง/บอกกล่าวกับผู้อื่นถึงโรงพยาบาลพานในแง่ดี	53	100.00	0	0.00
ท่านจะแนะนำคนรู้จักให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพาน	53	100.00	0	0.00

ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ หากวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอและส่งผลต่อการบริการ นอกจากนั้น Kumkong & Ouicharoen (2017) พบว่าการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาช่วยบางขั้นตอนของการให้บริการเป็นการสนับสนุนระบบบริการอีกด้วย ความสอดคล้องของการรักษา จ่ายยา และส่งต่อผู้ป่วย ถือเป็นระบบส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ เนื่องจากทำให้ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ถูกส่งผ่านอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยี ทำให้บริการของโรงพยาบาลและชุมชนมีความสอดคล้องกัน ลดความขัดแย้งในการรักษาและให้ข้อมูลผู้ป่วย (Waible et al., 2016) ส่วน Andrea et al. (2006) พบว่า ระบบการสื่อสาร การประสานงาน ภายใต้โครงสร้างองค์กรและกระบวนการทำงานขององค์กรที่มีวัฒนธรรมองค์กรแตกต่างกัน เป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการไร้รอยต่อเช่นเดียวกับ Sooksanti et al. (2019) พบว่า ระบบให้คำปรึกษาแก่ญาติ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลยาและข้อมูลเสริมทักษะที่จำเป็นบางประการ เช่น ทำแผล เป็นระบบสำคัญอีกระบบหนึ่ง

ในงานวิจัยนี้ นโยบายเป็นปัจจัยลำดับต้น ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ สอดคล้องกับ Sanprasan et al. (2017) ที่พบว่า นโยบายและกลยุทธ์การดูแลที่เป็นรูปธรรม การมีส่วนร่วมของทีมดูแล ความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกระดับมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ การรวมตัวเป็นเครือข่ายของคนในชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (Tieampet et al., 2016) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่พบว่าคนในชุมชนเข้มแข็ง เห็นได้จากการจัดบริการรับส่งผู้ป่วยและมีจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยที่ญาติไม่อยู่ในชุมชนและไม่มีญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

งานวิจัยนี้มีความโดดเด่นที่ผู้จัดการรายกรณีเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อน เป็นบุคลากรหลักที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานในชุมชน เห็นได้จากผู้จัดการพยาบาลทีมศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ ผู้จัดการพยาบาลทีม 2 หอผู้ป่วยแม่และเด็ก คุณลักษณะของผู้จัดการรายกรณีเหล่านี้มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพมานาน 8 และ 10 ปี ผ่านการอบรมผู้นำทางการพยาบาลระดับต้น มีทักษะหลากหลายในการทำงานทั้ง Soft skill และ Hard skill มองเห็นภาพรวมของงานทั้งหมด มีความเป็นอิสระในการทำงาน มีบุคลิกภาพเปิดรับประสบการณ์และบุคลิกภาพสำนึกในหน้าที่ เห็นความสำคัญของงาน มีการวางแผนกำลังคนในการออกชุมชน มีการบันทึก การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดบริการชุดเดียวกันของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยไม่ได้มีคำสั่งให้ปฏิบัติ สอดคล้องกับ Engchuan & Jadesadalug (2017) ซึ่งพบว่าความมีอิสระในการทำงานกับบุคลิกภาพการเปิดรับประสบการณ์และบุคลิกภาพความสำนึกในหน้าที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน Hackman & Oldham (1975) เชื่อว่าความเป็นอิสระในการทำงานส่งผลต่อศักยภาพของการจูงใจในการทำงานและประสิทธิภาพงาน งานวิจัยนี้ผู้บริหารจึงมีเจตนาให้ทีมร่วมกันทำงานอย่างเป็นอิสระในการทำงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน แต่กลับพบว่าในระยะต้นบุคลากรเกิดความสับสน จึงต้องปรับกลยุทธ์ด้วยการสร้างแรงจูงใจ ยกย่อง ชมเชย เสริมพลังอำนาจในเวทีต่าง ๆ แสดงว่าการให้อิสระในการทำงานจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล

คณะกรรมการทำงานการดูแลที่บ้านเป็นตัวเชื่อมโยงประสานงาน ขณะเดียวกันใช้แนวคิดการจัดการความรู้และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการถอดชุดความรู้ รวมทั้งมีอิสระในการจัดทีมและอิสระในการทำงานของทีมพัฒนาบริการ สอดคล้องกับ Ozturk et al. (2006) กล่าวว่า คนที่ประสบความสำเร็จนั้น เป็นผลมาจากการที่พวกเขาใช้องค์ความรู้มาสนับสนุนการทำงานและมีอิสระในการตัดสินใจด้านการทำงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติ/ทีมสุขภาพ/ทีมสนับสนุน เกิดความสับสนในระยะแรก เมื่อแก้ปัญหาผลักดันให้เกิดต้นแบบในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลเห็นรูปธรรม เกิดการกระตุ้นและผลักดันแรงจูงใจในการทำงานระหว่างบุคลากรด้วยตนเอง

