



b6207

มโงดสมอสมณบโงจระบบสมณสม

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
ในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ (ภาคแรก)

Model Development of Home Health Care Delivery System for
Chronic Patient: A Case Study Hat Yai Municipality (Volume I)

โดย

นพ.อมร รอดคล้าย
น.ส.โสภณ จิระเกียรติกุล
นายอภิรัตน์ อัมพัฒน์
นางแพรวพรรณ ต้นสกุล
นางสิริวรรณ เดียวสุรินทร์
นางสุนันทา กรศิลป์
นางอนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล
ผศ.สุภาณี อ่อนชื่นจิตร
ผศ.อุทัยพร ตริตรง
นางกรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ
น.ส.อรอุษา ชูบุรี
น.ส.กัลยา บัวเพชร
น.ส.ฐิมาพร ทะปาละ

คณะที่ปรึกษา

นพ.กมล วีระประดิษฐ์
ผศ.ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์
ดร.ศักดิ์ชัย ศิริพัฒน์
รศ. นพ. ดร.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ผู้ประสานงานวิชาการและที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ร.ต.ท.หญิงนวลตา อาภาคัพพะกุล

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขหมู่	
เลขทะเบียน	HS0650 71
วันที่	๕ เดือน ๕๐ ปี ๕๐

คำนำ

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ เป็นโครงการที่ทีมคณะผู้วิจัยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกันดำเนินการโดยการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ.2540-2541 ลักษณะของโครงการเป็นการพัฒนารูปแบบบริการบนหลักการที่จะสร้างระบบบริการที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นภายใต้ทางเลือกที่มุ่งแสวงหามาตรการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เป็นการนำแนวคิดของการวิจัยในทศนะที่น่าจะก่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยก็ดำเนินการศึกษาวิจัยรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยหลายประการเพื่อเป็นการประเมินผลและแสวงหาทางเลือกหรือข้อเสนอต่างๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับองค์กรต่างๆ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการ ด้วยกระบวนการของโครงการที่ไม่ได้เป็นการวิจัยแบบดั้งเดิม การนำเสนอผลของโครงการจึงประกอบด้วยเนื้อหาและวิธีการเรียงลำดับที่ประกอบด้วยรายงานผลการพัฒนา การศึกษาวิจัยในเรื่องย่อยแต่ละเรื่องไม่สามารถจะรวบรวมลงในรายงานได้หมด ผู้ที่สนใจสามารถติดต่อคณะผู้วิจัยเพื่อขอข้อมูลในรายละเอียดที่สนใจได้ และเนื่องจากการดำเนินการของโครงการเป็นการพัฒนาระบบซึ่งในปัจจุบันก็ยังมีดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประเด็นคำถามของการวิจัยอีกหลายประการยังคงรอให้ทีมผู้วิจัยและผู้สนใจเข้ามาร่วมศึกษาและทำความเข้าใจให้เกิดขึ้นต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทที่	
1 สรุปโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่	1
2 ทบทวนวรรณกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร	17
3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บ้านตามโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบ บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาล นครหาดใหญ่	43
สุนันทา กรศิลป์ และ สิริวรรณ เดียวสุรินทร์	
4 การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลในโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการ สุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาล นครหาดใหญ่	54
อภิรัตน์ อัมพัฒน์	
5 การประเมินความคุ้มค่า : โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่	63
โสภณ จิระเกียรติกุล และคณะ	
6 ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่	78
อนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล และคณะ	
7 การประเมินระบบการจัดบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่	89
สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ และ แพรวพรรณ ต้นสกุล	
8 สรุปผลการวิจัย	104
อมร รอดคล้าย	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	108
ก รายนามแพทย์เจ้าของไข้ในโครงการวิจัย	109
ข รายนามพยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านในโครงการวิจัย	110
ค รายนามนักกายภาพบำบัดผู้ให้บริการในโครงการวิจัย	110
ง รายละเอียดโครงการวิจัย	111
จ แบบเก็บข้อมูล	127

บทที่ 1

บทสรุปโครงการวิจัย

สรุปโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ (Model Development of Home Health Care Delivery System for Chronic Patients : A Case Study Hat Yai Municipality)

อมร รอดคล้าย และคณะ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) หารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) พัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลในโครงการวิจัย 3) ศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งผู้รับบริการและการบริหารจัดการของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน โดยมีกลุ่มประชากรศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มาขอรับบริการจากศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 90 ราย ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย ก) ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นผู้ดำเนินงาน และมีพยาบาลทั้งจากหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำศูนย์ฯ เป็นผู้ให้บริการ ข) กระบวนการในการให้บริการประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย ซึ่งกระทำร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ญาติและผู้ป่วย ค) การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) รวมทั้งการพิจารณาของแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย 2) โปรแกรมฐานข้อมูลพัฒนามาจากโปรแกรม Microsoft Access ข้อมูลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายทั้งของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน การลงทุน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา ทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3) ค่าใช้จ่าย ก) ของผู้ป่วยที่เป็นตัวเงิน พบว่ามากกว่าเมื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องลงทุนในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย แต่ด้านจิตใจมีความพึงพอใจที่ผู้ป่วยกลับมารักษาและดูแลที่บ้าน ข) ของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า กรณี้องการลงทุนในระบบโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากรณีไม่อิงโรงพยาบาล ส่วนค่าบริการที่ตั้งต้นจากค่าบริการตามอัตรากลางของกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ฯ ต้องจัดบริการ 2,775 รายต่อปี จึงจะคุ้มต่อการลงทุน

บทนำ

การให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้รับการกำหนดเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-2539) (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) เป็นต้นมา โดยกระทรวง

* นายแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

สาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านและได้เสนอให้นำมาใช้จัดบริการขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลของผู้ใช้บริการของศูนย์สุขภาพดีที่บ้านและงานรักษาพยาบาลในชุมชนของกลุ่มงานเวชกรรม พบว่า ในปี พ.ศ. 2536 มีผู้มาขอรับบริการทั้งสิ้น 322 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว แต่กลับพบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการดูแลครั้งแรกประมาณ 7 วันหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (กลุ่มงานเวชกรรม, 2536) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองรวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคมอีกด้วย อย่างไรก็ตามครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมใหม่ของผู้ป่วยที่อาจมีทั้งผลสำเร็จและความล้มเหลวก็ได้ ขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ให้บริการหรือทีมสุขภาพไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องของการให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ขาดการประสานงานและไม่มีรูปแบบที่เหมาะสม ขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ขาดความพร้อมในการเตรียมบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการคิดค่าบริการที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. การจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมืองของโรงพยาบาลหาดใหญ่
2. การจัดระบบฐานข้อมูลจะช่วยให้มีการบริหารมีประสิทธิภาพ
3. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการสุขภาพที่บ้านกับที่โรงพยาบาล
4. เปรียบเทียบความคุ้มค่าในการจัดบริการแบบอิงระบบโรงพยาบาลกับแบบไม่อิงระบบโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน
กลุ่มประชากรศึกษา มีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากหอผู้ป่วยใน ที่อาศัยในเขตเทศบาล
2. ผู้ป่วยมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ หรือยินดีจ่ายเงิน

3. แพทย์เจ้าของไข้เห็นควรให้มีการเยี่ยม
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ
5. พยาบาล และเจ้าหน้าที่สามารถให้บริการได้

การดำเนินการ

1. การเตรียมความพร้อม

1.1 เตรียมบุคลากร เนื่องจากมีบุคลากรเกี่ยวข้องหลายกลุ่ม แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จึงมีการจัดประชุมเพื่อประสานงานกับแพทย์ 1 ครั้ง จัดประชุมวิชาการเรื่องการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งก่อนเริ่มระยะแรก เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจในหลักการ ขั้นตอน และวิธีการดำเนินงานของโครงการ

1.2 จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือและเครื่องใช้ จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านขึ้นที่งานรักษาพยาบาลในชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อเป็นศูนย์กลางติดต่อประสานงาน จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้กับพยาบาลผู้เยี่ยม และมีการจัดทำแบบฟอร์มที่จะใช้บันทึกการเยี่ยม ซึ่งได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มตลอดในช่วงระยะที่ 1 เพื่อให้แบบฟอร์มนั้นสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. การพัฒนางาน

การรับผู้ป่วยเข้าโครงการ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา ดังนั้นจึงแบ่งกระบวนการการดำเนินงานตามกิจกรรมที่พัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ที่ค้นหาผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย จะเป็นพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เมื่อได้ผู้ป่วยที่ตรงตามกลุ่มเป้าหมายก็จะส่ง case ให้กับพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในโครงการเพื่อจัดเตรียมให้บริการต่อไป โดยผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 และ 3 พยาบาลในทีมสุขภาพที่อยู่ในหอบผู้ป่วยเริ่มค้นหาผู้ป่วยเอง ดำเนินการวางแผนจำหน่ายเอง โดยมีพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงานและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ การคิดค่าบริการ และการประสานงานกับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในผู้ป่วย 1 ราย อาจมีผู้เยี่ยม 2 กลุ่ม เช่น พยาบาลและนักกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยสรุปมีการพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ฯ ในแต่ละระยะ

3. การประเมินผล

การประเมินผลการพัฒนาโครงการนี้ ใช้ดัชนีกำหนด ดังนี้

- 3.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 3.2 ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยการสัมภาษณ์แพทย์และจัดเสวนากลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการ
- 3.3 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และค่าใช้จ่ายของศูนย์ฯ

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ สภาพอาการปัจจุบันของผู้ป่วย แผนการพยาบาล จำนวนครั้งในการให้บริการ
2. แบบบันทึกการเยี่ยม สำหรับบันทึกการเยี่ยม เป็นข้อมูลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน สภาพทั่วไปของบ้าน ปัญหาผู้ป่วย อาการ รวมไปถึงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยในการเยี่ยมแต่ละครั้ง
3. แบบฟอร์มประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับการทดสอบความเชื่อถือได้โดยใช้วิธีของ Cronbach ได้ค่าแอลฟา 0.7576 (ธวัชชัย, 2540)
4. กรอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ และการจัดเสวนากลุ่ม
5. แบบเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
 - 5.1 ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการที่ใช้บริการสุขภาพที่บ้าน (Expense Incurred) ทั้งในส่วนที่เป็นตัวเงินและค่าเสียโอกาส โดยในการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ
 - 5.1.1 ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหาร ที่พัก ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าพาหนะ
 - 5.1.2 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ ค่าจ้างผู้ดูแล รายได้ที่สูญเสียไปของญาติกรณีหยุดงานหรือมาดูแลผู้ป่วย ค่าปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการรักษา
 - 5.2. รายรับและต้นทุนของโครงการที่ประเมินค่าเป็นตัวเงิน
 - 5.3 ค่า ADL ก่อนและหลังการรักษา (แพทย์และพยาบาลเป็นผู้กำหนดเกณฑ์การวัด)
6. แบบสรุปการจัดบริการในผู้ป่วยแต่ละราย
7. คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ทีมเยี่ยมใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ
8. คู่มือวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ทีมเยี่ยมศึกษาเป็นแนวทางการทำวางแผนจำหน่ายและปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล พบว่า

1. รูปแบบการจัดบริการ พบว่า ในการจัดบริการประกอบด้วย
 - 1.1 การวางแผนจำหน่าย ผู้ที่มีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาลจากศูนย์ฯ พยาบาลผู้ที่จะทำหน้าที่ให้บริการที่บ้าน (อาจเป็นพยาบาลที่ศูนย์ฯ หรือพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยนั้นๆ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ (นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ อาจมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้แล้วแต่กรณี)
 - 1.2 การจัดบริการ พบดังนี้
 - 1.2.1 ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการจัดบริการ (ตารางที่ 1) การจัดเวลาและความถี่ของการให้บริการ พบว่า อยู่ในระดับพอใจมาก เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้จะมาจากผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและยังมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญห ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เข้ากับชีวิตประจำวันของตนเอง รวมทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระแก่

ครอบครัว จากการสัมภาษณ์ในคำถามเปิดก็พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งญาติมีความเข้าใจในการให้การดูแลอย่างถูกต้องและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นตามสภาพของรายโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น อีกทั้งรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมไทยที่ปลูกฝังให้มีความผูกพัน โดยเฉพาะการดูแลคนในครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนในกลุ่มที่มีความพอใจน้อยและพอใจปานกลางเนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยญาติคาดหวังว่าถ้าอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยมากกว่าการดูแลที่บ้านที่จะต้องเตรียมอุปกรณ์พิเศษและสถานที่ให้พร้อมที่จะดูแล เช่น การเตรียมเครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ทำให้ญาติบางรายคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและมีภาระเพิ่มขึ้น

ในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโครงการบางครั้งอาจจำหน่ายผู้ป่วยเร็วกว่าที่วางแผนไว้ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือญาติและตัวผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีแล้ว ส่วนการเพิ่มจำนวนครั้งของการเยี่ยมมากขึ้นมาจากการที่พยาบาลผู้เยี่ยมหรือแพทย์เจ้าของไข้ประเมินว่า ควรมีการติดตามเฝ้าระวังต่อไป โดยแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบโดยชัดเจนและพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งพบว่า มี ADL เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ตอบว่าความถี่ในการให้บริการเหมาะสม ส่วนกลุ่มที่ตอบว่าการจัดเวลายังน้อยไปเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะสุดท้ายและความรุนแรงของโรคมากกว่าและต้องการการดูแลที่ยาวนานรวมทั้งการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นด้วย

ด้านบุคลากร จากสัมภาษณ์ในคำถามเปิด พบว่า ทั้งญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวถึงบุคลากรที่ไปให้บริการว่าได้รับการบริการอย่างดีมิใช่เฉพาะที่บ้านเท่านั้น เวลาที่ผู้ป่วยและญาติมาใช้บริการติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัด ก็ยังได้รับการดูแลอย่างดีเป็นที่พอใจ และมีความรู้สึกเหมือนญาติด้วย

นอกจากนี้ ยังสามารถขอคำปรึกษาและได้รับคำแนะนำทันที ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง อีกทั้งความสะดวกในการติดต่อกับพยาบาลผู้ให้บริการและศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทั้งผู้ป่วยและญาติพอใจและรู้สึกอุ่นใจเมื่อเกิดปัญหา

ด้านประโยชน์และคุณค่าที่ได้รับของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ตอบว่า มีประโยชน์ทั้งที่ได้รับทั้งแก่ครอบครัวและชุมชน ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การดูแลรักษาภายในครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะกลับไปใช้บริการในโรงพยาบาลได้ ส่วนด้านชุมชนและเพื่อนบ้าน เห็นว่าดี อาจเนื่องมาจากการบริการดังกล่าวเป็นการบริการที่บุคลากรทางการแพทย์มาให้บริการถึงที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความสะดวกและคนในครอบครัวยังมีส่วนที่จะได้รับจากบริการนี้ ทั้งนี้จากคำถามปลายเปิด พบว่า ผู้ป่วยและญาติต้องการให้ผู้มาให้บริการนำเครื่องมืออื่นๆ รวมทั้งยาสามัญประจำบ้านอื่นๆ เพื่อคนในครอบครัวและในชุมชนจะได้ใช้บริการร่วมด้วย

ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกันระหว่างบ้านและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันและน้อยกว่าที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาที่บ้าน ญาติต้องดูแลในเรื่องอาหาร เลือ

ผ้าและอื่นๆ แต่ความคุ้มที่ได้รับคือ ก่อที่ญาติไม่ต้องขาดงานและขาดรายได้ รวมทั้งไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล อีกทั้งความผูกพันและวัฒนธรรมของคนในชนบทที่มีต่อคนในครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วยและความรู้สึกที่ไม่อยากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังท่ามกลางคนแปลกหน้าถึงแม้จะเชื่อมั่นในการรักษาของโรงพยาบาลก็ตาม ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้บริการที่บ้าน มีความคุ้มทุนในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าของเยี่ยม ค่าเสียโอกาส ค่าเสียเวลา เป็นต้น ด้านจิตใจ พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยและญาติให้ความเห็นเพิ่มเติมในข้อเสนอแนะโดยผู้ป่วยและญาติประเมินจากความรู้สึกโดยมิได้คำนึงถึงตัวเงินที่จ่ายจริง

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในกลุ่มของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการให้บริการ บุคลากรที่ไปให้บริการ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล ความคุ้มทุนระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล และครอบครัวได้รับประโยชน์ อาจเนื่องจากการจัดบริการดังกล่าวตรงตามความต้องการของผู้รับบริการเพราะในการดำเนินการทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล และคนในทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และมีการปรับเปลี่ยนการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ แพทย์ก็ทราบความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ส่วนผู้ให้บริการโดยตรง ได้แก่ พยาบาล ก็มีอิสระในการให้บริการอย่างเต็มความสามารถของตนเองอย่างเด่นชัด ส่วนข้อที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมีบางรายที่เห็นว่าด้านความคุ้มทุนในเรื่องค่าใช้จ่ายนั้นยังไม่เป็นพอใจเนื่องจากผู้ป่วยป่วยเรื้อรังมานาน และเศรษฐกิจฐานะพื้นฐานไม่ดี การที่จะต้องจัดเตรียมความเหมาะสมของบ้านและดูแลเรื่องอาหารและเสื้อผ้าจึงเป็นปัญหาและความยุ่งยากสำหรับผู้ดูแล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการให้บริการ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาลความคุ้มทุนระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและครอบครัวได้รับประโยชน์

ข้อมูล	ผู้รับบริการ		รวม	Df	Chi- square Test	P value
	ผู้ป่วย	ญาติ				
การบริการที่บ้าน						
พอใจน้อย	1	1	2	2	0.203	0.904
พอใจปานกลาง	8	11	19			
พอใจมาก	24	26	50			
การจัดเวลา						
น้อยเกินไป	4	7	11	1	0.535	0.464
เหมาะสม	29	31	60			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	ผู้รับบริการ		รวม	Df	Chi- square Test	P value
	ผู้ป่วย	ญาติ				
ความถี่ของการให้บริการ						
ไม่เพียงพอ	5	6	11	2	.0015	0.993
เพียงพอ	27	31	58			
มากเกินไป	1	1	2			
บุคลากรที่ไปให้บริการ						
ควรปรับปรุง	4	1	5	1	2.224	0.135
เหมาะสม	30	36	64			
เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล						
มากกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	5	2	7	2	2.052	0.358
ใกล้เคียง	9	13	22			
น้อยกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	19	23	42			
ความคุ้มค่าระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล						
คุ้มกว่าอยู่โรงพยาบาล	24	23	47	2	1.186	0.553
ใกล้เคียงกัน	4	7	11			
อยู่โรงพยาบาลคุ้มกว่า	5	8	13			
ครอบครัวได้ประโยชน์						
น้อย	1	3	4	2	2.846	0.241
ปานกลาง	6	12	18			
มาก	26	23	49			

จากสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (9 ราย) พึงพอใจมาก เพราะได้รับการที่มีคุณภาพ สะดวก ไม่เสียเวลา ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพราะมีพยาบาลมาให้บริการถึงที่บ้าน เกิดความอบอุ่นทางใจ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ได้รับคำแนะนำให้ความรู้ และ ติดตามความก้าวหน้าของโรค รู้สึกอิสระสามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้และยังได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีผู้ดูแล 2 ราย รู้สึกพึงพอใจที่สามารถประกอบอาชีพ ประงอาหารและพักผ่อนได้เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน นอกจากนั้นในผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว การบริการเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ดังที่กล่าวว่า

“รู้สึกพอใจในการบริการมาก เพราะบุคลากรที่ให้การบริการดูแลเอาใจใส่คนไข้ได้ตรงตามความต้องการ และได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของคนไข้ เราให้เขามาตรวจสอบเช็ดดูแล้วปรากฏว่าเขาก็ทำตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นเกี่ยวกับที่วัดความดันหรือแนะนำเกี่ยวกับการกินอยู่ของแต่ละวันที่ผู้ป่วยมีความจำเป็น”

“มีความพึงพอใจในการบริการเยี่ยมบ้านมาก เพราะถ้าได้มาเยี่ยมบ้านและทำบำบัดรักษาที่บ้าน ทำให้มีผู้ดูแลเวลากลับจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้สูงอายุถูกเต้าไปทำงาน ลูกหลานก็ไม่มี ถ้ามีพยาบาลทำให้อุ่นใจ มั่นใจยิ่งขึ้น”

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่าความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับแม้พ้นระยะวิกฤติมาแล้ว แต่ผลของโรคทำให้การดำเนินชีวิตไม่เป็นปกติ จึงเกิดความวิตกกังวล และหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะกลับบ้านก็ต่อเมื่อหายจากโรคแล้ว แต่จากการได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับแพทย์และพยาบาลถึงกิจกรรมที่ควรจะได้รับที่บ้าน เช่น ทำแผล (6 ราย) กายภาพบำบัด (1 ราย) การนัดหมายวันเวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนและให้บริการตรงตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับพยาบาลผู้ให้บริการบางคน (3 ราย) ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มั่นใจว่าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครบระยะจนอาการทุเลา

ด้านการจัดบริการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 ราย) เห็นว่าการจัดบริการ บุคลากรที่ให้บริการ ความถี่และระยะเวลาที่ให้บริการเหมาะสมดีแล้ว เนื่องจากได้มีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยเองดังที่กล่าวว่า

“การให้บริการคิดว่าเหมาะสมแล้วเพราะว่าเป็นไปตามความต้องการของคนไข้เองเพราะเรटक ลงกันเองแล้ว”

มีผู้ป่วย 3 คน แม้ว่าสิ้นสุดการบริการแล้วแต่ยังขอรับบริการต่อโดยที่ผู้ป่วย 2 ราย ขอซื้อของจ่ายค่าบริการเอง เพื่อให้ได้รับการบริการต่อเนื่อง ทำให้คณะผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่ดีสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความศรัทธาในความรู้ความสามารถของทีมสุขภาพมากกว่าผู้ดูแล ดังกรณีของคุณรา (นามสมมติ) ซึ่งฝึกหัดเดินเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุไขสันหลังถูกกระแทกกล่าวว่า

“คนที่ม่ประสบการณ์รู้วิธีมาคอยดูแลในการทำกายภาพบำบัด ทำให้คนไข้รู้สึกปลอดภัยที่มีคนมาคอยแนะนำ และทำได้เต็มที่ มันได้ออกกำลังกายแล้วอาการดีขึ้น ถ้าเราทำเองมันจะไม่ปลอดภัย บางทีมันอาจจะไม่ถูกวิธีก็ได้ เราทำเองทำได้ไม่ดี กลัวว่าอันตรายด้วย เขามาทำเราได้ออกเต็มที่แบบไม่กลัว”

มีผู้ป่วย 2 รายที่ต้องการให้บริการให้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานต้องการกำลังใจ เพื่อสร้างความมั่นใจดังที่กล่าวว่า

“จริงแล้วยากให้มา 4-5 วันครั้งนึง (หนึ่ง) ครั้งหลังจะ late เป็น 2 อาทิตย์ครั้ง ถ้าอาการหนักก็ควรมาบ่อยกว่านี้”

1.2.2 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการจัดโครงการ

จากการศึกษาพบว่า แพทย์ทุกคน (7 ราย) มีความพึงพอใจต่อการบริการของศูนย์ฯ ค่อนข้างมากจนถึงมาก เนื่องจากสร้างความสะดวก สร้างความสบายใจ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และได้รับการติดตามจากทีมสุขภาพ สามารถลดจำนวนวัน การครองเตียง และสิ่งสำคัญที่สุด คือ ภาพพจน์ของ

โรงพยาบาลดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดการติดเชื้อ ลดภาระของแพทย์และพยาบาลลง และทำให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล รวมทั้งสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน นอกจากนั้นแล้วการบริการสุขภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีเวลาสอนและแนะนำวิธีปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น ทำแผล หัดเดิน โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่ (6 ราย) เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เสี่ยงต่อความพิการมาก ถ้ามีการเคลื่อนย้ายบ่อย ๆ การได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจากการบริการของทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“โดยภาพรวมค่อนข้างพอใจ เพราะอยู่ที่บ้านทำให้เค้า (เขา) สบายใจและการดูแลจากญาติพี่น้องหรือภรรยาที่อยู่ใกล้ชิดเค้า (เขา) ก็จะช่วยสบายใจ สะดวกรวดเร็ว เพียงแต่ว่าปัญหาที่ต้องให้อยู่โรงพยาบาลคือเรามีความจำเป็นทางด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด ฉีดยา หรือต้องการมีการดูแลทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคนิคสูง ถ้าอย่างนั้นเป็นความจำเป็น”

“ลดจำนวนวัน คือแทนที่จะอยู่หลายวัน นี่พออยู่จนอาการปลอดภัยแล้วก็แนะนำให้ไปพักฟื้นที่บ้าน และมีบุคลากรไปดูแลอยู่”

ในขณะที่บางแผนกที่มีการพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้ว การวางแผนจำหน่ายจึงสามารถลดอัตราการครองเตียงในบางส่วนเท่านั้น ดังที่กล่าวว่า

“ลดได้ส่วนหนึ่ง แต่คิดว่าคงไม่มาก เพราะว่าโดยทั่วไปคนไข้เราเยอะและเรา discharge ได้เร็วอยู่แล้ว คือเราไม่ได้ปล่อยให้คนไข้เดินได้ดีถึงกลับบ้าน เพราะเราเองไม่ได้ ไม่ไหวเหมือนกัน แล้วที่นี้ถ้าเกิดสามารถไปดูแลที่บ้านได้ใกล้ชิดอีกทีหนึ่งก็ทำให้รักษาได้ดีขึ้น เพราะว่าคนไข้บางครั้งกลับไปที่บ้านไม่ได้ทำกายภาพบำบัดตามที่เราสอนอาจจะทำไม่ถูก หรือไม่เข้าใจดีเพียงพอ เนื่องจากว่าคนไข้เราเยอะเกินไป เลยทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง”

แต่สำหรับหอผู้ป่วยนี้แม้ว่าจะลดจำนวนวันน้อยแต่สามารถพัฒนาการวางแผนจำหน่ายไปได้ดี หอผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบดำเนินการวางแผนจำหน่ายเองและให้บริการสุขภาพได้ครอบคลุมทุกระยะโดยไม่ต้องมีพยาบาลเวชกรรมสังคมไปสนับสนุนเลย

จากการศึกษาพบว่า มีแพทย์ 3 ราย มีความคิดเห็นว่าการให้บริการสุขภาพที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และจากประโยชน์ที่มีมากมายทำให้แพทย์พึงพอใจมากแม้ว่าจะต้องเพิ่มภาระในการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน แต่แพทย์ทุกคนเห็นว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และกว้างขวางขึ้นดังที่กล่าวว่า

“ไม่เป็นภาระ มันอาจยุ่งยากขึ้นหน่อยแต่ก็ได้ผลดี เช่น ลดเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ลดภาระของแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลใน ward ลดความคับคั่งทำให้เราสะดวกขึ้น แต่ในทางปฏิบัติคือพยาบาลที่ตามไปดูแลคงต้องทำงานหนัก”

จะเห็นได้ว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการจัดบริการโดยภาพรวมเหมาะสม แต่ยังมีกิจกรรมที่ควรเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่าย คือ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในขณะนี้

แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติให้สามารถดูแลตนเองได้ตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาล เช่น ทำแผล ฝึกเดิน มีระบบการประสานงานระหว่างศูนย์ฯ กับหอผู้ป่วย มีข้อป่งชี้ในการเลือกผู้รับบริการ กับศูนย์ฯ การจัดผู้รับบริการเป็นกลุ่มโรค การจัดเวลาตามความยากง่ายของกิจกรรม และการสร้างระบบการจัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผลก่อนกลับบ้าน ดังที่กล่าวว่า

“อุปกรณ์ที่ต้องใช้อะไรบ้าง อุปกรณ์หาที่ไหน จะเอามาจากโรงพยาบาลไปหรือจะให้หมอส่งทุกอย่างครบเลย หรือจะสั่งเป็นชุดทำแผลก็วัน สอนตั้งแต่ในโรงพยาบาลเลยแล้วจัด Set ทำแผลไว้เลยว่าคนไข้ขนาดทำแผล 5 วัน จะให้ลาลี ก๊อส กี่ชิ้น เบตาดีนเท่าไร”

“หลายคนยังไม่ทราบว่ามีการอันนี้ ควรบอกผ่านไปทาง ward ทุก ward ก็ได้ว่าให้แพทย์ทุกคนรับทราบด้วยว่ามีโครงการลักษณะเช่นนี้ ก็ให้เลือกผู้ป่วยรายไหนที่สมควรจะได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง”

แพทย์ส่วนใหญ่จะมองการจัดบริการในอนาคต เนื่องจากต้องมีผู้รับบริการจำนวนมากอย่างแน่นอน ดังนั้นจึงต้องกำหนดว่าจะให้โครงการจะดำเนินกิจกรรมโดยอิงโรงพยาบาล หรือทำเป็นรูปบริษัท ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพกว่าในปัจจุบัน

2. การพัฒนาฐานข้อมูล

การพัฒนาฐานข้อมูลนี้โดยการนำเอาข้อมูลพื้นฐานของทั้งผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้ดูแลจำนวนครั้งของการให้บริการ ค่าใช้จ่ายที่ทางศูนย์ ฯ จ่ายค่าส่งเวลา ส่วนผู้รับบริการจะบันทึกข้อมูล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ฐานข้อมูลดังกล่าวพัฒนาจากโปรแกรม Microsoft Access 2 ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามการให้บริการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งใช้ในการวิจัยความคุ้มค่า รวมทั้งการประเมินการจัดบริการสุขภาพ

3. ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า

ใช้แนวคิด cost-minimization ในการประเมินค่าเป็นตัวเงินของต้นทุนหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ในแต่ละทางเลือก ซึ่งในที่นี้คือกรณีโครงการบริการสุขภาพที่บ้านเป็นองค์กรที่อิงกับภาครัฐ หรือเป็นองค์กรธุรกิจและนำไปเปรียบเทียบกับผลได้ในรูปตัวเงินว่าในแต่ละทางเลือกมีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยใช้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ในเรื่องการตัดสินใจของผู้ประกอบการในการลงทุน การเปรียบเทียบรายรับรวมกับต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนผันแปร ต้นทุนคงที่และต้นทุนรวม

ในการพิจารณาความคุ้มค่าได้นำเอาดัชนีการจัดกลุ่มโรค(DRG:Diagnostic Related Groups) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผลด้านต่าง ๆ คือ จำนวนวันในการรักษาพยาบาล อัตราหมุนเวียนของอัตราครองเตียง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ประหยัดได้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ (ADL) และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการทั้งนี้เพื่อศึกษาถึงผลได้ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือโครงการ

ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ จากผู้รับบริการ แพทย์ พยาบาล และจากผลงานวิจัยที่เคยศึกษาในประเทศไทย โดยข้อมูลที่ใช้เป็นการวิเคราะห์มีดังนี้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการตอบคำถามว่าทางเลือกในการให้บริการสุขภาพที่บ้านนั้นคุ้มทุนหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ผลได้ที่เกิดขึ้นทางตรงและทางอ้อม ผลได้ทางตรงที่ได้จากงานศึกษาจะเห็นได้ว่า โครงการให้บริการสุขภาพที่บ้านสามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้กว่าร้อยละ 60 ซึ่งมีผลเชื่อมโยงให้โรงพยาบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้ ในขณะที่เดียวกันผลได้ที่เกิดกับผู้รับบริการ คือความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นในบางกลุ่มโรค และในบางกลุ่มโรคไม่มีความแตกต่างระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ผลได้ทางอ้อมที่ได้รับคือการที่โครงการสามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ ทำให้อัตราการหมุนเวียนของการครองเตียงมีสูงขึ้น นอกจากนี้เมื่อนำการวิจัยในส่วนของความพึงพอใจมาร่วมพิจารณาด้วยแล้ว ผลได้ที่เกิดขึ้นกับสังคม คือ ผู้รับบริการโดยรวมมีความพึงพอใจ และต้องการให้มีการบริการต่อไป เนื่องจากผู้รับบริการรู้สึกเชื่อมั่น ในขณะที่ญาติได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในส่วนผู้ให้บริการก็มีความเห็นในเชิงบวกต่อการมีโครงการฯ เพราะเห็นว่าโครงการจะช่วยลดภาวะการติดเชื้และทำให้สภาพจิตใจของผู้รับบริการดีขึ้น ทำให้ชะลอการเข้ารับบริการลงได้

ในแง่ผู้รับบริการเมื่อประเมินค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินแล้ว พบว่าผู้รับบริการจะมีค่าใช้จ่ายของการรักษากับโครงการฯ สูงกว่ารักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 94 ซึ่งค่าใช้จ่ายในส่วนนี้โครงการฯสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้หากมีผู้รับภาระการจ่าย

สำหรับในส่วนการวิเคราะห์ความคุ้มทุนในทางการเงินนั้น พบว่าโครงการที่อิงโรงพยาบาลซึ่งไม่ต้องลงทุนในส่วนของ Capital Cost จะมีกำไรเกินปกติ แต่หากโครงการฯจะดำเนินการในรูปองค์กรอิสระ รายรับที่ได้ไม่ครอบคลุมต้นทุนคงที่ ซึ่งโครงการฯต้องพิจารณาปรับเพิ่มค่าบริการหรือจำนวนครั้งของการให้บริการเยี่ยมไข้ให้มากขึ้น ส่วนแนวทางในการเลือกวิธีการดำเนินการอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขององค์การผู้ดำเนินการจะนำไปพิจารณาต่อไป

ผลการวิเคราะห์ความคุ้มทุนของโครงการ

จากการดำเนินการของการบริการสุขภาพที่บ้าน ในรอบระยะเวลา 1 ปี มีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

รายการ	กรณีโครงการอิงโรงพยาบาล	กรณีโครงการไม่อิงโรงพยาบาล
1. รายรับรวมเท่ากับ *	358,969	358,969
2. ต้นทุนผันแปรเท่ากับ **	22,560	22,560
3. ต้นทุนคงที่เท่ากับ	171,925	416,205
4. ต้นทุนรวมทั้งหมด	194,485	438,765

หมายเหตุ * รายรับรวมได้จากค่าบริการซึ่งคิดจากอัตราของโรงพยาบาลเป็นฐาน และคิดค่าบริการขั้นต่ำต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง = 150 บาท/ครั้ง (ค่าบริการ = 100 บาท และค่าพาหนะตามอัตราค่าโดยสารในเขตเทศบาล 50 บาท)

** ต้นทุนคงที่ที่แตกต่างกันกรณีโครงการอิงโรงพยาบาลและไม่อิงโรงพยาบาลคือส่วนของการลงทุนใน Capital Cost

เกณฑ์การพิจารณา

1. กรณีอิงโรงพยาบาล

1.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(358,969 - 22,560) = 336,409$

1.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ $(358,969 - 171,925) = 187,044$

ผลจากข้อ 1.1 และ 1.2 จะเห็นได้ว่ารายรับรวมมีค่าสูงกว่าต้นทุนผันแปรและต้นทุนรวมทั้งหมด ดังนั้นผู้ลงทุนสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ เนื่องจากมีกำไรเกินปกติ

2. กรณีไม่อิงโรงพยาบาล (เปรียบเทียบรายรับจริงกับต้นทุน)

2.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(358,969 - 22,560) = 336,409$

2.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนคงที่เท่ากับ $(358,969 - 416,205) = (57,236)$

ผลจากข้อ 2.1 ผู้ประกอบการจะดำเนินกิจการต่อไปตราบเท่าที่รายรับรวมมีค่าสูงกว่าต้นทุนผันแปร แต่เมื่อพิจารณาผลในข้อ 2.2 พบว่ารายรับรวมของโครงการฯที่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนรวมทั้งหมดแล้วมีค่าต่ำกว่า ผู้ประกอบการจะตัดสินใจหยุดกิจการเนื่องจากรายได้ที่ได้รับ ณ จุดนี้ไม่สามารถครอบคลุมต้นทุนในส่วนที่ลงทุนไป

3. กรณีไม่อิงโรงพยาบาล (เปรียบเทียบรายรับจากการประมาณการกับต้นทุน) โดยรายรับจากการประมาณการได้จาก

- พยาบาล 1 คน เยี่ยมผู้รับบริการใหม่ (New Case) ได้ 2 ราย/วัน
- ระยะเวลา 1 ปี มี 20 วันทำการ/เดือน
- New Case = 2 ราย/วัน x 20 วันทำการ/เดือน x 12 เดือน = 480 ราย
- รายรับขั้นต่ำต่อการเยี่ยมไข้ 1 ครั้ง = 150 บาท/ราย

∴ ประมาณการรายได้ใน 1 ปี = $480 \times 150 = 72,000$ บาท/ปี

3.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(72,000 - 22,560) = 49,440$

3.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ $(72,000 - 416,205) = (344,205)$

ดังนั้นโครงการสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ โดยต้องมีรายรับขั้นต่ำเท่ากับต้นทุนรวมทั้งหมด จากข้อมูลการประมาณโครงการคิดค่าบริการขั้นต่ำต่อการเยี่ยมไข้ 1 ครั้งเท่ากับ 150 บาท/ครั้ง ดังนั้นโครงการจะต้องเยี่ยมคนไข้ ในอัตราค่าบริการ 150 บาทต่อรายต่อครั้งของการเยี่ยมให้ได้ประมาณ 2,775 ราย จึงจะครอบคลุมต้นทุนคงที่

กล่าวโดยสรุป จากการพัฒนาโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า การบริหารจัดการโครงการบริการสุขภาพที่บ้านต้องประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1. การจัดโครงสร้างของศูนย์ ฯ โดยศูนย์ฯ มีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการด้านบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการ จัดเตรียมอุปกรณ์ บริหารจัดการด้านการเงินทั้งของผู้รับบริการและทีมสุขภาพ ควบคุมคุณภาพการบริการ พัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ

2. รูปแบบการจัดบริการ ประกอบด้วย ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการ ดังนี้

2.1 การวางแผนร่วมกันในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายต้องกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สามารถกระทำได้โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.2 การบริการสุขภาพที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและญาติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับการไปให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้ ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำศูนย์ฯสามารถให้บริการได้เท่าเทียมกัน

2.3 การบริการที่ให้ประกอบด้วย การให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลเฉพาะโรค การให้สุศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. โปรแกรมฐานข้อมูลของโครงการฯ ประกอบด้วย ฐานข้อมูลของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และการเงินการคลังในการดำเนินงานโครงการฯ

4. การกำหนดค่าบริการ เป็นไปตามระเบียบการคิดค่าบริการของโรงพยาบาลศูนย์ ในอัตราขั้นต่ำ 150 บาทต่อครั้งของการเยี่ยมต่อราย และควรต้องมีบริการให้เลือกในอัตราที่ต่างกันตามลักษณะของบริการที่จัดให้

5. ผลพลอยได้ในการจัดบริการ สามารถดูแลได้ถึงระดับประชาชนในชุมชน/เพื่อนบ้าน

ในระยะแรกเป็นบทบาทของพยาบาลในโครงการฯ แต่ภายหลังรูปแบบการแนะนำโครงการเป็นผลมาจากญาติ ผู้ป่วย และแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านบริการ จึงมีการแนะนำโครงการต่าง ๆ ไปยังญาติและชุมชนซึ่งถ้าหากบริการนี้เป็นที่รู้จักในชุมชนและคนในชุมชนเห็นความสำคัญ ก็ควรจะสามารรถนำไปสู่การขยายงานเพิ่มขึ้นในอนาคต แพทย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าพยาบาลผู้ให้บริการประกอบกับแพทย์เห็นความสำคัญและความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง

ด้านบุคลากรของทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทางศูนย์ฯ จัดทีมบริการโดยได้พิจารณาตามความเหมาะสมของอาการและความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้รับบริการ มีความเห็นโดยรวมว่าเหมาะสม ทั้งนี้คุณสมบัติของทีมสุขภาพนี้เป็นสิ่งที่ญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญมาก โดยเชื่อว่าการได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลปลอดภัยและสะดวกกว่า ดังนั้นบุคลากรที่ออกไปให้บริการจึงต้องมีความเหมาะสมและเข้าใจทั้งผู้ป่วยและญาติและเมื่อเกิดการยอมรับการบริการผู้ป่วยที่บ้านและเปรียบเทียบการบริการที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันก็น่าจะเปลี่ยนทัศนคติของทั้งผู้ป่วยและญาติให้นิยมใช้บริการสุขภาพที่บ้านมากขึ้น

ข้อเด่น ของงานวิจัยนี้ก่อให้เกิดรูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม และเป็นความร่วมมือที่สำคัญของทีมสุขภาพที่ได้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ ให้ความเสมอภาคและการ

บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการและค่าใช้จ่าย ทั้งของผู้ป่วยและของศูนย์ ฯ รวมทั้งแนวทางในการคิดค่าบริการที่เหมาะสมกับบริการในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะโรค ทั้งนี้เพื่อจะได้เปรียบเทียบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. เพิ่มบริการโดยจัดให้มีความหลากหลายของบริการและอัตราค่าบริการ เพื่อจะได้ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง รวมทั้งนำไปสู่การขยายบริการให้มากขึ้น
3. ศึกษาความแตกต่างของความรุนแรงของโรค ซึ่งน่าจะเป็นตัวกำหนดในการเลือกใช้บริการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบริการ รวมถึงการคุ้มทุนในการจัดบริการ
4. ข้อมูลที่เป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลใช้ข้อมูลจากงานศึกษาที่มีอยู่แล้ว
5. การศึกษาความคุ้มทุน
 - 5.1 เกณฑ์การตัดสินใจว่าคุ้มทุนหรือไม่ ไม่ได้มีการปรับค่าของเวลา
 - 5.2 การวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มโรค โดยใช้ค่า ADL เป็นตัวชี้วัดใช้เกณฑ์เดียวกันทุกกลุ่มโรค

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2538) *แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 -2544)* กระทรวงสาธารณสุข, 56.
2. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2536) *ข้อมูลผู้รับบริการศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน และงานรักษายาบาลในชุมชน*. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. โรงพยาบาลหาดใหญ่ (รายงานจากสมุดบันทึกการขอรับบริการ).
3. จอนณะจง เพ็งจาด และประภาพร จินันทุยา. (2537) บทบาทพยาบาลผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาล*. 19(1), 33-36.
4. ธวัชชัย งามสันติวงศ์. (2540) ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น. *หลักการและวิธีการใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย*. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กทม. 373-415.
5. นิภา วรรณะภูมิ สมพร เลิศวิสัยเสถียร และพรทิวา อินทร์พรหม. (2538) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลลำปาง. *ลำปางเวชสาร*. 17(2), 115-124.
6. มนัสสินิตย์ บุญยธรรม. (2536) *ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพดีที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. วิมล วันยะนาพร และคณะ. (2541) การศึกษาความต้องการการพยาบาลขั้นพื้นฐานผู้ป่วยเรื้อรัง หกผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. 13(2), 49-58.

