

# การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

## Development of the Home Ward Care: A Case Study of the Health Promoting Innovation of Khlong-Yai Hospital, Trat Province

สมสมัย รัตนกริธากุล, ส.ด.<sup>1\*</sup> สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, พย.ม.<sup>2</sup> นิสากร กรุงไกรเพชร, ส.ด.<sup>1</sup> อริสรา ฤทธิงาม, วท.ม.<sup>3</sup>  
Somsamai Rattanaagreetakul, Dr.P.H., Sureerat Thanakit, M.S.,  
Nisakorn Krungkraipetch, Dr.P.H., Arisara Ritngam, M.S.

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตตาวา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 25 คน ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสนทนากลุ่มเฉพาะ สัมภาษณ์เจาะลึก สังเกต บันทึกเสียง และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้วยวิธีการสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ริเริ่มนโยบาย กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่าย 2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้านพยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3) การสร้างเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริหารงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอตามบริบทพื้นที่

**คำสำคัญ:** การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ นวัตกรรมการพยาบาล

### Abstract

This qualitative research aimed to analyze the process of the health promoting innovation for home ward patients' care in the Khlong-Yai

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, APN (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* ผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding author) e-mail: somsamai@buu.ac.th

hospital, Trat province. The concept of health promotion, the Ottawa charter was applied for the study framework. A purposive sampling was used to recruit 25 informants from July to August 2014. Data were collected by using focus group, in-depth interviews, observation, voice recording, and related documents. Trustworthiness was ensured by triangulation method and content analysis technique was used to analyze the data.

The results revealed that the development process consisted of 4 stages. First, initiation of the policy aimed to reduce the hospital occupancy rate, the re-admission rate and costs. Second, formulation of the health care team was designed to organize a concept of one-bed hospital at home. The nurses primarily trained to caregivers who care for patients at home the same as at the hospital. Moreover, the care plan for home ward patients was called "grand round" which was organized by multidisciplinary team. Third, the care-team networking, such as helping groups, organization, volunteers, was created, which supported and funded by the local administrative organizations. Lastly, the home ward care model was developed. Medical equipment' warehouse was established. The patient's assessment system and the holistic care have also been operated. There were collaborations between nurses the local organizations, and other groups. Therefore, the networks for continuing health care activities have been spread throughout Khlong-Yai district. Consequently, the hospital occupancy and the re-admission rates were decreased. In addition, the complication rate of patients was lower than the criteria. These findings indicate that nurses could obtain to use for development of home ward care in other community setting congruence with the local health care district context.

**Keywords:** Home ward care, health promotion, nursing innovation

### ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีนโยบายหลักที่สำคัญเพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมและสามารถเข้าถึงได้ง่าย หลักการที่สำคัญประการหนึ่งคือ การพัฒนางานบริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก พัฒนาศักยภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนการลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชน และค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อลดงบประมาณของประเทศในระยะยาว (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลากภักดี, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, 2556) ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 5 โรค รวม 18.25 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (เนติมา คูณีย์, 2557) สถานการณ์การบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน พบอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (ศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล, 2559) ซึ่งเป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กระทั่งต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายระดับครัวเรือนและต่อเศรษฐกิจระดับประเทศ ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดเวลาอนรักษาทันทีต่อในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556)

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่สำคัญที่ถูกขับเคลื่อนด้วยระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) มีระบบการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร

ภายใต้บริบทของพื้นที่ เป้าหมายเพื่อสุขภาวะของประชาชน (ณิชาภัทร พุฒิกามิน, 2559) เป็นศูนย์กลางการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย การรับส่งต่อผู้ป่วย เป็นหน่วยงานสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ ความรู้ด้านการแพทย์ และการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แก่ผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลเป็นการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านผู้ป่วยและชุมชน โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนที่ต้องมีการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมาก โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเร็วขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาบริบทพื้นที่และพัฒนาการของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด
2. วิเคราะห์องค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด
3. ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

### บททวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษานวัตกรรมระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริม

สุขภาพ ตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ประการ (WHO, 1986, 2009) ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (3) การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งองค์กรต่าง ๆ เพื่อควบคุม ลด กำจัดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยที่สร้างสุขภาพ ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมภาวะสุขภาพตนเอง มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งสามารถใช้ได้กับบุคคลทุกคนในทุกสภาวะสุขภาพ และในทุกระดับบริการสุขภาพ

พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน และชุมชน จากรายงานการศึกษาของ แสงทอง ชีระทองคำ, ญัฐริธา ประสาทแก้ว และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2557) ที่ใช้การเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และการศึกษาของ วนิตา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคนาวีระ และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ที่ใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อการชี้แนะพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่าการชี้แนะที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (home ward care) ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด จัดได้ว่าเป็นนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ ดำเนินการหลัก (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2558) ซึ่งหมายถึงระบบบริการแบบใหม่ซึ่งไม่ปรากฏว่ามีอยู่เดิม ในการบริการสุขภาพที่ดำเนินการของโรงพยาบาล หรือได้พัฒนาให้สิ่งที่มีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน และมีการนำมาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง กว้างขวางและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2557) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลคลองใหญ่ เป็น

การพัฒนาเพื่อปรับระบบบริการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้นจากกระบวนการทำงานของโรงพยาบาล ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สร้างเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถมีทักษะในดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลหอผู้ป่วยใน พยาบาล รพ.สต. เป็นผู้ดำเนินการหลัก รับผิดชอบดำเนินการ กำกับติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชน เป็นการบริหารจัดการที่สอดคล้องต่อนโยบายของหน่วยงานและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

**ผู้ให้ข้อมูล** คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงจากบุคคลหลักผู้พัฒนาและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน พยาบาลงานผู้ป่วยนอก พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร บุคลากรในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดเทศบาลตำบล บุคลากรประจำ รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการ ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย รวม 25 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การตีความและการสะท้อนข้อมูล คณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลสาธารณสุข และ

ปริญญาโททางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและปริญญาโททางสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 4 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2. ประเด็นคำถามหลักและคำถามรอง ซึ่งใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์ในวัตกรรมการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นจากที่ประชุมของคณะทำงานโครงการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพโดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วนดังนี้

- 1) องค์ประกอบของนวัตกรรมทางการพยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) กระบวนการพัฒนานวัตกรรมและการจัดการเพื่อการนำไปใช้และพัฒนา
- 3) คุณลักษณะของนวัตกรรมกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) ผลลัพธ์และผลกระทบของนวัตกรรม และ
- 5) ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนานวัตกรรม

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประเด็นคำถามหลักและคำถามรองได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโครงการฯ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิอาวุโสทางการพยาบาลและการสาธารณสุข พิจารณาความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำการปรับแก้ไขตามที่ประชุมแล้วและได้นำไปใช้เป็นแนวทางเก็บข้อมูลทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างการวิจัยและประเด็นคำถามหลักและแนวทางการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสภาการพยาบาล เอกสารเลขที่ 3/2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 30/2557 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิจัยการเก็บข้อมูล ขออนุญาตเก็บข้อมูล บันทึกเสียงและภาพ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูล และหรือการบันทึกภาพและเสียงโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเฉพาะ (focus group

interview): สนทนากลุ่มกับคณะบุคคลหลักผู้พัฒนานวัตกรรมฯ จำนวน 12 คน ณ ห้องประชุมในโรงพยาบาลคลองใหญ่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ แนวคิด นโยบาย กระบวนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำไปสู่การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลคนอื่น และดำเนินการสนทนากลุ่มอีกครั้งภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อการสรุป สะท้อนข้อมูลและทวนสอบข้อมูลร่วมกัน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview): สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักครอบครัว ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 13 คน ณ สถานที่ในห้องประชุมย่อยและ ณ บ้านของผู้ป่วย โดยจัดให้มีความเป็นส่วนบุคคลเพียงพอในการตอบเนื้อหาการสัมภาษณ์ครอบครัววัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ องค์ประกอบกระบวนการพัฒนา คุณลักษณะผลลัพธ์และผลกระทบของนวัตกรรมปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาและการใช้นวัตกรรม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 30-60 นาที และบางคนต้องใช้ในการสัมภาษณ์มากกว่า 1 ครั้ง