ผู้จัดการทีมทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงถือได้ว่า ผู้จัดการทางการพยาบาลเป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของระบบบริการไร้รอยต่อ (Sanprasan et al., 2017) แต่ในทางกลับกันการให้อิสระในการออกแบบ การให้ดูแลแบบ ไม่เพียงพอที่จะทำให้ทีมสนับสนุนออกแบบกิจกรรมได้ อาจเนื่องด้วยต้นแบบที่เกิดขึ้นเป็นบริการที่ทีมสุขภาพให้บริการตรงกับผู้ป่วย การเสริมพลังอำนาจ การให้รางวัลและคำชมเชยต่าง ๆ จากคณะกรรมการบริหารและผู้บริหารเป็นแรงผลักดันให้ทีมสนับสนุนมีมติใหม่ บริการดูแลญาติมิตรในกลุ่มนี้ จึงหมายถึงการดูแล ช่วยเหลือ ผู้มาขอใช้บริการในหน่วยงานตนเป็นหลัก การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดการความรู้ เป็นการเสริมการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อให้แก่บุคลากรโรงพยาบาลเพื่อสะท้อนความคิด ความเข้าใจ และร่วมกันพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของโรงพยาบาล ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ผลกระทบและความยั่งยืน ของการเปลี่ยนแปลง

ผลที่เกิดขึ้นต่อชุมชน

ผลกระทบจากการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อเฉพาะ ส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ จนเกิดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในโครงการ “ใคร ๆ ก็เป็นหมอได้” ส่งผลให้เกิดความ พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ อสม. โดยมีคำแนะนำก่อน และหลังเพิ่มขึ้น และพบว่ามี อสม. ที่พัฒนามาจากผู้ดูแลผู้ป่วย ที่บ้านจำนวน 11 คน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ตำบล ได้นำโครงการไปต่อยอดพัฒนาให้เกิดแผนตำบลสุขภาพ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดสรรงบประมาณต่อ เนื่องรายปีและยกระดับธรรมนูญสุขภาพ ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำ ชุมชน ได้ต่อยอดหมอมือ 1 เป็นโรงเรียนครอบครัวของตำบล นอกจากนั้นยังมีการขยายแนวคิด กิจกรรมโครงการ ใคร ๆ ก็เป็น หมอได้ จากชุมชนบ้านม่วงคำ ไปยังชุมชนอื่นในตำบลม่วงคำและ ตำบลอื่น ๆ ในอำเภอบ้าน

ผลที่เกิดขึ้นต่อโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของโรงพยาบาลพาน นอกจากก่อให้เกิดความพึงพอใจและความผูกพันต่อโรงพยาบาล

แล้ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นเห็นได้จากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพร่มไทร ของโรงพยาบาลพาน ที่ตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู สภาพแก่ผู้ป่วยและญาติจากงบประมาณท้องถิ่น ได้กลับมามี ชีวิตชีวา มีกิจกรรมหลากหลายมากขึ้น เช่น กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เด็กออทิสติกและเด็กพิเศษอื่น ๆ ที่ผู้ปกครองนำมาเข้าร่วม กิจกรรมอาหารสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ กิจกรรม ส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเด็กและเยาวชน ซึ่งมีทั้งสระ ว่ายน้ำ เครื่องออกกำลังกาย กิจกรรมนวดเพื่อป้องกันและฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับคนปกติและผู้ป่วย กิจกรรมศิลปะบำบัดและ บริการหนังสือในท้องสมุคสำหรับเด็กและครอบครัว จนกลายเป็น ส่วนหนึ่งของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชนของอำเภอบ้าน

ผลจากการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อของโรงพยาบาล พาน ส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าการทำวิจัยสามารถ พัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัยได้ รวมทั้งได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ จำนวนทั้งสิ้น 4 ฉบับ และเกิดนวัตกรรม 2 ชิ้น คือ “ระบบนำทาง Homeward อัจฉริยะ 4.0” และ “Happy Q @ Phan Hospital” ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมพัฒนา บริการให้เข้าถึงบ้านผู้ป่วยภายใน 20-30 นาที ลดความแออัด ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และลดความห่างไกลหมอ ได้รางวัล รองชนะเลิศอันดับที่ 2 ในงาน 100 ปี สาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2560 และนวัตกรรม Application AI Smart สุขศึกษา ได้รางวัล รองชนะเลิศงาน HA Forum ปี พ.ศ. 2561