8. วัชรีย์ ตัญคำภีร์. (2536) *ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน* วิทยาลัยนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. วิลาวัณย์ เสนารัตน์ ประยงค์ ลิ้มตระกูล และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2540) รายงานการวิจัย *การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนครพิงค์.คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
10. วารี กังชัย. (2540) Home Health Care in Thailand. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. 5(1), 51-53.
11. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และประพิณ วัฒนกิจ. (2536) อภิปรายปัญหาทั่วไปเอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง *การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน 8-12 กุมภาพันธ์ ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.*
12. ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และคณะ. (2540) *Drugs Related Groups in the low incomes patients*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์. เอกสารอัดสำเนา. 36-40.
13. สมจิต หนูเจริญกุล. (2536) *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง"พรศรี" คิดชอบและคณะ (บรรณาธิการ). มะเร็งวิทยา. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.*
14. อัมพันธ์ เชี่ยวชาญ. (2539) ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลลำปาง *ลำปางเวชสาร* 17(2), 126-133.
15. Chen,F.; Cheng, T. and Chen, H. (1997) An exploratory study of job stressors and related factors among home health care nurses in Taiwan (Chinese), *Nursing Research (China)* 5 (3), 223-232.
16. Fox, S.L. (1996) Home care . *Tennessee Nurse*. 59(4), 20.
17. Gold, E. (1997) The role and need of the Children's hospital in the United Kingdom, *International Journal of Palliative Nursing*. 3(5), 281 - 286.
18. Green, K. and Lydon, S. (1995) Home health cardiac rehabilitation, *Home Healthcare Nurse* 13(2), 29 - 39.
19. Haddad, A.M. (1992) Ethical problems in home health care, *The Journal of Nursing Administration*. 22(3), 46-51.
20. Jones, P.M. (1997) Patient satisfactions with home care after early post partum hospital discharge, *Home Care Provide*. 2(5). 235-243.
21. Mariame, Neighbors. (1998) *A practical guide to Medical - Surgical Nursing in the Home*. W.B Saunders, New York, 11-15.

22. McCorkel, R.; Jepson, C. ; Malone, D.; Lusk, E.; Braitman, L.; Buhen-Wilkerson, K. and Daly, J. The Impact of Post-hospital home care and Patients cancer, *Research in Nursing and Health* 17, 243-251.
23. Moss, A.H. Oppenheimer E.A. Casey, P., Cazzolli, P.A.; Roos,R.P. Stocking, C.B., and Seigler, M. (1996) Patients with amyotrophic lateral sclerosis recieving long-term mechanical ventilation : advance care planning and outcome Chest, *The cardiopulmonary-Journal*. 110(1), 249 - 255.
24. Murashima, S.; Zerwekh, J.V.; Yamada, M. & Tagimi, Y. (1998) International Schlolarship around the clock nursing care for the elderly in Japan *Image-Journal - of - Nursing - Scholarship*. 30(1), 37-40.
25. Neighbors, M. (1998) *A Practical guide to Medical-Surgical Nursing in the Home*. W.B Saunders co, Philadelphia.
26. Shepperd, S and Liffle, S. (1998) *Effectiveness of hospital at home compared to in-patient hospital care* . The Cochran Library (Oxford) issue 2.
27. Steward, J.E. *Home Health Care*. 1997 St. Louis : The C.V. Mosby Company.
28. Stolley, J.M. and Koenig,H. (1997) Religion/spirituality and health among elderly African Americans and Hispanics, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 35 (11), 32 -38.
29. Strumwasser, I.; Paranype, N.V.; Ronis, D.L.; Share, D. and Sell, L. J. (1990) Reliability and validity of Utilization Review Criteria : Appropriateness Evaluation Protocol, Standard Medreview Insrument (SMI), and Intensity-Severity Discharge (ISD), *Criteria Medical Care*. 28, 100-111.
30. Ugvaski, P. (1998) *Adherence to prescribe HIV - 1 protase inhibitors in the home setting* 8 (suppl), 37-45.

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร*

การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นแนวคิดที่บอกถึงการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่จัดขึ้น ณ บ้านของผู้รับบริการ เพื่อให้บริการสุขภาพซึ่งรวมทั้งการดูแลสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาล การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านและผู้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ เป็นบริการที่ต่อเนื่องระหว่างการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อที่บ้านหลังจากแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านได้

การบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การจัดกิจกรรมบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและเป็นองค์ประกอบของการบริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งจัดให้แก่บุคคลและครอบครัว ณ บ้านของเขาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี หรือส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็จะป้องกันความพิการและการเจ็บป่วยรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การวางแผน การประสานงานและการจัดบริการให้แก่ครอบครัวอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานโดยมีบุคลากรอย่างเพียงพอ (Albrecht, 1990)

แนวคิดการบริการพยาบาลที่บ้าน

การบริการพยาบาลที่บ้านเป็นการจัดบริการพยาบาล บริการทางสังคม การรักษาพยาบาล (เช่น การจัดอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การอาชีวบำบัด การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์บำบัด) การฝึกอาชีพ การสังคมสงเคราะห์ และการดูแลบ้านเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ซึ่งรวมถึงการบริการที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดบริการเป็นการนำการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ไปจัดให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการที่บ้าน แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษา และบุคลากรทางสุขภาพจะเป็นผู้จัดบริการแก่ผู้รับบริการที่บ้าน โดยการประเมินสถานการณ์ครอบครัวและพัฒนาแผนการบริการที่บ้านอย่างเหมาะสม (Stanhope, 1996)

การจัดบริการสุขภาพที่บ้านเหล่านี้ เป็นบริการที่จัดภายใต้แผนบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมบริการที่มีได้จำกัดเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ทันตสุขภาพ การพยาบาล กายภาพบำบัด

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อรรถบำบัด สังคมสงเคราะห์ โภชนาการ การดูแลบ้านและการช่วยเหลือที่บ้าน การขนส่ง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดหาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์เท่านั้น แต่จะรวมถึงการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลและแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมด้วย

การบริการสุขภาพที่บ้าน จะรวมกิจกรรมการดูแลสุขภาพทุกระดับ ซึ่งได้แก่ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การป้องกันปัญหาสุขภาพได้รวมกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพทุกประเภท ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การดูแลผู้รับบริการระยะวิกฤตเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้รับบริการ และครอบครัวยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และสามารถพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความพิการที่หลงเหลืออยู่ ป้องกันการป่วยซ้ำ หรือป้องกันมิให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น เป็นการดูแลระยะยาว การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการตายอย่างสงบ

การจัดบริการพยาบาลที่บ้าน เป็นการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องจากการบริการในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดในการจัดบริการ คือ

1. การจัดบริการพยาบาลที่บ้าน จะมีโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับบริการ ครอบครัว หน่วยงานผู้ให้บริการ ทีมสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับบริการ รวมถึงคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและตัวแปรทางจิตใจ

ครอบครัว จะมีลักษณะครอบครัวที่สมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ แต่จะพิจารณาในแง่ของสัมพันธภาพและความผูกพันของสมาชิกครอบครัวมากกว่าหน่วยงานหรือสถาบันผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ปรัชญา นโยบาย โครงสร้าง มาตรฐานการบริการ งบประมาณ การใช้เทคโนโลยี และเวลาในการให้บริการที่บ้าน

ทีมสุขภาพ เป็นทีมสุขภาพของหน่วยงาน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงาน และนำผลการวางแผนให้บริการของทีมไปให้บริการที่บ้าน

โครงสร้างการบริการจะปรับเปลี่ยนไปตามประเภทของผู้รับบริการ ความต้องการเข้าถึงบริการ เป็นบริการที่มีประสิทธิผล หาได้ง่าย มีประโยชน์และมีปัจจัยที่ให้ผลดีแก่ครอบครัวและผู้รับบริการ

2. การบริการพยาบาลที่บ้าน จะมีกระบวนการที่แสดงผลของการตอบสนองต่อการดูแลองค์ประกอบพื้นฐานของกระบวนการ คือ ประเภทของบริการ ได้แก่ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การให้ความรู้ การสนับสนุนให้กำลังใจ การบำบัดรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การประสานงานบริการ ซึ่งได้แก่ การดูแลต่อเนื่อง (Continuity) สมบูรณ์แบบ (Comprehensive) และจัดบริการโดยใช้ขั้นตอนของ

กระบวนการพยาบาลเป็นกิจกรรมพื้นฐาน ซึ่งผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วม ภายใต้ข้อจำกัดของกฎหมายจรรยาวิชาชีพและจรรยาบรรณทางสังคม

3. ผลลัพธ์ของการบริการพยาบาลที่บ้าน เป็นผลที่แสดงถึงผลของการจัดบริการพยาบาลที่บ้าน องค์ประกอบของผลลัพธ์คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ให้บริการ ความคุ้มค่าในการให้การดูแล คุณภาพของการดูแล คือ ภาวะสุขภาพดีขึ้น การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและสมาชิก และประโยชน์ของการบริการพยาบาลที่บ้าน

การจัดบริการพยาบาลที่บ้าน ต้องพิจารณาความสัมพันธ์ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน กระบวนการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ ซึ่งมีปัจจัยรายละเอียดที่พยาบาลต้องพิจารณาเลือกมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการพยาบาลที่บ้าน โดยแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างของผู้รับบริการและการบริการพยาบาล บทบาทในการกำหนดกระบวนการการดูแลที่บ้าน แสดงผลของการดูแลที่ต้องการ และให้แนวทางในการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คุณลักษณะของการบริการพยาบาลที่บ้าน

1. บริการจะต้องมีอย่างเพียงพอ หมายถึง การมีผู้ให้บริการ (ทีมพยาบาล หรือทีมสุขภาพ) อย่างเพียงพอ ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ ผู้ให้บริการเต็มใจช่วยเหลือ และมีคุณสมบัติทางวิชาการพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การบริการต้องไม่จำกัดเวลาตายตัว เช่นบริการในโรงพยาบาล

3. ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพ ต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทุกวัน

4. ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสนับสนุนให้มีการฟื้นฟูสภาพด้วย

5. ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ครอบครัว ญาติ เพื่อน ต้องยอมรับและมีผู้ดูแล การเลือกรับบริการพยาบาลที่บ้านเป็นสิทธิของผู้รับบริการ แต่ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดจะเป็นผู้ดูแลและให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผู้รับบริการและครอบครัว จะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับบริการเอง ร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกครอบครัว การดูแลจะมีทั้งผู้ดูแลทำให้ทั้งหมด หรือทำเองบางส่วน การจัดบริการขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการภายใต้สิ่งแวดล้อมของครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องเรียนรู้แนวทางความร่วมมือ และพัฒนาศักยภาพในการดูแลดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการและครอบครัวด้วย

ข้อดีของการบริการพยาบาลที่บ้าน

1. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล
2. ลดจำนวนวันที่ผู้รับบริการต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
3. ผู้รับบริการได้กลับบ้านเร็วขึ้น มีสภาพจิตใจที่ดีกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานหลายวัน
4. ลดอัตราการเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
5. ผู้รับบริการยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม การดำเนินวิถีชีวิตไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ไม่ต้องกังวลกับระเบียบของโรงพยาบาล
6. ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและรับผิดชอบ ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นและไม่ต้องพึ่งพาระบบบริการการรักษาพยาบาลมากนัก
7. สัมพันธภาพของพยาบาล และผู้รับบริการ มีความเป็นกันเองมากกว่า

ข้อเสียของการบริการพยาบาลที่บ้าน

1. ไม่สามารถจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน (Acute care) ได้ เพราะต้องอาศัยเครื่องมือ เทคโนโลยีขั้นสูงและบุคลากรซึ่งได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ
2. การรักษาพยาบาลไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ญาติและเพื่อนบ้านจะมีอิทธิพลต่อการดูแล โดยนำเอาวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม และความเชื่อต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลมาใช้ในการดูแล้วย ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้
3. การดูแลโดยบุคลากรระดับวิชาชีพ ไม่สามารถกระทำได้ครบ 24 ชั่วโมงเหมือนการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ความไม่รู้หรือไม่เข้าใจในวิธีการดูแลของญาติหรือผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้ดีเท่ากับเจ้าหน้าที่ จึงขาดความสนใจและความตั้งใจที่จะให้การดูแลที่ดีไปได้
4. ระบบวัฒนธรรมไทย อาจจะขัดขวางต่อการดูแลที่ต่อเนื่องได้ หากผู้ป่วยต้องการพักอยู่กับบุตรคนใดก็จะย้ายไป ขาดการส่งต่อไปยังสถานบริการในพื้นที่ซึ่งผู้รับบริการย้ายไปอยู่จึงเป็นผลให้แสวงหาบริการใหม่ แผนการรักษาพยาบาลต้องเริ่มต้นใหม่ ไม่ต่อเนื่องกับการรักษาพยาบาลครั้งก่อน
5. ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี หรือยากจน จะมีปัญหาการขาดผู้ดูแล เพราะสมาชิกจะหยุดงานมาดูแลก็ขาดรายได้ บริการพยาบาลที่บ้านอาจจะไม่ประสบผลดีเท่าที่ควร
6. ในกรณีที่ต้องใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีก็ไม่สามารถจัดหาได้

การบริการสุขภาพที่บ้านมีทั้งข้อดีและข้อเสีย พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่ละเอียดแก่ครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจ ครอบครัวควรตัดสินใจตามความเหมาะสมของสถานการณ์ครอบครัว

ขอบเขตของการบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้านสามารถจัดแบ่งได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มซึ่งต้องการบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การให้บริการการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ เช่น การดูแลผู้ป่วยซึ่งให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายทางหน้าท้อง (colostomy) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. กลุ่มต้องการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีเพิ่มขึ้น (Wellness) และการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care)

รุจา (2537) ได้เสนอ การจัดระดับบริการสุขภาพที่บ้านไว้ 3 ระดับ คือ การดูแลระดับเฉพาะทาง ซึ่งเป็นบริการที่ต้องการบริการการพยาบาลเฉพาะทางมีการใช้เทคนิคเฉพาะผู้ป่วยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การดูแลระดับปานกลาง เป็นบริการที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางระดับน้อยกว่าระดับแรก ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งแล้วแต่ยังต้องการความช่วยเหลือดูแลจากทีมสุขภาพอยู่ และ การดูแลระดับการรักษาสุขภาพให้คงที่ เป็นบริการที่ให้การดูแลแก่ผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้แต่ต้องการการดูแลบางเรื่อง ซึ่งเป็นบริการที่เน้นการติดตามและให้สุขศึกษา ส่วนรูปแบบการดูแลควรเป็นบริการที่ตอบสนองให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างสถาบัน

ดังนั้นการจัดบริการพยาบาลที่บ้านจึงควรพิจารณาให้ครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้

1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) ทั้งผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้การบริการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว หรือให้บริการรักษาพยาบาลที่ยังต้องวางแผนร่วมกับทีมรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการยอมรับในภาวะสุขภาพ ปัญหา และแผนการรักษาพยาบาลเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องรับผิดชอบตนเอง หรือครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล และส่วนที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการตามแผนการบริการรักษาพยาบาล

2. การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว และต้องการความช่วยเหลือเฉพาะอย่างในผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของครอบครัว

3. ให้บริการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งได้จัดทำร่วมกับทีมรักษา ซึ่งได้จัดทีมรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้สถานการณ์และข้อกำหนดต่าง ๆ ของครอบครัว ในการจัดบริการพยาบาล จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลในคลินิก (Clinical Nursing skill) ปฏิบัติการพยาบาลซึ่งต้องใช้เทคโนโลยีตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์การแพทย์บางอย่าง

4. การจัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลผู้รับบริการและครอบครัว ได้แก่ การจัดระบบส่งต่อ (referral system) ที่เหมาะสม ขั้นตอนน้อย และมีทรัพยากรทั้งในชุมชนและนอกชุมชน สนับสนุนการ

ดูแลสุขภาพที่บ้านให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายของการบริการ รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ด้วย

5. การบริการเพื่อช่วยเหลือในกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร การช่วยเหลือในการดูแล จัดบ้านเรือนให้สะอาดและปลอดภัย เป็นต้น

การจัดบริการพยาบาลที่บ้าน จะจัดให้ต่อเนื่องได้ก็จะต้องดำเนินการตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ เตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลที่บ้านซึ่งจะมีขั้นตอนการดำเนินการคือ

1. การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย เป็นการวางแผนให้การดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่อยู่ในภาวะป่วยวิกฤต อาการคงที่ ระยะฟื้นฟูสภาพ และเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่พร้อมที่จะกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้านได้ การดูแลต่อเนื่องเป็นสิทธิที่ผู้รับบริการทุกคนควรได้รับตามโอกาสและศักยภาพ การดูแลต่อเนื่องควรมีการวางแผนที่ดี เพื่อช่วยให้ประสบผลสูงสุด การวางแผนจำหน่ายควรจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลในแผนการพยาบาล (care plan)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกิจกรรมร่วมระหว่างผู้ให้บริการ (ทีมสุขภาพ) กับผู้รับบริการและครอบครัวในการวางแผนดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

1.1 แพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสุขภาพเสนอความคิด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อการพิจารณา ทีมสุขภาพหรือแพทย์ผู้ให้การรักษาไม่ควรปิดบังข้อวินิจฉัย ถึงแม้ว่าข้อวินิจฉัยนั้นจะเป็นข้อวินิจฉัยที่กระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้รับบริการและครอบครัว บางครอบครัวกลัวว่าผู้รับบริการจะปวดร้าวเกินกว่าที่จะรับรู้ถึงข้อวินิจฉัยที่รุนแรงได้ และจะบอกผู้รับบริการด้วยความสงสาร แผนการรักษาพยาบาล ผลลัพธ์และผลข้างเคียงซึ่งจะเกิดขึ้น ต้องนำมาพิจารณา อภิปรายให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และครอบครัว หลังจากนั้นจึงให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกเอง การวางแผนจำหน่ายจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้โดยอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยเข้าไว้ในความดูแล พยาบาลในโรงพยาบาลจะคำนึงถึงเฉพาะกิจกรรม หรือแผนการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ผู้รับบริการขณะอยู่ในความดูแลจนถึงถึงกิจกรรม หรือการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเองได้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นงานที่รวมอยู่ในแผนการพยาบาล (Nursing care plan) ของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างหนึ่ง คือ การสอนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับสถานการณ์ ปัญหาและภาวะสุขภาพของตน และสนับสนุนให้ผู้รับบริการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

1.2 การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และทีมสุขภาพกับผู้รับบริการและครอบครัวทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่า ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งที่โรง

พยาบาลและบ้าน โดยมีพยาบาลอนามัยชุมชนหรือพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ไปดูแลให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว ในการดูแลสมาชิกผู้มีปัญหาสุขภาพ และให้บริการพยาบาลเมื่อครอบครัวต้องการ สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาลและร่วมมือในการดูแลเป็นอย่างดี

1.3 การร่วมมือในการรักษาพยาบาลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้รับบริการและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแล รับผิดชอบและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลเอง ภายใต้ปัจจัยหรือข้อจำกัดของครอบครัว การอนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น เจ้าหน้าที่ควรเปลี่ยนเจตคติเสียใหม่ จากการอนุญาตให้เฝ้าเพื่อแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เป็นการอนุญาตให้เฝ้าเพื่อมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อการพัฒนาไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้ของครอบครัว และเจ้าหน้าที่ควรปรับเทคโนโลยี หรือกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง ซึ่งญาติสามารถปฏิบัติได้ให้เป็นวิธีปฏิบัติที่ง่าย สอนให้เข้าใจได้โดยง่าย หรือการใช้วิชาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ ญาติเป็นผู้ใกล้ชิดสนิทสนมเข้าใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี แม้กระทั่งกิจกรรมซึ่งตามประเพณีไทยถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมหากให้ผู้อื่นจัดทำให้ เช่น การให้หมอนนอนเพื่อการขับถ่าย เป็นต้น บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวควรได้มีการจัดให้สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วม และสามารถดูแลแทนกันได้ มิใช่ตกเป็นหน้าที่ของสมาชิกคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ ทั้งนี้ครอบครัวต้องพิจารณาตัดสินใจเองตามสถานการณ์

1.4 การวางแผนการดูแลร่วมกัน หลังจากแพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสุขภาพได้ตัดสินใจจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ทีมสุขภาพต้องวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการและญาติ มีการพิจารณาเป้าหมาย กิจกรรมการักษาพยาบาล กำหนดการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแล กำหนดการรับการรักษาเพื่อติดตามผล (follow-up) จากโรงพยาบาล งบประมาณของครอบครัว แหล่งให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การขอความช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์ หรือ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ในชุมชน เป็นต้น การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลที่บ้านเพื่อป้องกันการถูกทอดทิ้งในกรณีที่ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน ผู้ดูแลจะต้องศึกษาและฝึกทักษะในการปฏิบัติพยาบาล หรือการใช้เครื่องมือ เช่น การใช้เครื่องดูดเสมหะในผู้ป่วยเจาะคอ (Tracheostomy) การให้อาหารทางสายยาง การให้ยาและการสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา เป็นต้น

1.5 การส่งต่อให้สถานบริการใกล้บ้าน ได้แก่ การส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการใกล้บ้าน ตามระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ตามความต้องการของครอบครัวและปัจจัยอื่น ๆ เป็นการส่งต่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

1.6 การนัดรับการรักษาต่อหลังจากการจำหน่าย เป็นการติดตามผลการรักษาพยาบาลที่บ้าน และประสิทธิผลของการดูแลของครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้มีโอกาสปรับแผนการดูแล ชักถามข้อสงสัย เสนอข้อคิดเห็น และประเมินผลการบริการพยาบาลที่บ้านได้

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ควรเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยให้กำหนดรวมได้เป็นกิจกรรมหนึ่งในแผนการพยาบาล เพื่อเป็นการสอนและเปลี่ยนเจตคติของผู้รับบริการและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน แพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสุขภาพ วางแผนจำหน่ายและจัดทำแผนการดูแลต่อที่บ้านร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว หรือดำเนินการส่งต่อตามระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์และข้อจำกัดของครอบครัว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่จัดทำอย่างเป็นระบบจะช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล และช่วยป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

2. การให้บริการที่บ้าน

การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการที่ทีมสุขภาพนำการรักษาพยาบาลไปปฏิบัติ ณ บ้านของผู้รับบริการ โดยการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ตามแผนการรักษาพยาบาลซึ่งผู้รับบริการได้กำหนดร่วมกันกับผู้วางแผนจำหน่าย (Discharge Planner) ก่อนผู้รับบริการกลับบ้าน การเยี่ยมบ้านที่ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เร็วขึ้น การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินงานที่ดี สอดคล้องกับแผนการดูแลของทีมสุขภาพ

การเยี่ยมบ้านมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. การวางแผนเยี่ยม (Planning for Visit)

การเยี่ยมบ้านมีขั้นตอนต่าง ๆ มากมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมและชนิดของบริการที่จะจัดให้แก่ครอบครัว การเยี่ยมแต่ละครั้ง พยาบาลต้องใช้ประโยชน์จากการเยี่ยมให้มากที่สุด ดังนั้นการศึกษาข้อมูลของครอบครัว และการวางแผนเยี่ยมที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การเยี่ยมครั้งแรกจะเป็นข้อมูลในการวางแผนการเยี่ยมและการดูแลสุขภาพในครั้งต่อไปได้ ด้วย การวางแผนการเยี่ยมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการและครอบครัว การวางแผนการเยี่ยมมีขั้นตอนดังนี้

การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน (Preparation for the visit) การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้านจะให้แนวทางแก่พยาบาลในการปฏิบัติให้ประสบผลตามวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมทำได้โดย

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม การเยี่ยมแต่ละครั้งพยาบาลต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพ และครอบครัว และการจัดบริการอื่น ๆ แก่ครอบครัวเพื่อพัฒนาสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของครอบครัว

1.2 กำหนดประเภทของการเยี่ยม ในการเยี่ยมครั้งแรกจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินสถานการณ์ของครอบครัวมากกว่า การเยี่ยมนั้นเป็นบริการที่จัดภายใต้สิ่งแวดล้อมของครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จะช่วยกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมบริการครั้งต่อไป

ไป ซึ่งอาจจะเป็นกิจกรรมเฉพาะอย่างได้ เช่น การเยี่ยมเพื่อให้บริการพยาบาล การเยี่ยมเพื่อให้คำปรึกษาแก่สมาชิกที่มีปัญหาเฉพาะ หรือการเยี่ยมเพื่อสาธิตเทคนิคการพยาบาล แก่สมาชิกครอบครัวให้ปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง เป็นต้น

1.3 การจัดลำดับความสำคัญของวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ผู้รับบริการอาจจะมีปัญหาสลับ ซับซ้อน การเยี่ยมบ้านมีหลายวัตถุประสงค์ ดังนั้นจึงควรมีการจัดลำดับความสำคัญของวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญได้รับการแก้ไขไปก่อนตามลำดับ

1.4 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการและครอบครัว พยาบาลจะต้องศึกษาประวัติของผู้รับบริการและครอบครัวจากแฟ้มประวัติครอบครัว หรือข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน และถ้าหากเป็นไปได้ควรมีการปรึกษากับสมาชิกทีมสุขภาพซึ่งมีส่วนร่วมหรือเคยให้การดูแลครอบครัวนี้มาก่อนแล้ว

1.5 ตรวจสอบอคติ (Check for bias) พยาบาลควรแยกการบริการครั้งก่อนกับบริการครั้งนี้ เพราะอาจจะรับอคติมาจากพยาบาลผู้เคยเยี่ยมครั้งก่อน หรืออคติจากแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาบดบังปัญหาที่สำคัญในการประเมินสถานการณ์ของครอบครัวได้ เช่น ครอบครัวที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อน การบริการที่บ้านมีมานานอาจจะมีข้อมูลบางอย่างที่เป็นอคติจากการเยี่ยมบ้านครั้งก่อนแล้วนำมาจัดบริการให้โดยขาดความรอบคอบ ซึ่งจะเกิดเป็นผลเสียได้ทำให้การบริการขาดการปรับปรุง เพราะมีอคติตามความคิดของพยาบาลคนก่อน

1.6 ศึกษาข้อมูลของชุมชน พยาบาลต้องศึกษาข้อมูลชุมชนหรือหมู่บ้านซึ่งครอบครัวนั้นเป็นสมาชิกอยู่อย่างละเอียดเพื่อเข้าใจถึง โครงสร้าง องค์ประกอบ สภาพความเป็นอยู่ สถาบันทางสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดบริการสุขภาพแก่ครอบครัว นอกจากนี้ จะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบ หรือหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน พยาบาลหรือทีมสุขภาพจะต้องมีการเตรียมตัวในการเยี่ยมบ้านคือ

1.6.1 แผนที่ พยาบาลจะต้องศึกษาแผนที่และการเดินทางเป็นอย่างดีก่อนออกจากสำนักงานไปยังบ้านที่จะเยี่ยม หากมีข้อสงสัย ให้ตรวจสอบกับพยาบาลผู้รับผิดชอบอยู่ก่อน หรือผู้ที่ให้รายละเอียดเพิ่มเติมได้

1.6.2 แหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ บุคคล แหล่งหรือสำนักงานที่จะขอความช่วยเหลือได้ หากมีข้อสงสัย ให้ตรวจสอบกับพยาบาลผู้รับผิดชอบอยู่ก่อน หรือผู้ที่ให้รายละเอียดเพิ่มเติมได้

1.6.3 ยานพาหนะ หากต้องเดินทางด้วยรถยนต์หรือจักรยานยนต์ จะต้องตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้เป็นอย่างดี มีอะไหล่พร้อมหากมีข้อขัดข้องระหว่างทาง ถ้าหากเดินทางด้วยวิธีอื่นก็จะต้องตรวจสอบเส้นทางที่จะไปเป็นอย่างดีแล้ว

1.6.4 การแต่งกาย พยาบาลควรแต่งกายด้วยเครื่องแบบประจำของหน่วยงาน เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดของผู้รับบริการและครอบครัว หากแต่งกายด้วยเครื่องแบบที่ประชาชนรู้จักดีอยู่

แล้วก็จะให้การต้อนรับเป็นอย่างดี หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องประดับที่มีค่า หรือนำเงินติดตัวไปมาก ๆ เพราะอาจเป็นอันตรายแก่ตนเองได้ ทั้งขณะเดินทางและที่บ้านของผู้รับบริการ

1.6.5 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งอาชญากรรม หรือแหล่งมั่วสุมของชุมชนนั้น ก่อนออกเยี่ยมบ้านพยาบาลควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งอาชญากรรม แหล่งมั่วสุมหรือแหล่งอบายมุขของชุมชนนั้น และควรหลีกเลี่ยง ถ้าเป็นไปได้ไม่ควรออกเยี่ยมบ้านคนเดียว ขอให้หน่วยงานจัดเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านพร้อมกัน 2 คน

1.7 การเตรียมความรู้ พยาบาลต้องทบทวนความรู้ที่เกี่ยวกับข้อมูลหรือปัญหาครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพแก่ครอบครัว เช่น ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการพยาธิวิทยา การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ผลข้างเคียงของยา ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจพิเศษบางอย่าง เป็นต้น

1.8 การเตรียมอุปกรณ์ พยาบาลจะต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการบริการครั้งนั้น ๆ และควรมีกระเป๋าสำหรับบรรจุวัสดุอุปกรณ์ / เครื่องมือที่จำเป็น ซึ่งประกอบด้วย

1.8.1 อุปกรณ์สำหรับล้างมือและป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ สบู่ ผ้าเช็ดมือ ผ้ากันเปื้อน เป็นต้น

1.8.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิหูฟัง (Stethoscope) เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น

1.8.3 อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ให้พิจารณาตามสถานการณ์ความต้องการ และปัญหาของครอบครัว ถ้าหากเป็นไปได้ควรใช้อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable supplies) เช่น ถุงมือ ผ้ากันเปื้อนพลาสติก ไม้พันสำลี สำลี ผ้ากอส น้ำยาต่างๆ ที่จำเป็น

1.8.4 อุปกรณ์ประเภทกระดาด ได้แก่ กระดาดสำหรับป้อนกระเปาะ ถุงใส่อุปกรณ์ที่ใช้แล้วซึ่งจะนำไปทิ้ง เป็นต้น

1.8.5 ระเบียบรายงานและสมุดบันทึก ระเบียบรายงาน ซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลของครอบครัว และสมุดจดบันทึกเดือนความจำของพยาบาลเอง

1.8.6 เอกสารซึ่งจะใช้เป็นอุปกรณ์การสอน เป็นเอกสารใช้เป็นคู่มือในการดูแลสุขภาพ หรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เช่น เอกสารวิชาการเรื่องการบริหารร่างกาย เพื่อแก้ไขปัญหาการปวดหลัง เป็นต้น

อุปกรณ์ต่าง ๆ ในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน (nursing bag) จะต้องดูแลให้สะอาด ไม่ชำรุด และมีอุปกรณ์จัดเตรียมไว้พร้อมที่จะนำออกไปใช้ได้เสมอ และมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการในแต่ละวัน เมื่อใช้เสร็จแล้วจะต้องทำความสะอาด แล้วเก็บแยกไว้ส่วนหนึ่ง เพื่อนำกลับมาทำความสะอาด ส่วนอุปกรณ์ที่ต้องทิ้งให้ครอบครัวนำไปทิ้งและทำลายโดยวิธีฝังให้มิดชิด หรือเผา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้านให้หลักปราศจากเชื้อ (Principle of asepsis) อุปกรณ์ให้จัดไว้ตามลำดับการใช้ก่อนหลัง เพื่อสะดวกในการหยิบใช้และป้องกันการปนเปื้อน (Contamination)

การวางแผนการเยี่ยม จากการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ แล้วพยาบาลควรได้กำหนดแผนการเยี่ยมแต่ละครั้งไว้ด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยการนำวัตถุประสงค์ที่ได้จัดลำดับไว้แล้ว มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม และจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการเยี่ยมครั้งนั้น ๆ ทั้งนี้แผนการเยี่ยมจะต้องปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม และก่อนออกเยี่ยมจะต้องบันทึกกำหนดการเยี่ยมในวันนั้น ๆ ไว้ที่สำนักงานด้วย เพื่อเพื่อนร่วมงานได้รับทราบว่ามีปฏิบัติงาน ณ ที่ใด

2. การดำเนินการเยี่ยม (Conducting the Visit)

การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการ ซึ่งพยาบาลนำบริการไปสู่ผู้รับบริการที่บ้าน ในแง่ของสังคม พยาบาลเปรียบเสมือนแขกผู้มาเยือนของครอบครัว การบริการจึงมีขั้นตอนที่แตกต่างไปจากการบริการในสถานบริการ (โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย) การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านมีขั้นตอนดังนี้ คือ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ จากการศึกษาข้อมูลของครอบครัวในขั้นตอนการวางแผนการเยี่ยมพยาบาลรู้ข้อมูลเบื้องต้นของครอบครัวแล้ว ดังนั้นพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ ดำรงสัมพันธภาพและพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและครอบครัว ในการเยี่ยมครั้งแรกต้องแนะนำตัว หน่วยงานที่สังกัด แจ้งวัตถุประสงค์ของการมาเยี่ยมและกิจกรรมการบริการพยาบาล อาจได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดี หรือถูกปฏิเสธจากครอบครัวก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการแสดงตนต่อผู้รับบริการและครอบครัว หากผู้รับบริการปฏิเสธ พยาบาลต้องศึกษาข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัวเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงวิธีการเข้าเยี่ยมครอบครัวใหม่ หากได้รับการต้อนรับ พยาบาลก็ควรดำเนินสัมพันธภาพต่อไป โดยการพูดคุยถึงเรื่องต่าง ๆ ไปก่อน แล้วจึงเข้าสู่ข้อมูลของผู้รับบริการและครอบครัว หากพฤติกรรมของผู้รับบริการบ่งบอกถึงการยอมรับ บริการก็ปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปสู่วัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยม

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Family Assessment) การศึกษาข้อมูลครอบครัวจากแฟ้มประวัติครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือเคยดูแลมาก่อน อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงขณะที่ย้ำก็ได้ การเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ หรือเหตุผลใดก็ตาม พยาบาลจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง เพื่อปรับปรุงแผนการบริการให้เหมาะสมกับปัญหา/ความต้องการหรือภาวะสุขภาพขณะเยี่ยม นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประเมินศักยภาพของครอบครัวในการจัดการกับสุขภาพ ปัญหา หรือความต้องการของสมาชิกและครอบครัวภายใต้สิ่งแวดล้อมและข้อจำกัดต่าง ๆ ของครอบครัว ระบบสนับสนุนที่มีให้แก่ครอบครัว และข้อมูลอื่นที่จำเป็นในการกำหนดแผนการดูแล สุขภาพของครอบครัว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่พยาบาลควรใช้คือ

2.2.1 การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ให้ครอบครัวบอกเล่าถึงข้อมูลต่าง ๆ เอง พยาบาลจะถามเป็นคำถามปิดหรือคำถามเปิดก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ให้ข้อมูล พยาบาลต้องรับฟังด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ หากเป็นการสัมภาษณ์ที่ต้องใช้แบบฟอร์ม ระเบียบ หรือรายงานซึ่งเป็นประวัติครอบครัว ควรให้ครอบครัวรับรองด้วยเพื่อความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง

2.2.2 การสังเกต เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบครัวที่พยาบาลสามารถสังเกตได้เอง และสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ การสังเกตจะทำได้ในขณะที่สัมภาษณ์ และให้การ

พยาบาล ข้อมูลที่ควรสังเกตได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัว บรรยากาศในบ้าน ปฏิบัติการของครอบครัวต่อการบริการของพยาบาล เป็นต้น

2.2.3 การตรวจโดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือตรวจ เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ที่ต้องใช้เครื่องมือตรวจ เช่น การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต การใช้เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิ เป็นต้น และในการตรวจจะต้องใช้สัมผัสทั้ง 5 ของพยาบาลร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย เช่น การดมกลิ่น การได้ยิน สัมผัสด้วยมือ เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลจะใช้แบบฟอร์ม ระเบียบ รายงาน รายการข้อมูล หรือคำถามเพื่อช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง ตรงความจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้การวางแผนบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 วางแผนบริการสุขภาพ (Planning for Interventions) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วพยาบาลควรได้ตรวจสอบข้อมูลถึงความถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เพียงพอแก่การวิเคราะห์ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยของผู้รับบริการต่อไป หากมีข้อบกพร่องก็จะได้เก็บรวบรวมเพิ่มเติม เมื่อได้ข้อมูลแล้วพยาบาลก็ควรทำการวิเคราะห์ แผลผลและกำหนดข้อวินิจฉัย ซึ่งจะสรุปได้ในรูปของภาวะสุขภาพ ปัญหา หรือความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว หลังจากนั้นก็จัดลำดับความสำคัญของปัญหา พยาบาล ผู้รับบริการและครอบครัว ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหานั้น แต่ถ้าหากปัญหาที่ต้องแก้ไขนั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน ก็จำเป็นที่จะต้องประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์หรือนักสุขภาพ เป็นต้น แผนการแก้ไขปัญหานั้น หรือแผนการบริการสุขภาพ จะประกอบด้วย เป้าหมาย กิจกรรมการแก้ไขปัญหานั้น และกำหนดการเยี่ยม เป็นต้น

2.3.1 การกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) เป้าหมายการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกำหนดผลทางสุขภาพและผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้นหลังจากได้ปฏิบัติกิจกรรมหรือดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นหรือพัฒนาความต้องการของผู้รับบริการไปแล้ว (Burgess, 1983) การกำหนดเป้าหมายจะต้องพิจารณาสถานการณ์จากข้อมูลของครอบครัว โดยกำหนดเป็นระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ซึ่งมีหลักการดังนี้

1) เป้าหมายควรมีความเป็นไปได้จริง วัดได้ และประสบผลสำเร็จได้สำหรับผู้รับบริการ พยาบาลควรมีการอภิปรายถึงเป้าหมายของการดูแลร่วมกับครอบครัว เพื่อให้เป้าหมายที่กำหนดขึ้นร่วมกันนั้นประสบผลสำเร็จและสามารถวัดผลได้จริงภายใต้สถานการณ์ของครอบครัว

2) เป้าหมายจะกำหนดในลักษณะของผลลัพธ์ เป้าหมายมีลักษณะบอกถึงผลขั้นสุดท้ายของการดูแล การกำหนดจะบอกถึงเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมว่าผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง มิใช่บอกว่าพยาบาลได้ให้บริการอะไรหรืออย่างไร ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ซึ่งจะต้องกำหนดให้ชัดเจน พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนและตรงกันด้วย

3) การจัดลำดับความสำคัญเป้าหมายในการบริการสุขภาพที่บ้านนั้น ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพ ความต้องการและปัญหามากมาย แต่ละข้อวินิจฉัยอาจจะมีหลายเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญจะใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด เป้าหมายบางเป้าหมายจะประสบผลสำเร็จภายใน 2-3 วัน แต่บางเป้าหมายจะใช้เวลา 2-3 เดือนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแล และความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัว

2.3.2 กิจกรรมการแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมการบริการสุขภาพ การกำหนดกิจกรรมเป็นขั้นตอนหลังจากการกำหนดเป้าหมายแล้ว การกำหนดกิจกรรมจะต้องพิจารณาเป้าหมายเป็นหลัก อภิปรายร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อเลือกกิจกรรมหรือแนวทางที่ผู้รับบริการยอมรับ และปฏิบัติได้ แนวคำถามที่จะนำมาอภิปรายกับผู้รับบริการคือ

- 1) ท่านหรือครอบครัวมีแนวทางหรือวิธีแก้ปัญหาลักษณะเช่นนี้อย่างไรในอดีตที่ผ่านมา
- 2) แนวทางใดที่ท่านสามารถแก้ไขปัญหได้ ทำไมแนวทางนั้นจึงแก้ปัญหได้
- 3) แนวทางใดที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น
- 4) ในการแก้ไขปัญหครั้งนี้มีหลายแนวทางหรือหลายวิธีการ ท่านจะเลือกแนวทางใด สมาชิกในครอบครัวยอมรับและร่วมมือหรือไม่ เพราะเหตุใด

แนวคำถามเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหของตนเอง และครอบครัวได้ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพ และพัฒนาไปสู่การดูแลสุขภาพของตนเองได้ในอนาคต

การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับผิดชอบ การบริการสุขภาพที่บ้านจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้รับบริการและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ การสร้างความร่วมมืออาจจะทำในลักษณะของแผนการดูแลสุขภาพซึ่งอาจจะเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรลงในระเบียบงาน (แฟ้มประวัติครอบครัว) การสร้างความร่วมมือควรทำตั้งแต่ระยะกำหนดเป้าหมาย อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับแผนการดูแลสุขภาพ มีกิจกรรมอะไรบ้างที่สนองต่อเป้าหมาย และใครเป็นผู้รับผิดชอบ ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด พยาบาลให้การสนับสนุนและดำเนินการให้อย่างไรบ้าง

การกำหนดกิจกรรมการดูแลสุขภาพสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือกำหนดเพิ่มเติมได้จากการเยี่ยมบ้านครั้งถัดไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและสถานการณ์ของครอบครัว แผนการดูแลจะต้องปรับเปลี่ยนได้เสมอ

2.3.3 กำหนดการเยี่ยม หลังจากครอบครัวได้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมการแก้ไขปัญหแล้ว กิจกรรมจะมีทั้งกิจกรรมที่ครอบครัวดำเนินการได้เอง พยาบาลต้องดำเนินการให้ กำหนดการเยี่ยมจะช่วยให้ติดตามผลได้ พยาบาลต้องกำหนดนัดหมายการเยี่ยมตามความเหมาะสม และตรงกับความต้องการของครอบครัว วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมมีทั้งประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ผ่านมา และ

เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงแผนและกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การเยี่ยมแต่ละครั้งวัตถุประสงค์จะแตกต่างกันไป การจัดทำกำหนดการเยี่ยมเป็นผลดีทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ กำหนดการจะถี่จะห่างมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ความถี่ของการเยี่ยมที่น่าจะทำได้คือ

1) การเยี่ยมทุกวัน เป็นกำหนดการสำหรับผู้ที่มิมีปัญหาสุขภาพต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการที่ต้องการความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อการดูแลสมาชิกครอบครัวที่บ้านในระยะแรกพยาบาลต้องเยี่ยมทุกวัน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาล สาธิต และติดตามผลการปฏิบัติพยาบาลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่อาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หรือผู้ที่ต้องการการติดตามผลการปฏิบัติกรพยาบาลของครอบครัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้อินซูลิน หรือผู้ป่วยที่ขับถ่ายทางหน้าท้อง (Colostomy bag) ซึ่งพยาบาลต้องติดตามผลการปฏิบัติและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2) การเยี่ยมทุก 2 หรือ 3 วัน เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การสนับสนุนหรือประเมินผลการดูแลสุขภาพของครอบครัวซึ่งมีสมาชิกเจ็บป่วย ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติพยาบาล

3) การเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง เป็นการเยี่ยมผู้รับบริการหรือครอบครัวที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ต้องการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ให้บริการตามแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประเมินผลการปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัว หรือความสามารถของครอบครัวในการเผชิญปัญหา การยอมรับปัญหา และร่วมมือแก้ไขปัญหา เช่น การดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่ครอบครัวให้การดูแลตนเองได้แล้ว

4) การเยี่ยมเดือนละครั้ง เป็นการเยี่ยมผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี แต่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือให้บริการตามแผนการแก้ไขปัญหากำหนดไว้ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เด็กวัยทารก เป็นต้น เป็นการเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการพัฒนาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้

2.4 การดำเนินการแก้ไขปัญา (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการแก้ไขปัญาสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพ พยาบาลจะต้องดำเนินการตามกิจกรรมซึ่งได้กำหนดไว้ในแผนกิจกรรมซึ่งพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบก็จะดำเนินการไป ส่วนกิจกรรมซึ่งครอบครัวรับผิดชอบก็ต้องติดตามผลให้ดำเนินการไปได้ด้วยดี หากมีปัญหาและอุปสรรคจะได้ร่วมแก้ไขหรือปรับปรุงแผน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องเข้าใจสถานการณ์ของครอบครัว ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิต และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องบันทึกผลอย่างรอบคอบเกี่ยวกับปฏิกิริยาของผู้รับบริการ ผลของการดูแลหรือการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การปรับเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญาพร้อมทั้งเหตุผล เพื่อเป็นประโยชน์แก่การปรับปรุงงานของพยาบาล ทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ และใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลของชุมชนโดยรวม

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาของครอบครัว ควรได้จัดลำดับความสำคัญกิจกรรม เพื่อให้ปัญหาหรือความต้องการเร่งด่วนได้รับการดำเนินการไปก่อน การแก้ไขปัญหาก็จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากที่สุด ผู้รับบริการได้รับความสุขสบาย ครอบครัวพึงพอใจและร่วมมือดูแลสุขภาพของสมาชิกได้ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. การปิดการเยี่ยม (Closing the Visit)

เมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมเสร็จสิ้นแล้ว หากเป็นการเยี่ยมครั้งแรก พยาบาลควรได้ทบทวนทำความเข้าใจกับครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การแก้ไขปัญหา แผนการแก้ไขปัญหา การบริการพยาบาลที่บ้านซึ่งครอบครัวจะได้รับจากหน่วยงาน สถานีนอนมัย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข สถานบริการสุขภาพอื่น ครอบครัวสามารถติดต่อกับพยาบาลผู้มาเยี่ยมได้ ก่อนลากลับควรย้ำคำแนะนำ และวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป และให้ครอบครัวจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลไว้ให้ พร้อมทั้งบอกชื่อ สกุล สถานที่และรายละเอียดการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ไว้ด้วยหากครอบครัวต้องการการบริการก่อนถึงกำหนดเยี่ยมครั้งต่อไป และบอกกล่าวด้วยความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลสุขภาพที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อสมาชิก

4. การประเมินผลการเยี่ยม (Evaluation of the Visit)

หลังจากการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งพยาบาลควรจะได้ประเมินผลการปฏิบัติของตนด้วยการถามตนเองในคำถามเหล่านี้

- 4.1 ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ครอบครัว ยอมรับการเยี่ยมบ้านของท่านครั้งนี้หรือไม่
- 4.2 ท่านสามารถวัดผลความเข้าใจในคำแนะนำของท่านหรือไม่
- 4.3 ผลของการประเมินคำแนะนำของท่าน แตกต่างจากที่ครอบครัว หรือผู้รับบริการเข้าใจหรือไม่
- 4.4 การเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ท่านสามารถจัดทำบันทึกรายงานได้อย่างถูกต้องชัดเจนหรือไม่
- 4.5 ท่านต้องการความรู้ความคิดเห็น หรือทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อการจัดการที่ดีกว่าครั้งนี้หรือไม่
- 4.6 ท่านต้องการคำแนะนำจากทีมสุขภาพเพิ่มเติมหรือไม่
- 4.7 แผนการดูแลสุขภาพ แสดงถึงการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแผนระยะกลาง ระยะยาว และจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้นในระยะสุดท้ายหรือไม่
- 4.8 ผลของการเยี่ยมครั้งที่แล้ว ส่งผลให้การบริการครั้งนี้แตกต่างหรือคิดว่าประสบผลสำเร็จอะไรบ้าง

คำถามเหล่านี้เป็นคำถามที่เป็นแนวทางให้พยาบาลได้ประเมินผลการเยี่ยมด้วย เพื่อจะได้พัฒนาการบริการของตน หากคำตอบที่ได้รับในเชิงปฏิเสธ ท่านควรจะได้พิจารณาคำถามและคำตอบใหม่อีกครั้งหนึ่ง แล้วกลับไปพิจารณาการเตรียมตัวก่อนการเยี่ยม การเยี่ยม การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ (ปัญหา/ความต้องการ) ของผู้รับบริการ การวางแผนการบริการของท่าน จนกระทั่งท่านปิดการเยี่ยมและลากลับ หากท่านยังคงมีข้อข้องใจสงสัยก็ควรจะได้มีการปรึกษาร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมทีมของท่าน

ทีมสุขภาพ ผู้เฒ่าหรือผู้บังคับบัญชาระดับสูงขึ้นไป เพื่อจะได้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการของท่านต่อไป

5. การทำบันทึกรายงาน (Recording the Visit)

การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านแต่ละหน่วยงานจะมีแบบฟอร์มและเทคนิคการบันทึกเป็นของตนเองใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่เป็นประวัติครอบครัว ประวัติของสมาชิกซึ่งเป็นผู้รับบริการรายบุคคล สิ่งแวดล้อมของครอบครัวทั้งทางกายภาพและทางสังคม แผนการบริการ กิจกรรมการบริการ และความก้าวหน้าของการบริการแก่ครอบครัว เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานของหน่วยงาน และใช้เป็นข้อมูลในการบริหารงานของหน่วยงานต่อไป

รูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้าน

การดำเนินงานบริการสุขภาพมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความพร้อมของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนโยบายบริการสุขภาพที่บ้านในปี พ.ศ.2536 เรียกว่า “โครงการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน” และเปลี่ยนเป็น “โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” โดยให้ความหมายว่า เป็นการให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Services) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่บ้าน และถ้าหากดำเนินการร่วมกับงานสาธารณสุขมูลฐานก็จะช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดีได้ และผลลัพธ์ของบริการจะครอบคลุมประชากรทั้งหมด แต่กระทรวงสาธารณสุขมิได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ในการดำเนินงาน หน่วยงานระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปดำเนินงานโดยใช้บุคลากรจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานการพยาบาล ในรูปคณะกรรมการโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานหรือเป็นที่ปรึกษา (ประพิน, 2536)

งบประมาณที่ให้การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้าน ใช้งบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล งบประมาณของ พบส. (การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข) และงบประมาณการจัดการบริการสาธารณสุขเขตเมืองในหมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ (ศุภชัย และประพิน, 2536)

ผลการดำเนินงานของกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้ดำเนินงานให้บริการสุขภาพที่บ้านตามศักยภาพของโรงพยาบาล และได้นำเสนอผลการดำเนินงานในการประชุมเรื่อง “การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน” กองโรงพยาบาลภูมิภาคระหว่างวันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ 2536 ณ ห้องประชุมโรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ (ประพิน, 2536) และการประชุมเรื่อง “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” กองโรงพยาบาลภูมิภาค วันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2537 ณ ห้องประชุมอัมรินทร์ โรงแรม เอสดีโอเวนิว กรุงเทพฯ (ศุภชัย และประพิน, 2536) โรงพยาบาลต่างๆ พบปัญหา คือ

ด้านการบริหารจัดการ ผู้ปฏิบัติเข้าใจนโยบายที่ถ่ายทอดแตกต่างกันไป จึงเกิดรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันออกไป การจัดโครงสร้างการทำงานในรูปของคณะกรรมการ เกิดปัญหาการแบ่งงาน การกำหนดบทบาทและหน้าที่ เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานมีบุคลากรในการให้บริการไม่เพียงพอ ขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการที่บ้าน ไม่มีแผนงาน งบประมาณ กฎ

ระเบียบของโรงพยาบาลรองรับในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และฝ่ายผู้รับบริการก็ไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบรองรับในการจัดบริการแก่กลุ่มผู้รับบริการที่มีสิทธิในการขอรับบริการโดยมีสวัสดิการของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ กลุ่มผู้ประกันสังคม งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการเองเกือบทั้งหมด

ด้านการให้บริการ การเลือกผู้รับบริการยังไม่มีเกณฑ์ชัดเจน การให้บริการที่บ้านยังมีความหลากหลาย บางโรงพยาบาลสามารถไปพร้อมกันทั้งทีม (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ) แต่บางโรงพยาบาลมีเฉพาะพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเท่านั้นที่ออกไปบริการได้ และการออกปฏิบัติงานแต่ละครั้งบุคลากรบางแห่งไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่บางแห่งก็ได้รับค่าตอบแทน

ด้านผู้รับบริการ ความเข้าใจและความรู้ลึกของผู้รับบริการบางรายรู้สึกอายต่อสภาพความเป็นอยู่ของตน จึงให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน บางรายไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงไม่สามารถปฏิบัติตามเอกสารคู่มือซึ่งทางโรงพยาบาลมอบให้

ด้านผลลัพธ์ของการบริการ การประเมินผลของโครงการบางโรงพยาบาลไม่สามารถวัดออกมาได้ว่า ประสิทธิภาพเป็นอย่างไร สามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ ลดจำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดอัตราการครองเตียงได้จริงหรือไม่

ในการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1 วันที่ 13-15 กรกฎาคม 2537 ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ซีดี จอมเทียน พัทยา ของกรมการแพทย์ (จิตร, 2537) ได้มีการนำเสนอผลงานทางวิชาการเรื่อง “การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน” และได้สรุปข้อเสนอแนะไว้คือผู้บริหารสาธารณสุขควรสนับสนุนงานนี้ให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง โดยมีการวางแผนร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรประชาสัมพันธ์งานบริการมากขึ้น ควรพัฒนาบุคลากรทีมผู้ให้บริการและมีงบประมาณสนับสนุน กำหนดบทบาทของหน่วยงานที่รวมดำเนินการอย่างชัดเจน และบริการควรครอบคลุมผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านประสบผลสำเร็จบ้าง ปัญหาอุปสรรคที่พบก็มีมาก ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่ได้กำหนดรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมว่าเป็นอย่างไร

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านในต่างประเทศมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความพร้อมของหน่วยงาน ซึ่งจะต้องพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการร่วมด้วยการจัดบริการควรจะมีรูปแบบในการดำเนินงานที่เป็นระบบ และเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานโดย

1. ด้านการบริหาร ควรมียุทธศาสตร์และมีกฎหมายรองรับการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น ให้อยู่ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน เป็นต้น ซึ่งคาดว่าจะจะช่วยลดปัญหาเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานไปได้บางส่วน

2. การจัดโครงสร้างขององค์กร ควรจะมีองค์การที่ดำเนินการเป็นงานหลัก เป็นเอกเทศมีอิสระในการบริหารมีการจัดองค์การ และบุคลากรรองรับอย่างชัดเจน อาจจะเป็นบุคลากรประจำหรือการจ้างนอกเวลา และมีจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการได้ นอกจากนี้จะต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงาน กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานอย่างชัดเจน

3. การจัดบริการ ควรจะมีรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจน องค์กรได้กำหนดแนวคิดและทิศทางการให้บริการที่ชัดเจน การจัดบริการควรมีกระบวนการ กำหนดบทบาทและหน้าที่ของทีมงานผู้ให้บริการ มีการวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัว มีการประเมินผลการจัดบริการ และพัฒนาคุณภาพของการบริการ

การจัดบริการสุขภาพที่บ้านสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบในต่างประเทศได้กำหนดกรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ในการดำเนินงาน และการจัดบริการจะพัฒนาโดยใช้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะใช้รูปแบบของอัลเบรคท์ เป็นรูปแบบชั่วคราว ซึ่งมีรายละเอียดคือ

อัลเบรคท์ (Albrecht, 1990) ได้เสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านด้วยสมมุติฐานที่ว่า ผู้รับบริการและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพของตนเอง ผู้รับบริการพอใจที่จะพักรักษาตัวที่บ้านของตนเองมากกว่า รูปแบบของอัลเบรคท์จะมีองค์ประกอบหลัก 3 อย่างคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กัน

โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย

1. ผู้รับบริการ ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับประเภท จำนวน ความต้องการบริการสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. ครอบครัว ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อม และผู้ให้การดูแลสนับสนุนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ความสามารถของครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการสนับสนุนของเครือญาติ เพื่อนบ้านและชุมชน

3. ศูนย์บริการ ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นลักษณะใด มีการจัดองค์การและการบริหารงานที่ดี มีบุคลากรเพียงพอและพร้อมที่จะให้บริการ มีงบประมาณสนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ

4. พยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์

5. ทีมสุขภาพ จะประกอบด้วยสมาชิกทีมสุขภาพสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร เป็นต้น

กระบวนการ (Process) จะประกอบด้วย

1. ประเภทของบริการ เป็นบริการป้องกันปัญหาสุขภาพ การให้ความรู้ การให้การรักษาพยาบาล และการบริการโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง

2. การติดต่อประสานงาน เป็นการติดต่อประสานงานระหว่างศูนย์บริการฯ หอผู้ป่วย และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง สมบูรณ์แบบ และจัดหางบประมาณสนับสนุนการบริการ

3. การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดการบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ผู้รับบริการและ

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการจัดบริการภายใต้ข้อจำกัดของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และ จรรยาวิชาชีพ

ผลลัพธ์ (Out come) ประกอบด้วย

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว เป็นการประเมินผลการให้บริการจากผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษร และการสอบถามด้วยวาจาต่อการจัดบริการ
2. ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ พิจารณาจากผลของการรักษาพยาบาล ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด และการดูแลตนเองโดยความช่วยเหลือของผู้ดูแล การหายจากภาวะการเจ็บป่วยจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลได้
3. ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ พิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง ของผู้รับบริการ
4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่
5. คุณภาพของบริการ พิจารณาจากการพัฒนาการจัดบริการไปสู่การบริการที่มีคุณภาพมีการปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อพัฒนาไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ
6. อัตราการเพิ่มของผู้ขอรับบริการ
7. ความคุ้มค่าของการบริการ โดยพิจารณาจากการคุ้มค่าของการบริการของศูนย์ ทั้งด้านเงินทุนและการคุ้มค่าทางด้านสังคม

การจัดบริการสุขภาพตามรูปแบบของอัลเบิร์ตนี้ องค์ประกอบหลักทั้งสามนี้จะมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง

การจัดบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องขึ้นอยู่กับการวางแผนประสานงานระหว่างผู้ดูแลในโรงพยาบาล และบ้าน การเตรียมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและบ้าน การเตรียมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน ปรับแผนการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีองค์ประกอบคือ

1. การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวตั้งแต่นักป่วยยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินหน่วยงานที่จะให้การดูแลที่บ้านประสานงานและส่งต่อเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลที่บ้านประเมินสถานการณ์ที่บ้าน เตรียมครอบครัวทั้งด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเมินความสามารถของผู้รับบริการและครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ และสิ่งสนับสนุนในการดูแลที่บ้าน

2. การวางแผน (Planning) ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย จัดทำแผนร่วมกัน กำหนดการสอนทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถทำได้และผู้ดูแลใน

กิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ จัดหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน และการประสานงานกับพยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

3. การปฏิบัติตามแผน (Implementation) ดำเนินการตามแผนจำหน่าย สอนผู้รับบริการและญาติ ฝึกทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และกิจกรรมที่ญาติทำให้ พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และประสานงานกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เตรียมครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน

4. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัวในการกลับไปดูแลที่บ้าน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่บ้าน ภาวะการเจ็บป่วย และการติดต่อผู้ให้การดูแล ในกรณีที่เกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ความเข้าใจในแผนการดูแลที่บ้าน

การวางแผนจำหน่ายเป็นการวางแผนให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic) ตามความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งจะต้องทำร่วมกันทั้งผู้ให้การดูแลในโรงพยาบาลและที่บ้าน การให้การดูแลที่บ้านจะครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมได้ดี ก็ควรใช้การดูแลแบบการจัดการเฉพาะราย (case management) ซึ่งมีองค์ประกอบคือ

1. การกำหนดผู้รับบริการ (Identify case) เป็นการจัดผู้รับบริการตามที่มิวิจัยได้กำหนดไว้
2. การคัดกรอง (Screening) เป็นการคัดกรองผู้ป่วยตามเงื่อนไขขอบเขตและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

3. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นการประเมินผู้รับบริการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนของครอบครัวในด้านการดูแลและการเงิน

4. การวางแผนให้การดูแล (Care planning) เป็นการกำหนดแนวทางการให้การดูแลที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด พยาบาลผู้ให้การดูแลจะประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงแผนการดูแล ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ ทีมสุขภาพและผู้รับบริการและครอบครัวเข้าใจตรงกัน

5. การจัดบริการให้ที่บ้าน (Service arrangements) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัวในการให้การดูแล และการดูแลที่ต่อเนื่องหลังจากผู้รับบริการกลับไปพักอยู่ที่บ้านแล้ว

6. ติดตามผลและให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (Ongoing monitoring and follow up) เป็นการอำนวยความสะดวกและช่วยให้ทีมสุขภาพได้สนับสนุนการดูแลผู้รับบริการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการดูแลตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้

7. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินคุณภาพการบริการตามผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้

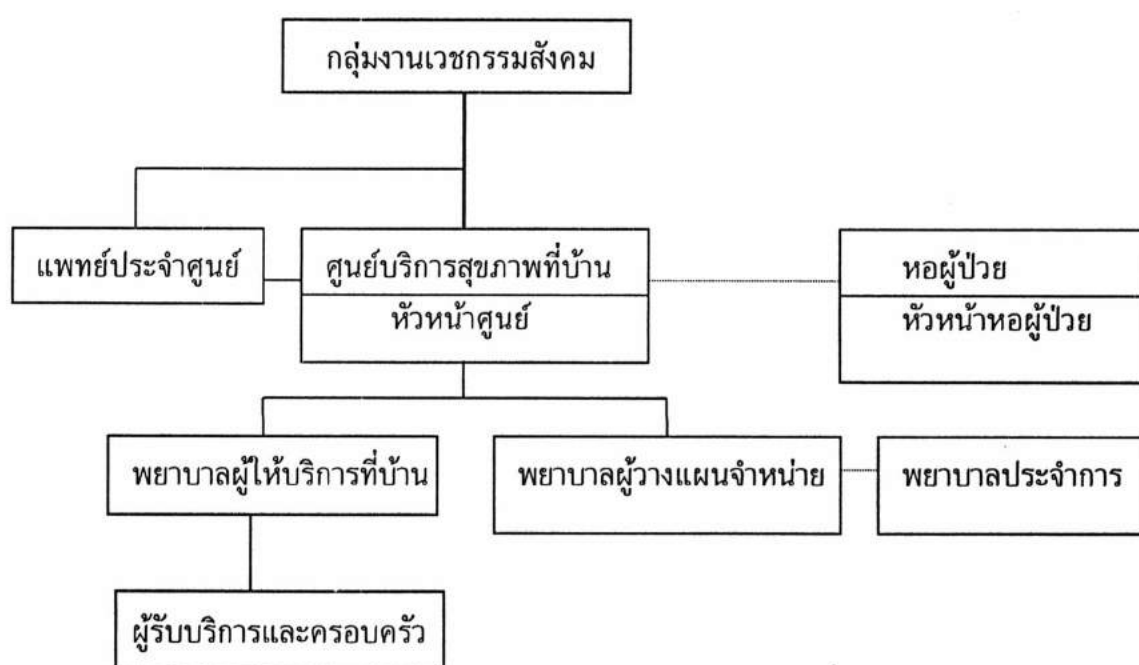
การจัดการเฉพาะรายเป็นรูปแบบการบริการที่จัดทำแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเฉพาะรายได้ครอบคลุมมากที่สุด และทีมสุขภาพสามารถ

กำหนดทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่ผู้รับบริการได้เป็นราย ๆ ไป

การบริหารจัดการการบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริหารจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Management) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าศูนย์ ใช้ชื่อศูนย์ “บริการสุขภาพที่บ้าน” ทีมวิจัยได้กำหนดโครงสร้างและระบบบริหารงานดังนี้

1. โครงสร้างและระบบบริหารงานของศูนย์



2. อัตรากำลังของศูนย์

อัตรากำลังของศูนย์มีพยาบาลวิชาชีพของศูนย์ เป็นทั้งนักวิจัยและพยาบาลผู้ให้บริการประจำศูนย์ ซึ่งมีภาระหน้าที่ดังนี้

2.1 ภาระหน้าที่ของหัวหน้าศูนย์

หัวหน้าศูนย์มีภาระหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานให้กิจกรรมบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียด คือ

2.1.1 รับแจ้งความประสงค์ของผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน

2.1.2 ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลประจำการ และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อจัดทำแผนการวางแผนจำหน่าย

1.1.3 มอบหมายผู้รับบริการแก่พยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

1.1.4 บริหารจัดการด้านการเงินของศูนย์ : จัดทำงบประมาณ จัดเก็บค่าบริการ
จ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรของศูนย์ (ทั้ง staff full time และ part time)

1.1.5 จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน : วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์
และวัสดุสำนักงาน

2.1.6 ดูแลการจัดทำบันทึกรายงาน และการจัดระบบทำบันทึกรายงานของศูนย์

2.1.7 ประเมินผลและทำการศึกษาวิจัยหรือจัดระบบให้อี้อำนวยแก่การศึกษาวิจัย

2.2 ภาระหน้าที่ของพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย

2.2.1 ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยเพื่อจัดทำ
แผนการวางแผนจำหน่าย และประสานงานกับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2.2.2 ดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายและประชุมทีมสุขภาพ

2.2.3 จัดทำบันทึกรายงานการวางแผนจำหน่าย

2.2.4 ประเมินผลและทำการศึกษาวิจัยหรือจัดระบบให้อี้อำนวยแก่การศึกษาวิจัย

2.2.5 จัดระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นตามความประสงค์ของผู้รับบริการ

ในกรณีที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้วางแผนจำหน่ายก็ให้ดำเนินการประสานงาน
กับแพทย์เจ้าของไข้วางแผนจำหน่าย และรายงานให้ศูนย์ทราบ

2.3 ภาระหน้าที่ของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2.3.1 ประสานงานกับพยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.3.2 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ

2.3.3 ประชุมปรึกษา กับทีมสุขภาพ และญาติเพื่อกำหนดแผนการให้บริการที่บ้าน

2.3.4 ดำเนินกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน

2.3.5 จัดทำบันทึกรายงานและจัดระบบจัดทำบันทึกรายงานของศูนย์

2.3.6 ประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อรายงานความก้าวหน้าปรับปรุงแผนการให้
บริการ หรือแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพที่บ้าน

2.3.7 ประเมินผลและทำการศึกษาวิจัย หรือจัดระบบให้อี้อำนวยแก่การศึกษาวิจัย

ภาระงานของพยาบาลให้บริการสุขภาพในแต่ละวันกำหนดไว้ดังนี้

พยาบาล : ผู้รับบริการ = 1:4

ผลของการให้บริการ (out come)

การประเมินผลลัพธ์ (out come) ของบริการสุขภาพที่บ้านตามแนวคิดของอัลเบรคท์ (Albrecht, 1990) จะพิจารณาที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว และผลของภาวะสุขภาพ หลังจาก
การให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นการวัดคุณภาพของการบริการอย่างหนึ่งจากผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล) การยอมรับของผู้ป่วยจะมีตัวชี้วัดได้หลายอย่าง ความพึงพอใจเป็นพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มีต่อระบบบริการ (Meisenheimer, 1992) ปัจจุบันนี้ผู้รับบริการมีความรู้ และสามารถที่จะรับข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ได้มาก เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น และมีความคาดหวังว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพ ซึ่งจะมีทั้งความคาดหวังที่เป็นจริงได้ มีเหตุมีผลและความคาดหวังที่ไม่มีเหตุผล และไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับบริการและครอบครัวในรูปของการบอกกล่าว การเขียนจดหมายหรือการจัดตั้งความคิดเห็นไว้ให้ผู้รับบริการมีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับ หน่วยงานควรจะได้นำข้อมูลมาพิจารณาเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้วย

ความพึงพอใจ คือ ผลของการบริการที่ทำให้ผู้รับบริการมีความสุขเป็นเครื่องชี้วัดทั่วๆ ไปที่บอกความรู้สึกที่ติดต่อบริการ บอกถึงทักษะการสร้างสัมพันธภาพของบุคลากรกับผู้รับบริการ ทักษะในการบริการเชิงวิชาชีพ เป็นการบอกผลของการบริการจากผู้รับบริการ ส่วนผู้ดูแลหรือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยนั้น เป็นผู้ที่จะประสบกับความเครียดเพราะต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลานาน เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้รับบริการ และบางครั้งก็เผชิญกับปัญหาด้านการเงินของครอบครัวด้วย คุณภาพของการบริการสุขภาพที่บ้านอยู่ที่การสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับปัญหาเหล่านี้ได้ ความพึงพอใจของผู้รับบริการสามารถวัดได้โดยการให้ผู้รับบริการจัดระดับความพอใจในแง่มุมต่าง ๆ ของคุณภาพการบริการ หรือการให้น้ำหนักของความพอใจต่อบริการ ซึ่งจะบอกถึงผลของความคาดหวังต่อบริการของผู้รับบริการกับผลที่ได้รับจริง (Thomas & Bond, 1996)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ (ADL)

ผลของบริการสุขภาพทางด้านร่างกายจะเห็นได้ชัดเจนและเร็วกว่าด้านอื่น ๆ ผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ ความสามารถในการประกอบกิจกรรม หรือการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานจะวัดด้วยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้แก่ ความสามารถในการอาบน้ำ แต่งตัว การเดินในบ้านและนอกบ้าน การเดินขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะเป็นกิจกรรมพื้นฐาน ที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ โดยไม่เป็นภาระแก่สมาชิกผู้อื่นในครอบครัว และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจะเป็นตัวชี้วัดที่บอกความต้องการบริการสุขภาพด้วย พยาบาลและผู้ดูแลหรือครอบครัวจะได้วางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมได้

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีนักวิชาการสร้างเครื่องมือสำหรับวัดมากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับรายการตัวชี้วัดเป็น 10 ตัวชี้วัดคือ

1. การรับประทานอาหาร หมายถึงความสามารถในการป้อนอาหารรับประทานเอง เคี้ยวและกลืนได้เอง

2. การล้างหน้า และแปรงฟัน
3. การลุกนั่งและการเคลื่อนย้าย หมายถึงการลุกนั่งได้เอง และเคลื่อนตัวจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นนั่งได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา หมายถึงการปฏิบัติกิจในการทำความสะดวกตนเองหลังจากถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะแล้ว
5. การเดิน เป็นความสามารถในการเดินได้เอง โดยไม่ต้องมีเครื่องมือช่วย เดินภายในบ้านนอกบ้าน หรือเดินเล่นในชุมชนได้
6. การแต่งตัวและสวมเสื้อผ้า เป็นความสามารถที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านการแต่งกายดูแลเสื้อผ้าได้เรียบร้อย
7. การขึ้น/ลงบันได เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวขึ้นลงบันไดได้เอง
8. การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้เอง โดยใช้ฝักบัวหรือขันตักอาบ และการดูแลความสะดวกได้ด้วย
9. การขับถ่ายอุจจาระ สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง โดยไม่ต้องอาศัยการใช้ยาาระบายหรือการสวน และทำความสะอาดตนเองหลังถ่ายอุจจาระได้
10. การขับถ่ายปัสสาวะ สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองโดยไม่ต้องใช้การสวน

ระดับความสามารถในการปฏิบัติจะแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. ปฏิบัติได้เองให้ค่าคะแนน 2 คะแนน เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติได้เองโดยไม่ต้องให้การช่วยเหลือ
 2. ต้องช่วยเหลือให้ค่าคะแนน 1 คะแนน เป็นความสามารถที่ต้องช่วยเหลือ ประคับประคองให้ปฏิบัติหน้าที่ หรือดูแลความเรียบร้อยให้ ผู้ดูแลช่วยเหลือบางส่วน
 3. ทำไม่ได้ ไม่ให้ค่าคะแนน 0 เพราะพยาบาลหรือผู้ดูแลจะต้องทำให้ทั้งหมด
- ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เป็นข้อมูลเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการบริการด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. จิตร สิทธิอมร. (2537) เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1 13-15 มกราคม. ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์จอมเทียน พัทยา กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
2. ประพนธ์ วัฒนิกิจ. (2536) เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน วันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.