3. การสังเกต: ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พร้อมการบันทึกภาคสนามในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบฯ การปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ของ ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชน

4. การศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารรายงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สื่อการนำเสนอ บันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบบประเมินสภาวะผู้ป่วย เอกสารต่าง ๆ ซึ่งโรงพยาบาลได้พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. การบันทึกภาพและเสียงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ระหว่างการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยทำการบันทึกย่อข้อมูลที่ได้ พร้อมกับการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกภาพและเสียงเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน และใช้ในการทวนสอบข้อค้นพบต่าง ๆ

#### การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2556; Denzin,

Lincoln, & Giardina. 2006) และแบบสามเส้าด้านนักวิจัย (investigator triangulation) โดยนำข้อมูลไปสะท้อน (reflection) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง ข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม และข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2553; Braun & Clarke, 2006) โดยการเปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูล แล้วนำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งการจัดลำดับขั้นตอนของสถานการณ์ แผนผังการจัดกลุ่มและความสัมพันธ์ของกิจกรรมและกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อการสังเคราะห์เป็นรูปแบบต่อไป

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่และพัฒนาการของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่จัดให้มีหน่วยงานบริการสุขภาพระดับระดับทุติยภูมิ 2.1 ได้แก่ โรงพยาบาลคลองใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง และหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. 4 แห่ง รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนใน 3 ตำบล 20 หมู่บ้าน และในเขตเทศบาล 2 แห่ง มีประชากรตามทะเบียนบ้านทั้งอำเภอประมาณ 24,226 คน และมีประชากรต่างดาวแฝงประมาณ 30,000-50,000 คน สืบเนื่องจากผลจากการปฏิรูประบบสุขภาพตามประกาศใช้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามยุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพประชากรภายใต้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิอำเภอคลองใหญ่ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ซึ่งมีนโยบายจัดสรรงบประมาณการให้บริการสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามประชากรในทะเบียนราษฎร์ (โรงพยาบาลคลองใหญ่, 2556; 2557) สถานการณ์ในขณะนั้น โรงพยาบาลคลองใหญ่มีอัตราครองเตียงผู้ป่วยในร้อยละ 123 มีภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการสูงเปรียบเทียบกับ OP cost ต่อ visit ในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 236 บาท ใน รพ.สต. เป็น 56 บาท รายรับที่ได้คิดเป็นร้อยละ 60 ของ

รายจ่ายทั้งหมดและผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นประชากรต่างด้าว ซึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ได้รับเงินจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพได้ ดังนั้นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จึงได้วางแผนและกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ CUP ให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ สามารถบริหารจัดการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนซึ่งเป็นที่มาของนวัตกรรมและมีพัฒนาการจนเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 4 ระยะดังนี้

**ระยะริเริ่มนโยบายการกำหนดยุทธศาสตร์ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ระบบปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ”** โดย คปสอ. ได้กำหนดยุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพประชากรภายใต้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) อำเภอคลองใหญ่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ระบบปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ” ตั้งเป้าหมายเพื่อ 1) ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล 2) ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) 3) ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแต่ไม่ลดมาตรฐานการดูแล และ 4) เพิ่มผู้รับบริการที่ รพ.สต. (out-patient, OP) โดยได้มีการปรับระบบบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ การปรับโครงสร้างการบริหารงานในโรงพยาบาลโดยตั้งกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีนโยบายให้ดำเนินการเชิงรุกในชุมชน เช่น การจัดทำ family folder ค้นหากลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง ให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (home health care) ภายใบบำบัดฟื้นฟู ผู้พิการในชุมชน เป็นต้น

**ระยะการสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบ “ถึงบ้าน ถึงใจ ในชุมชน”** ในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการปรับระบบบริการการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยลงบ้านด้วยแนวคิด “Home Ward” โดยการสร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน ประกอบกับโรงพยาบาลมีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน ISO โดยใช้แนวคิดทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team, CLT) มาใช้ในการปฏิบัติงานจึงมีการตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนร่วมกัน คือการทำ case conference (grand round) แต่ละวิชาชีพนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ที่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลและ รพ.สต. โดยอยู่บนแนวคิดที่ว่า “กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับทุกวันเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่บ้านและต้องมีมาตรฐาน อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยต้องปลอดภัย” ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยจึงสอนและฝึกทักษะญาติแบบเฉพาะรายตามความต้องการ กิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมติดต่อประสานงานหน่วยงาน กลุ่มหรือองค์กรอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมที่จะรองรับการย้ายเตียงและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายมาที่บ้านผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านให้การดูแลสอนแนะเป็นพี่เลี้ยงให้ญาติและผู้ป่วย การดำเนินการอบรม อสม. เชี่ยวชาญเพื่อเยี่ยมบ้านผู้พิการ

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ได้เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่งให้เข้าฟื้นฟูฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาลคลองใหญ่ ในแผนกตรวจโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องชันสูตร และห้องยา นอกจากนี้ยังให้ไปอบรมเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั้งหมดเป็นทีมงานมีผู้รับผิดชอบหลัก มีระบบการให้คำปรึกษาระหว่างเครือข่าย ตลอด 24 ชั่วโมงพัฒนาเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ครอบคลุมในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลรายหนึ่งสะท้อนให้เห็นกระบวนการทำงานว่า “จากนั้นพยาบาลและ รพ.สต. ร่วมกับครอบครัวจัดเตรียมบ้านและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ย้ายผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลต่อที่บ้านโดยมีญาติผู้ป่วยเป็นพยาบาลช่างเตียงมีพยาบาลและนักกายภาพบำบัดเป็นหมอเจ้าของไข้”

**ระยะการสร้างเครือข่ายการดูแล** สืบเนื่องจาก พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (emergency room: ER) จัดอบรมอาสาสมัครกู้ภัย (first responder: FR) ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้รองรับการบริการและสนับสนุนเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EMS) กับโรงพยาบาลและ รพ.สต. ซึ่ง อปท. สนับสนุนอาสาสมัครเข้ารับการอบรม จัดหายานพาหนะเพื่อรับส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการขยายบริการรับส่งผู้ป่วย home ward ที่ต้องการความช่วยเหลือไปโรงพยาบาล มีการอบรม อสม.

เชี่ยวชาญ คัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q และบูรณาการ การประเมินดังกล่าวเข้ากับการดูแลผู้ป่วย home ward ในระยะนี้โรงพยาบาลและ อปท. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ประชาชน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล จัดกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรต่าง ๆ เช่น อาสาสมัคร ชมรม แสงเทียน หน่วยงานกาชาด นักธุรกิจภาคเอกชน ข้อมูล จากการสัมภาษณ์พยาบาลรายหนึ่งสะท้อนถึงการสร้าง เครือข่ายการดูแลดังนี้ “เครือข่ายที่สำคัญมากที่สุด อีกทีหนึ่ง คืออาสาสมัครจิตอาสา ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รายนั้น ๆ ได้แก่ อสม. สำหรับผู้สูงอายุ อสม.กายภาพบำบัด และ อสม.เอตส์”

ระยะได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน “ถึง บ้าน ถึงใจ ในชุมชน” ในปี พ.ศ. 2552 สำนักหลักประกัน สุขภาพ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาล นำร่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ครอบคลุมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วย ระยะสุดท้าย โดยการใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) แบ่งระดับ การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการประเมินผู้ป่วยที่รับ refer กลับ มาจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อเข้าระบบ home ward หรือ palliative care ในระยะนี้จำนวนผู้ป่วย home ward มากขึ้นอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้านไม่เพียงพอจึงทอดผ้าป่า ระดมทุน ตั้งเป็นธนาคารอุปกรณ์