References

- Andrea M. S., Robert R. C., Carron, C., Polly P., Donna, S., Jacquelyn L. B., & Jay W. (2006). Seamless care: safe patient transitions from hospital to home. *Standard Forum*, 1, 79-98.
- Attawong, P., Anusornprasert, N., & Sardlee, H. (2017). Home nursing care for bed-ridden patients from primary care unit. *The Southern Collage Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 73-85. (in Thai).
- Boonjian, P. (2016). The development of a network of primary care services. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 6(1), 38-48. (in Thai).
- Breen, R. L. (2007). A practice guide to focus-group research. *Journal of Geography in Higher Education*, 30(3), 463-475.
- Chuengsatiansup, K. (2005). *Community way: a learning guide that make community work easy, effective, and fun* (5th ed). Nonthaburi: Intuition of Health System Research. (in Thai).
- Chuengsatiansup, K. (n.d.). Seamless health care. Retrieved March 1, 2020, from <http://koonnapab.chiangmaihealth.go.th>. (in Thai).
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(4), 16-25.
- Engchuan, C., & Jadesadalug, V. (2017). The influences of job autonomy-openness to experience personality and conscientiousness personality- perceived self-efficacy on effectiveness of academic performance. *Electronic Journal of Open and Distance Innovative Learning*, 7(1), 104-123. (in Thai).

- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159–170.
- Kanyakan, K., Kosalvit, T., & Bunyanwarawat, N. (2019). Integrated community-based long term care model using community participation for dependent elders at Dongbang promoting hospital in Mueang district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 17(1), 1–19. (in Thai).
- Kumkong, M., & Ouicharoen, S. (2017). Care of patients with acute coronary syndrome: challenge for community hospital. *EAU HERITAGE Journal Science and Technology*, 12(2), 112–121.
- Likitluxcha, N., Laphphakdi, T., & Kaladcomphong, P. (2017). *Nursing care for home*. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (in Thai).
- Manmor, P., & Wasusri, T. (2019). The reduction of patient's waiting time at an outpatient department using simulation modeling: a community hospital in Suphanburi province. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 15(2), 51–62.
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centered care: addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issue Nursing*, 16(2), Article no. 3.
- Medical Record Phan Hospital. (2017). *Service rate fiscal year 2014–2016*. Chang Rai: Phan Hospital.
- Nakkam, O., & Daosodsai, P. (2017). The evaluation of the diabetes mellitus patient's referral system between chaiyaphum hospital and primary care units in Mueng district, Chaiyaphum province. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 13(2), 67–79. (in Thai).
- Ontha, R., Moolset, S., & Pitchayapinyo, P. (2016). The development of a home visit model based on participation between professional nurses and village health volunteers for type II diabetes. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(4), 19–27. (in Thai).
- Oztürk, H., Bahceci, N., & Baumann, S. L. (2006). Nursing satisfaction and job enrichment in Turkey. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 360–365.
- Polsawat, B., Meenongwah, J., Phulthong, S., Wiboonwipa, C., & Junchom, K. (2018). Development of a seamless network system for the care of end of life patients in Dong Hong Hae sub-district health promotion hospital. *Journal of Health Science*, 26(5), 905–913. (in Thai).
- Pugtarmnag, S., Pranate, N., Thitininniti, Y., & Muangyim, K. (2019). How to build a seamless referral system: a case study of the Chang community, Singburi, Thailand. *Journal of Health Science Research*, 13(1), 136–146. (in Thai).
- Quality Assurance Committee Phan Hospital. (2017). *Hospital quality assurance report*. Chang Rai: Phan Hospital. (in Thai).
- Rattanavichai, T., Thepthien, B., & Srivanichankorn, S. (2014). The development of the district health system and outcomes of care for patients with diabetes at Phan district, Chiang Rai province during 2011–13. *KKU Journal of Public Health Research*, 7(3), 8–17. (in Thai).
- Sangseechan, T. (2015). Provision of information and skill training to caregivers for reducing anxiety in stroke patients care at banphaeo hospital (public organization). *Veridian E-Journal, Slipakorn University*, 8(3), 572–595. (in Thai).
- Sanprasan, P., Watradul, D., Tejangkura, L., & Pitsachart, N. (2017). Factors promoting seamless health services of cardiac nursing workers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 154–167. (in Thai).
- Sardtrakulwatana, V. (2018). The development of a chronic disease clinic model (diabetes, hypertension) in primary care units, Mueang district, Singburi province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(1), 28–36. (in Thai).
- Siriwat, R., Rojtinakorn, N., Kamsuk, S., Pokpoonsrap, J., & Chiaranai, C. (2019). Development of a seamless nursing communication model using SBAR techniques during transitional care period emergency nursing division Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 3(1), 60–69. (in Thai).
- Sooksanti, P., Ngamjit, P., Yongyut, T., & Kamolnat, M. (2019). How to build a seamless referral system: a case study of Tha Chng community hospital, Singburi, Thailand. *Journal of Health Science Research*, 13(1), 136–146.
- Tieampet, D., Sangrattapiman, K., Aksornde, M., Taweebut, P., & Changkaew, W. (2016). Development of diabetes mellitus care system continued seamlessly to communities, Mueang district, Srakaew province. *Nursing Journal of the ministry of Public Health*, 25(3), 156–169. (in Thai).
- Waibel, S., Vargas, I., Aller, M. B., Coderch, J., Farré, J., & Vázquez, M. L. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC health services research*, 16(1), 466.
- Wattanakit, P. (1999). *Assessing good health beings at home in Thailand*. Nonthaburi: Nursing Division of Ministry of Public Health. (in Thai).