3. รุจา ภูไพบูลย์. (2537) การดูแลสุขภาพที่บ้าน : แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต *วารสารพยาบาล*. 43(4), 210-217.
4. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และประพิน วัฒนกิจ. *อภิปรายปัญหาทั่วไป* เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน 8-12 กุมภาพันธ์ 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
1. Albrecht, M.N . (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care: Implication for Research : Practice and Education, *Public Health Nursing*. 7(2), 118-126.
2. Burgess, W. (1983) *Community Health Nursing*. Appleton Century Crofts, Norwalk.
3. Meisenheimer, C.G. (1992) *Improving Quality : A Guide to effective Programs*. Aspen Publishers Inc, Gaitherss-berg.
4. Stanhope, M. & Lancaster, J. (1996) *Community health : promoting health of aggregates, families and individuals*. (4th ed.) St. Louis : Mosby.
5. Thomas, L.H. & Bond, S. (1996) Measuring patient's satisfaction with nursing 1990 - 1994, *Journal of Advanced Nursing*. 23, 747-756.

บรรณานุกรม

1. ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2537) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาล*. 43(4), 536-544.
2. Byrd, M. (1995) The Home Visit Process in the Context of the Voluntary vs. Required Visit : Examples from Fieldwork, *Public Health Nursing*. 12 (3), 196-202.
3. Cloonan, P.A. (1990) Care Coordination : A Resource - Intensive component of Home Health Nursing Practice, *Public Health Nursing*. 7(4), 204-208.
4. Cowley, S. (1995) The Health visit, a routine visit is one that has passed, *Journal of Advanced Nursing* 22(2), 276-284.
5. Coyne, I.T. (1996) Parent participation : a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*. 23, 733-740.
6. Helberg, J.L. (1990) Information Needs in Home Health care : A Review and Analysis, *Public Health Nursing*. 7(2), 65-70.
7. Humphrey, C.J. & Milone-Nuzzo, P. (1996) *Orientation to Home Care Nursing*. Aspen Publication, Maryland.
8. Humphrey, C.J. (1985) *Home Care Nursing Handbook*. Appleton Century Crofts, Norwalk. 1-5.

9. Rhoads, C., et al. (1992) Comprehensive Discharge Planning : A Hospital Home Health care partnership, *Home Healthcare Nurse*. 10(6), 13-18.
10. Rousseau, E.J. (1990) Opening Gateway to Home Health Care, *Public Health Nursing*. 7 (1), 28-32.
11. Schneider, S. (1995) Special to Home Healthcare Nurse, *Home Healthcare Nurse*. 13 (3), 79-80.
12. Stahl, D.A. (1996) Case Management in Subacute Care, *Nursing Management*. 27 (8), 20-22.
13. Wendt, D. (1996) Building Trust during the initial Home Visit, *Home Healthcare Nurse*. 14(2), 92-98.

บทที่ 3

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บ้านตามโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

(Model Development of Home Health Care Delivery System for Chronic Patient : A Case Study of Hat Yai Municipality)

สุนันทา กรศิลป* สิริวรรณ เดียวสุนิทร*

บทคัดย่อ

การพัฒนาสุขภาพประชาชนให้สามารถดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนำไปสู่การจัดบริการให้เหมาะสม ดังนั้น การพัฒนาระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน 2. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าในการจัดบริการ โดยมีกลุ่มประชากรศึกษา คือ 1) ผู้รับบริการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 90 ราย 2) แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จากการศึกษาพบว่า 1) ระบบการจัดบริการสามารถดำเนินการได้ทั้งในระบบการอิงภาครัฐและการเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ 2) ระบบการดำเนินงานมีศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านในกำกับของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน บริหารจัดการด้านการเงิน และนิเทศการให้บริการ 3) กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การให้บริการ การติดตามบริการ(อิงอัตรากระทรวงสาธารณสุข) การนิเทศการบริการ 4) เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ และความร่วมมือกันในการให้บริการ 5) ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ การติดตามผล การให้บริการ ข้อมูลการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

Abstract

The main point of health care system is to encourage selfcare, family participation and community participation leading to compatibility for health care service. This study aimed to develop model of home health care service for the chronic patients in rural area. The subjects were 1) 90 patients and caretakers who used service of Home Health care service 2) health teams comprising physicians , nurses , physical therapists and nutritionist . The results were: 1) Service system can be run by government unit and autonomize unit. 2) In autonomous unit run by preventive medicine unit and acted as cooperator , tangible cost and supervisor. 3) Process of service comprised with discharge planning, home service, service charge and nursing care supervision. 4) Developed health team potential and cooperative in health service 5) data base system developed by using program Microsoft access 2.0 and comprised the patient's history, follow-up, health service, history of illness and cost analysis.

Keywords : home health care, chronic patient, caretakers, discharge planning

* พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

บทนำ

การให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นแนวคิดที่ได้รับการสนับสนุนเป็นแผนการดำเนินงานในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขก็ให้การสนับสนุนเช่นกัน โดยมีการติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็มีโครงการการให้บริการสุขภาพที่บ้านตามนโยบายเช่นกัน แต่พบว่าการดำเนินงานยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน การปฏิบัติเน้นที่การดูแลตนเองของผู้รับบริการและการเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม ปัญหาที่เกิดขึ้นคือความไม่ครอบคลุมของการให้บริการ ขาดการต่อเนื่อง ขาดการเตรียมผู้รับบริการ และที่สำคัญคือ ไม่มีการจัดระบบการทำงานที่ชัดเจนและนำไปสู่การขาดการยอมรับ และความร่วมมือจากทีมสุขภาพอื่น ๆ จากแนวคิดการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ของ (Albrecht, 1990) ที่เน้นเรื่องการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการจะต้องนึกถึงการประสานงาน การวางแผนจำหน่าย และการจัดบริการในขอบเขตตามที่ต้องการ ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นต้องอาศัยทักษะ ความสามารถในการให้บริการ การติดต่อ และเป็นທີ່ปรึกษาให้แก่ผู้รับบริการได้ (Humphrey, 1985) นอกจากนี้การเข้าใจแนวคิดธรรมชาติของคนในการดูแลตนเองจะช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการและสามารถกำหนดบทบาทของตนเองและผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cavangh, 1991)

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อหาพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าในการจัดบริการ

ขอบเขตการดำเนินงาน

เป็นการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสม การจัดองค์กรในการให้บริการ การคิดอัตราค่าบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรผู้รับบริการในเขตเมือง

ระยะเวลา

พฤษภาคม 2540 - ธันวาคม 2541

วิธีดำเนินการ

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย โดยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะจัดบริการ คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล
2. ผู้ป่วยมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ หรือยินดีจ่ายเงิน
3. แพทย์เจ้าของไข้เห็นควรให้มีการเยี่ยม
4. ผู้รับบริการยินยอมให้เยี่ยม
5. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถให้บริการได้

การวางแผนทางการดำเนินการ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านและการคิดค่าบริการที่เหมาะสม จึงต้องมีการกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการจัดบริการและอัตราการคิดค่าบริการโดยแบ่งการเยี่ยมเป็น 3 วงจร แต่ละวงจรมีระยะเวลา 4 เดือน คือ

- ระยะที่ 1 การเตรียมการ เป็นช่วงการวางแผนและเตรียมเครื่องมือรวมทั้งการทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การเตรียมบุคลากร รวมทั้งการประชาสัมพันธ์เพื่อขยายแนวคิดในการยอมรับการดำเนินงานของทีมสุขภาพ และเริ่มการให้บริการ
- ระยะที่ 2 การดำเนินการให้บริการตามรูปแบบที่ทดลองในระยะที่ 1 เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม
- ระยะที่ 3 การให้บริการตามรูปแบบระยะที่ 2 (หลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนและได้รูปแบบแล้ว) การประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

กระบวนการในการดำเนินงาน (Process)

การเตรียมการในช่วงเริ่มทำวิจัยค่อนข้างใช้เวลามาก เริ่มให้บริการเยี่ยมผู้รับบริการตามระบบในช่วงเดือนกันยายน 2540 โดยสรุปมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม

1.1 เตรียมบุคลากร เนื่องจากมีบุคลากรเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ โภชนากร จึงมีการจัดประชุมเพื่อประสานงานกับแพทย์ 1 ครั้ง จัดประชุมวิชาการเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งก่อนเริ่มวงจรแรก เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจในหลักการ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงานของโครงการ

1.2 จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ จัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านขึ้นที่งานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อเป็นศูนย์กลางติดต่อประสานงาน จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้กับพยาบาลผู้เยี่ยม และมีการจัดทำแบบฟอร์มที่จะใช้บันทึกการเยี่ยม ซึ่งมี 2 ชุด คือ W1-4 และ H3 (รายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มตลอดในช่วงระยะที่ 1 เพื่อให้แบบฟอร์มนั้นสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

1. แบบส่งต่อผู้รับบริการ W1-4 เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ เป็นข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ สภาพอาการปัจจุบันของผู้รับบริการ แผนการพยาบาล จำนวนครั้งในการให้บริการ

2. H/3 จะเป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกการเยี่ยมเป็นข้อมูลผู้รับบริการขณะอยู่บ้าน สภาพทั่วไปของบ้าน ปัญหาผู้รับบริการ อาการ รวมไปถึงการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการในการเยี่ยมแต่ละครั้ง

3. แบบฟอร์มประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

4. แบบสรุปลการจัดบริการในผู้รับบริการแต่ละราย
5. คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ทีมเยี่ยมใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ
6. คู่มือการทำวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ทีมเยี่ยม ศึกษาเป็นแนวทางการทำวางแผนจำหน่าย และปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

2. การบริหารจัดการและการจัดบริการ

การรับผู้รับบริการเข้าโครงการ ในระยะที่ 1 ผู้ที่ค้นหาผู้รับบริการตรงกับกลุ่มเป้าหมายจะเป็นพยาบาลเวชกรรมสังคมของศูนย์ดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้นไปค้นหาผู้รับบริการร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อได้ผู้รับบริการที่ตรงตามกลุ่มเป้าหมายก็จะมอบหมายผู้รับบริการให้กับพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมในโครงการเพื่อจัดเตรียมให้บริการต่อไป โดยผู้รับบริการทุกรายจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ส่วนวงจรที่ 2 และ 3 พยาบาลในทีมสุขภาพที่อยู่ในหอผู้ป่วยเริ่มหาผู้รับบริการเอง ทำวางแผนจำหน่ายเอง โดยมีพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงาน เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการบันทึกข้อมูลต่างๆ การคิดค่าบริการ การประสานงานกับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในผู้รับบริการ 1 รายอาจมีผู้เยี่ยม 2 กลุ่ม เช่น พยาบาลและนักกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยสรุปมีการพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ฯในแต่ละระยะ

ผลที่ได้จากการดำเนินงาน(Outcome)

ภายหลังจากการดำเนินงานทั้ง 3 ระยะ แล้ว สิ่งที่ได้จากการดำเนินงานมีดังนี้

1. โครงสร้างของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ฯในระยะที่ 1 ตามแผนภูมิที่ 1 จะเป็นในลักษณะที่ศูนย์ HHC ซึ่งอยู่ที่งานรักษาพยาบาลในชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมมีทีมวางแผนจำหน่ายและทีมเยี่ยมบ้าน ทีมวางแผนจำหน่ายจะไปหาผู้รับบริการที่หอผู้ป่วย ประสานงานกับแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการก็จะส่งให้ทีมเยี่ยมบ้านบริการต่อไป ในระยะที่ 1 พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะเป็นผู้ดำเนินการเกือบทั้งหมด ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน มีแพทย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นที่ปรึกษา

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ตามแผนภูมิที่ 2 ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งดูแลโดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ยังมีทีมวางแผนจำหน่าย เยี่ยมบ้านอยู่ แต่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้น โดยจะร่วมทำในส่วนขั้นตอนวางแผนจำหน่าย หา case และแจ้งให้ศูนย์ฯทราบ ศูนย์ฯจะมอบหมายผู้เยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพ, กลุ่มโรคผู้รับบริการ

ปัจจุบันหลังเสร็จสิ้นระยะที่ 3 แผนภูมิที่ 3 ศูนย์ฯยังดูแลในเรื่องการจัดบริการ การมอบหมายผู้เยี่ยม แต่การรับผู้รับบริการตามกลุ่มเป้าหมาย - พยาบาลประจำการจะเป็นผู้ทำและแจ้งให้ศูนย์ฯ ทราบ และดำเนินการออกเยี่ยม ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเยี่ยมพยาบาลผู้เยี่ยมจะส่งผลมายังศูนย์ HHC กรณีที่พยาบาลประจำการผู้นั้นเยี่ยมไม่ได้ พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะไปเยี่ยมผู้รับบริการตามวันและเวลาที่ได้วางแผนไว้แทน

ผลการดำเนินการในแต่ละระยะ

ผู้รับบริการ จำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 90 ราย 418 ครั้ง

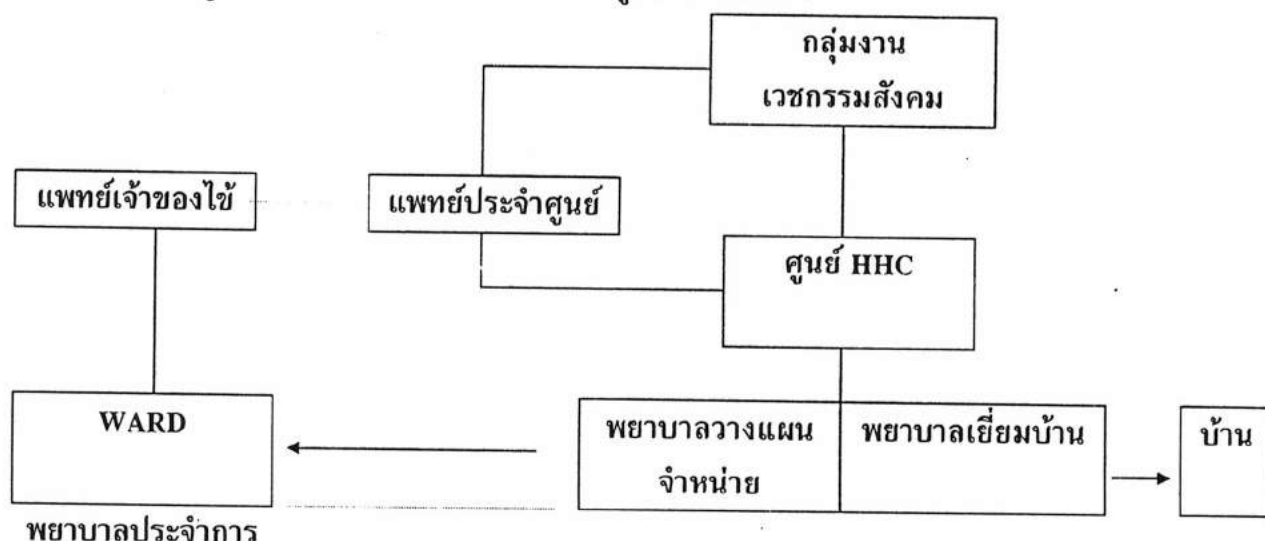
ระยะที่ 1 ให้บริการผู้รับบริการ 20 ราย เยี่ยมโดยพยาบาลเวชกรรมสังคม 18 ราย พยาบาลประจำการ 2 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย พยาบาลประจำการสมัครเข้าร่วมโครงการ 5 ราย (ผู้รับบริการ 1 รายอาจมีผู้เยี่ยมมากกว่า 1 คน)

ระยะที่ 2 ให้บริการผู้รับบริการ 38 ราย เยี่ยมโดยพยาบาลเวชกรรมสังคม 27 ราย พยาบาลประจำการ 13 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย นักโภชนาการ 3 ราย พยาบาลประจำการสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่ม 4 ราย

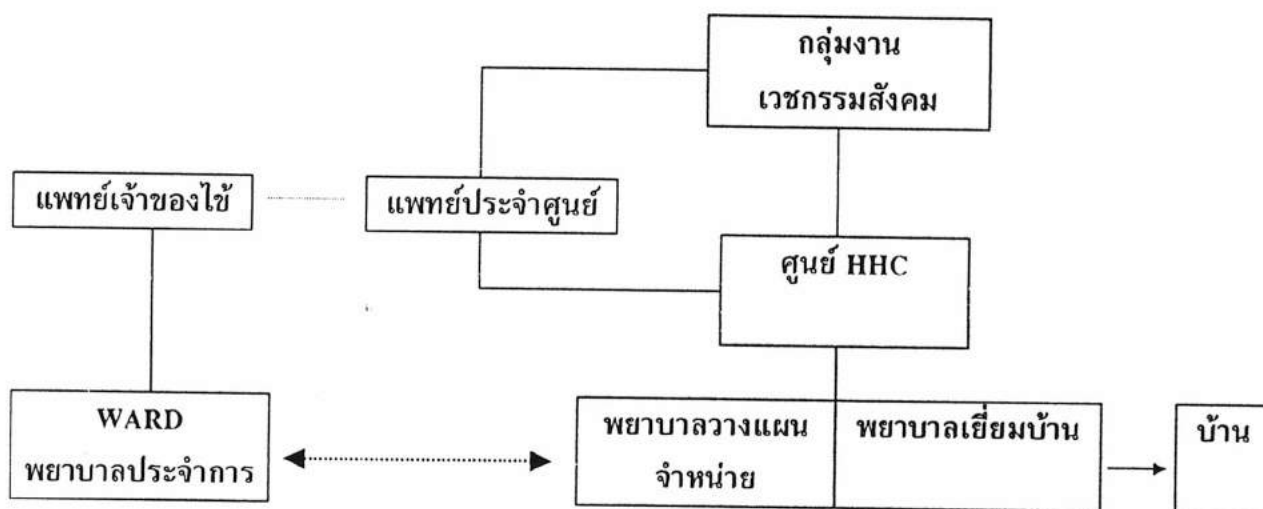
ระยะที่ 3 ให้บริการผู้รับบริการ 32 ราย เยี่ยมโดยพยาบาลเวชกรรมสังคม 7 ราย พยาบาลประจำการ 24 ราย นักกายภาพบำบัด 4 ราย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่ม 8 ราย จะเห็นได้ว่าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการให้บริการมากขึ้น และผลดีของการเยี่ยมโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คือพยาบาลมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการ มีความเข้าใจในสภาพของผู้รับบริการเป็นอย่างดี

การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์

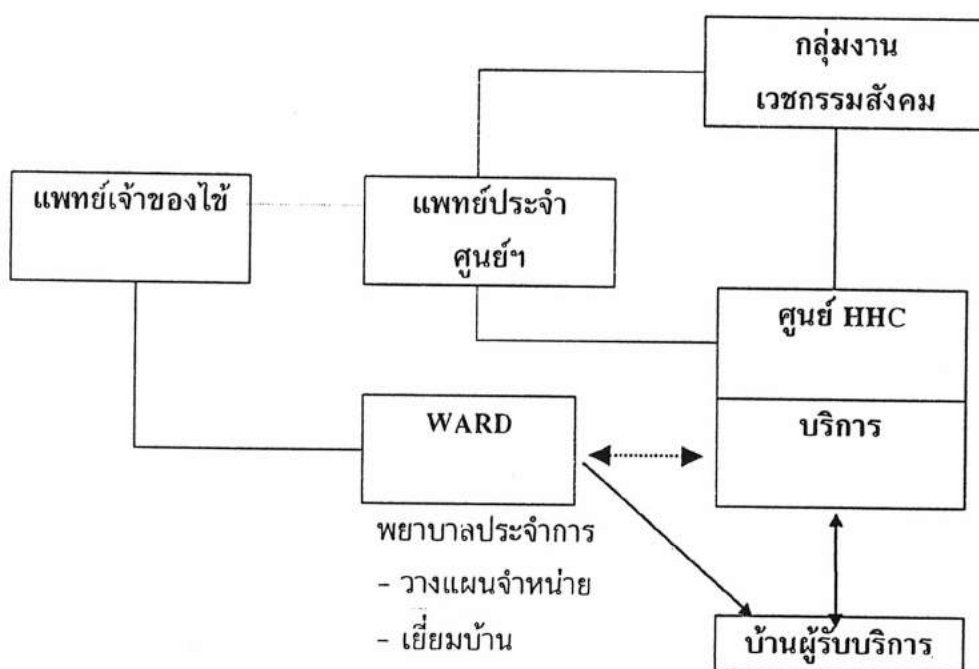
แผนภูมิที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ ฯ ระยะที่ 1



แผนภูมิที่ 2 การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ ฯ วงจรที่ 2,3



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างของศูนย์ ฯ ภายหลังสิ้นสุดวงจรที่ 3



2. ระบบการคิดค่าบริการ การคิดค่าบริการจะคิดในวันที่ผู้รับบริการจำหน่าย ตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ อัตราค่าบริการทางการพยาบาล วัสดุการแพทย์จะคิดอัตราเดียวกับนอนในโรงพยาบาล แต่จะคิดค่าบริการสุขภาพที่บ้าน 50 บาทต่อครั้งและค่ายานพาหนะ 50 บาทต่อครั้งเช่นกัน

ค่าบริการและค่าตอบแทน

ค่าบริการที่เรียกเก็บได้จากการเยี่ยมผู้รับบริการตลอดโครงการทั้งสิ้น 202,695 บาท (ค่าบริการสุขภาพที่บ้าน 161,945 บาท ค่ายานพาหนะ 40,750 บาท) (โสภณ และคณะ, 2542)

ค่าตอบแทนที่เบิกให้กับทีมเยี่ยมนอกเวลา พยาบาล 66,170 บาท นักกายภาพบำบัด 14,660 บาท รวมทั้งสิ้น 80,830 บาท

3. ระบบการดูแลผู้รับบริการ โดยผู้เยี่ยมที่ได้รับมอบหมาย ศึกษาประวัติการเจ็บป่วยก่อนออกให้บริการ ร่วมทำวางแผนจำหน่าย ขณะออกเยี่ยมบ้านจะประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการรวมทั้งสิ่งแวดล้อมและให้การดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ แต่แผนการพยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้รับบริการเป็นหลัก และเมื่อเสร็จสิ้นการเยี่ยมจะส่งแฟ้มผู้รับบริการกลับไปยังศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน (ศูนย์ HHC : Home Health Care) หัวหน้าศูนย์ฯ สรุปผลการเยี่ยมในแต่ละราย

ผู้ให้บริการ

แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

3.1 ทีมหลักของศูนย์ ฯ ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านจะมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นหัวหน้าศูนย์ ซึ่งมีหน้าที่

- รับแจ้งความประสงค์ของผู้รับบริการที่บ้าน
- ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อวางแผนจำหน่าย
- มอบหมายผู้รับบริการแก่พยาบาลวางแผนจำหน่ายและผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
- บริหารจัดการด้านการเงินของศูนย์ ฯ บันทึกการจัดเก็บค่าบริการ และจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรในส่วนการทำงานนอกเวลาราชการ
- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้าน วัสดุการแพทย์ต่าง ๆ
- ดูแลการจัดทำบันทึกรายงานและ การจัดระบบทำบันทึกรายงานของศูนย์

3.2. ทีมวางแผนจำหน่าย จะมีทั้งพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำนวน 2 รายและพยาบาลประจำการที่สมัครในโครงการที่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้จะเป็นผู้ที่ร่วมทำวางแผนจำหน่ายโดยมีหน้าที่

- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย เพื่อจัดทำแผนจำหน่ายและประสานงานกับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
- ดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายโดย สอน ให้คำแนะนำ ฝึกให้ผู้รับบริการปฏิบัติ และร่วมประชุมทีมสุขภาพ

- บันทึกรายงาน W1-4

3.3 แพทย์ที่ส่งผู้รับบริการเข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย โดยเป็นกลุ่ม ศัลยกรรมทั่วไป 7 ราย ศัลยกรรมกระดูก 4 ราย อายุรกรรม 10 ราย ศัลยกรรมตกแต่ง 2 ราย ศัลยกรรมประสาท 2 ราย หู คอ จมูก 4 ราย สูติ-นรีเวช 1 ราย

3.4 ทีมสุขภาพที่พร้อมออกให้บริการ มีบุคลากรในกลุ่มพยาบาลมีทั้งสิ้น 25 ราย นักกายภาพบำบัด 5 ราย นักโภชนาการ 2 ราย โดยมีหน้าที่

- ประสานงานกับพยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ
- ดำเนินกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านตามแผนที่กำหนดไว้
- บันทึกรายงาน H3
- ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อรายงานความก้าวหน้า ปรับปรุงแผนการให้บริการ หรือแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพที่บ้าน

4. โปรแกรมฐานข้อมูล เนื่องจากในการพัฒนารูปแบบนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ข้อมูลของการจัดบริการทั้งที่เป็นของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการและรับบริการ มีเป็นจำนวนมาก จำเป็นที่จะต้องมีการจัดเก็บให้มีความถูกต้องและเหมาะสมเพื่อการสืบค้นข้อมูลและการนำไปใช้ ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการเก็บข้อมูลโดยการพัฒนาจากโปรแกรม Microsoft Access (อภิรัตน์, 2542)

5. การประเมินผล เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านและการคิดค่าบริการที่เหมาะสม จึงมีการประเมินผลจากผู้รับบริการและญาติด้านความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ อัตราค่าบริการที่คิดว่าเหมาะสม และประเมินคุณภาพบริการโดยแพทย์เจ้าของไข้ (สิริวรรณ และ แพรพรรณ, 2542) (อนงค์และคณะ, 2542)

ผลการประเมิน

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง และได้รับประโยชน์จากโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านมากซึ่งรายละเอียดจะมีในรายงานวิจัยประเมินผล (อนงค์ และคณะ, 2542)

ปัญหาที่พบ

ในช่วงแรกมีปัญหาในเรื่องการประสานงานกับแพทย์ แต่หลังจากจัดประชุมประสานงานใน ระยะที่ 1 ทำให้ปัญหาดังกล่าวลดน้อยลง การลงข้อมูลไม่สมบูรณ์ทำให้การสรุปผลการจัดบริการล่าช้า และการส่งแฟ้มผู้รับบริการกลับไปยังศูนย์หลังปิดการเยี่ยมล่าช้าจึงทำให้การเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่าช้าไปด้วย

สรุปและวิจารณ์

โดยสรุปผลการให้บริการโครงการ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาก็แก่ผู้รับบริการ ครอบครัว สถานบริการสุขภาพและบรรลุปเป้าหมายให้แก่หน่วยงานได้ในสิ่งต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างใกล้ชิดจาก ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจภาวะเจ็บป่วย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ลดค่าใช้จ่ายและเวลาของผู้รับบริการในการนอนโรงพยาบาล และช่วยป้องกันการขาดรายได้ในกรณีที่ยาติดต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้รับบริการที่โรงพยาบาล
3. ช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีความสุขจิตที่ดี เนื่องจากได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยได้ใกล้ชิดกับครอบครัวในขณะที่เจ็บป่วย ก่อให้เกิดความอบอุ่นและลดความวิตกกังวล
4. ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายถือเสมือนหนึ่งเป็นงานประจำ และไม่รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ
5. ระบบการให้บริการที่ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การประสานงานและการจัดบริการ และผู้ที่อยู่ในทีมสุขภาพยอมรับการประเมินผลการให้บริการจากผู้รับบริการ

จากผลการดำเนินงาน ก่อให้เกิดรูปแบบในการจัดบริการที่นำไปสู่การให้บริการที่ต่อเนื่องและเป็นองค์รวมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น และการที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและทีมสุขภาพกลุ่มอื่นมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยกระตุ้นให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและทีมสุขภาพอื่นสามารถปรับเปลี่ยนการให้บริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลต่อการพัฒนาระบบและใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างคุ้มค่าและมีคุณภาพ และเกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ดังนี้

1. การรับผู้รับบริการเข้าโครงการควรเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการทำวางแผนจำหน่าย เสมือนหนึ่ง มีการเตรียมผู้รับบริการให้พร้อม เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ในระดับหนึ่ง และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและญาติในการที่ต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วกว่าปกติ และในขั้นตอนนี้ผู้ที่เหมาะสมในการทำคือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเอง
2. การพิจารณาเยี่ยมที่สำคัญ ผู้รับบริการต้องยินยอมสมัครใจให้เยี่ยมเสมอ
3. ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องร่วมประชุมพิจารณาปัญหา ความต้องการ การช่วยเหลือ และวางแผนจำหน่าย โดยมีพยาบาลประจำโครงการเป็นผู้ประสานงานกับทีมให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และผู้รับบริการให้ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผู้รับบริการจำหน่าย
4. การออกให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทีมให้บริการต้องแจ้งวัน เวลาเยี่ยมทุกครั้งต่อศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้เกิดความสะดวกในเรื่องการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการ และบันทึกรายงานหลังเสร็จสิ้นการให้บริการในแต่ละครั้ง
5. มีการประชุมปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น เป็นระยะๆ ติดตามผล ตลอดจนการจำหน่ายออกจากโครงการตามแผนที่วางไว้ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอาการของผู้รับบริการ

6. หลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมแต่ละรายจะต้องส่งข้อมูลผู้รับบริการกลับไปยังศูนย์ฯโดยเร็ว และควรมีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเด่นของการพัฒนาบริการ

1. เกิดระบบที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และได้มีส่วนร่วมในการให้บริการ รวมทั้งมีส่วนในการเสนอแนะการจัดรูปแบบของการให้บริการ¹
2. ผู้รับบริการและญาติตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลสุขภาพ
3. กรณีที่ผู้รับบริการมีความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการในอัตราที่กำหนด ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยินดีจ่ายและสามารถปรับระบบสวัสดิการต่าง ๆ มารองรับได้
4. ส่งเสริมนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการ และครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน นำไปสู่การพึ่งพาตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ
5. ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นรายบุคคล ผู้รับบริการมีโอกาสได้พูดคุยซักถามปัญหาและร่วมแก้ไขปัญหามาของตนเองกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย ผู้รับบริการทุกท่าน นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ คุณฐิมาพร ทะปาละ คุณ กรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ คุณกัลยา บัวเพชร ร้อยตำรวจโทหญิง นวลตา อาภาคัพทะกุล และ Prof. Thana Winn Winn และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัยมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ลีวีรรณ เตียวสุรินทร์ และ แพรวพรรณ ตันสกุล. (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. เอกสารอัดสำเนา.
2. โสภณ จิระเกียรติกุล อภิรัตน์ อัมพัฒน์ และนวลตา อาภาคัพทะกุล. (2542) รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินความคุ้มค่า:โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. เอกสารอัดสำเนา.
3. อนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล และคณะ. (2542) รายงานการวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการในโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 29(4).

4. อภิรัตน์ อัมพันธ์. (2542) รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ในโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณี
ศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. เอกสารอัดสำเนา.
5. Albrecht, M.N. (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implication
for Research : Practice and Education, *Public Health Nursing* .7 (2),118-126.
6. Cavangh, S.J. (1991) *Orem's: Model in Action*. The Macmillan Press. 1-6.
7. Humphrey, C.J. (1985) *Home Care Nursing Handbook*. Prentice-Hall, London. 1-5.
8. Neighbors, M. (1998) *A Practice Guide to medical -Surgical Nursing in the Home*. W.B.
Saunders Company. Philadelphia, 1-12.

บทที่ 4

การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลในโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

อภิรัตน์ อัมพัฒน์*

บทคัดย่อ

การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Access 2 นี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ การให้บริการ และค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการจัดบริการสุขภาพที่บ้านและการลงทุนในโครงการ โดยมีฐานข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลแบบต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาตรงตามความต้องการของกลุ่มนักวิจัยในโครงการ ผลของการดำเนินการ คือ 1) ฐานข้อมูลได้รับการพัฒนาโดยใช้โปรแกรม Microsoft Access 2 2) ฐานข้อมูลหลักมีเมนูหลักในการทำงานและเมนูย่อยที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรในทีมที่ให้บริการ และแพทย์เจ้าของไข้ 3) ตารางสรุปผลการดำเนินงานและตารางการรายงานผล

Abstract

This program was created by using program Microsoft access 2. It was a part of Model Development of Home Health Care delivery system for Chronic Patients: A case study of Hat Yai Municipality. The purpose was to create an effective program for database compose with patients' history, health team, health progress, nursing progress and cost. The results were 1) program database created by Program Microsoft access 2. 2) main menu include patients' file, health teams' file , medical cost and expense 3) table for conclusion and report.