ในปี พ.ศ. 2554 หอผู้ป่วยในใช้แนวคิดการดูแล ผู้ป่วยระบบเจ้าของใช้อย่างองค์รวม (total care) โดย พยาบาลเจ้าของใช้ในหอผู้ป่วยในวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย home ward อย่างเป็นระบบ สอนฝึกทักษะผู้ดูแลให้ดูแล ผู้ป่วยได้ทุกกิจกรรมตามสภาพผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน ประสานงานและดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อ รองรับเตียงและอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีระบบการประสานงานขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีระบบการติดตาม ประเมินผล มีระบบการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยที่ อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ครอบคลุม

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่

## ส่วนที่ 2 องค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด

2.1 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจระบบปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ” ภายใต้การบริการ จัดการของ คปสอ. มีการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มผู้รับบริการที่ รพ.สต. โดย “การสร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน” ให้ผู้ป่วยที่ อยู่บ้านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากระบบบริการ เช่นเดียวกับที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ปรับระบบ บริการในโรงพยาบาล ได้แก่ การตั้งกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน ดำเนินการเชิงรุกในชุมชน การจัดทำ family folder ค้นหาความเสี่ยง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง การวางแผนการจำหน่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 ทีมงานและผู้รับผิดชอบหลัก ระบบมีทีมงาน และผู้รับผิดชอบหลักที่เข้มแข็งภายใต้การทีมงานสหสาขา วิชาชีพ (multidisciplinary teamwork) มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการพัฒนาและปฏิบัติงานในระบบฯ อย่าง ชัดเจน ประกอบด้วยพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน พยาบาลหอผู้ป่วยใน พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน พยาบาล รพ.สต. แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมี กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการดำเนินงานและการประสานกับหน่วยงาน ภายในและภายนอกโรงพยาบาล ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน จุดเด่นของทีมงานคือความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมกัน รับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในแต่ละราย มีความร่วมมือในการแสวงหาช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็ม ความสามารถ

2.3 ผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ญาติผู้ป่วยได้รับการเตรียม ความพร้อมโดยการสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจาก พยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตามสภาพความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยเฉพาะรายโดยอยู่บนแนวคิดว่าการดูแล ที่ผู้ป่วยต้องได้รับทุกวันเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่บ้าน นอกจากนี้มีการติดตามเยี่ยมบ้านสอนแนะช่วยเหลือจาก

พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนจนเกิดความมั่นใจสามารถทำได้ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การพลิกตะแคงตัว การให้ออกซิเจน การสังเกตและการบันทึก การประเมินสภาพผู้ป่วยประจำวันและการประสานงานขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุจำเป็น

**2.4 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม** ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลและจากจากทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อบอุ่นในครอบครัวโดยโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาวะโรคติดตั้งให้ที่บ้าน ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ อย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน

**2.5 ระบบการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (central supply)** โดยโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางของการจัดหาอุปกรณ์ การเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อ การเตรียมอาหารทางสายยาง การจัดเก็บกำจัดขยะติดเชื้อ และเป็นธนาคารอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยได้ยืมใช้ที่บ้าน

**2.6 ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง** ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากการดูแลในหอผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การประสานงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบ้าน การย้ายเตียงและอุปกรณ์ไปไว้ที่บ้าน การสอนญาติให้มีทักษะมีความพร้อม การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีหน่วยจ่ายกลางวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร่วมกับมีช่องทางการปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถ การจัดการ EMS และระบบที่ส่งต่อ รพท./รพศ. เพื่อให้การดูแลที่ซับซ้อน และการรับ refer ผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนื่องในชุมชนสามารถสรุปกลไกที่สำคัญได้ดังนี้

“ถ้า.....พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.ทุกคนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ

มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย รายกรณี เป็นเข็มทิศ  
มี ผู้ดูแลที่บ้านที่ถูกฝึกฝน จนเป็นพยาบาลตัวจริง  
มีการร่วมกันจัดบ้าน เป็นโรงพยาบาลที่ปลอดภัย

คุ้นเคย และอบอุ่น

มีอุปกรณ์ที่จำเป็นกับโรคของผู้ป่วย

มีระบบการปรึกษาโดยตรงกับพยาบาลเจ้าของไข้  
คนเดิม 24 ชั่วโมง

มีแผนการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอและทุกเวลา  
ที่มีปัญหาฉุกเฉิน

เพียงพอนี้ก็พร้อมจะ admit ผู้ป่วยในโรงพยาบาล  
1 เตียงที่บ้านได้แล้ว”

**2.7 เครือข่ายทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง** ในอำเภอคลองใหญ่มี อปท. ที่มีวิสัยทัศน์สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานด้านสุขภาพ มีองค์กรภาคีรัฐและเอกชน เช่น กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มแสงเทียน กาชาด อาสากู้ภัย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือตลอดเวลา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาล “อย่าลืมแสดงสถานการณ์สุขภาพทุกเวทีประชาคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพราะทำให้เทศบาล อบต.สนับสนุน รับผิดชอบ-ส่งผู้ป่วยถึงบ้าน 24 ชั่วโมง และงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล”

**ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด**

1. ผลลัพธ์ตามยุทธศาสตร์ ที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้แก่ ลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มผู้รับบริการที่ รพ.สต. จากการติดตามผลการดำเนินงานโดยโรงพยาบาลคลองใหญ่ (2554, 2557) เป็นดังนี้ 1) ลดอัตราครองเตียงก่อนดำเนินงาน จากร้อยละ 123 เป็น ร้อยละ 84 ในปี พ.ศ. 2551 และเหลือร้อยละ 41.23 ในปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ 2) จำนวนผู้ป่วย home ward ที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จากจำนวน 5 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็นจำนวน 10 รายในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็นจำนวน 36 รายในปี พ.ศ. 2557 3) สามารถลดอัตราการนอนซ้ำ (re-admit) ภายใน 28 วันได้จากร้อยละ 8.82 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 1.22 ในปี พ.ศ. 2551 และเป็นร้อยละ 0.50 ในปี พ.ศ. 2557 4) ลดจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อเดือนก่อนดำเนินงานจาก 454 คนต่อเดือน เป็นจำนวน 265 คนต่อเดือนในปี พ.ศ. 2551 และเป็นจำนวน 155 คนต่อเดือนในปี พ.ศ. 2557 และ สามารถ 5) เพิ่มจำนวนผู้รับบริการ



ที่ รพ.สต. ก่อนดำเนินงานมีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. 4 แห่ง จำนวน 1,010 ครั้งต่อเดือน เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 2,239 ครั้งต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็น จำนวน 2,782 ครั้งต่อเดือน ในปี พ.ศ.2557 ตามลำดับ (โรงพยาบาล คลองใหญ่, 2554, 2557)

2. สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย home ward ได้แก่ อัตราการติดเชื้อ แผลกดทับ (bed sore) ปอดอักเสบ (pneumonia) ได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์ที่กำหนด

3. มีธนาคารอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยได้ยืมใช้ที่บ้านอย่างครบถ้วนตามความต้องการของแต่ละราย เช่น เตียง fowler ที่นอนลมออกซิเจน เครื่อง suction เป็นต้น

4. มีภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการทำให้ระบบ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจ ในบริการร้อยละ 87

## การอภิปรายผล

กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด พัฒนาจนเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. **บริบทพื้นที่** โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัด ตราด ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนติดราชอาณาจักรกัมพูชา เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพระดับระดับทุติยภูมิตั้งขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากรตามทะเบียนราษฎรในพื้นที่ 24,266 หมื่นคน แต่มีประชากรต่างด้าวแฝงจำนวนมากถึงประมาณ 2 เท่า ในสถานการณ์ที่มีอัตราการตายผู้ป่วยในสูงถึง ร้อยละ 123 แต่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ เพียงร้อยละ 60 ของรายจ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาล ด้วยความจำกัด ด้านทรัพยากรในบริบทดังกล่าว จึงเป็นทั้งวิกฤติและ จุดเปลี่ยนที่สำคัญของโรงพยาบาลในการปรับระบบบริการ สุขภาพ (reoriented health service system) และ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy) ซึ่งเป็นกลวิธีการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา (WHO, 1986, 2009) การกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ การบริการระดับปฐมภูมิ CUP “ใกล้บ้านใกล้ใจระบบ

ปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ” สร้างโรงพยาบาล 1 เตียง ซึ่ง เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะ และออกแบบการปรับ ระบบบริการสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบเครือข่าย บริการสุขภาพ ด้วยการตั้งเป้าหมาย การลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย การปรับโครงสร้างการบริหารใน โรงพยาบาล เปลี่ยนแนวคิดเป็นการทำงานเป็นเชิงรุก ค้นหากลุ่มเป้าหมาย การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและ พัฒนาทักษะผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การอบรม พื้นฟูความรู้พยาบาลใน รพ.สต. การติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามประเมินผล ตามตัวชี้วัดเป็นระยะ ๆ ได้แก่ ได้แก่ อัตราครองเตียง จำนวนผู้ป่วย home ward จำนวนผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. เป็นการสะท้อนถึงการออกแบบเพื่อการลดค่าใช้จ่ายใน ระบบสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยครอบครัวและบริบท ของพื้นที่

## 2. องค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ ที่ สามารถจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องจาก หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสู่บ้านผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากมี องค์ประกอบที่สำคัญคือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ซึ่งเป็น กลวิธีหนึ่งในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริม สุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา (WHO, 1986, 2009) นวัตกรรมมีลักษณะของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ตลอดเวลา ได้แก่การเตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการฟื้นฟูความรู้ทักษะทาง การรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีการพัฒนาหาความรู้เทคนิค ทักษะใหม่ ๆ มาใช้ในระบบ การพัฒนาทักษะการดูแลให้ ญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดย ทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแล ผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตาม สภาพความต้องการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น การให้อาหาร ทางสายยาง การทำแผล การให้ออกซิเจน การดูแล ความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย จนมีความมั่นใจว่า สามารถทำได้ที่บ้านอย่างปลอดภัย นอกจากนี้ยังได้รับติดตาม เยี่ยมบ้านสอนแนะช่วยเหลือจากพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ดังกล่าวสัมภาษณ์ของพยาบาลวิชาชีพคนหนึ่งว่า

“เราจัดประชุมครั้งแรก เรียกว่า *grand round* ซึ่งก็คือการทำ *case conference* แบบทุกวิชาชีพ โดยแต่ละวิชาชีพนำข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยรายนี้มา แล้วเอามาวิเคราะห์ว่า ญาติของผู้ป่วยรายนี้จะต้องมีหรือหัดทักษะอะไรบ้าง....” “เราไม่ปล่อยให้คนไข้กลับบ้านเด็ดขาด ถ้าผู้ดูแลทำไม่ได้เท่าพยาบาล เขาต้องสวนปัสสาวะได้ ปลอดภัยและถูกตามเทคนิคแป๊ะ เขาต้องทำแผลได้ด้วย เทคนิคเดียวกับพยาบาล...เขาต้องขอมให้เราดูกระทั่งเราบอกว่า ผ่าน....”

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (*strengthen community action*) เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำเร็จและอย่างต่อเนื่อง ได้จากการสังเคราะห์ พัฒนาการของนวัตกรรม พบว่า กระบวนการทำงานพยาบาลได้มีการติดต่อประสานงานกับ กลุ่ม องค์กรหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น สนับสนุนการปรับปรุง และจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย แต่ละรายเพื่อรองรับการย้ายเตียงและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย องค์กรปกครองท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดูแล จิตอาสา อาสาสมัครในชุมชนเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เกิดการพัฒนา ความช่วยเหลือเป็นเครือข่าย ใช้แหล่งประโยชน์ทรัพยากรที่หลากหลายในชุมชนมาดำเนินการในระบบการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้านได้

“เราจึงหารือกับประชาคมและชุมชนทุกหมู่บ้านว่า เราต้องการสร้าง ธนาคารอุปกรณ์ ซึ่งได้รับคำแนะนำว่าต้อง ทอดผ้าป่า.....ในที่สุดเราก็ได้ใช้เงินบริจาคซื้อมาจนครบ” ซึ่งเป็นคำสัมภาษณ์ที่ยืนยันการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้แก่ชุมชน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนสนับสนุนระบบ การดูแลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สำเร็จและสามารถดำเนินการต่อได้อย่างต่อเนื่อง คือ ทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และพยาบาล จิตเวช โดยเฉพาะอย่างพยาบาลในกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน ที่มีลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน ที่มีความรับผิดชอบ มีความเป็นผู้นำ