Keyword : database , home health care

บทนำ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้นำเครื่องคอมพิวเตอร์มาช่วยทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้สูงขึ้น เนื่องด้วยในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีงานหลาย ๆ อย่างที่จะต้องรับผิดชอบ การดำเนินงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงมีระบบงานที่สลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ว่ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะได้ดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 แล้วก็ตามยังไม่ได้นำเครื่องคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอย่างจริงจัง จากการศึกษาข้อมูลของศูนย์บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่ามีผู้รับบริการทั้งสิ้นจำนวน 322 ราย ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นการนำเครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมฐานข้อมูลเข้ามาช่วยงานด้านการประมวลผลและรายงาน จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วและง่ายต่อการค้นหา เพราะเมื่อมีข้อมูลเป็นจำนวนมากมักจะเกิดความยุ่งยากในการประมวลผลและการค้นหาข้อมูลที่กระจัดกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อจัดทำและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

วิธีการศึกษา

การจัดทำและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ ผู้พัฒนาต้องวิเคราะห์ตัวงานในโครงการฯ ก่อนว่ามีขอบเขตของงานเป็นอย่างไร อะไรคืองานหลัก และอะไรคืองานที่สามารถแยกย่อยออกเป็นส่วนๆ ได้ รูปแบบของหน้าจอบนเครื่องคอมพิวเตอร์จะมีลักษณะข้อมูลอะไรบ้าง รายงานที่ต้องการได้มีอะไรบ้างและมีรายละเอียดต่างๆ เป็นอย่างไร หลังจากนั้นต้องลำดับงานว่ามีลำดับขั้นตอนเป็นอย่างไร เริ่มจากข้อมูลในส่วนใดก่อน จากนั้นเมื่อมีข้อมูลแล้วจะนำข้อมูลที่ได้ไปทำอะไร อะไรคือผลลัพธ์ที่ต้องการ ข้อมูลชุดใดมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เมื่อทราบรายการข้อมูลต่างๆ ว่ามีอะไรบ้าง วิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นว่าจะต้องนำไปประมวลผลอย่างไร ต้องจัดเรียงลำดับข้อมูลในส่วนไหนอย่างไร ข้อมูลควรมีการจัดกลุ่มใหม่หรือไม่ และถ้าจะแบ่งจะต้องแบ่งอย่างไร ข้อมูลที่มีอยู่จัดกลุ่มเป็นเรื่องๆ นำลงตาราง แล้วจึงนำมาออกแบบเป็นตารางเพื่อจัดเก็บฐานข้อมูล และออกแบบหน้าจอคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการติดต่อกับผู้ใช้งาน ทดสอบการทำงานของโปรแกรมและรายงานที่ได้ว่าข้อมูลและตัวงานถูกต้องครบถ้วนหรือยัง มีส่วนใดบ้างที่ต้องแก้ไขปรับปรุง จากนั้นจะทำการทดสอบระบบก่อนนำไปใช้งานจริง

ขั้นตอนการจัดทำและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ มีดังนี้

ระยะที่ 1 การออกแบบโดยภาพรวม

1. พิจารณางานที่ต้องทำเป็นหลัก โดยการกำหนดงานที่ต้องทำ คือ

1.1 ออกแบบ Discharge plan เป็นการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการก่อนรับไว้ในโครงการฯ ด้วย แบบบันทึกข้อมูล

- 1.2 ออกแบบบันทึกข้อมูลแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมโครงการฯ
- 1.3 ออกแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในการให้บริการครั้งแรก
- 1.4 ออกแบบการวิเคราะห์ต้นทุนโครงการฯ
- 1.5 ออกแบบระบบฐานข้อมูล
2. ทบทวนเอกสารข้อมูลที่ต้องการร่วมกับผู้ร่วมโครงการฯ ข้อมูลที่เลือกมามีดังนี้
 - 2.1 หอผู้ป่วย
 - 2.2 ชื่อผู้รับบริการ
 - 2.3 เพศ
 - 2.4 อายุ
 - 2.5 สถานภาพ
 - 2.6 รายได้ (ตนเอง ครอบครัว)
 - 2.7 สิทธิการรักษา
 - 2.8 แพทย์เจ้าของไข้
 - 2.9 พยาบาลผู้รับผิดชอบ
 - 2.10 การวินิจฉัยโรค การแบ่งกลุ่มโรค (Diagnosis Related Group : DRG) (ศุภสิทธิ์ และคณะ 2540)
 - 2.11 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะพักรักษาที่โรงพยาบาล
 - 2.12 จำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - 2.13 จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องรักษาต่อ หากไม่ได้เข้าโครงการ Home Health Care
 - 2.14 จำนวนวันที่ญาติหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา
 - 2.15 ค่าใช้จ่ายขณะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ยานพาหนะ อาหาร อื่น ๆ)
 - 2.16 จำนวนวันที่ญาติหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
 - 2.17 ค่าใช้จ่ายของญาติขณะมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (อาหาร ดอกไม้ อื่น ๆ)
 - 2.18 ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล (ค่ารักษาตามรหัส 1-6 ค่ากายภาพ ค่าอื่น ๆ ค่าอาหารและที่พัก ค่ายานพาหนะ)
 - 2.19 เวลาการเดินทางจากโรงพยาบาลถึงบ้าน
 - 2.20 จำนวนครั้งการบริการสุขภาพที่บ้าน
 - 2.21 ค่าบริการสุขภาพที่บ้าน
 - 2.22 ค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์
 - 2.23 ค่ายานพาหนะ
 - 2.24 ผู้ดูแล
 - 2.25 ลักษณะการดูแล
 - 2.26 รายได้ของผู้ดูแล

- 2.27 ค่าจ้างผู้ดูแลแทน
- 2.28 จำนวนวันที่ต้องจ้างผู้ดูแลแทน
- 2.29 ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สิ่งปรับปรุง
- 2.30 เวลาเฉลี่ยในการให้บริการแต่ละครั้ง
- 2.31 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครั้งสุดท้าย
- 2.32 จำนวนการให้บริการ
- 2.33 การประเมินผลตามกิจกรรม
- 2.34 จำนวนครั้งของการรายงานแพทย์
- 2.35 จำนวนครั้งของการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น
- 2.36 การให้บริการจำแนกตามผู้ให้บริการ
- 3. การออกแบบระบบฐานข้อมูล มีดังนี้
 - ออกแบบเพิ่มข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย
 - 3.1 เพิ่มข้อมูลสำหรับเอาไว้เป็น Table lookup ได้แก่ sex, right, care_type, care_relation และ evaluation
 - 3.2 เพิ่มข้อมูลพื้นฐานในงาน ได้แก่ physician, department, nurse, ward disease และ patient
 - 3.3 เพิ่มข้อมูลการเข้ามาอยู่ในโครงการฯ ได้แก่ diagnosis, nurse_care, hos_expense, home_expense, travel_expense และ family_care

รายละเอียดของแต่ละเพิ่มข้อมูลมีดังนี้

1. ตารางข้อมูลที่เป็น table lookup

- ตารางที่ 1 sex (sex_id, sex_name)
- ตารางที่ 2 right (right_id, right_name)
- ตารางที่ 3 care_type (care_type, type_name)
- ตารางที่ 4 care_relation (care_rel, relation_name)
- ตารางที่ 5 evaluation (eval_type, eval_name)

2. ตารางข้อมูลพื้นฐานในงาน

- ตารางที่ 6 physician (med_id, med_name, dept_id, salary, sex_id)
- ตารางที่ 7 department (dept_id, dept_name, dept_phone)
- ตารางที่ 8 nurse (nur_id, nur_name, ward_id, salary, sex_id)
- ตารางที่ 9 ward (ward_id, ward_name, ward_ph)
- ตารางที่ 10 disease (diag_id, disease_name, group_id)

ตารางที่ 11 patient (hhc_no, prefix, first_name, last_name, sex_id, age, income, fam_income, right_id, status, time)

3. ตารางข้อมูลการมาอยู่ในโครงการ

ตารางที่ 12 diagnosis (hhc_no, time, med_id, diag_id1, diag_id2, diag_id3, first_adl, tx_day, contx_day, last_adl, avr_care_time, fact_visit, eval_type, eval_remark, med_cons, orther_cons, home_service)

ตารางที่ 13 nurse_care (time, nur_id, hhc_no)

ตารางที่ 14 hos_expense (time, hhc_no, exp1, exp2, exp3, exp4, exp5, hos_sum)

ตารางที่ 15 home_expense (time, hhc_no, hhc_exp1, hhc_exp2, hhc_exp3, hhc_sum)

ตารางที่ 16 travel_expense (hhc_no, time, net_day, ntxp_day, ns_exp, travel_time)

ตารางที่ 17 family_care (hhc_no, time, care_rel, care_income, empl_wage, care_type, care_time, env_exp)

ระยะที่ 2 ทำงานการเขียนโปรแกรม

2.1 วางแผนการเขียนโปรแกรมและทดสอบโปรแกรม

2.2 เขียนโปรแกรมและทดสอบโปรแกรม

2.3 เขียนคู่มือการใช้งาน

ระยะที่ 3 ทดสอบการใช้งานของโปรแกรม

3.1 ป้อนข้อมูล

3.2 ประมวลผลข้อมูลและพิมพ์รายงาน

3.3 ปรับเปลี่ยนโปรแกรมให้ทำงานเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของ

หน่วยงาน

ผลการศึกษา

ได้โปรแกรมฐานข้อมูลสำหรับโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ 1 โปรแกรม โดยมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

รูปที่ 1 เมนูหลักของโปรแกรม

โปรแกรมฐานข้อมูลโครงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

โรงพยาบาลหาดใหญ่

ข้อมูลผู้รับบริการ

ข้อมูลแพทย์เจ้าของไข้

ข้อมูลพยาบาลผู้รับผิดชอบ

สรุปผลการดำเนินงาน

พิมพ์ผลการดำเนินงาน

รูปที่ 2 ข้อมูลแพทย์เจ้าของไข้

แพทย์เจ้าของไข้

รหัสแพทย์ :

วันที่ :

ชื่อ-สกุล :

แผนก :

(1) พ. สุภาพ ไพศาลศิลป์	ศัลยกรรมทั่วไป	1
(2) พ. วิเศษณ์ สิริจันทร์โสภณ	ศัลยกรรมทั่วไป	2
(3) พ. เฉลิมพงษ์ ฉัตรทองไม้โพธิ์	ศัลยกรรมตกแต่ง	3
(4) พ. ภาสกร โกมลดิษฐ์	ศัลยกรรมกระดูก	4
(5) พ. ศศพงษ์ พิสุทธิธนาญจน์	ศัลยกรรมกระดูก	5
(6) พ. ไพฑูรย์ จิรธรรมโอภาส	อายุรกรรม	6
(7) พ. อำนาจ มีสีจธรรม	ศัลยกรรมกระดูก	7
(8) พ. ชัชวาล ชีวพิทักษ์ผล	สูติ-นรีเวชกรรม	8
(9) พ. ปรีชา จันทวาสัน	ศัลยกรรมทั่วไป	9
(10) พ. วิเชียร ว่องวงศ์ศิริ	ศัลยกรรมตกแต่ง	10
(11) พ. ชัยพร อริยะเกียรติกำจร	อายุรกรรม	11
(12) พ. อรุณ กิจมหาพระกุล	ศัลยกรรมประสาท	12
(13) พ. ประสิทธิ์ เขากิจเจริญ	หู คอ จมูก	13
(14) พ. ไพโรจน์ วราธิต	ศัลยกรรมกระดูก	14
(15) พ. กวีพล กาญจโนภาส	หู คอ จมูก	15
(16) พ. เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์	อายุรกรรมประสาท	16
(17) พ.ญ. สกาวรัตน์ จรูญศรี	หู คอ จมูก	17

กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดทำขอขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ คุณฐิมาพร ทะปาละ ร้อยตำรวจโทหญิงนวลตา อากาศพะทะกุล คุณสุนันทา กรศิลป์ คุณแพรวพรรณ ตันสกุล คุณสิริวรรณ เดียวสุรินทร์ พยาบาลเยี่ยมบ้านและผู้รับบริการทุกท่าน และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้

บรรณานุกรม

1. จักรกฤษณ์ นันทพิณิต, จันทิรา นาคะภากร และวิรุฬห์ ทรัพย์ถาวรกุล. (2539) *คู่มือการใช้งาน Microsoft Access 2 สำหรับวินโดวส์*. บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด (มหาชน), กรุงเทพมหานคร.
2. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. Drugs Related Groups in the low income patients. พ.ศ. 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

บทที่ 5

การประเมินความคุ้มค่า : โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
ในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ (Cost Analysis of Model Development of Home
Health Care Delivery System for Chronic Patient : A Case Study of Hat Yai Municipality)

โสภณ จิระเกียรติกุล* อภิรัตน์ อัมพัฒน์** นวลตา อาภาศัพท์กุล***

บทคัดย่อ

แนวคิดในการประเมินความคุ้มค่าที่ใช้เพื่อการประเมินโครงการการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ คือ cost - minimization ทั้งนี้โดยทำการเปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรของแต่ละทางเลือก ทั้งในรูปแบบที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ประกอบการในการลงทุน โดยพิจารณาจากผลกำไรหรือขาดทุนตามนัยทางเศรษฐศาสตร์ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความคุ้มค่าของการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน 2) ศึกษาทางเลือกในการบริหารจัดการโครงการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านระหว่างการอิงภาครัฐกับที่เป็นองค์การอิสระ โดยมีกลุ่มประชากรศึกษา เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโครงการให้บริการ สุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจำนวน 85 ราย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลทั้งของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) จากการสัมภาษณ์ค่าใช้จ่ายที่ใช้ระหว่างการรักษาพยาบาลทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล 2) ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บในระหว่างการรักษาโดยโรงพยาบาล ทั้งในส่วนการรักษาภายในโรงพยาบาลและค่าบริการในการใช้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการ 3) ค่าใช้จ่ายที่ทางโรงพยาบาลต้องจ่ายอันเนื่องมาจากการให้บริการ ผลการศึกษา พบว่า 1) ผลได้ทางตรงของโครงการ คือ โครงการการให้บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และการมีอัตราการครองเตียงสูงขึ้นด้วย 2) ผลทางอ้อม คือ ผู้รับบริการมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นและมีทางเลือก รวมทั้งมีความพอใจในบริการที่ได้รับ 3) ความคุ้มค่าซึ่งไม่รวมการลงทุนในด้านทรัพยากร (capital cost) พบว่าโครงการการให้บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังอิงภาครัฐจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการไม่อิงระบบโรงพยาบาล สำหรับความคุ้มค่าของการดำเนินการซึ่งใช้เกณฑ์ค่าบริการตามอัตราของกระทรวงสาธารณสุข (150 บาทต่อครั้งของการให้บริการ) จะต้องจัดให้มีบริการ 2,775 รายต่อปี จึงจะคุ้มต่อการลงทุนโดยมีต้นทุนรวมที่อิงโรงพยาบาล 194,485 บาท ส่วนกรณีที่ไม่อิงโรงพยาบาลมีต้นทุนรวม 438,765 บาท โดยมีรอบระยะเวลาการดำเนินการ 1 ปี

*อาจารย์ ภาควิชาบริหารธุรกิจ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***นักวิจัย หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

Concept of cost - minimization analysis was used for evaluating the project of model development of Home Health Care delivery system : A case study of Hat Yai Municipality. The method is to compared resource use in term of both monetary and non-monetary unit. The outcome will be used to make suggestion for extended program of home health care .The objective were : 1) to compare the outcome of home health care service by government unit and autonomous unit 2) to study economic evaluation for the program. The subjects were 85 patients with chronic disease who registered in home health care service. Data was collected by 1) interview the patients and caretakers about cost (both monetary and non-monetary cost) during admission in the hospital and at home. 2) Extracting from the hospital record on the service cost : labor cost and material cost of home health care project. The results were : 1) Direct outcome were shortening hospital days , minimizing expenditure and increasing bed occupying rate. 2) Indirect outcome were increased patients' self-care and patients and caretakers' satisfaction in home health care service. 3) recurrent cost of management by autonomous unit is less than management by government unit. For the cost recovery home health care program should give service for 2,775 case per year (rate 150 baht/time/case). Total cost for 1 year are 194,485 baht for government unit and 438,765 baht for autonomous unit.

Keywords : cost-minimization analysis, home health care, monetary cost, non-monetary cost

บทนำ

การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรมทุกประเภท เช่นเดียวกันทางด้านสาธารณสุขการให้บริการแก่ผู้รับบริการซึ่งถือเป็นรัฐสวัสดิการอย่างหนึ่ง จึงมีความจำเป็นต้องเลือกทำกิจกรรมภายใต้ทรัพยากรจำกัดนั้นให้เกิดประโยชน์มากที่สุดแก่สังคม ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้สูงที่ในอนาคตรัฐอาจเลือกทำกิจกรรมการรักษาบางอย่าง เพื่อให้คุ้มค่าต่อการใช้จ่ายภาษีอากรและก่อให้เกิดสวัสดิการสูงสุดต่อส่วนรวม รูปแบบให้บริการประเภทหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นเพื่อเป็นบริการทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการและมีโอกาสในอนาคตที่รัฐจะกระจายความรับผิดชอบในเรื่องภาระการจ่ายให้กับองค์กรหรือหน่วยงานเอกชนอื่น ๆ ได้เหมือนเช่นในหลาย ๆ ประเทศที่ปฏิบัติ คือ การให้บริการสุขภาพที่บ้าน

จากแนวคิดดังกล่าวโรงพยาบาลหาดใหญ่จึงได้จัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่บ้านขึ้น (Home Health Care Service) และในขณะเดียวกันได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการควบคู่ไปด้วย โดยส่วนหนึ่งของการวิจัยรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คือการประเมินความคุ้มค่าของการจัดบริการดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดรูปแบบการให้บริการในอนาคตให้มีความเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ

เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดรูปแบบการให้บริการในอนาคตให้มีความเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ในรอบระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน (1 กันยายน 2540 – 30 กันยายน 2541)
2. ศึกษาทางเลือกในการบริหารจัดการโครงการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ระหว่างการอิงภาครัฐกับที่เป็นองค์การอิสระ

สมมติฐานในการศึกษา

1. ผู้รับบริการมีความสามารถและเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ (Ability and Willingness to Pay)
2. ผู้รับบริการและครอบครัวมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกที่จะใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพด้วยตนเอง
3. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านสามารถลดจำนวนวันของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

วิธีการศึกษา

1. ใช้แนวคิด cost - minimization ในการประเมินค่าเป็นตัวเงินของต้นทุนหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ในแต่ละทางเลือก ซึ่งในที่นี้คือกรณีโครงการ Home Health Care เป็นองค์กรที่อิงกับภาครัฐ หรือเป็นองค์กรธุรกิจและนำไปเปรียบเทียบกับผลได้ในรูปตัวเงินว่าในแต่ละทางเลือกมีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยใช้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ในเรื่องการตัดสินใจของผู้ประกอบการในการลงทุน การเปรียบเทียบรายรับรวมกับต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนผันแปร ต้นทุนคงที่และต้นทุนรวม
2. ใช้กลุ่มโรค (DRG) (คุสลิทธี, 2540) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผลด้านต่าง ๆ คือจำนวนวันในการรักษาพยาบาล อัตราหมุนเวียนของอัตราการครองเตียง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ประหยัดได้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ (ADL) และค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการทั้งนี้เพื่อศึกษาถึงผลได้ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือโครงการ

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 แหล่งใหญ่ ๆ คือ จากผู้รับบริการและญาติ แพทย์พยาบาล และจากผลงานวิจัยที่เคยศึกษาในประเทศไทย โดยข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

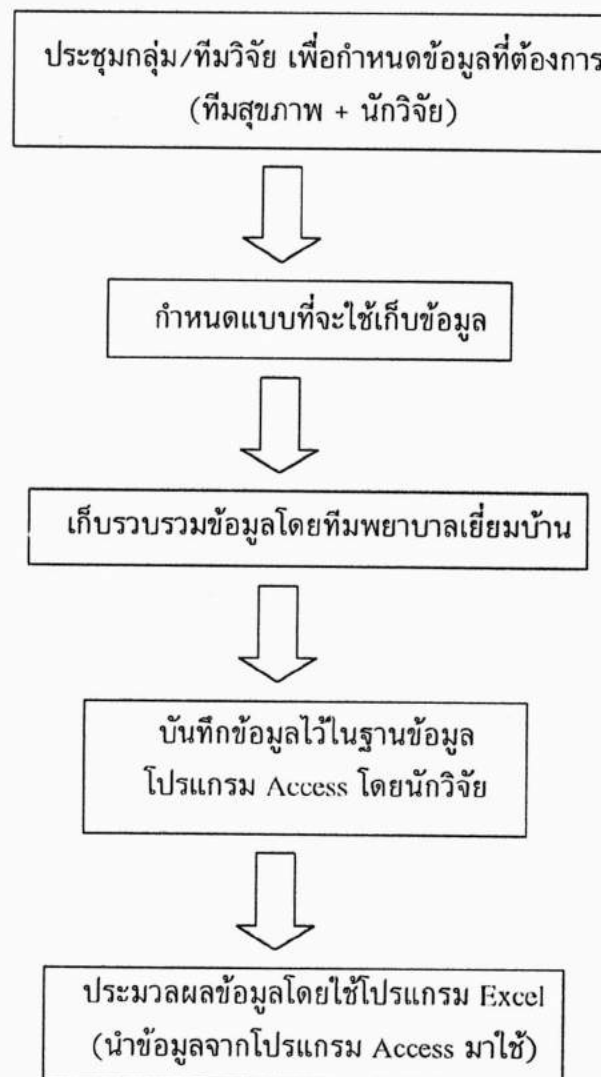
1. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการที่ใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน (Expense Incurred) ทั้งในส่วนที่เป็นตัวเงินและค่าเสียโอกาส โดยในการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

- 1.1 ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหาร ที่พัก ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าพาหนะ

3. ค่า ADL ก่อนและหลังการรักษา (แพทย์และพยาบาลเป็นผู้กำหนดเกณฑ์การวัด)

4. ความพึงพอใจในการใช้บริการโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน (ในการวิเคราะห์ส่วนนี้ทีมสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ในเรื่องความคุ้มค่าได้นำเพียงผลสรุปจากการศึกษาในเรื่องความพอใจในการใช้บริการมาพิจารณาร่วมด้วย เพื่อให้มิติการศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้สนใจในกระบวนการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในการใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน สามารถดูรายละเอียดได้จากงานวิจัยดังกล่าว) (สิริวรรณ และแพรวพรรณ, 2542; อนงค์ และคณะ, 2542)

วิธีการดำเนินการวิจัย



ผลกาวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 85 ราย (จากผู้ป่วย 90 ราย ในช่วงแรก 5 รายเป็นช่วง pilot ทดสอบระบบบริการและฐานข้อมูล) หากนำเกณฑ์การแบ่งโดยใช้กลุ่มโรค (Diagnosis Related Group : DRG) มาพิจารณา สามารถแบ่งผู้รับบริการออกเป็น 50 กลุ่มโรค ซึ่งผลการพิจารณาทางด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. จำนวนวันในการรักษาพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยที่แพทย์มีความเห็นว่าผู้รับบริการต้องพักรักษาในโรงพยาบาลภายต่อหลังจากพ้นภาวะวิกฤต (Discharge) กับจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้รับบริการพักรักษาที่บ้านและใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน จนปิดการรักษา พบว่ามี 15 กลุ่มโรค (ร้อยละ 30) ที่จำนวนวันรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน สูงกว่าจำนวนวันที่ต้องรักษาที่โรงพยาบาล และ 32 กลุ่มโรค (ร้อยละ 64) มีจำนวนวันที่เลือกรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ต่ำกว่าจำนวนวันที่รักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่วนอีก 3 กลุ่มโรค (ร้อยละ 6) ไม่มีความแตกต่างระหว่างการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน

2. อัตราการหมุนเวียนของการครองเตียง และค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลสามารถประหยัดได้

จากการที่ผู้รับบริการสามารถลดวันนอนในโรงพยาบาลได้กว่าร้อยละ 60 ตามผลในข้อ 1 ย่อมส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนของการครองเตียงให้สูงขึ้นด้วย ในกรณีนี้หากนำค่าต้นทุนเฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับศูนย์ที่มีต่อผู้รับบริการในของแต่ละกลุ่มโรคที่มีผู้ทำการศึกษาไว้ มาพิจารณาด้วย (ศุกลสิทธิ์, 2540) จะได้ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลสามารถประหยัดได้ในแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งแสดงผลตามตารางที่ 1

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (ตารางที่ 2)

การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ดัชนีที่ชี้วัดคือการวัดความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (Activity Daily Living : ADL) ซึ่งแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้ความเห็นร่วมกัน โดยการเปรียบเทียบ ADL เพื่อวัดภาวะสุขภาพของผู้รับบริการนั้น ทำการวัดค่า ADL ณ วันที่แพทย์ทำการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาล (Discharge) กับวันสุดท้ายที่ทำการรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า จำนวน 26 กลุ่มโรค (ร้อยละ 52) ผู้รับบริการมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น อีก 20 กลุ่มโรค (ร้อยละ 40) ค่า ADL ไม่แตกต่างกัน และมีเพียง 4 กลุ่มโรค (ร้อยละ 8) ที่ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลงเนื่องจากผู้รับบริการเสียชีวิต

4. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ (ตารางที่ 3)

การคำนวณค่าใช้จ่ายตามกลุ่มโรคทั้งของโรงพยาบาลและ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ได้รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน และค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงินไว้ด้วยแล้ว โดยเกณฑ์การเปรียบเทียบได้นำค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในวันท้าย ๆ ของการรักษาที่โรงพยาบาลเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเมื่อรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน การนำค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในวันท้าย ๆ ของการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมาทำ

การเปรียบเทียบนั้น เนื่องจากสภาพผู้รับบริการใกล้เคียงกับจุดเริ่มการรักษากับบริการโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน มากที่สุด

จากการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกับการรักษาโดยใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่า มีจำนวน 30 กลุ่มโรค หรือร้อยละ 60 ที่ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่บ้าน (โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน) สูงกว่ารักษาที่โรงพยาบาล และ 20 กลุ่มโรค หรือร้อยละ 40 การรักษาโดยใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล

ผลของข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถใช้เป็นฐานในการพิจารณาการคิดค่าบริการในอนาคตได้ว่ากลุ่มโรคที่ค่าใช้จ่าย โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน สูงกว่าที่โรงพยาบาลจะเป็นค่าที่สะท้อนค่าใช้จ่ายจริง ซึ่งโรงพยาบาลอาจใช้เป็นฐานในการคิดค่าบริการได้ สำหรับกลุ่มโรคที่ค่าใช้จ่าย โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ต่ำกว่าโรงพยาบาล ก็จะเป็นทางเลือกให้กับโรงพยาบาลที่อาจจะจัดให้มีบริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน แทนการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นผลดีทั้งในแง่ของผู้รับบริการที่จ่ายค่าบริการต่ำกว่า และในส่วนของโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ทั่วถึงยิ่งขึ้น

5. ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

หากนำข้อมูลค่าบริการเฉลี่ยที่ผู้รับบริการจ่ายให้กับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบขณะรักษาตัวที่บ้าน ในแต่ละกลุ่มโรคพบว่าค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเองสูงกว่าค่าบริการที่จ่ายให้กับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ถึงร้อยละ 94 (47 กลุ่มโรค) และมีเพียงร้อยละ 6 (3 กลุ่มโรค) ที่ผู้รับบริการจ่ายค่าบริการให้กับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้านสูงกว่าค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง จากข้อมูลดังกล่าวหากพิจารณาทางด้านผลได้ของ โครงการบริการสุขภาพที่บ้านหรือโรงพยาบาล ส่วนของค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการรับผิดชอบจ่ายเอง ก็คือ ค่าใช้จ่ายที่โครงการประหยัดได้นั่นเอง และในค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้รับบริการรับผิดชอบนี้ก็สามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจร่วมกับโครงการบริการสุขภาพที่บ้านหรือโรงพยาบาลได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ โดยทางเลือกอาจเป็นดังนี้

5.1 ผู้รับบริการรับผิดชอบเต็มจำนวน

5.2 ระบบ หรือองค์กรรับภาระแทนผู้รับบริการ เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม หรือบริษัทประกัน เป็นต้น

และจากการพิจารณาเปรียบเทียบเฉพาะค่าเสียโอกาสของผู้รับบริการที่รักษากับโรงพยาบาล และรับผิดชอบจ่ายเอง กับค่าเสียโอกาสที่ผู้รับบริการรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน และรับผิดชอบจ่ายเอง จะเห็นว่าค่าใช้จ่ายผู้รับบริการที่รักษาโดยใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่รักษากับโรงพยาบาลเกือบทุกราย (ร้อยละ 98 หรือ 40 กลุ่มโรค) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายจริงแทนโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจ (รายละเอียดในส่วนสรุปผลการวิเคราะห์เรื่องความพึงพอใจ ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้จากงานวิจัยของทีมนสุขภาพ) (สิริวรรณและแพรวพรรณ, 2542; อนงค์ และคณะ 2542)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการประเมินข้อมูลในเชิงคุณภาพ โดยทำ Focus group interview และในที่นี้ได้สรุปผลเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ด้านความคุ้มค่าโครงการไว้ดังนี้

6.1 ด้านผู้รับบริการ จากการเก็บตัวอย่างจำนวน 71 ราย พบว่าโดยรวมมีความพอใจในบริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน และเห็นว่าควรมีโครงการเพราะโครงการสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านค่าพาหนะและอาหาร นอกจากนี้ญาติได้ดูแลใกล้ชิดกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย ในขณะที่เพื่อนบ้านเห็นว่าเป็นโครงการที่ดี ในส่วนค่าบริการผู้รับบริการเห็นว่ามีความเหมาะสม มีเพียงบางรายที่เสนอให้กำหนดค่าบริการเป็นอัตราเพื่อให้สามารถเลือกซื้อบริการได้

6.2 ด้านผู้ให้บริการ

6.2.1 แพทย์ ให้ความเห็นโดยภาพรวมว่าเป็นโครงการที่ดีและควรมีโครงการต่อเนื่อง จากจะสามารถช่วยลดจำนวนวันนอนของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล และลดอัตราการเข้ารักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการลดความกังวลใจ สภาพจิตใจดีขึ้นและผู้รับบริการลดการติดเชื้อ สำหรับค่าบริการเห็นว่ามีความเหมาะสม

6.2.2 พยาบาล โดยภาพรวมเห็นว่าโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นโครงการที่ดี เพราะได้มีเวลา ดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้รับบริการลดความกังวล แต่ในส่วนค่าบริการเห็นว่าควรปรับเป็นแบบเหมาจ่ายหรือคิดตามกิจกรรมการให้บริการ

7. ความคุ้มค่าของโครงการ

หลักเกณฑ์การพิจารณาของผู้ประกอบการเพื่อตัดสินใจว่าควรลงทุนหรือไม่ ในที่นี้ใช้เกณฑ์การพิจารณารายรับรวมเปรียบเทียบกับต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ ซึ่งสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจของผู้ประกอบการได้ดังนี้

7.1 กรณีรายรับรวมอยู่เหนือต้นทุนรวมทั้งหมดผู้ประกอบการจะได้รับกำไรที่เรียกว่า “กำไรเกินปกติ” (Excess Profit) ซึ่งในกรณีนี้ผู้ประกอบการจะดำเนินกิจการต่อ

7.2 กรณีรายรับรวมอยู่ในระดับที่เท่ากับต้นทุนรวมทั้งหมด ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่า ผู้ประกอบการรายนี้มีกำไรปกติ (Normal Profit) และสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้

7.3 กรณีรายรับรวมอยู่สูงกว่าต้นทุนผันแปร แต่ต่ำกว่าต้นทุนคงที่ แสดงว่าผู้ประกอบการขาดทุนในส่วนของต้นทุนคงที่ ซึ่งถือเป็นต้นทุนที่แม้ไม่มีรายได้ก็ต้องลงทุน ดังนั้นผู้ประกอบการจะตัดสินใจดำเนินกิจการต่อได้

7.4 กรณีรายรับรวมอยู่ต่ำกว่าต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ ผู้ประกอบการจะหยุดดำเนินกิจการ (Shut-down Point) เนื่องจากรายรับที่ได้ไม่คุ้มกับต้นทุนที่ลงทุนไป

ผลการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการ

จากการดำเนินการของ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ในรอบระยะเวลา 1 ปี มีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

รายการ	กรณีโครงการอิงโรงพยาบาล	กรณีโครงการไม่อิงโรงพยาบาล
1. รายรับรวมเท่ากับ *	358,969	358,969
2. ต้นทุนผันแปรเท่ากับ	22,560	22,560
3. ต้นทุนคงที่เท่ากับ**	171,925	416,205
4. ต้นทุนคงที่	194,485	438,765

หมายเหตุ * รายรับรวมได้จากค่าบริการซึ่งคิดจากอัตราของโรงพยาบาลเป็นฐาน และคิดค่าบริการขั้นต่ำต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง = 150 บาท/ครั้ง (ค่าบริการ = 100 บาท และค่าพาหนะตามอัตราค่าโดยสารในเขตเทศบาล 50 บาท)

** ต้นทุนคงที่ที่แตกต่างกันกรณีโครงการอิงโรงพยาบาลและไม่อิงโรงพยาบาลคือส่วนของการลงทุนใน Capital Cost

เกณฑ์การพิจารณา

1. กรณีอิงโรงพยาบาล

1.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(358,969 - 22,560) = 336,409$

1.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนคงที่เท่ากับ $(358,969 - 171,925) = 187,044$

ผลจากข้อ 1.1 และ 1.2 จะเห็นได้ว่ารายรับรวมมีค่าสูงกว่าต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ ดังนั้นผู้ลงทุนสามารถดำเนินการต่อไปได้ เนื่องจากมีกำไรเกินปกติ

2. กรณีไม่อิงโรงพยาบาล (เปรียบเทียบรายรับจริงกับต้นทุน)

2.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(358,969 - 22,560) = 336,409$

2.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนคงที่เท่ากับ $(358,969 - 416,205) = (57,236)$

ผลจากข้อ 2.1 ผู้ประกอบการจะดำเนินการต่อไปตราบเท่าที่ รายรับรวมมีค่า สูงกว่าต้นทุนผันแปร แต่เมื่อพิจารณาผลในข้อ 2.2 พบว่ารายรับรวมของโครงการที่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนคงที่แล้วมีค่าต่ำกว่า ผู้ประกอบการจะตัดสินใจหยุดกิจการเนื่องจากรายได้ที่ได้รับ ณ จุดนี้ไม่สามารถครอบคลุมต้นทุนในส่วนที่ลงทุนไป

3. กรณีไม่อิงโรงพยาบาล (เปรียบเทียบรายรับจากการประมาณการกับต้นทุน)

โดยรายรับจากการประมาณการได้จาก

- พยาบาล 1 คน เยี่ยมผู้รับบริการใหม่ (New Case) ได้ 2 ราย/วัน
- ระยะเวลา 1 ปี มี 20 วันทำการ/เดือน
- New Case = 2 ราย/วัน x 20 วันทำการ/เดือน x 12 เดือน = 480 ราย
- รายรับขั้นต่ำต่อการเยี่ยมไข้ 1 ครั้ง = 150 บาท/ราย

∴ ประมาณการรายได้ใน 1 ปี = $480 \times 150 = 72,000$ บาท/ปี

3.1 รายรับรวมเหนือต้นทุนผันแปรเท่ากับ $(72,000 - 22,560) = 49,440$

3.2 รายรับรวมเหนือต้นทุนคงที่ที่เท่ากับ $(72,000 - 416,205) = (344,205)$

ดังนั้นโครงการสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยต้องมีรายรับขั้นต่ำเท่ากับต้นทุน รวมทั้งหมด จากข้อมูลการประมาณโครงการคิดค่าบริการขั้นต่ำต่อการเยี่ยมไข้ 1 ครั้งเท่ากับ 150 บาท/ครั้ง ดังนั้นโครงการจะต้องเยี่ยมคนไข้ (New Case) ให้ได้ประมาณ $(416,205 \text{ บาท} \div 150 \text{ บาท/ราย})$ 2,775 ราย จึงจะครอบคลุมต้นทุนคงที่

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการตอบคำถามว่าทางเลือกในการให้บริการสุขภาพที่บ้านนั้นคุ้มทุนหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาศึกษาสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ผลได้ที่เกิดขึ้นทางตรงและทางอ้อม ในส่วนผลได้ทางตรงที่ได้จากงานศึกษาจะเห็นได้ว่า โครงการให้บริการสุขภาพที่บ้านสามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้กว่าร้อยละ 60 ซึ่งมีผลเชื่อมโยงให้โรงพยาบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้ ในขณะที่เดียวกันผลได้ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ คือความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นในบางกลุ่มโรค และในบางกลุ่มโรคไม่มีความแตกต่างระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลกับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนผลได้ทางอ้อมที่ได้รับคือการที่โครงการสามารถลดวันนอนในโรงพยาบาลได้ ทำให้อัตราการหมุนเวียนของการครองเตียงมีสูงขึ้น นอกจากนี้เมื่อนำการวิจัยในส่วนของความพึงพอใจมาร่วมพิจารณาด้วยแล้ว ผลได้ที่เกิดขึ้นกับสังคม คือ ผู้รับบริการโดยรวมมีความพึงพอใจ และความต้องการให้มีบริการต่อไป เนื่องจากผู้รับบริการรู้สึกเชื่อมั่น ในขณะที่ญาติได้มีโอกาสดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ในส่วนผู้ให้บริการก็มีความเห็นในเชิงบวกต่อการมีโครงการเพราะเห็นว่าโครงการจะช่วยลดภาวะการติดเชื่อและทำให้สภาพจิตใจของผู้รับบริการดีขึ้น ทำให้ชะลอการเข้ารับบริการลงได้

ในแง่ผู้รับบริการ เมื่อประเมินค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินแล้ว พบว่าผู้รับบริการจะมีค่าใช้จ่ายของการรักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน สูงกว่ารักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 94 ซึ่งค่าใช้จ่ายในส่วนนี้โครงการสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้หากมีผู้รับบริการการจ่าย

สำหรับในส่วนการวิเคราะห์ความคุ้มทุนในทางการเงินนั้นพบว่าโครงการที่อิงโรงพยาบาลซึ่งไม่ต้องลงทุนในส่วนของ Capital Cost จะมีกำไรเกินปกติ แต่หากโครงการจะดำเนินการในรูปองค์กรอิสระ รายรับที่ได้ไม่ครอบคลุมต้นทุนคงที่ ซึ่งโครงการต้องพิจารณาปรับเพิ่มค่าบริการหรือจำนวนครั้งของการให้บริการให้มากขึ้น ส่วนแนวทางในการเลือกวิธีการดำเนินการอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขององค์การผู้ดำเนินการจะนำไปพิจารณาต่อไป โดยการเลือกโครงการนี้ไปดำเนินการต้องคำนึงถึงเงื่อนไข 2 ประการ คือ

- ประการแรก เงื่อนไขที่จำเป็น กล่าวคือ ผู้รับบริการพร้อมและเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ไม่ว่าจะเป็นในรูปผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายเองหรือให้ผู้อื่นเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายก็ตาม
- ประการที่สอง เงื่อนไขที่เพียงพอซึ่งประกอบด้วยทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้ความร่วมมือและเข้าใจในระบบการให้บริการในลักษณะนี้ เนื่องจากบริการสาธารณสุขเป็นบริการพื้นฐานที่มีให้คุณภาพชีวิตของคนในสังคมดีขึ้น

ดังนั้นผู้ดำเนินการจะต้องคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของทุกกลุ่มคนในสังคมด้วย โดยในเชิงนโยบายอาจนำเอามาตรการภาษีหรือกองทุนชุมชนเพื่อสาธารณสุขหรือระบบประกันสุขภาพมาใช้เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง

อย่างไรก็ดี ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์อยู่หลายประการคือ

1. กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มโรคมีขนาดเล็ก
2. ข้อมูลที่เป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลใช้ข้อมูลจากงานศึกษาที่มีอยู่แล้ว
3. เกณฑ์การตัดสินใจว่าคุ้มทุนหรือไม่ไม่ได้มีการปรับค่าของเวลา
4. การวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มโรค โดยใช้ค่า ADL เป็นตัวชี้วัด ใช้เกณฑ์เดียวกันทุกกลุ่มโรค

ดังนั้นผู้ที่ทำการศึกษาต่อควรตระหนักถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเป็นฐานความคิดในการพัฒนาทางวิจัยในเชิงลึกในเรื่องการให้บริการสุขภาพที่บ้านต่อไป ในด้านรูปแบบให้บริการในอนาคตที่เหมาะสมและการศึกษา Costing เพื่อเป็นฐานข้อมูลในเรื่องผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งในภาครัฐและเอกชน

ตารางที่ 1 แสดงต้นทุนที่โรงพยาบาลประหยัดจากการที่คนไข้เลือกใช้บริการ โครงการบริการสุขภาพที่บ้านจำแนกตามจำนวนวันที่รักษา

กลุ่มโรค	จำนวนวันรักษาที่รพ นับจาก discharge	จำนวนวันรักษาที่โครงการ บริการสุขภาพที่บ้าน	ผลต่าง	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของรพ. ต่อ วันต่อกลุ่มโรค	ต้นทุนที่ประหยัดได้
235	7.29	7.14	0.15	8065	1,209.75
49	4.75	4.5	0.25	57425	14,356.25
14	16.14	15.43	0.71	17087	12,131.77
227	6	5	1	6430	6,430.00
215	6	5	1	8413	8,413.00
2	7	6	1	33158	33,158.00
145	5.67	4.67	1	2045	2,045.00
275	4	3	1	4185	4,185.00
4	8	6	2	18749	37,498.00
419	5	3	2	5253	10,506.00
254	8	6	2	18253	36,506.00
17	10	8	2	30671	61,342.00
324	3	1	2	9529	19,058.00
290	5	3	2	12228	24,456.00
89	4	1	3	35223	105,669.00
231	21	18	3	2588	7,764.00
15	7	4	3	3388	10,164.00
283	6	3	3	8136	24,408.00
64	5	2	3	7983	23,949.00
219	10	6.5	3.5	11962	41,867.00
296	8.5	4.5	4	9701	38,804.00
247	9.67	5.33	4.34	1275	5,533.50
88	12	7	5	13136	65,680.00
236	20	15	5	3657	18,285.00
224	10	4	6	23343	140,058.00
164	10	2	8	21712	173,696.00
404	10	1	9	31027	279,243.00
445	30	21	9	19153	172,377.00
457	20	8	12	59553	714,636.00
173	21	4.25	16.75	18959	317,563.25
179	30	8	22	4237	93,214.0
101	365	43	322	7647	2462,334.00