การเปลี่ยนแปลง เป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถเจรจา ต่อรอง มีทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาที่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญ ขั้นสูง (*Advanced Practice Nurse: APN*) (สภา การพยาบาล, 2552) ประกอบกับผู้บริหารของหน่วยงาน เห็นความสำคัญของงาน ร่วมดำเนินกิจกรรมให้การร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนางานอย่างต่อเนื่องจนเกิด เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลการดำเนินงานทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว สมาชิกในชุมชน และ บุคลากรผู้ให้บริการ มีการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอคลองใหญ่ได้

### ข้อเสนอแนะ

1. เป็นแนวทางแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพัฒนาระบบบริการเพื่อ ให้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (*palliative care*) ครอบคลุมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยการออกแบบปรับระบบ บริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่การพัฒนาทักษะของ บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ เหมาะสม ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องอย่างมี คุณภาพ มีมาตรฐาน อย่างอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว และชุมชน

2. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับต่าง ๆ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เชื่อมต่อการบริการแก่ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่บ้านผู้ป่วยในชุมชน ที่ตอบสนองต่อความต้องการของ ผู้รับบริการและยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการ สุขภาพได้

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยการสนับสนุน ทุนวิจัยจากสำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สภา การพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคน ที่ทำให้การวิจัย ครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- เนติมา คูณีย์, บรรณาธิการ. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรค ไม่ได้ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี : อาร์ต ควอลิไฟท์จำกัด.
- ศรีเพ็ญ สวัสดิคิมงคล, บรรณาธิการ. (2559). รายงานประจำปี 2558. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2557). *การศึกษานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ในการประชุมกำหนดแนวทางการศึกษาและวิเคราะห์ สถานการณ์ของนวัตกรรมทางการพยาบาล ภายใต้โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2557. โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดิ์ และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิชาภัทร พุฒิกามิน. (2559). แนวทางที่ 2 การปรับระบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ. ใน *วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ถังวี ปิยะบัณฑิตกุล (บรรณาธิการ), แนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (หน้า 50-77)*. กรุงเทพฯ: มาตาการพิมพ์.
- โรงพยาบาลคลองใหญ่. (2554). *รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2011)*. ตราด: โรงพยาบาลคลองใหญ่.
- โรงพยาบาลคลองใหญ่. (2556). *เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ (CUP Profile)*. รายงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ปีงบประมาณ พ.ศ.2556.
- โรงพยาบาลคลองใหญ่. (2557). เอกสารประกอบคำบรรยาย “การประเมินรับรองมาตรฐาน HA”. วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557. โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด.
- วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้, *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(3), 33-51.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, อริสรา ฤทธิงาม, ชรัญญากร วิริยะ, ตระกูลวงศ์ ภาฯ, เจนจิรา เจริญการไกร, นิสากร กรุงไกรเพชร และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2558). การสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมวัณโรค : กรณีศึกษานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลวังน้ำเย็น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(4), 74-88. สภาการพยาบาล. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ*. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 16 ง วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2552.
- สภาการพยาบาล. (2556). *โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงทอง ธีระทองคำ, ณีฎฐิรา ประสาทแก้ว และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(3), 356-371.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์.
- ศิริพร ชัมภลลิขิต. (2557). *บรรยายสรุปในการประชุม คณะทำงานประสานโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. ณ ห้องประชุม ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ สภาการพยาบาล. วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2557.

- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M. D. (2006). Disciplining qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 19(6), 769-782.
- Who Health Organization [WHO]. (1986). Health Promotion. Retrieved from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.
- Who Health Organization [WHO]. (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conference*. Retrieved from: <http://www.who.int/healthpromotion/MilestonesHealthPromotion05022010pdf>.