ตารางที่ 2 แสดง ADL ก่อนกลับบ้านและ ADLครั้งสุดท้ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโครงการฯ จำแนกตามกลุ่มโรค

กลุ่มโรค	ชื่อกลุ่มโรคร่วม	ADL ก่อนกลับ บ้าน ณ วันที่ discharge	ADL ครั้งสุดท้าย	ผลต่าง	รวม
2	Craniotomy for trauma, age greater than 17	20.00	18.00	-2.00	1
15	Transient ischemic attack & precerebral occlusions	2.00	0.00	-2.00	1
296	Nutritional & miscellaneous metabolic disorder, age > 17 with CC	20.00	19.00	-1.00	2
173	Digestive malignant without CC	14.25	13.75	-0.50	4
294	Diabetes age > 35	20.00	20.00	0.00	2
457	Extensive burn wo CC	20.00	20.00	0.00	1
236	Fracture of hip & pelvis	3.00	3.00	0.00	1
242	Septic Arthritis	12.00	12.00	0.00	1
127	Heart failure & shock	20.00	20.00	0.00	1
55	miscellaneous ear, nose, mouth & throat procedure	20.00	20.00	0.00	1
225	Foot procedure	20.00	20.00	0.00	1
12	Degenerative nervous system disorders	20.00	20.00	0.00	2
231	local excision & removal of internal fixation device except hip & femur	12.00	12.00	0.00	1
290	Thyroid procedure	20.00	20.00	0.00	1
64	Ear nose mouth & throat malignant	20.00	20.00	0.00	1
301	Endocrine disorders with CC	20.00	20.00	0.00	1
316	Renal Failure	13.00	13.00	0.00	1
319	Kidney & urinary tract neoplasm wo CC	20.00	20.00	0.00	1
89	Simple pneumonia and pleurisy, age >17 with CC	20.00	20.00	0.00	1
345	Other male reproductive system OR procedure except for malignancy	20.00	20.00	0.00	1
404	Lymphoma & non-acute leukemia wo CC	0.00	0.00	0.00	1
419	Fever of unknown origin, age > 17 with CC	8.00	8.00	0.00	1
101	Other Respiratory System diagnosis with CC	0.00	0.00	0.00	1
283	Minor sin disorders with CC	20.00	20.00	0.00	1
219	Lower extremity & humerus procedure, except hip/foot/femur, age 17 wo CC	17.00	17.50	0.50	2
247	Signs/symptoms of musculoskeletal system & connective tissue	13.00	13.67	0.67	3
324	Urinary stones wo CC	19.00	20.00	1.00	1
179	inflammatory bowel disease	19.00	20.00	1.00	1
441	Hand procedure for injuries	19.00	20.00	1.00	1
251	Fracture/Sprains/Dislocation of forearm/hand/foot age > 17 wo CC	18.50	19.50	1.00	2
256	Other musculoskeletal system & CNT diagnosis	18.00	20.00	2.00	1
215	back & neck procedure without	16.00	18.00	2.00	1
4	Spinal procedure	10.00	12.00	2.00	1
445	Traumatic injury, age > 17 wo CC	18.00	20.00	2.00	1
14	specific cerebrovascular disorders except TIA	6.14	8.29	2.14	7
17	nonspecific cerebrovascular disorders with CC	11.00	13.50	2.50	2
90	simple pneumonia and pleurisy, age >17 without CC	17.00	20.00	3.00	1
210	hip & femur procedure except major join, age >17 with CC	11.50	14.50	3.00	4
224	shoulder/elbow/forarm procedures except major joint procedure wo CC	17.00	20.00	3.00	2
235	fracture of femur	15.43	18.57	3.14	7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กลุ่มโรค	ชื่อกลุ่มโรครวม	ADL ก่อนกลับ บ้าน ณ วันที่ discharge	ADL ครั้งสุดท้าย	ผลต่าง	รวม
145	other circulatory system diagnosis wo CC	16.67	20.00	3.33	3
300	endocrine disorders with CC	15.67	19.00	3.33	3
49	major head & neck procedure	16.50	20.00	3.50	4
254	Fracture/Sprains/Dislocation of upper arm/lower leg except foot age 0-17	14.00	18.00	4.00	1
227	soft tissue procedure wo CC	15.00	19.00	4.00	2
164	Appendectomy with complicated principal diagnosis with CC	15.00	20.00	5.00	1
211	Hip & femur procedure except major join age > 17 with CC	13.00	18.00	5.00	1
88	chronic obstructive pulmonary disease	8.00	18.00	10.00	1
252	Fracture/Sprains/Dislocation of forearm/hand/foot age 0-17	10.00	20.00	10.00	1
275	Malignancy breast disorder wo CC	10.00	20.00	10.00	1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกับใช้
บริการที่ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน

กลุ่มโรค	รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ รพ.	ค่ารักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน	ผลต่าง
256	10092	33570	-23478
251	3711.5	24462.17	-20750.67
231	1220	21690	-20470
211	3034	21785	-18751
14	4933.28	17432.86	-12499.57
219	560	9969.83	-9409.83
17	2206	10222.5	-8016.5
179	838	7000	-6162
2	588	6090	-5502
227	2010	7389.5	-5379.5
300	5934.67	10843.33	-4908.67
457	3360	7880	-4520
236	29722	33859	-4137
319	956	4650	-3694
296	959	4623.33	-3664.33
210	6610.25	10125.5	-3515.25
127	2692	5840	-3148
164	520	3590	-3070
225	2476	5440	-2964

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มโรค	รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ รพ.	ค่ารักษากับ โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน	ผลต่าง
275	632	3330	-2698
12	3089	5693.33	-2604.33
290	84	2635	-2551
283	678	3125	-2447
90	338	2575	-2237
316	4162	6290	-2128
64	370	2315	-1945
441	6826	8726	-1900
49	4600.5	6110	-1509.5
324	309	1045	-736
145	6120.33	6486.67	-366.33
89	646	970	-324
345	2398	2605	-207
419	4469	4190	279
404	3565	2560	1005
55	4682	3660	1022
224	5377	3725	1652
4	7347	5660	1687
254	9752	7252	2500
247	8997.67	6471.67	2526
301	4630	2080	2550
215	14012	7950	6062
445	30149	23884	6265
252	13023	4202	8821
294	15809	7774	9035
15	14255	4335.67	9919.33
173	24872	6306.92	18565.08
235	26887.86	7409.86	19478
101	88184	51540	36644
242	66975	6855	60120
88	89741	6764	82977

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย ผู้ป่วยและญาติ นายแพทย์กมล วินะประดิษฐ์ คุณสิริวรรณ เดียวสุรินทร์ คุณแพรวพรรณ ต้นสกุล คุณฐิมาพร ทะปาละ และคุณ กัลยา บัวเพชร ที่กรุณาช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. การประชุมปฏิบัติการ. (2530) *Clinical decision analysis และ Clinical Economics*. ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, พทยา. หน้า 121-136.
2. ศุภสิทธิ์ พรธนาโรทัย และคณะ. (2540) *Diagnostic Related Groups in the low income patients*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์. เอกสารอัดสำเนา.
3. สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ และ แพรวพรรณ ต้นสกุล. (2542) รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. เอกสารอัดสำเนา.
4. อนงค์ ปิงพิพัฒนตระกูล, สิริวรรณ เดียวสุรินทร์, แพรวพรรณ ต้นสกุล และ นวลตา อาภาคัพพะกุล. (2542) รายงานการวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 29(4).
5. Mariame Neighbors. (1998) *A Practical Guide to Medical – Surgical Nursing in the Home*. WB Saunders Company, Philadelphia. 1-15.

บทที่ 6

ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง
ในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ (Satisfaction of Clients in Home Health Care
Service in Hat Yai Urban, Hat Yai Hospital, Songkla Province)

อนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล* แพรพรรณ ตันสกุล* สิริวรรณ เดียวสุนิธร* นวลตา อาภาคัพพะกุล**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง: กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเรื้อรังและญาติต่อการบริการสุขภาพที่บ้านในเขตเมืองของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการการดูแลสุขภาพ จำนวน 71 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกันยายน 2540 ถึง กันยายน 2541

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการด้าน การจัดบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ ความถี่ของการให้บริการ การจัดเวลาบริการ การประเมินความคุ้มค่าและค่าใช้จ่าย 2) กลุ่มผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับด้านการจัดบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการบริการ ความคุ้มค่าระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและครอบครัวได้รับประโยชน์ไม่แตกต่างกัน 3) ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่า เป็นบริการที่ดี เป็นโครงการที่ดี บุคลากรที่มาให้บริการเหมาะสม ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุข และต้องการให้ทีมสุขภาพไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งการขยายบริการและดำเนินการให้บริการต่อไป

Abstract

This study is a part of evaluated project of Model Developing of Home Health Care Service for the patients with chronic disease in Hat Yai urban. The satisfaction of the patients with chronic disease and caretaker was studied. The study used a cross sectional design. From 71 subjects, data were collected by interviewing the patients and caretakers who used home health care service of Hat Yai hospital. Results show : 1) most of the patients and caretakers were satisfied with service of health team and cost of service. 2) The comparison of satisfaction of the patients and caretakers is not significant different. 3) For one opened question, the patients and caretaker could critically comment and give suggestion which lead to

*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

**นักวิจัย หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

conclusion by using ethnograph version 4.0 : good service, good project, good personnel and patient and family well – being. The patients and caretakers need the health team and continue this program and also extend the program for another service.

Keywords : home health care, satisfaction, family, cost unit

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากขึ้น (สงวน, 2539) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมถึงโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุในท้องถนนและอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาได้ ดังจะเห็นได้จากผลการสรุปปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและแบบแผนการเจ็บป่วยระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2539 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะอัตราที่ค่อนข้างสูง ผลการรวบรวมสถิติอัตราการครองเตียงทั่วประเทศ (พ.ศ. 2535 – 2539) พบว่า มีทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นผลให้อัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลอยู่ในอัตราสูงถึง 1 : 540 (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ถ้าพิจารณารายละเอียดแล้วจะพบว่า ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเหล่านั้นส่วนหนึ่งสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ภายหลังจากระยะเจ็บป่วยแล้ว

ในต่างประเทศ การให้การดูแลสุขภาพที่บ้านได้มีการพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2343 และได้รับการพัฒนามาเรื่อย ๆ Albrecht (1990) ได้พัฒนาแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่บ้านเน้นการพัฒนาทีมผู้ให้บริการ ระบบการบริการและการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับประเทศไทยนับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (2535-2539) เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านและได้เสนอให้นำมาใช้ในการจัดบริการขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ จากการศึกษาข้อมูลของผู้ใช้บริการของศูนย์สุขภาพดีที่บ้านและงานรักษายาบาลในชุมชนของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมพบว่าในปี 2536 มีผู้มาขอรับบริการทั้งสิ้น 322 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว แต่กลับพบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการดูแลครั้งแรกประมาณ 7 วันหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, 2536) นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินการดังกล่าวยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควรทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ขาดการประสานงานและไม่มีรูปแบบที่เหมาะสม ขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ขาดความพร้อมในการเตรียมบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ

จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การทดลองจัดบริการโครงการการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โครงการนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะแรก เป็นการพัฒนาทีมผู้ให้บริการ ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาโปรแกรมเพื่อการเก็บข้อมูล ระยะที่ 2 เป็นขั้นการดำเนินงานและปรับปรุงให้เหมาะสมสถานการณ์

ระยะที่ 3 เป็นการดำเนินงานเต็มรูปแบบ และประเมินผลการดำเนินงานทั้ง 3 ระยะ รวมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 90 ราย แต่มีบางส่วนเป็นกลุ่มที่ใช้ในการทดสอบแบบสัมภาษณ์ และบางส่วนย้ายที่อยู่ออกไปนอกเขตจังหวัดสงขลา

การประเมินโครงการเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจว่าโครงการดังกล่าวควรดำเนินการต่อไปหรือไม่ และนำไปเป็นแนวทางในการจัดเตรียมและพัฒนาบุคลากรในการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังที่บ้านให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นการประเมินความพึงพอใจจึงเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เป็นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการในโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วยและญาติผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ที่ขอรับบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จำนวน 71 ราย

2. วิธีการเก็บข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มประชากรเป้าหมายระหว่างเดือนกันยายน 2540 ถึง กันยายน 2541

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ โดยแบ่งเป็น คำถามปลายปิด 13 ข้อ และคำถามปลายเปิด 1 ข้อ คำถามปลายปิดประกอบด้วยคำถาม 5 หมวด ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความพึงพอใจต่อการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน 3) การรับรู้เกี่ยวกับโครงการและการติดต่อสื่อสาร 4) ประโยชน์ของโครงการต่อครอบครัวและชุมชน และ 5) ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า แล้วนำไปทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อถือได้ของครอนบัค (Cronbach's alpha) (ธวัชชัย, 2540) ได้ค่าแอลฟา 0.76

ผลการศึกษา พบว่า

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นผู้ป่วยและญาติในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 46.5 และ 53.5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.8 เป็นเพศชาย

ความพึงพอใจต่อการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

ในภาพรวมร้อยละ 70.4 พอใจมาก รองลงมาร้อยละ 26.8 พอใจปานกลาง และพื่อน้อยเพียงร้อยละ 2.8

การจัดบริการ เวลาของการจัดบริการ ร้อยละ 84.5 เห็นว่าเหมาะสม ส่วนความถี่ของการให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าเพียงพอร้อยละ 81.7 อย่างไรก็ตามมีร้อยละ 15.4 ที่มีความเห็นว่า เวลานั้นเกินไปและความถี่ไม่เพียงพอ (ตารางที่ 1)

ด้านบุคลากรที่ไปให้บริการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.1 เห็นว่า เหมาะสม (ตารางที่1)

การรับรู้เกี่ยวกับโครงการและการติดต่อสื่อสาร

ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 77.4 ทราบเกี่ยวกับการบริการที่โครงการนี้จัดขึ้นจากพยาบาล รองลงมาทราบจากแพทย์ และญาติ ร้อยละ 15.5 และ ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ ส่วนการติดต่อสื่อสารกับศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 84.5 เห็นว่าสะดวก แต่ก็มีส่วนเห็นว่าควรปรับปรุงร้อยละ 7.0 นอกจากนี้ร้อยละ 1.4 เห็นว่า ติดต่อยาก (ตารางที่ 1)

ประโยชน์ของโครงการต่อครอบครัวและชุมชน

เมื่อตรวจสอบความเชื่อของโครงการว่าการจัดบริการมีประโยชน์จริงหรือไม่ จากคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ความเห็นของครอบครัวร้อยละ 70.4 เห็นว่าครอบครัวได้ประโยชน์มาก รองลงมาร้อยละ 23.9 เห็นว่าได้ประโยชน์ปานกลาง ส่วนที่เห็นว่าได้ประโยชน์น้อยมีร้อยละ 5.6 ในทำนองเดียวกันในความเห็นของเพื่อนบ้านส่วนมากร้อยละ 70.4 มีความเห็นว่าดี (ตารางที่ 2)

ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า

ในการเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายภายหลังจากการได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และเลือกใช้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านกับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.2 ตอบว่าค่าใช้จ่ายที่บ้านน้อยกว่าที่โรงพยาบาล มีร้อยละ 31.0 ตอบว่าใกล้เคียงกัน มีเพียงร้อยละ 9.8 ตอบว่าค่าใช้จ่ายที่บ้านแพงกว่าเมื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล (ตารางที่ 2)

ในการประเมินค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการขอรับบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4 ประเมินว่าค่าบริการตามอัตราที่ทางโครงการ ฯ กำหนดมีความเหมาะสมและปานกลาง มีร้อยละ 21.1 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับความรู้สึกคุ้มค่าเมื่ออยู่บ้านมากกว่าที่จะอยู่โรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 66.2 (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

โดยการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ ไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการให้บริการ บุคลากรที่ไปให้บริการ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล ความคุ้มค่าระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล และครอบครัวได้รับประโยชน์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p>.05$) (ตารางที่ 3)

ข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด

ผู้ป่วยและญาติแสดงความเห็นและข้อเสนอแนะ และเมื่อนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้โปรแกรม Ethnograph version 4.0 สรุปได้ดังนี้ 1) ให้บริการที่ดี 2) เป็นโครงการที่ดี 3) ผู้ให้บริการเหมาะสมดี 4) ครอบครัวมีความสุข 5) ให้คำแนะนำที่ดี 6) ควรขยายบริการ 7) ควรเพิ่มจำนวนครั้ง

ของการให้บริการ 8) ควรมีเครื่องมือเพิ่ม ควรเพิ่มเวลา และช่วยให้ครอบครัวไม่เสียเวลา และ 9) ควรให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ

วิจารณ์และสรุปผล

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นญาติและผู้ดูแลมากกว่าผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยของโครงการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางรายสภาพร่างกายและอาการของโรคยังต้องให้ญาติหรือผู้ดูแล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องอยู่ อีกทั้งไม่พร้อมที่จะตอบคำถามด้วยตนเอง

ด้านการจัดบริการ การจัดเวลาและความถี่ของการให้บริการ พบว่า อยู่ในระดับพอใจมาก เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านทั้งนี้ น่าจะมาจากผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและยังมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับในขณะวางแผนจำหน่ายไปใช้ให้เข้ากับชีวิตประจำวันของตนเองรวมทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว (Shepped, 1998) รวมทั้งญาติมีความเข้าใจในการให้การดูแลอย่างถูกต้องและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นตามสภาพของรายโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นอีกทั้งรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยในขณะเจ็บป่วย (Marasshima, Zekh and Yamada, 1998) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดมีความผูกพันโดยเฉพาะการดูแลคนในครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วย (Jones, 1997 ; Chen, Cheng and Chen, 1997) ค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับบ้านและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันและน้อยกว่าที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาที่บ้านญาติต้องดูแลในเรื่องอาหาร เสื้อผ้าและอื่น ๆ แต่ความคุ้มค่าที่ได้รับคือ การที่ญาติไม่ต้องขาดงานและขาดรายได้ รวมทั้งไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (นิภา, สมพร และพรทิวา, 2539 ; McCorkel, Jepsso and Lusk et al. 1994) ค่าเสียโอกาสและรายได้จากการทำงาน ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ญาติหรือตัวผู้ป่วยมีความพอใจน้อยอาจเนื่องมาจากการเห็นว่าไม่ได้ทำให้อาการดีขึ้นชัดเจนยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่โดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้และต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่บ้านในด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้และการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม เช่น การเตรียมเครื่องมือดูแลตนเอง เป็นต้น

ด้านบุคลากรของทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทางศูนย์บริการ ฯ จัดทีมบริการโดยได้พิจารณาตามความเหมาะสมของอาการและความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้รับบริการ มีความเห็นโดยรวมว่า เหมาะสม ทั้งนี้คุณสมบัติของทีมสุขภาพนี้เป็นสิ่งที่ญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญมากโดยเชื่อว่าการได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลปลอดภัยและสะดวกกว่า ดังนั้นบุคลากรที่ออกไปให้บริการจึงต้องมีความเหมาะสมและเข้าใจทั้งผู้ป่วยและญาติ จะทำให้เกิดการยอมรับบริการบริการผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นและถ้าการบริการที่ได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและที่บ้านไม่แตกต่างกันก็น่าจะเปลี่ยนทัศนคติของทั้งผู้ป่วยและญาติให้มานิยมใช้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ในคำถามเปิด พบว่าทั้งญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวถึงบุคลากรที่ไปให้บริการว่าได้รับการบริการอย่างดีมิใช่เฉพาะที่บ้านเท่านั้น เวลาที่ผู้ป่วยและญาติมาใช้บริการติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดก็ยังได้รับการดูแลอย่างดีเป็นที่พอใจและมีความรู้สึกเหมือนญาติด้วย

ด้านประโยชน์-คุณค่าที่ได้รับของผู้รับบริการ นอกจากครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์โดยตรงแล้วยังส่งผลถึงชุมชน/เพื่อนบ้านด้วย อาจเนื่องมาจากเห็นว่าการบริการดังกล่าวเป็นการบริการที่บุคลากรทางการแพทย์มาให้บริการถึงที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความสะดวกรวมทั้งได้รับคำแนะนำทันทีเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในกลุ่มของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการให้บริการ บุคลากรที่ไปให้บริการ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล ความคุ้มค่าระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล และครอบครัวได้รับประโยชน์ อาจเนื่องจากการจัดบริการดังกล่าวตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ เพราะในการดำเนินการทั้งผู้รับบริการ แพทย์และพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินการและมีการปรับเปลี่ยนการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ แพทย์ก็ทราบความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ส่วนผู้ให้บริการโดยตรงได้แก่พยาบาลก็มีอิสระในการให้บริการอย่างเต็มความสามารถของตนเองอย่างเด่นชัด

ด้านโรงพยาบาลก็ได้รับผลประโยชน์ทางอ้อมคือผู้ป่วยรายอื่นมีโอกาที่จะเข้ารับการรักษามากขึ้นมีการหมุนเวียนของผู้ป่วยมากขึ้นทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในเรื่องโอกาสและความเสมอภาคในการใช้บริการเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นการขยายบริการสู่ชุมชนอีกด้วย แต่การจัดบริการนี้ยังเป็นเพียงการดำเนินงานเพื่อหารูปแบบที่ควรจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงหรือขยายการดำเนินงานและผู้รับบริการที่ค่อนข้างหลากหลายจึงเป็นเพียงแนวทางกว้าง ๆ เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่เน้นเฉพาะโรคต่อไป

ข้อเด่น

งานวิจัยนี้ก่อให้เกิดรูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมและเป็นความร่วมมือที่สำคัญของทีมสุขภาพที่ได้ทำงานอย่างศักยภาพ ได้รับความเสมอภาพและการบริการที่คุณภาพแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะโรค ทั้งนี้เพื่อจะได้เปรียบเทียบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. เพิ่มบริการโดยจัดให้มีความหลากหลายของบริการและอัตราค่าบริการ เพื่อจะได้ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง รวมทั้งนำไปสู่การขยายบริการได้มากยิ่งขึ้น
3. ศึกษาความแตกต่างของความรุนแรงของโรค ซึ่งน่าจะเป็นตัวกำหนดในการเลือกใช้บริการ และระยะเวลาที่ใช้ในการบริการ รวมทั้งการค้ำหนุนในการจัดบริการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้รับบริการที่กรุณาให้ข้อมูล นายแพทย์อมร รอดคล้าย นายแพทย์กมล วินะประดิษฐ์ คุณจุฬามพร ทะपाल และคุณ กัลยา บัวเพชร ที่กรุณาช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า และขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย มา ณ ที่นี้ด้วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามความพึงพอใจต่อการจัดบริการที่บ้าน
การแนะนำผู้อื่น การจัดเวลา ความถี่ของการบริการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การบริการที่บ้าน		
พอใจน้อย	2	2.8
พอใจปานกลาง	19	26.8
พอใจมาก	50	70.4
การแนะนำโครงการต่อญาติ/เพื่อน/ผู้อื่น		
แนะนำ	67	94.4
ไม่แน่ใจ	4	5.6
การจัดเวลาให้บริการ		
น้อยเกินไป	11	15.5
เหมาะสม	60	84.5
ความถี่ของการให้บริการ		
ไม่เพียงพอ	11	15.4
เพียงพอ	58	81.7
มากเกินไป	2	2.8
บุคลากรที่ไปให้บริการ		
ควรปรับปรุง	5	7.0
เหมาะสม	66	93.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามค่าใช้จ่ายเมื่ออยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่บ้าน และประเมินความคุ้มค่า

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล		
มากกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	7	9.8
ใกล้เคียงกับที่อยู่โรงพยาบาล	22	31.0
น้อยกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	42	59.2
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ		
แพง	7	9.8
เหมาะสม	60	84.5
ถูกไป	3	4.2
ไม่ออกความเห็น	1	1.4
ประเมินความคุ้มค่า		
คุ้มกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	47	66.2
ใกล้เคียงกัน	11	15.5
อยู่โรงพยาบาลคุ้มกว่า	13	18.3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการ การจัดเวลา ความถี่ของการให้บริการ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล ความคุ้มทุนระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและครอบครัวได้รับประโยชน์

ข้อมูล	ผู้รับบริการ		รวม	Df	Chi- square Test	P value
	ผู้ป่วย	ญาติ				
การบริการที่บ้าน						
พอใจน้อย	1	1	2	2	0.203	0.904
พอใจปานกลาง	8	11	19			
พอใจมาก	24	26	50			
การจัดเวลา						
น้อยเกินไป	4	7	11	1	0.535	0.464
เหมาะสม	29	31	60			
ความถี่ของการให้บริการ						
ไม่เพียงพอ	5	6	11	2	0.015	0.993
เพียงพอ	27	31	58			
มากเกินไป	1	1	2			
บุคลากรที่ไปให้บริการ						
ควรปรับปรุง	4	1	5	1	2.224	0.135
เหมาะสม	30	36	64			
เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรง พยาบาล						
มากกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	5	2	7	2	2.052	0.358
ใกล้เคียง	9	13	22			
น้อยกว่าเมื่ออยู่โรงพยาบาล	19	23	42			
ความคุ้มทุนระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล						
คุ้มกว่าอยู่โรงพยาบาล	24	23	47	2	1.186	0.553
ใกล้เคียงกัน	4	7	11			
อยู่โรงพยาบาลคุ้มกว่า	5	8	13			
ครอบครัวได้ประโยชน์						
น้อย	1	3	4	2	2.846	0.241
ปานกลาง	6	12	18			
มาก	26	23	49			

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย ผู้ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติ นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ คุณฐิมาพร ทะปาละ และคุณกัลยา บัวเพชร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย มา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2538) *แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์. เอกสารอัดสำเนา.
2. กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2536) *ข้อมูลผู้รับบริการศูนย์สุขภาพดีที่บ้านและงานรักษาพยาบาลในชุมชน* กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ (รายงานจากสมุดบันทึกการขอรับบริการ).
3. ธวัชชัย จามสันติวงศ์. (2540) *ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น.หลักการใช้และวิธีการใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย*. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร, 373-415.
4. นิภา วรรณะภูมิ, สมพร เลิศวิสัยเสถียร และพรทิวา อินทร์พรหม. (2539) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลลำปาง. *ลำปางเวชสาร*. 17(2), 115-124.
5. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2539) *การใช้ข้อมูลสาธารณสุขกับการกำหนดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การปฏิบัติระบบข้อมูลสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดี ถิ่นหน้าของประชาชนไทย 20 มีนาคม 2539 ณ โรงแรมเอเชีย, กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.
6. Albrecht, M.N. (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implication for Research : Practice and Education, *Public Health Nurs.* 2, 118-129.
7. Chen, F., Cheng, T. and Chen, H. (1997) An exploratory study of job stress and related factors among home health care nurses in Taiwan(Chinese), *Nurs Res (China)*. 5(3), 223-232.
8. Green, K., and Lydon, S. (1995) Home health cardiac rehabilitation, *Home Healthc Nurse*. 13(2), 29-39.
9. Jones, P.M. (1997) Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital Discharge, *Home Care Provider*. 2(5), 235-243.
10. McCorkel, R., Jepson, C., Malone, D., Lusk, E. et al. (1994) The Impact of Post-hospital home care and Patients cancer, *Res Nurs Health*. 17(3), 243-251.
11. Mariame, Neighbors. (1998) *A practical guide to Medical-Surgical Nursing in the Home*. W.B Saunders, New York. 11-15.

12. Moss, A.H., Oppenheimer, E.A., Casey, P. et al. (1996) Patients with amyotrophic lateral sclerosis receiving long-term mechanical ventilation: advance care planning and outcome, *Chest*. 110(1), 249-255.
13. Murashima, S., Zerwekh, J.V., Yamada, M. et al. (1998) International Scholarship. Around the clock nursing care for the elderly in Japan, *Image J Nurs Sch*. 1, 37- 40.
14. Shepped, S. and Liffie, S. (1998) *Effectiveness of hospital at home compared to in-patient hospital care* . The Cochran Library (Oxford) issue 2.
15. Stolley, J.M. and Koenig, H., (1997) Religion/spirituality and health among elderly African Americans and Hispanics, *J. Psychoso Nurs Ment Health Serv*. 35(11), 32-38.

บทที่ 7

การประเมินระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่
(Evaluated Management System and Satisfaction of Clients in Project Model Development of Home Health Care Delivery System for Chronic Patient : A Case Study of Hat Yai Municipality)

สิริวรรณ เดียวสุรินทร์* แพรพรรณ ต้นสกุล*

บทคัดย่อ

ในการพัฒนาการจัดระบบบริการสิ่งที่สำคัญ คือ การประเมินผลการดำเนินงานทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินกระบวนการการให้บริการและผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพและมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ กลุ่มประชากรศึกษา 1) เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการ ระหว่างเดือนกันยายน 2541-พฤศจิกายน 2541 จำนวน 10 ราย 2) ผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ วิธีการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการและค่าบริการ เห็นสมควรมีโครงการนี้ต่อไปและควรประชาสัมพันธ์ให้แพร่หลาย เพราะสามารถลดค่าใช้จ่าย ด้านค่าพาหนะ และอาหาร ญาติได้ดูแลใกล้ชิด รู้สึกปลอดภัย และเพื่อนบ้านเห็นว่าเป็นโครงการที่ดี มีบางรายเสนอให้กำหนดอัตราค่าบริการเพื่อให้สามารถเลือกซื้อบริการได้ 2) แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพ พึงพอใจเนื่องจากสามารถลดจำนวนวันนอนของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลลง ลดการติดเชื้อสภาพจิตใจของผู้รับบริการดีขึ้น แต่ควรปรับค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่ายหรือคิดตามกิจกรรมการให้บริการ 3) แบบแผนของการจัดระบบบริการ ประกอบด้วย วางแผนจำหน่าย การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ การประสานงาน การจัดการสุขภาพที่บ้านและการติดตามนิเทศการให้บริการ 4) พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนจำหน่าย ประสานงาน และให้บริการผู้รับบริการที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

Abstract

For the research and development, project evaluation is very important. The aims of the study were to 1) Evaluate process and outcome of project 2) assess patients and caretakers' satisfaction with the home health care service. The subjects were : 1) 10 patients and 10 caretakers who register for the service during September 1998 - November 1998. 2) Health teams : physician nurses , physical therapists and nutritionist. Data collected by in-depth interview as structure. Results were : 1) the patients and caretakers were satisfied with nursing services, medical service and service charge. The service should be extend for all kinds of patients. Home health care service decreased direct and indirect cost. 2) Health teams were satisfied with shortening bed occupancy rate, decreasing readmission rate and decreasing acquired hospital infection 3) Management system were : discharge planning ,cooperating, nursing care service and nursing supervision 4) staff nurses in ward could play the role of discharge planner , cooperation, brace up self-care and home health care nurse. In additional the patients and caretakers suggested that Home health care program should be extended.

Keywords : home health care, satisfaction, management system

บทนำ

จากผลการดำเนินโครงการบริการสุขภาพที่บ้านที่ผ่านมามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 พบปัญหาในเรื่องความเข้าใจนโยบายที่แตกต่างกันของผู้ปฏิบัติ มีปัญหาของการบริหารจัดการ ทำให้มีรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันและไม่มีคุณภาพ (วาริ, 2540; ศุภชัย และประพิน, 2536) จากสถานการณ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ยังต้องให้บริการอีกต่อไป ในขณะที่ผู้รับบริการมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ (Steward, 1997) โรงพยาบาลหาดใหญ่จึงจัดให้มีบริการสุขภาพที่บ้านขึ้นตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อประเมิถึงปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นต่อการบริการ ทีมผู้วิจัยจึงทำการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อนำผลการวิจัยไปปรับปรุงให้การบริการมีประสิทธิภาพต่อไป

การพัฒนาระบบการจัดบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นระยะเตรียมการด้านเอกสาร และการทดลองหารูปแบบที่เหมาะสมในการวางแผนจำหน่าย การประชาสัมพันธ์ และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามรูปแบบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในระยะที่ 1 โดยระยะที่ 2 นี้มีการปรับเปลี่ยนน้อยมาก และเกิดความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลประจำการ แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการมากขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นการดำเนินการเต็มรูปแบบและมีการประเมินผลการดำเนินงานทั้งด้านการจัดระบบบริการ ความพึงพอใจต่อการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ
วัตถุประสงค์ของวิจัย

เพื่อประเมินระบบการจัดการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการในโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

วิธีดำเนินการ

กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษา มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโครงการ ที่มารับบริการระหว่าง เดือนกันยายน 2541 – พฤศจิกายน 2541 จำนวน 10 ราย ทั้งนี้เพราะกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะที่ 3 ของการดำเนินการ ซึ่งระยะที่ 3 นี้ถือว่าเป็นระยะที่สมบูรณ์และไม่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการแต่อย่างใด (ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนเรื่อย ๆ)

2. บุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายได้แก่ แพทย์ 7 ท่าน (มีบางท่านให้การดูแลผู้รับบริการ 2 ราย) พยาบาลประจำการ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

วิธีเก็บข้อมูล

1. สัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มประชากรตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้ทีมผู้ประเมินผลซึ่งได้รับการฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม และทักษะการสังเกต จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาคำหลัก จัดหมวดหมู่ และสร้างข้อสรุปเป็นหลักการ

2. การจัดเสวนากลุ่ม (focus group) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลผู้ให้บริการ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ในการประเมินผลความพึงพอใจ ทีมผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกต บันทึกพฤติกรรม ประกอบด้วยการใช้เครื่องมืออื่น ๆ ดังนี้

1. เทปบันทึกเสียงและตลับเทปสำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการทำสะท้อนโดยกลุ่ม

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา

3. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 3 ชุด เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ 1 ชุด สำหรับสัมภาษณ์แพทย์ จำนวน 7 ข้อ 1 ชุด และพยาบาลและบุคลากรอื่น จำนวน 7 ข้อ 1 ชุด

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทีมผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการในวงจรที่ 2 จำนวน 3 ราย ทดลองใช้กับแพทย์ จำนวน 1 ราย และพยาบาลจำนวน 2 ราย นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขก่อนไปใช้จริง

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 45-70 ปี เป็นผู้รับบริการชาย 7 ราย หญิง 3 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเป็นส่วนใหญ่ (9 ราย) ส่วนอีก 1 ราย อยู่นอกเขตเทศบาล เนื่องจากลูกชายเพิ่งย้ายบ้านไปอยู่นอกเขต และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เนื่องจากตนเองหรือลูกรับราชการเป็นส่วนใหญ่ มี 2 ราย ที่ใช้บัตรสวัสดิการรักษารักษาและอีก 2 รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการคัลยกรรมกระดูก ซึ่งได้รับการผ่าตัด รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รับบริการทุกคนได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับแพทย์และพยาบาล และผู้รับบริการทุกคนได้รับการบริการสุขภาพที่บ้านจากพยาบาล มีเพียง 1 รายได้รับการบริการจากนักกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่แล้วจะได้รับการบริการ 2 กิจกรรม มีผู้รับบริการจำนวนเท่า ๆ กัน ที่ได้รับการบริการสุขภาพที่บ้านและวางแผนจำหน่ายจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นและจากพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

จากการศึกษาความพึงพอใจเชิงคุณภาพ สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มคือความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพอื่น มีรายละเอียดดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการวัดผลลัพธ์ของการจัดบริการ ในการประเมินโครงการนี้จะครอบคลุมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยกล่าวถึงความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ การบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า และการประชาสัมพันธ์การบริการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ (9 ราย) พึงพอใจมาก เพราะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ สะดวก ไม่เสียเวลา ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพราะมีพยาบาลมาให้บริการถึงที่บ้าน เกิดความอบอุ่นทางใจ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ได้รับคำแนะนำให้ความรู้และติดตามความก้าวหน้าของโรค รู้สึกอิสระสามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้และยังได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีผู้ดูแล 2 ราย รู้สึกพึงพอใจที่สามารถประกอบอาชีพ ประชุมอาหารและพักผ่อนได้เมื่อผู้รับบริการกลับมาอยู่ที่บ้าน นอกจากนั้นในผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว การบริการเช่นนี้ทำให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ดังที่กล่าวว่า

“รู้สึกพอใจในการบริการมาก เพราะบุคลากรที่ให้บริการดูแลเอาใจใส่คนไข้ได้ตรงตามความต้องการ และได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของคนไข้ เราให้เขามาตรวจสอบเช็คดูแล้วปรากฏว่าเค้าก็ทำตามความต้องการของผู้รับบริการ เช่นเกี่ยวกับที่วัดความดันหรือแนะนำเกี่ยวกับการกินอยู่ของแต่ละวันที่ผู้รับบริการมีความจำเป็น”

“มีความพึงพอใจในการบริการเยี่ยมบ้านมาก เพราะถ้าได้มาเยี่ยมบ้านและทำบำบัดรักษาที่บ้านทำให้มีผู้ดูแล เวลากลับจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้สูงอายุลูกเต๋ไปทำงาน ลูกหลานก็ไม่มี ถ้ามีพยาบาลทำให้อุ่นใจ มั่นใจยิ่งขึ้น”

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่าความเจ็บป่วยที่ผู้รับบริการได้รับแม้พ้นระยะวิกฤติมาแล้ว แต่ผลของโรคทำให้การดำเนินชีวิตไม่เป็นปกติ จึงเกิดความวิตกกังวล และหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ประกอบกับผู้รับบริการส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะกลับบ้านก็ต่อเมื่อหายจากโรคแล้ว แต่จากการได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับแพทย์และพยาบาลถึงกิจกรรมที่ควรจะได้รับที่บ้าน เช่น ทำแผล (6 ราย) กายภาพบำบัด (1 ราย) การนัดหมายวันเวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนและผู้ให้บริการไปตรงตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับพยาบาลผู้ให้บริการบางคน (3 ราย) ไปเยี่ยมผู้รับบริการที่เตียงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการได้ จึงทำให้ผู้รับบริการเกิดความ พึงพอใจ มั่นใจว่าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครบวงจรจนอาการทุเลา

1.2 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ (8 ราย) เห็นว่าการจัดบริการ บุคลากรที่ให้บริการ ความถี่และระยะเวลาที่ให้บริการเหมาะสมดีแล้ว เนื่องจากได้มีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งเป็นความต้องการของผู้รับบริการเองดังที่กล่าวว่า

“การให้บริการคิดว่าเหมาะสมแล้วเพราะว่าเป็นไปตามความต้องการของคนไข้เองเพราะเรटक ลงกันเองแล้ว”

มีผู้รับบริการ 3 ราย แม้ว่าสิ้นสุดการบริการแล้วแต่ยังขอรับบริการต่อโดยที่ผู้รับบริการ 2 ราย ขอจ่ายค่าบริการเอง เพื่อให้ได้รับการบริการต่อเนื่อง ทำให้คณะผู้วิจัยพบว่าผู้รับบริการรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่ดีสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ประกอบกับผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีความศรัทธาในความรู้ความสามารถของทีมสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลดังกรณีของคุณรา (นามสมมติ) ซึ่งฝึกหัดเดินเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุไขสันหลังถูกกระแทกกล่าวว่า

“คนที่ม่ประสบการณ์วิธีมาคอยดูแลในการทำกายภาพบำบัด ทำให้คนไข้รู้สึกปลอดภัยที่มีคนมาคอยแนะนำ และทำได้เต็มที่ มันได้ออกกำลังกายแล้วอาการดีขึ้น ถ้าเราทำเองมันจะไม่ปลอดภัย บางทีมันอาจจะไม่ถูกวิธีก็ได้ เราทำเองทำได้ไม่ดี กลัวว่าอันตรายด้วย เขามาทำเราได้ออกเต็มที่แบบไม่กลัว”

มีผู้รับบริการ 2 รายที่ต้องการให้บริการให้ดีขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานต้องการกำลังใจ เพื่อสร้างความมั่นใจดังที่กล่าวว่า

“จริงแล้วอยากให้มา 4-5 วันครึ่งนึง ครึ่งหลังจะ late เป็น 2 อาทิตย์ครึ่ง ถ้าอาการหนักก็ควรมาบ่อยกว่านี้”

1.3 ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่า

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการ 7 ราย เห็นว่าการกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถลดค่าใช้จ่ายลง เนื่องจากไม่ต้องเดินทางไป-กลับ เพื่อเฝ้าผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายในที่นี้ไม่กล่าวถึงค่ายา ค่าห้อง และค่าเตียงเนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ เพราะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้แต่เป็นค่าใช้จ่ายอื่น ซึ่งเป็นค่าเสียโอกาสที่เป็นความคุ้มค่าที่ผู้ดูแลสามารถประกอบอาชีพได้ไปพร้อมๆ กับดูแลผู้ป่วย การได้เล่นกับหลาน ได้พักผ่อนและช่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น ดังที่กล่าวมา

“ถ้าพักที่บ้านคนเฝ้าได้ทำงานอย่างอื่นได้บ้าง”

“อยู่บ้านก็สะดวกในการเข้าห้องน้ำห้องท่า อะไอย่างที่ว่าคนไข้เค้าลุกขึ้นไม่ได้ อยู่โรงพยาบาลมันลำบากต้องเดินเข้าเดินออก ต้องเฝ้าเค้าตลอดเวลา ถ้าอยู่บ้านนี้บางทีให้เค้าเข้าห้องน้ำเองได้ ช่วยตัวเองกัน (ด้วย)”

มีผู้รับบริการ 1 ราย ที่เห็นว่าการกลับมาอยู่ที่บ้านมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อยังรักษาที่โรงพยาบาลผู้รับบริการรับประทานอาหารของโรงพยาบาล ในขณะที่เมื่อกลับบ้านจะประกอบอาหารบำรุงกำลังให้ผู้รับบริการ เช่น เห็ดหอม รังนก เป็นต้น ส่วนผู้รับบริการ 2 ราย ซึ่งต้องจ่ายค่าบริการเองพึงพอใจกับการคิดค่าบริการของโครงการ ซึ่งจะสรุปค่าบริการสุขภาพที่บ้านและแจ้งให้ทราบก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการพิจารณาว่าสามารถจ่ายค่าบริการได้หรือไม่ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการตลาด ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของผู้ซื้อหรือผู้รับบริการจะมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยทั่วไปแล้วผู้รับบริการจะมีความต้องการการบริการที่มีคุณภาพคุ้มค่ากับเงินที่จ่าย

1.4 การประชาสัมพันธ์

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ (9 ราย) รู้จักโครงการนี้จากพยาบาล เนื่องจากยังไม่มีมีการประชาสัมพันธ์โครงการอย่างแพร่หลาย มีผู้รับบริการ 1 ราย เมื่อได้เข้าโครงการวิจัยนี้แล้วได้ขออนุญาตนำผู้รับบริการอีกคนเข้าโครงการด้วย ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะหลังแพทย์เจ้าของไข้เริ่มส่งผู้รับบริการเข้าศูนย์ของโครงการภายหลังจากการประชาสัมพันธ์โครงการ แจกแผ่นพับ และจัดประชุมเสนอผลงานของโครงการ จากการศึกษพบว่าผู้รับบริการทั้ง 10 ราย ต้องการให้มีการบริการสุขภาพเช่นนี้ต่อไป มี 6 ราย แนะนำให้ญาติและเพื่อนบ้านรู้จักโครงการนี้ และเสนอให้คณะผู้วิจัยเผยแพร่การบริการออกทางสื่อต่าง ๆ เนื่องจากเพื่อนบ้านยังไม่มั่นใจว่ามีการบริการนี้จริง มีผู้รับบริการบางส่วนไม่สามารถตอบได้ว่าเพื่อนบ้านคิดเห็นและรู้สึกอย่างไร เนื่องจากไม่รู้จักกับเพื่อนบ้านซึ่งแสดงถึงลักษณะของสังคมเมืองที่พบโดยทั่วไปในปัจจุบัน

สำหรับการติดต่อสื่อสารของผู้รับบริการกับศูนย์ของโครงการ แม้ว่าจะมีการแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ในใบนัดของโครงการฯแล้วก็ตามยังพบว่าผู้รับบริการ 2 ใน 10 ราย พบปัญหาการติดต่อกับศูนย์ยาก สูญเสียเวลา เนื่องจากไม่มีหมายเลขโทรศัพท์สายตรง ดังที่กล่าวว่า

“กว่าจะได้ต้องรอหลายชั่วโมง กว่าจะต่อเข้าไปถึงข้างใน”

ส่วนผู้รับบริการอีก 8 ราย เห็นว่าสะดวกดีแล้ว อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ส่วนตัว และพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยติดต่อกับศูนย์เนื่องจากยังไม่มีปัญหาเกิดขึ้น แต่ส่วนใหญ่เห็นว่าสะดวก ดังนั้นจากปัญหานี้จึงเป็นข้อบ่งชี้ให้ศูนย์ฯสร้างวิธีการติดต่อที่มีประสิทธิภาพ

2. ความพึงพอใจของแพทย์

แพทย์เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานอย่างมาก การมีส่วนร่วมของแพทย์และการยอมรับของแพทย์ก่อให้เกิดความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและเกิดการสร้างทีมสุขภาพที่เข้มแข็งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.1 ความพึงพอใจต่อการบริการ

จากการศึกษาพบว่า แพทย์ทุกคน (7 ราย) มีความพึงพอใจต่อการบริการของศูนย์ฯ ค่อนข้างมากจนถึงมาก เนื่องจากสร้างความสะดวก สร้างความสบายใจ ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำและได้รับการติดตามจากทีมสุขภาพ สามารถลดจำนวนวัน การครองเตียง และสิ่งสำคัญที่สุดคือภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดการติดเชื้อ ลดภาระของแพทย์และพยาบาลลง และทำให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล รวมทั้งสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน นอกจากนั้นแล้ว การบริการสุขภาพที่บ้านทำให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีเวลาสอนและแนะนำวิธีปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น ทำแผล หัดเดิน โดยเฉพาะผู้รับบริการส่วนใหญ่ (6 ราย) เป็นผู้รับบริการศัลยกรรมกระดูกที่เสี่ยงต่อความพิการมาก ถ้ามีการเคลื่อนย้ายบ่อย ๆ การได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจากการบริการของทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้รับบริการกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“โดยภาพรวมค่อนข้างพอใจ เพราะอยู่ที่บ้านทำให้เค้าสบายใจและการดูแลจากญาติพี่น้องหรือภรรยาที่อยู่ใกล้ชิดเค้าก็จะสบายใจ สะดวกรวดเร็ว เพียงแต่ว่าปัญหาที่ต้องให้อยู่โรงพยาบาลคือเรามีความจำเป็นทางด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด ฉีดยา หรือต้องการมีการดูแลทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคนิคสูง ถ้าอย่างนั้นเป็นความจำเป็น”

“ลดจำนวนวัน คือแทนที่จะอยู่หลายวัน นี่พออยู่จนอาการปลอดภัยแล้วก็แนะนำไปพักฟื้นที่บ้านและมีบุคลากรไปดูแลอยู่”

ในขณะที่หอผู้ป่วยบางแห่งที่มีการพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้ว การวางแผนจำหน่ายจึงสามารถลดอัตราการครองเตียงในบางส่วนเท่านั้น ดังที่กล่าวว่า

“ลดได้ส่วนหนึ่ง แต่คิดว่าคงไม่มาก เพราะว่าโดยทั่วไปคนไข้เราเยอะและเรา discharge ได้เร็วอยู่แล้ว คือเราไม่ได้ปล่อยให้คนไข้เดินได้ถึงกลับบ้าน เพราะเราไม่ได้ ไม่ไหวเหมือนกัน แล้วทีนี้ถ้าเกิดสามารถไปดูแลที่บ้านได้ใกล้ชิดอีกทีหนึ่งก็ทำให้รักษาได้ดีขึ้น เพราะว่าคนไข้บางครั้งกลับไปบ้าน ไม่ได้ทำกายภาพบำบัดตามที่เราสอนอาจจะทำไม่ถูก หรือไม่เข้าใจดีเพียงพอเนื่องจากว่าคนไข้เราเยอะเกินไป เลยทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง”

แต่สำหรับหอผู้ป่วยนี้แม้ว่าจะลดจำนวนวันน้อยแต่สามารถพัฒนาการวางแผนจำหน่ายไปได้ดี หอผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบทำวางแผนจำหน่ายเองและให้บริการสุขภาพได้ครบวงจร โดยไม่ต้องมีพยาบาลเวชกรรมส่งคนไปสนับสนุนเลย

จากการศึกษาพบว่า มีแพทย์ 3 ราย มีความคิดเห็นว่าการให้บริการสุขภาพที่บ้านในกลุ่มผู้รับบริการเรื้อรัง และจากประโยชน์ที่มีมากมายทำให้แพทย์พึงพอใจมากแม้ว่าจะต้องเพิ่มภาระในการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน แต่แพทย์ทุกคนเห็นว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และกว้างขวางขึ้นดังที่กล่าวว่า

“ไม่เป็นภาระ มันอาจยุ่งยากขึ้นหน่อยแต่ก็ได้ผลดี เช่น ลดเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ลดภาระของแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลใน ward ลดความคับคั่งทำให้เราสะดวกขึ้น แต่ในทางปฏิบัติคือพยาบาลที่ตามไปดูแลคงต้องทำงานหนัก”

2.2 การบริหารจัดการ จากการศึกษาพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการจัดบริการโดยภาพรวมเหมาะสม แต่ยังมีกิจกรรมที่ควรเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่าย คือ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้รับบริการ การให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติให้สามารถดูแลตนเองได้ตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาล เช่น ทำแผล ฝึกเดิน มีระบบการประสานงานระหว่างศูนย์กับหอผู้ป่วย มีข้อบ่งชี้ในการเลือกผู้รับบริการกับศูนย์ การจัดผู้รับบริการเป็นกลุ่มโรค การจัดเวลาตามความยากง่ายของกิจกรรม และการสร้างระบบการจัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผลก่อนกลับบ้าน ดังที่กล่าวว่า

“อุปกรณ์ที่ต้องใช้อะไรบ้าง อุปกรณ์หาที่ไหน จะเอาจากโรงพยาบาลไปหรือจะให้หมอสั่งทุกอย่างครบเลย หรือจะสั่งเป็นชุดทำแผลก็วัน สอนตั้งแต่ในโรงพยาบาลเลยแล้วจัด Set ทำแผลไว้เลยว่าคนไข้ขนาดทำแผล 5 วัน จะให้สำลี ก้อนสก็๊ซ เบตาดีนเท่าไร”

“หลายคนยังไม่ทราบว่า มีโครงการอันนี้ ควรบอกผ่านไปทาง ward ทุก ward ก็ได้ว่าให้แพทย์ทุกคนรับทราบด้วยว่ามีโครงการลักษณะเช่นนี้ ก็ให้เลือกผู้รับบริการรายไหนที่สมควรจะได้รับการเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง”

แพทย์ส่วนใหญ่จะมองการจัดบริการในอนาคต เนื่องจากต้องมีผู้รับบริการจำนวนมากอย่างแน่นอน ดังนั้นจึงต้องกำหนดว่าจะให้โครงการจะดำเนินกิจกรรมโดยอิงโรงพยาบาล หรือทำเป็นรูปบริษัท ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพกว่าในปัจจุบัน

2.3 ค่าใช้จ่ายในการบริการ

จากการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (5 ราย) ไม่ได้คำนึงถึงค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า ทุกคนไม่ทราบว่าศูนย์ฯ คิดค่าบริการอย่างไร และไม่ทราบว่าผู้รับบริการที่ตนเองรับผิดชอบมีสิทธิการรักษาอย่างไร แต่จะคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับ มีแพทย์ 3 ราย ไม่ขอแสดงความคิดเห็นในข้อนี้ แสดงให้เห็นว่าแพทย์รับรู้ว่าเป็นการบริการที่ไม่ควรคิดมูลค่า ส่วนใหญ่แพทย์เสนอให้มีการคิดค่าบริการที่บ้านที่มีขอบเขตแน่นอน และยุติธรรม อาจคิดค่าบริการตามกลุ่มโรค เช่น คิดอัตราเท่ากับค่าบริการในโรงพยาบาล แล้วบวกค่าบริการ 30-50 บาท แต่ถ้าเป็นผู้รับบริการที่ต้องรับบริการทุกวัน เช่น ทำแผล ควรคิดแบบเหมาจ่าย ดังที่กล่าวว่า

“อาจจะครั้งละ 100 บาท แต่ต้องให้พยาบาล nc1 ๗ เลย ส่วนที่คำนึงว่าจะให้ศูนย์อีกเท่าไรอาจจะบวก 30-50 บาท”

ส่วนแพทย์บางคนเสนอให้มีการร่วมจ่ายระหว่างรัฐและ ผู้รับบริการ เพราะการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐ จากข้อเสนอแนะต่าง ๆ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานซึ่งมีความหลากหลายสำหรับให้ศูนย์นำไปปรับใช้ในอนาคต

3. ความพึงพอใจของพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพอื่น

ในการประเมินความพึงพอใจในกลุ่มนี้ทีมผู้วิจัยใช้วิธีสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อทราบแนวคิดความรู้สึกในภาพรวมเพราะทุกคนมีส่วนร่วมในการให้การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ เกิดการดูแลแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นโครงการที่ดีทำให้เกิดความสะดวก ผู้รับบริการลดความวิตกกังวล พยาบาลได้มีเวลาดูแลผู้รับบริการได้ใกล้ชิดขึ้น สร้างความผูกพัน สร้างภาพพจน์ที่ดีให้กับโรงพยาบาล ลดจำนวนวันการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง และส่วนใหญ่สามารถให้บริการตามแผนที่วางไว้ ประโยชน์ที่ได้รับโดยเฉพาะพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คือ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การบริการที่บ้าน การเขียนแผนที่ การปรับกิจกรรมการพยาบาลเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ สนใจด้านจิตใจมากขึ้น ถ้าทราบล่วงหน้าว่าจะรับผิดชอบผู้รับบริการมักเปลี่ยนบทบาทของตนเป็นพยาบาลผู้ดูแลที่บ้าน และจะเตรียมการล่วงหน้า โดยการสร้างสัมพันธภาพ กับผู้รับบริการขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ดูแลเอาใจใส่ให้ผู้ดูแลจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ดังที่กล่าวว่า

“ต้องเข้าใจเรื่องชุมชนว่าเวลาเราไปให้บริการที่โรงพยาบาลกับที่ชุมชนจะต่างกันเพราะว่าอยู่โรงพยาบาลเราจะเหมือนเป็นเจ้าของบ้าน แต่พอออกไปชุมชนเราต้องเป็นแขก ดังนั้นเวลาเราไปให้บริการต้องเข้าใจบทบาทตัวเอง ไม่เช่นนั้นเราก็จะมี conflict ว่าทำไมคนไข้ไม่เห็นความสำคัญของเรา”

แต่ถึงอย่างไรก็ตามพยาบาลส่วนใหญ่ที่เยี่ยมผู้รับบริการคนแรกและครั้งแรกจะพบปัญหาในเรื่องความมั่นใจ กลัวการต้อนรับที่ไม่ดี กลัวไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ แต่การมีแผนจำหน่ายที่ได้รับการปรับจนเหมาะสมแล้ว การมีผู้นำเยี่ยม การประชุมก่อนเยี่ยมจะช่วยสร้างความมั่นใจได้ แต่ความกังวลเหล่านี้ไม่พบในพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด เนื่องจากมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว แต่ถึงอย่างไรก็ตามพยาบาลจากหอผู้ป่วยให้ความสนใจโครงการนี้จากผลของการบอกต่อจากเพื่อนที่เคยไปให้บริการที่บ้าน ดังนั้นทุกคนพึงพอใจกับการให้บริการและเสนอว่าควรจะมีโครงการนี้ต่อไปอีกและประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของแพทย์

3.2 การบริหารจัดการ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่ามีจัดการที่เหมาะสมดี มีการติดต่อกับศูนย์ฯ ได้สะดวก มีอุปกรณ์จัดเตรียมพร้อมก่อนเยี่ยมบ้าน จึงทำให้การบริการสุขภาพที่บ้านที่ผ่านมามีดำเนินไปด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จากการนำโครงการนี้เข้ามาในหอผู้ป่วยโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงโดยใช้กลวิธีต่าง ๆ ถึง 3 ระยะ ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนี้สามารถจัดระบบการวางแผนจำหน่าย การไปเยี่ยมที่บ้าน และการปรึกษา Case กับแพทย์เจ้าของไข้ได้อย่างครบวงจร โดยมีพยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้จัดการ (ผู้วางแผนจำหน่าย) ทำ

หน้าที่บริหารและเป็นสื่อกลางประสานงานกับแพทย์ ศูนย์ฯและผู้รับบริการ ซึ่งทุกคนพึงพอใจต่อระบบนี้มาก

พยาบาลเสนอให้มีการบริหารเวลาในการเยี่ยมใหม่ ควรกำหนดเวลาเยี่ยมตามความยากง่ายของกิจกรรม มากกว่ากำหนดเหมือนกันหมดทุก case คือ 2 ชั่วโมงในขณะที่นักกายภาพบำบัดเห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว ดังที่กล่าวว่า

“รู้สึกขัดใจที่ต้องนั่งรอจนครบกำหนดเวลา บางที่เราทำแผลเสร็จแล้ว 15 นาทีเอง เหลือเวลาอีกตั้งเยอะคุยต่อ ญาติก็ต้องมานั่งคุยต่อ แทนที่เขาจะได้ไปทำงาน ทำธุระที่ค้างต้องมานั่งต้อนรับเรา”

3.3 ความคุ้มค่าของการให้บริการ

จากการศึกษาพบว่าพยาบาล โภชนากร และนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจในเรื่องค่าใช้จ่าย และความคุ้มค่า ทราบดีว่าอัตราค่าตอบแทนที่ได้รับแม้ว่าส่วนใหญ่เห็นว่าน้อยเกินไป แต่คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ และรู้สึกคุ้มค่าในการมีโอกาสได้เปลี่ยนบรรยากาศในการบริการ สนุก ทำสิ่งใหม่ ๆ เป็นการท้าทาย ดังที่กล่าวว่า

“คิดว่าไม่คุ้ม เอาว่าสนุกไว้ก่อน ได้เที่ยว ได้ประสบการณ์ หากคิดจริง ๆ บางครั้งก็คุ้มบางครั้งก็ไม่คุ้มหาก case ใกล้เคียง ๆ คำนวณมันรถก็เกิน 50 บาทแล้ว แต่ก็ไม่ใช่ไรสนุกดี”

พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับอัตราค่าบริการเป็นแบบเหมาจ่าย หรือคิดตามกิจกรรมการให้บริการ เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วจะให้บริการมากกว่าที่วางแผนไว้ เพราะต้องดูแลญาติของผู้รับบริการ หรือเพื่อนบ้านที่ไม่สบาย ดังนั้นต้องยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังที่กล่าวว่า

“คิดเป็น ราย case แบบเหมาจ่าย เป็นรายละ 500 บาท ก็เหมาไปเลยโดยคำนวณตามอาการ และวันเยี่ยม คิดตามกิจกรรม หาก กิจกรรมมาก ยุ่งยากก็คิดค่าบริการมาก”

ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. ลักษณะของพยาบาลผู้ให้บริการ

จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการ แพทย์ และพยาบาล เสนอคุณลักษณะของพยาบาลที่ต้องการมีดังนี้ 1) เป็นผู้มีความรู้ความสามารถมีประสิทธิภาพ 2) เป็นกันเองช่างพูด ใจเย็น มีบุคลิกที่ผู้รับบริการกล้าปรึกษา 3) ปฏิบัติตามแผน ตรงต่อเวลา รักษาความลับสัญญา 4) เป็นพยาบาลที่อยู่ในหอ ผู้รับบริการที่ผู้รับบริการพักรักษาตัว เพราะได้เคยวางแผนร่วมกัน และมีความคุ้นเคย 5) เสียสละ ทำด้วยใจรัก 6) เข้าใจชุมชน เข้าใจบทบาทของตนเอง 7) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีม

2. รูปแบบการดำเนินการ

2.1 การเตรียมบุคลากร ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมควรได้รับการแนะนำหรือทราบวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพราะบางคนยังไม่เข้าใจบทบาทของ การเยี่ยมบ้าน กับ การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน รวมถึงการแนะนำกระบวนการในการดำเนินงานได้แก่

- การวางแผนจำหน่าย
- การศึกษาอาการ การรักษา ของผู้รับบริการ และบทบาทที่จะไปให้การดูแล

ของผู้ที่ได้รับการมอบหมาย รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ

- เทคนิคในการทำงานในชุมชน
- การบันทึกรายงาน

2.2 การบริหารจัดการ ศูนย์ ฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ติดตามและประเมินผล รวมทั้งบริหารจัดการการเงิน ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ แพทย์ และพยาบาลรวมทั้งบุคลากรอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งเป็นผู้จัดอบรม แนะนำและให้ข้อมูล

2.3 ให้บริการวิชาการ กล่าวคือ เป็นศูนย์ ฯ ให้บริการวิชาการและชี้แนะในเรื่องการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านของผู้รับบริการเรื้อรัง รวมทั้งเป็นแม่ข่ายในการให้บริการด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมในโครงการ ฯ

จากผลการศึกษาที่มีผู้รับบริการเสนอข้อคิดเห็นดังนี้ คือ ในการให้บริการควรเพิ่มอุปกรณ์ที่ทันสมัย และให้บริการที่ซับซ้อนขึ้น สมควรกำหนดค่าบริการเป็นระดับ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของแพทย์ ดังที่กล่าวว่า

“ผมอยากจะเสนอเรื่องการคิดค่าบริการ น่าจะกำหนดเป็น rate ไว้เลยเพราะว่าคนเราต้องการไม่เหมือนกัน เขาจะได้เลือกซื้อบริการที่เขาต้องการไม่ว่าระดับดีแค่ไหน”

แพทย์เสนอแนะเพื่อพัฒนาการบริการ คือ ควรให้ผู้รับบริการมีสิทธิเลือกผู้เยี่ยมได้ ควรเพิ่มการบริการที่ครอบคลุมถึงนอกเขตเทศบาลด้วย เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ต้องการดูแลต่อเนื่องจะอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลทั้งสิ้น

สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่พอใจกับการได้รับบริการสุขภาพที่บ้านในระดับที่พอใจมาก เพราะได้รับบริการที่มีคุณภาพ สะดวก ไม่เสียเวลา ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับ และได้มีการศึกษาหลายกรณีที่สะท้อนข้อมูลนี้ (อัมพันธ์, 2539 ; วิลาวรรณ, ประยงค์ และพิมพาภรณ์, 2540 ; Haddad, 1988 ; Shepped & Lliffe, 1998 ; Jones, 1997) การได้รับคำแนะนำให้ความรู้และติดตามความก้าวหน้าของโรคที่ผู้รับบริการได้รับเป็นข้อได้เปรียบที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของการบริการ สุขภาพที่บ้านสามารถจัดขึ้นได้ดีกว่าการจัดบริการสุขภาพแบบเดิม (วิลาวรรณ, ประยงค์ และพิมพาภรณ์, 2540) ซึ่งมีการให้บริการที่ใช้โรงพยาบาลเป็นที่ให้บริการ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ (วิมล และคณะ, 2541) เป็นประเด็นที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่จำเป็นที่ผู้รับบริการควรจะได้รับแม้ว่าจะพ้นระยะวิกฤตแล้ว การศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เริ่มกระบวนการตั้งแต่มีก่อนที่ผู้รับบริการจะกลับบ้านจะช่วยลดความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการในภาพรวมจากความเห็นของผู้รับบริการเห็นว่าการอยู่ที่บ้านค่าใช้จ่ายลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลาวรรณ และคณะ (2540) และ Haddad (1992) โดยเฉพาะ

ในเรื่องของค่าเดินทาง-ไปกลับ ค่าใช้จ่ายของญาติ ค่าเสียโอกาสต่าง ๆ แต่ไม่ได้รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านค่ายา ค่าห้อง และค่าปรับปรุงสภาพที่อยู่ ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้วิเคราะห์ถึงลงไปทางเศรษฐศาสตร์ในเรื่องความคุ้มค่า ผู้รับบริการที่ต้องจ่ายค่าบริการเองได้ให้ความเห็นที่ชัดเจนในเรื่องของการสรุปค่าบริการ สุขภาพที่บ้านและแจ้งให้ทราบก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้รับบริการมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการ การพัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารที่ระบบบริการจะต้องปรับปรุงตามข้อคิดเห็นของผู้รับบริการล้วนเป็นประเด็นสำคัญตามแนวคิดของการตลาด (มนัสนิติย์, 2541) ที่จะทำให้อัตราค่าบริการสุขภาพที่บ้านพัฒนาประสิทธิภาพของบริการแตกต่างไปจากการบริการในโรงพยาบาล

ในด้านของแพทย์ พยาบาล และทีมบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการ และมีความเห็นว่าบริการที่จัดขึ้นจะทำให้ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น และการจัดให้มีบริการสุขภาพที่บ้าน ปัญหาเรื่องการวางแผนจำหน่ายก็ไม่ใช่ปัญหาในการดำเนินการ เพราะเมื่อแพทย์ตระหนักในความสำคัญของการให้บริการดังกล่าว การวางแผนจำหน่ายยังทำให้แพทย์ได้ร่วมตรวจเยี่ยมผู้รับบริการ การให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล (Neighbors, 1998) สอดคล้องกับบริการสุขภาพที่บ้านที่ศูนย์ฯ ได้จัดขึ้น

การคิดค่าบริการแพทย์ให้ความเห็นเรื่องค่าบริการที่มีอัตราที่ชัดเจนตามกลุ่มโรคและบริการ ประเด็นสำคัญที่แพทย์ได้ให้ข้อเสนอแนะเรื่องของการคิดค่าตอบแทน ซึ่งในปัจจุบันทางศูนย์ซึ่งอยู่ในระบบราชการยังไม่สามารถจะทำได้ คือการให้ค่าตอบแทนตามปริมาณงานแก่พยาบาลจากตัวบริการ แต่อย่างไรก็ตามการคิดค่าการจัดการของศูนย์บริการสุขภาพ

กลุ่มพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ที่ร่วมจัดบริการ พบว่าผู้ให้บริการเองมีความพึงพอใจและยอมรับในตัวโครงการซึ่งเชื่อมต่อการพยาบาลผู้รับบริการในหอผู้ป่วย (วิมล, 2541) ผลที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดบริการที่บ้านคือการปรับเปลี่ยนบทบาทของพยาบาล การเตรียมการล่วงหน้าก่อนให้บริการและการสร้างสัมพันธภาพ (ศรีสุตา, 2537) ในการจัดบริการ ทีมสุขภาพซึ่งอยู่ประจำตามหน่วยงานต่าง ๆ พยายามปรับรูปแบบการจัดบริการที่ใช้การวางแผนจำหน่ายและทีมศูนย์บริการสุขภาพ (ศรีสุตา, 2537) เป็นผู้ประสานเพื่อทำให้เกิดบริการภายใต้โครงสร้างปกติของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในเรื่องการคิดค่าตอบแทนซึ่งอิงระเบียบค่าตอบแทนนอกเวลาราชการที่ใช้เวลากำหนดก็อาจจะไม่สอดคล้องกับบริการหลายแบบซึ่งเป็นหัตถการที่อาจจะใช้เวลาไม่นาน แม้ว่าจะเป็นบริการที่ยาก แต่ก็พบว่าพยาบาลหรือบุคลากรในระบบโรงพยาบาลเมื่อมีโอกาสไปให้บริการที่บ้านนอกจากจะปฏิบัติงานตามแผนจำหน่ายแล้ว ยังได้เกิดบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (จอนพะจงและประภาพร, 2537) เช่น การดูแลญาติของผู้รับบริการ

การจัดบริการสุขภาพที่บ้านจึงเป็นเสมือนหนึ่งสิ่งที่ขาดหายไปของระบบบริการในปัจจุบันที่จะเชื่อมโยงสัมพันธภาพระหว่าง แพทย์ พยาบาล บุคลากรสุขภาพ ในฐานะผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและญาติในฐานะของผู้รับบริการ โดยมีทั้ง 2 ด้านของความเข้าใจกันระหว่างโรคที่ผู้รับบริการต้องได้รับการบำบัดรักษากับชีวิตเชิงสังคมและครอบครัวเมื่อผู้รับบริการต้องอยู่บ้านและในชุมชน

การบริหารจัดการ จากการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการบริหารจัดการของศูนย์บริการสุขภาพสำหรับผู้รับบริการเรื้อรังที่บ้าน โดย แพทย์ พยาบาลประจำการ (พยาบาลวิชาชีพ) พยาบาลประจำศูนย์ ฯ (พยาบาลวิชาชีพ) พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ พบว่า ทุกคนมีความพึงพอใจและยอมรับว่ารูปแบบระบบการบริหารจัดการของศูนย์ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์การหลักของโรงพยาบาลที่มีอยู่ สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ เนื่องจากมีความยืดหยุ่นในการดำเนินการให้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพัฒนาเพื่อหาวิธีการที่ดีและเหมาะสมที่สุดรวมทั้งการหาบทสรุปที่ทุกคนยอมรับได้ ซึ่งประกอบด้วยระบบการประสานงานระหว่างศูนย์กับทีมสุขภาพ ระบบการจัดสรรค่าตอบแทนผ่านระบบการเงินของโรงพยาบาล การมอบหมายผู้รับบริการให้กับทีมสุขภาพ ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ทันสมัยสามารถค้นหาข้อมูลของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้พยาบาลประจำการมีส่วนร่วมในการให้บริการในชุมชน ระบบการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ให้บริการ โดยใช้กระบวนการเพื่อการส่งเสริมศักยภาพและให้กำลังใจมากกว่าการตติง เป็นผลให้พบว่ามีผลของระบบจึงทำให้ยังคงสามารถดำเนินการต่อไปได้ และสามารถสรุปการบริหารจัดการของศูนย์ฯ ได้ดังนี้

1. พยาบาลประจำการจากหอผู้ป่วยสมัครเข้าเป็นสมาชิกของศูนย์ฯ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า มีผู้รับบริการ 8 ราย (จาก 10 ราย) ได้รับการเยี่ยมโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการบริการในภาพรวมที่พบว่า มีพยาบาลประจำการจากหอผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทั้ง 3 ระยะ เป็นจำนวนเพิ่มขึ้น คือ 5 ราย 9 ราย และ 24 ราย ตามลำดับในขณะที่บทบาทในการให้บริการที่บ้านของพยาบาลประจำศูนย์ ฯ ลดลง แต่เพิ่มบทบาทในการให้การนิเทศงาน และการเป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้บริการเพิ่มขึ้นและจะนำไปสู่แนวทางในการขยายผลการให้บริการสู่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ ฯ อื่น ๆ

2. การบริการพยาบาล ได้รับการพัฒนาระบบให้สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น โดยได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลปกติ พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน การวางแผนจำหน่าย และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่น อย่างมีประสิทธิภาพ และน่าจะนำไปสู่การกำหนดให้เป็นกิจกรรมมาตรฐานการพยาบาล (สุนันทาและสิริวรรณ, 2542)

3. เกิดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะพยาบาลที่ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายมักจะเป็นผู้เดียวกันกับผู้ทำหน้าที่ให้บริการที่บ้าน และในบางรายยังเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้รับบริการประจำที่หอผู้ป่วยนั้น ๆ ด้วย นอกจากได้ให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องแล้ว ความรู้สึกคุ้นเคยต่อผู้ให้บริการยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการยอมรับการบริการพยาบาล นอกจากนี้ในส่วน of พยาบาลผู้ให้บริการเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการให้บริการในชุมชนและคุณค่าของผู้รับบริการ

4. การวางแผนจำหน่าย ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ การร่วมมือกันในการให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาและแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

5. เป็นแนวทางในการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการได้หลากหลาย และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพและผู้รับบริการ ทั้งนี้สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคได้

รูปแบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของโครงการวิจัยนี้ นับเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากพิจารณาจากการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีความพร้อมในด้านบุคลากร การบริหารจัดการ และงบประมาณดำเนินการ โดยมีทีมสุขภาพที่ประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพร่วมให้บริการ แต่ถึงอย่างไรก็ตามรูปแบบที่นำเสนอจะเหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน รูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ คือ นโยบาย บุคลากร ทรัพยากร การบริหารจัดการ สังคม วัฒนธรรม ดังนั้นจึงควรมีการนำไปทดลองใช้และปรับให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเด่นของการวิจัยครั้งนี้

1. ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ และนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม
2. การเรียนรู้ร่วมกันในทีมสุขภาพ
3. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ข้อด้อยของการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยครั้งนี้จำกัดอยู่เฉพาะในเขตเมือง อาจมองดูเหมือนการเลือกปฏิบัติแก่ผู้รับบริการบางกลุ่ม
2. การวิจัยครั้งนี้สัมภาษณ์เฉพาะผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ยังมีได้มองถึงความคิดเห็นของบุคคลภายนอกกลุ่มต่อการจัดบริการครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย ผู้รับบริการทุกท่าน นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ คุณจุฬามพร ทะปาละ คุณ กรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ คุณกัลยา บัวเพชร ร้อยตำรวจโทหญิง นวลตา อาภาคัพพะกุล และ Prof. Thana Winn Winn และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย มา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. จอนณะจง เพ็งจาด และประภาพร จินันทุยา. (2537) บทบาทพยาบาลผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน *วิทยาสารพยาบาล*. 19(1), 33-36.
2. มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ. (2536) *ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เอกสารอัดสำเนา.

3. วารี กังชัย. Home Health Care in Thailand. (2540) *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. 5(1) , 51-53.
4. วิมล วันยะนาพร และคณะ. (2541) การศึกษาความต้องการการพยาบาลขั้นพื้นฐานผู้ป่วยเรื้อรัง หอบหืดพิเศษโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. 13(2), 49-58.
5. วิลาวัลย์ เสนารัตน์ ประยงค์ ลิ้มตระกูล และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2540) รายงานการวิจัย เรื่อง การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนครพิงค์. คณะพยาบาล ศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เอกสารอัดสำเนา.
6. วชิร ตัญคำภีร์. (2536) *ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เอกสารอัดสำเนา.
7. ศรีสุดา รัชมีพงศ์. (2537) บทบาทของพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*. 8(1), 50-56.
8. ศุภชัย คุณรัตน์พุกษ์ และประพิน วัฒนกิจ. (2536) *การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน* เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน 8-12 กุมภาพันธ์ 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา).
9. สุนันทา กรติลป และสิริวรรณ เตียวสุรินทร์. (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บ้านโครงการวิจัยระบบพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่*. เอกสารอัดสำเนา.
10. อัมพัน เชี่ยวชาญ. (2539) ประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้รับบริการโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลลำปาง. *ลำปางเวชสาร*. 17(2), 126-134.
11. Johns, P.M. (1997) Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge, *Home Care Provide*. 2(5), 235-243.
12. Haddad, A.M. (1992) Ethical problems in home health care, *J. Nurs Admin*. 22(3), 46-51.
13. Neigborn, M. A (1998) *Practical guide to Medical-Surgical Nursing in the Home*. W.B Saunders co. Philadelphia.
14. Padilla, G. T. and Kirshumer, T. (1991) *Continuity of care and discharge planning* In Baird, S.B McCorkle, R and Grant, M. Cancer Nursing a Comprehensive text book. W.B. Saunders company, Philadelphia.
15. Shepped, S and Liffie, S. (1998) *Effectiveness of hospital at home compared to in-patient hospital care*. The Cochran Lissam (Oxford), issue 2.
16. Steward, J.E. (1997) *Home Health Care*. The C.V. Mosby Company, St. Louis.

บทที่ 8

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษา เทศบาลนครหาดใหญ่

อมร รอดคล้าย*

ภาพรวมลักษณะของโครงการ

โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ เป็นการพัฒนารูปแบบระบบบริการ (Model development) จากรูปแบบบริการสุขภาพที่บ้านเดิมซึ่งได้เคยมีการดำเนินการมาก่อนหน้านี้แล้ว โดยมีจุดเชื่อมโยงสู่การวิจัยภายใต้สมมติฐานที่ว่าตัวของการพัฒนาเองก็เป็นเครื่องมือของการวิจัยในความหมายของการวิจัย (พระธรรมปิฎก, 2542) ที่ว่า

1. ค้นหาความจริง
2. ค้นหาสิ่งที่ดี สิ่งที่ต้องการ สิ่งที่เป็นประโยชน์
3. ค้นหาทางหรือวิธีการที่จะทำให้มันดี และ
4. หาวิธีที่จะทำให้สำเร็จ

ในการพัฒนารูปแบบ โครงการได้ดำเนินการศึกษาและประเมินผลโดยใช้รูปแบบของการวิจัยต่าง ๆ ควบคู่กันไปด้วยเพื่อตอบคำถามในความหมายของการวิจัยทั้ง 4 ประการ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับประชาชนในเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการคิดค่าบริการที่เหมาะสม

แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้

1. แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้านของอัลเบรคท์ (Albrecht, 1990)
อัลเบรคท์ได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบไว้ คือ
 - 1.1 ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดูแล
 - 1.2 องค์ประกอบของรูปแบบคือโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์จะต้องมีการปรับเปลี่ยน
2. แนวคิดทางการจัดการ

ในการพัฒนาได้นำหลักการบริหารบริการ (Management Service) (Reynold and Stinson, 1997) ใน Primary Health Care Management Advancement Program มาประยุกต์ซึ่งประกอบด้วย

*อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

- 2.1 การวางแผน (Planning)
- 2.2 การบริหารบุคคล (Personnel Management)
- 2.3 การฝึกอบรม (Training)
- 2.4 การติดตามนิเทศ (Supervision)
- 2.5 การบริหารการเงิน (Financial Management)
- 2.6 การบริหารการสนับสนุน (Logistic Management)
- 2.7 การบริหารข้อมูล (Information Management)
- 2.8 การบริหารองค์การชุมชน (Community Organization)

กลุ่มเป้าหมาย

องค์กรบริการ (โรงพยาบาลหาดใหญ่)

1. ทีมศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน – ทีมงานที่เป็นแกนประสานการดำเนินการ
2. แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่เป็นเจ้าของ
ใช้และร่วมจัดบริการ

ผู้รับบริการ

ผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหาดใหญ่และสามารถเข้าเงื่อนไขการจัดบริการคือ

1. แพทย์เห็นสมควรให้จัดบริการ
2. ผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะให้จัดบริการ
3. ศูนย์บริการสามารถจัดบริการตามแผนจำหน่ายที่กำหนด

ในเบื้องต้นกำหนดให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถจ่ายค่าบริการได้ และอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ แต่หลังจากดำเนินการสามารถเชื่อมโยงให้กับผู้ป่วยไม่เรื้อรัง และผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการเองได้ ภายใต้กรอบแนวคิดที่ว่าระบบที่เสนอน่าจะยืดหยุ่นกับผู้ป่วยหลากหลาย และการคิดค่าบริการในการวิจัยสามารถคิดตัวเลขโดยไม่เรียกเก็บได้ แต่ในส่วนของพื้นที่ดำเนินการยังคงเป็นพื้นที่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และปริมณฑล เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง

การพัฒนาระบบ

กิจกรรมที่สำคัญของการพัฒนาระบบประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อม
 - 1.1 การจัดตั้งศูนย์สุขภาพที่บ้านเป็นองค์กรประสานการจัดบริการ เตรียมสถานที่ อุปกรณ์
เครื่องมือ
 - 1.2 เตรียมบุคลากร
 - 1.3 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย

2. การดำเนินการจัดบริการ

2.1 การรับผู้ป่วยเข้าสู่โครงการ โดยมีกิจกรรมวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) เป็นเครื่องมือของการเข้าสู่ระบบบริการ

2.2 การไปจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามแผนกำหนด

2.3 การติดตามประเมินผลการให้บริการ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อการจัดเก็บข้อมูลและการวิจัย

1. เอกสารและแบบเก็บข้อมูล

1.1 แบบส่งต่อผู้ป่วย W1-4 เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ข้อมูลทั่วไป อาการปัจจุบัน แผนการให้บริการ

1.2 H3 เป็นบันทึกการเยี่ยมและการให้บริการ

1.3 แบบฟอร์มการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

1.4 แบบสรุปการจัดบริการในผู้ป่วยแต่ละราย

1.5 คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน

1.6 คู่มือการวางแผนจำหน่าย

2. โปรแกรมฐานข้อมูลโครงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (อภิรัตน์, 2542) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น ทั้งประโยชน์ในการจัดบริการ ประเมินผลการวิจัย

ผลการดำเนินการ

- จนสิ้นสุดโครงการวิจัยและพัฒนาสามารถจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 90 ราย 418 ครั้ง
- เรียกเก็บค่าบริการได้ทั้งสิ้น 202,695 บาท จ่ายค่าตอบแทนรวม 80,830 บาท
- ทีมที่ร่วมให้บริการประกอบด้วยแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 30 คน ทีมพยาบาลวางแผนจำหน่ายจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม 2 คน ทีมพยาบาลที่ให้บริการ 25 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักโภชนาการ 2 คน

ในปัจจุบันโครงการยังคงดำเนินการต่อเนื่องซึ่งมีบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมและมีการฝึกอบรมพัฒนาเป็นระยะ

การศึกษาวิจัย

เพื่อตอบคำถามของการวิจัย การประเมินผลและหาทางเลือกหรือข้อเสนอโครงการได้ทำการวิจัยหลัก 3 ชุด คือ

1. การประเมินความคุ้มค่า (โสภณ, อภิรัตน์ และนวลตา, 2542)
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (อนงค์ และคณะ, 2542)
3. การประเมินระบบการจัดบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (สิริวรรณ และแพรวพรรณ, 2542)

สรุป

1. โครงการได้แสดงให้เห็นว่าสามารถจัดบริการที่บ้านโดยคิดค่าบริการได้และสามารถเลือกตัวแบบใดตัวแบบหนึ่งที่สอดคล้องกับองค์กรหลักที่มีอยู่ ในที่นี้ได้ใช้แนวคิดการบริการสุขภาพที่บ้านของอัลเบรคท์ ซึ่งยึดหยุ่นในการปรับเปลี่ยน
2. การพัฒนาตัวแบบโดยอาศัยรากฐานของการวิจัยที่ต้องการหาวิธีที่จะทำให้ดี และสำเร็จเป็นกระบวนการที่สำคัญของโครงการ
3. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและพึงพอใจ ทั้งจากผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ) และผู้ให้บริการ (แพทย์และทีมบริการสุขภาพ)
4. ในภาพรวมค่าบริการสุขภาพได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการว่าเหมาะสม แต่ในการคำนวณความคุ้มค่า โครงการที่อิงโรงพยาบาลซึ่งไม่ต้องลงทุนในส่วน Capital Cost จะมีกำไรเกินปกติ (โครงการนี้) แต่หากโครงการจะดำเนินการในรูปองค์กรอิสระ รายรับที่ได้จะไม่ครอบคลุมต้นทุนคงที่ จะต้องพิจารณาปรับเพิ่มค่าบริการหรือจำนวนครั้งของการให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. พระธรรมปิฎก (ปอ. ปยุตโต). (2542) *การศึกษาการวิจัยเพื่ออนาคตของประเทศไทย*. กองทุนวชิรธรรม. บริษัทสร้างสื่อจำกัด, กรุงเทพมหานคร. 5-6.
2. สิริวรรณ เดียวสุนิษฐ์ และแพรวพรรณ ต้นสกุล. (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง *การประเมินระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่*. เอกสารอัดสำเนา.
3. โสภณ จิรเกียรติกุล, อภิรัตน์ อัมพันธ์และนวลตา อาภาคัพทะกุล (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง *การประเมินความคุ้มค่า:โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่*. เอกสารอัดสำเนา.
4. อนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล และคณะ. (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง *ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่*. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 29(4).
5. อภิรัตน์ อัมพันธ์. (2542) รายงานการวิจัยเรื่อง *การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลในโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง:กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่*. เอกสารอัดสำเนา.
6. Albrecht, M.N. (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implication for Research : Practice and Education, *Public Health Nurs.* 2, 118-129.
7. Reynolds, J. and Stinson, W. Sustainability Analysis. *Primary Health Care Management Advancement Programme. Module 9 User's Guide*. Aga Khan Health Service.

ภาคผนวก

รายนามแพทย์เจ้าของไข้ในโครงการวิจัย

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. น.พ. สุภาพ ไพศาลศิลป์ | 16. น.พ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ |
| 2. น.พ. วิเศษณ์ สิรินทร์โสภณ | 17. พ.ญ. สกาวรัตน์ จรูญศรี |
| 3. น.พ. เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร | 18. น.พ.บันลือ ช่อดอก |
| 4. น.พ. ภราดร โกมลดิษฐ์ | 19. น.พ.สมศักดิ์ เสรีภินันท์ |
| 5. น.พ. ศตพงษ์ พิสุทธิธนกกาญจน์ | 20. น.พ.สิทธิภัทร รุ่งประเสริฐ |
| 6. น.พ. ไพบูลย์ จิรธรรมโอภาส | 21. น.พ.แดนชัย นาคสุขสมบูรณ์ |
| 7. น.พ. อำนาจ มีสังธรรม | 22. น.พ.อำนาจ อัครวิเนค |
| 8. น.พ. ชัชวาล ชีวพิทักษ์ผล | 23. พ.ญ.จันทิมา ศรีระชัญญานนท์ |
| 9. น.พ.ปรีชา จันทิวาสน์ | 24. น.พ.อารยะ ไช้มุกข์ |
| 10. น.พ.วิเชียร ว่องวงศ์ศรี | 25. น.พ.ธีรยุทธ์ ศรีสินรุ่งเรือง |
| 11. น.พ.ชัยพร อีระเกียรติกำจร | 26. น.พ. ธีรยุทธ วรรณกุล |
| 12. น.พ.อรุณ กิจมหาตระกูล | 27. พ.ญ.อำไพพิชญ์ นิลมานันต์ |
| 13. น.พ.ประสิทธิ์ เขากิจเจริญ | 28. น.พ.สมชัย ลิ้มสุวรรณ |
| 14. น.พ.ไพโรจน์ วราชิต | 29. พ.ญ.สุนิสา ไทยจินดา |
| 15. น.พ.กำพล กาญจโนภาส | 30. น.พ.เดชา หนูนพระเดช |

รายนามพยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านในโครงการวิจัย

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. นางแพรวพรรณ ตันสกุล | 16. นางเพลินจิต ปานศรี |
| 2. นางสิริวรรณ เดียวสุรินทร์ | 17. น.ส.ศิริวรรณ จันทรงค์ |
| 3. นางอนงค์ ปิงพิพัฒน์ตระกูล | 18. นางอัญชลีรัตน์ แซ่ลิ่ม |
| 4. นางสุนันทา กรศิลป์ | 19. น.ส.กมลทิพย์ อ้วนแสง |
| 5. น.ส. จารุณี กิตโร | 20. นางอนงค์นารถ บุญรัตน์ |
| 6. นางปรีณีย์ กองสวัสดิ์ | 22. น.ส. ศิริวรรณ จันทรงค์หอม |
| 7. นางกรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ | 23. นางภัทราภรณ์ เพชรพันธ์ |
| 8. น.ส. ชลิตา แซ่ลิ่ม | 24. นางลักษณา ขุฑ์ทะกะพันธ์ |
| 9. น.ส.ปวีณา ศิริโชติ | 25. นางสุมาลี พงศ์ประยูร |
| 10. น.ส.กัลยา บัวเพชร | 26. น.ส.จินดาภรณ์ ดำรงกุลรัตน์ |
| 11. นางภาณี แยมทับ | 27. น.ส.หทัยทิพย์ บุญส่ง |
| 12. นางพิมพ์ใจ แสนแก้ว | |
| 13. นางสาวยอง แก้วพิบูลย์ | |
| 14. น.ส.กัลยาณี สุวรรณรัตน์ | |
| 15. นางสาววิมล ฉั่วประเสริฐ | |

รายนามนักกายภาพบำบัดผู้ให้บริการที่บ้านในโครงการวิจัย

1. นายวุฒิชัย ลีนะวัฒนา
2. นายณรงค์ แซ่เอี่ยม
3. น.ส. ภารดี สกุลคง
4. น.ส.สุภัคการณ์ วีระวงศ์ตระกูล
5. นายสวาท บุญมณี

รายนามนักโภชนาการผู้ให้บริการที่บ้านในโครงการวิจัย

1. นางเบญจวรรณ ภูประยูร
2. นางเพ็ญพิศ วัฒนพฤกษ์

ชื่อโครงการ

การจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับประชาชนในเขตเมือง

: กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

Home Health Care delivery system in urban area

: A case study Hatyai Municipality

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ กระทรวงสาธารณสุข

และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาขาการวิจัย

วิทยาศาสตร์การแพทย์

คณะวิจัย1. ที่ปรึกษาโครงการ

1.1 นพ.กมล วีระประดิษฐ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

1.2 ผศ.ดร. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์

คณะพยาบาลศาสตร์

2. คณะผู้วิจัยหัวหน้าโครงการ

นพ. อมร รอดคล้าย

นักวิจัย

นางสุภาณี ช่อนชื่นจิตร

นางไขแสง ขวศิริ

นพ. วีรพัฒน์ เถาธรรมทัศน์

พญ. รัตนา จิรกาลวิศิษฐ์

นางแพรวพรรณ ดันสกุล

นางฤทัยพร ตริตรง

หลักการและเหตุผล

ตามนโยบายแผนพัฒนาสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้กำหนดมาตรการในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน คือ การบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งถือเป็นนโยบายเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการให้บริการตั้งแต่ปี 2536 และการจัดบริการหลายรูปแบบ ซึ่งมีทั้งการใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก (Hospital-based) โดยจัดทีมสุขภาพของโรงพยาบาลออกให้บริการแก่ผู้รับบริการของโรงพยาบาล ซึ่งได้แจ้งความประสงค์ที่จะขอรับบริการที่บ้าน และบางโรงพยาบาลก็จัดบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (Community-based) โดยศึกษาข้อมูลของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านของชุมชน และวางแผนให้บริการตามความต้องการของชุมชนนั้น การจัดหน่วยงานที่รับผิดชอบก็มีหลายรูปแบบ ขั้นตอนการจัดบริการต่างกัน แหล่งเงินสนับสนุนและการคิดค่าบริการจัดทำตามสถานการณ์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ได้ดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้านมาตั้งแต่ปี 2536 มีหน่วยงานย่อยที่จัดดำเนินการอยู่ 2 หน่วยงาน คือ ฝ่ายการพยาบาลซึ่งดำเนินการในรูปแบบของการใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก และกลุ่มงานเวชกรรมสังคมดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง และไม่สามารถบริการให้ครอบคลุมได้เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน อัตรากำลังและการสนับสนุนด้านอื่น ๆ น้อย ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้พิการทางสมอง และร่างกาย และโรคหลอดเลือดสมอง และปัญหาที่สำคัญคือผู้ป่วยจะได้รับบริการพยาบาลที่บ้านหลังจากจำหน่ายแล้วจะใช้เวลาเฉลี่ย 7.25 วัน จึงจะมีพยาบาลไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน (ศึกษาจากประวัติผู้ป่วยซึ่งรับบริการสุขภาพที่บ้าน ทำให้เกิดช่องว่างของการบริการ และมีผลต่อผู้ป่วยคือ ต้องกลับเข้ารับการรักษายาบาลซ้ำและแผลกดทับ ญาติและผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านดำเนินการในลักษณะของการสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติผู้ป่วยและผู้ดูแล 1-2 ครั้งก่อนกลับบ้าน ในเวลา 2-3 วัน ซึ่งบางครั้งยังไม่เพียงพอแก่การดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ต้องการการสอนและการฝึกปฏิบัติมากกว่านี้ การบริการพยาบาลที่บ้านเป็นบริการฟรี ผู้ป่วยและครอบครัวจะรับผิดชอบเฉพาะค่าวัสดุการแพทย์ และเวชภัณฑ์เท่านั้น จากประสบการณ์ที่ดำเนินการอยู่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเห็นว่าการจัดบริการในรูปแบบนี้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าใดนัก การจัดบริการนำ

จะบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ และน่าจะคิดค่าบริการในลักษณะอื่นได้ด้วย เช่น การคิดค่าบริการตามกิจกรรมการบริการที่บ้าน หรือการคิดค่าบริการในลักษณะการเหมาจ่ายต่อรายผู้ป่วย เป็นต้น จากสถานการณ์เหล่านี้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงเห็นว่าควรได้มีการศึกษารูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์และบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Delivery System) ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการในเขตเมือง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1) เพื่ออธิบายรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสม สำหรับประชาชนในเขตเมือง
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางในการคิดค่าบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีระบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่สามารถให้บริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพแก่ประชาชนในเขตเมือง
- 2) โรงพยาบาลหาดใหญ่ สามารถลดภาระการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล และสามารถพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลแก่ประชาชนทุกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
- 3) สามารถนำเสนอรูปแบบของระบบบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีการจัดองค์กรและการบริหารที่มีประสิทธิภาพมีขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งต่อไปยังศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านและศูนย์จัดบริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีคุณภาพ
- 4) โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีแนวทางในการคิดอัตราค่าบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรผู้รับบริการในเขตเมือง
- 5) โรงพยาบาลหาดใหญ่ สามารถสรุปและนำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านซึ่งสามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ได้

ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการประมวลผล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการนำเอารูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านของ อัลเบรคท์ (Albrecht , 1990) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบชั่วคราว

แนวคิด การบริการสุขภาพที่บ้านของอัลเบรคท์

การบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบและต่อเนื่องซึ่งจัดให้แก่บุคคลและครอบครัวที่บ้านของเขา เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การประสานงาน และการจัดการการดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการสุขภาพที่บ้านมีองค์การที่รับผิดชอบ มีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการจัดบริการ และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อัลเบรคท์ ได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบไว้ คือ

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดูแล
2. องค์ประกอบของรูปแบบคือโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

องค์ประกอบของรูปแบบ คือ

1) โครงสร้าง ซึ่งจะประกอบด้วย ผู้รับบริการ ครอบครัว หน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ซึ่งจะศึกษาในรายละเอียดของผู้รับบริการเกี่ยวกับการจัดแบ่งประเภทของผู้รับบริการ ความต้องการบริการพยาบาลของผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ จำนวนผู้รับบริการและครอบครัวที่แสดงความจำนง และความสามารถของครอบครัวในการดูแลหรือสนับสนุนการดูแลที่บ้าน หน่วยงานที่ให้บริการ โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะจัดเป็นศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Services center) โดยมีการลงทะเบียนผู้รับบริการ และมีแพทย์เจ้าของไข้ (family doctor) มีพยาบาลผู้ให้บริการโดยทดลองใช้พยาบาลที่สมัครใจทำงานนอกเวลา (part time nurse) ให้บริการที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและครอบครัว

และสามารถเยี่ยมได้ตามกำหนดการที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ความต้องการการพยาบาล ของผู้รับบริการ การจัดอัตราค่าจ้างของศูนย์ ศูนย์จะคิดค่าบริการจากผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายโดยให้ศูนย์สามารถบริหารจัดการเองได้ มีพยาบาลหัวหน้าศูนย์เป็นผู้บริหารจัดการ

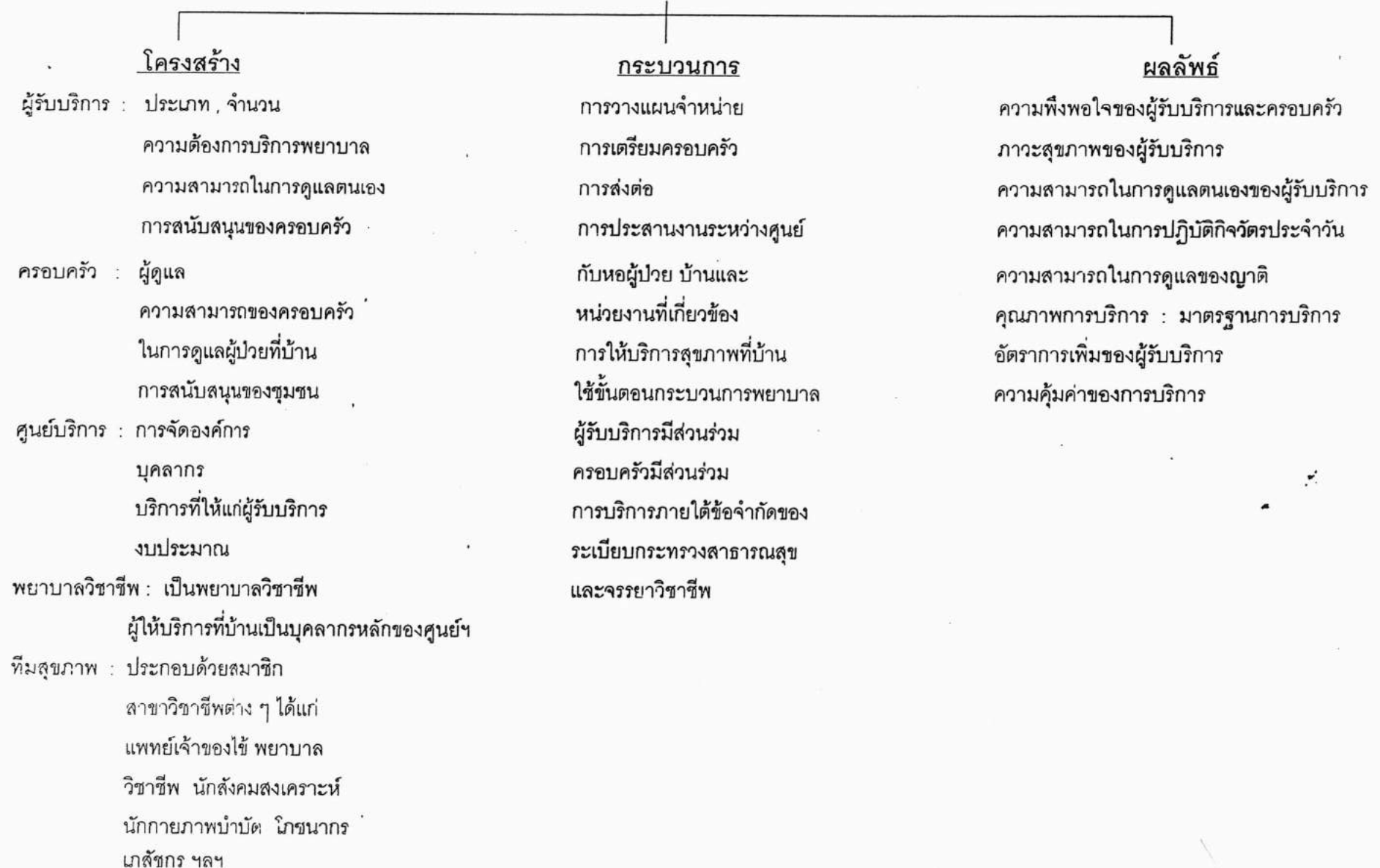
2) กระบวนการ เป็นกระบวนการที่ศูนย์จัดบริการให้ที่บ้าน ตามกระบวนการที่ พยาบาลวิชาชีพดำเนินการให้บริการวางแผนจำหน่ายขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เตรียมครอบครัวเพื่อรับการดูแลที่บ้าน และกระบวนการบริการพยาบาลที่บ้าน ซึ่ง อาจจะพิจารณาใช้รูปแบบการบริหารจัดการเฉพาะราย (Case Management) การประสานงาน ระหว่างศูนย์ หอผู้ป่วย บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกายภาพบำบัด เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ ผลของการบริการจะพิจารณาจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งส่วนที่ผู้รับบริการบอกและผลซึ่งแสดงออกทางอื่น เช่น การต้อนรับ ที่ดี การติดต่ออย่างสม่ำเสมอกับศูนย์ คุณภาพของการบริการ ในระยะแรกจะพิจารณาจาก ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ การมีภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การบริการที่ ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน บุคลากร (ทีมสุขภาพ) มีความสามารถและทักษะในการให้บริการ อย่างมีคุณภาพ

การคิดค่าใช้จ่าย พิจารณาการค้ำหนุน ค่าใช้จ่ายในการให้บริการต่อครั้ง การคิดอัตรา ค่าบริการ ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ สรุปการค้ำหนุน และแนวทางการคิดอัตราค่าบริการที่ผู้รับ บริการสามารถรับได้

สรุปแนวคิดการทำวิจัย

รูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้าน



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การวางแผนดำเนินการวิจัย
 - 1.1 ประชุมทีมวิจัย เพื่อกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับ
 - 1.1.1 โครงสร้างของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.1.2 กระบวนการและขั้นตอนการบริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.1.3 ผลลัพธ์การบริการสุขภาพที่บ้าน : การวัดและประเมินผล
 - 1.2 ประสานงานการดูแลผู้ป่วย ระหว่างศูนย์และ Ward กำหนดแนวทางการประสานงาน
 - 1.3 รับสมัครผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนจำหน่าย เยี่ยมบ้าน และจัดทำ Practice guidelines
2. จัดทำโครงสร้างของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

กำหนดปรัชญา นโยบาย และโครงสร้างการบริหารงาน

กำหนดภาระงาน และอัตรากำลัง

จัดทำเอกสารคู่มือ และปรับปรุงเอกสาร

รับสมัครและคัดเลือกบุคลากรประจำศูนย์ (คุณวุฒิ ปวส. 1 คน ทำหน้าที่พิมพ์ key ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล)
3. ฝึกอบรมผู้ทำ Practice guidelines ระยะเวลา 2 วัน

สร้าง Practice guidelines เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและให้การดูแลที่บ้าน จำนวน เรื่อง
4. ประสานงานการดูแลผู้ป่วย/วางแผนจำหน่าย

ประชุมวิชาการพยาบาลประจำศูนย์และพยาบาล Ward เรื่องการวางแผนจำหน่าย และประชุมเป็นระยะ ๆ ทุก 4 เดือน
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านระยะเวลา 5 วัน เกี่ยวกับแนวคิดการบริการ กระบวนการและเทคนิคการให้บริการ และการใช้ Practice guidelines
6. ฝึกอบรมพยาบาลประจำศูนย์ /พยาบาลเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อการจัดทำบันทึกรายงาน และการจัดระบบการจัดทำบันทึกรายงาน

7. ประชุมทีมวิจัยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ เกสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและกำหนดขั้นตอนการประสานงาน
8. ประชุมทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง แนวทางการคิดค่าบริการ
9. ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรที่ 1
 - 9.1 วางแผนให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้รูปแบบของอัลเบิร์ต เป็นรูปแบบชั่วคราว กำหนดโครงสร้างการบริการของศูนย์ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ และผลลัพธ์ของการบริการซึ่งมีรายละเอียด คือ
 - 9.1.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และประชุมทีมสุขภาพ เพื่อจัดทำแผนการวางแผนจำหน่าย
 - 9.1.2 ระสานงานวางแผนจำหน่าย และส่งต่อไปยังศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน ฝ่ายเวชกรรมสังคม
 - 9.1.3 ปรับปรุง Practice guidelines
 - 9.2 เตรียมการให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการจัดการเฉพาะราย (Case management) ในการจัดบริการ และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพร่วมกับผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - 9.3 ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ตามแผนที่กำหนดไว้ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน
 - 9.4 ประชุมทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย (ผู้วางแผนจำหน่ายและพยาบาลเยี่ยมบ้าน) เพื่อสรุปผลและปรับระบบ
 - 9.5 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
 - 9.6 ติดตามประเมินผล

ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน โดยพิจารณาจากความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

บุคลากร พิจารณาจากคุณภาพการบริการ การจัดระบบบันทึก คุณภาพการบันทึก
คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของบุคลากร ความคิดและความรู้สึก

Ward พิจารณาถึงปัญหาในการให้บริการ

9.7 ให้ข้อมูลย้อนกลับ ปรับปรุงระบบเพื่อการให้บริการในวงจรที่ 2

10. ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรที่ 2 โดย

10.1 นำแผนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน จากวงจรที่ 1 ซึ่งได้ปรับปรุงเป็นรูปแบบ

ชั่วคราวไปดำเนินการให้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้ขั้นตอนข้อ 9.1 ถึง 9.7

10.2 ติดตามผลการให้บริการ และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสังเกตพฤติกรรม
ปฏิบัติการพยาบาลของทีมวิจัย และผู้ร่วมวิจัย และพฤติกรรมปฏิบัติของผู้รับ
บริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดทำบันทึกประวัติผู้บริการและ
ครอบครัว ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

10.3 การสะท้อนการปฏิบัติ นักวิจัย ผู้ร่วมวิจัย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หาแนวทาง
ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่มสรุปเป็นรูปแบบบริการสุขภาพที่บ้าน
ซึ่งเป็นรูปแบบที่ปรับปรุงครั้งที่ 2

11. ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการวงจรที่ 3 โดยการนำรูปแบบการบริการชั่วคราวไปทดลอง
ให้บริการเป็นครั้งที่ 3 และเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาการปฏิบัติทั้ง 3 วงจร

12. วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

13. สรุปแนวคิด วิธีการและรูปแบบการจัดการบริการ ของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านของ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

14. เขียนรายงานการวิจัย

15. นำเสนอผลงานการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยจะทำการศึกษาจากผู้รับบริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเขต
เทศบาลนครหาดใหญ่ หอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่แจ้งความจำนงกับศูนย์ มีแพทย์เจ้าของ
ไข้ และต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง

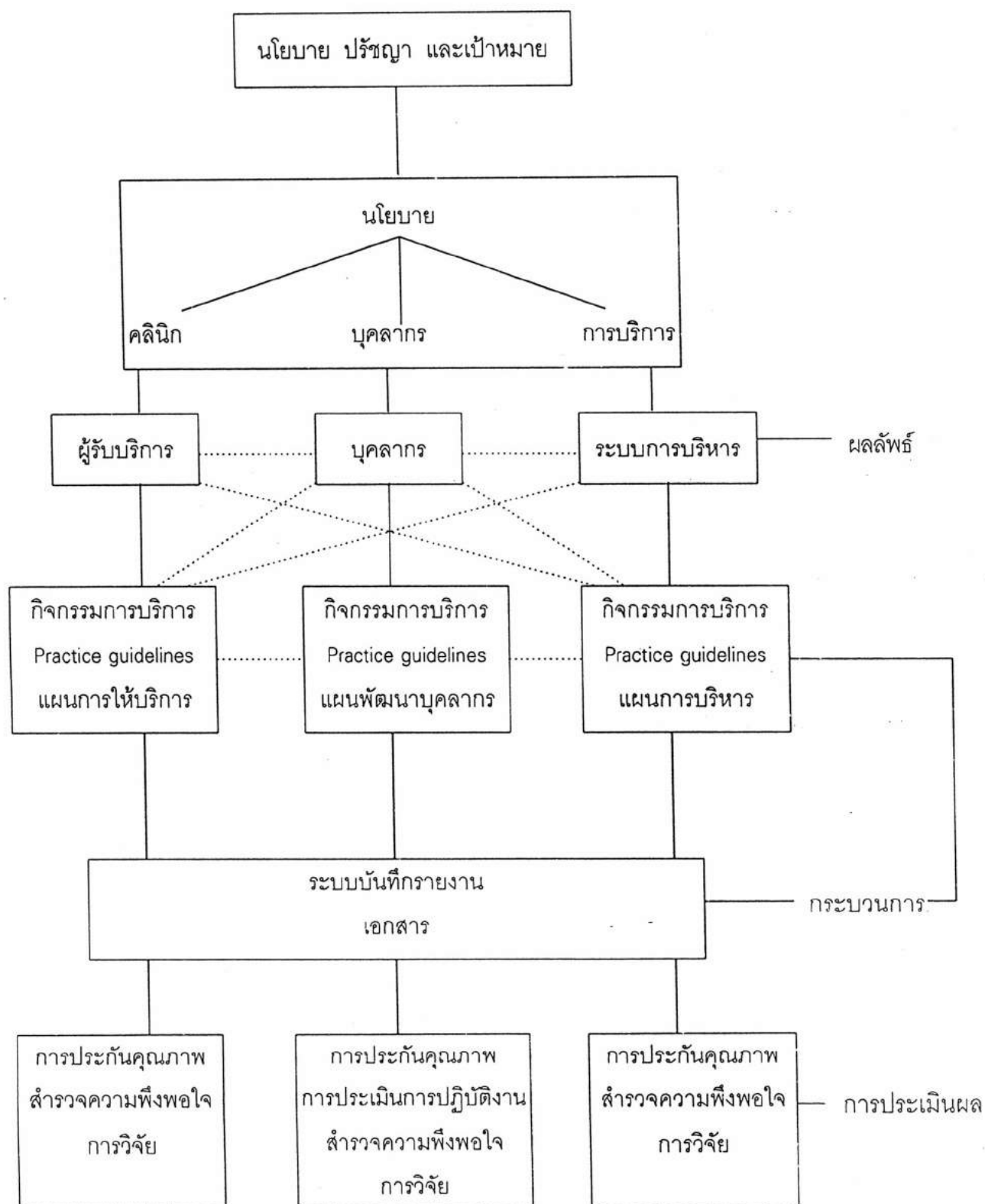
ขอบเขตการวิจัย

การให้บริการสุขภาพที่บ้านจะให้บริการแก่ผู้รับบริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีบ้านอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ และแจ้งความจำนงขอรับบริการสุขภาพที่บ้าน มีแพทย์เจ้าของไข้ และยินดีจ่ายค่าบริการให้แก่ศูนย์

ระยะเวลาในการทำวิจัย 2 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2540 ถึง 31 ธันวาคม 2541

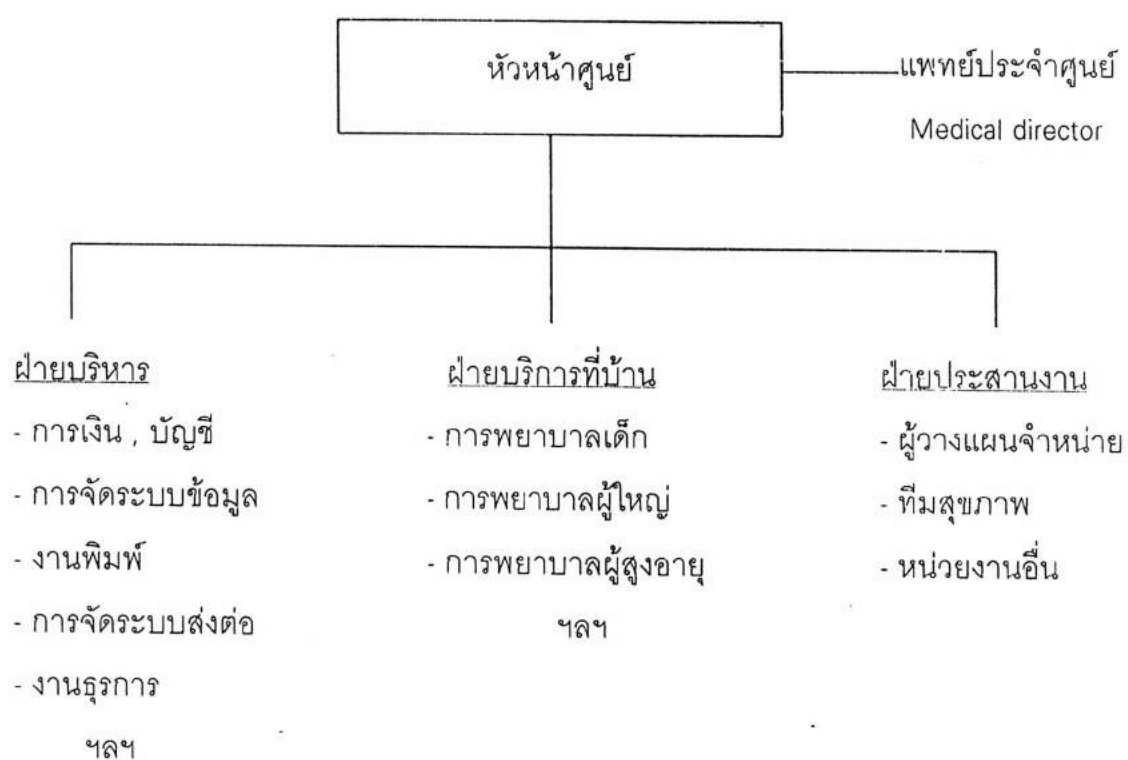
121

โครงสร้างการบริหารงานของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน



โครงสร้างการบริหารงานคลินิก

ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลหาดใหญ่



ศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน
โรงพยาบาลหาดใหญ่
โครงสร้างชั่วคราวของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

ภาระหน้าที่ของศูนย์

ให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยซึ่งโรงพยาบาลอื่นส่งต่อมารับบริการและผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ขอรับบริการจากศูนย์โดยตรง

ภาระหน้าที่ของหัวหน้าศูนย์

1. รับแจ้งความประสงค์ของผู้ขอรับบริการสุขภาพที่บ้าน
2. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลประจำการ และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อจัดทำแผนการวางแผนจำหน่าย
3. มอบหมายผู้รับบริการแก่พยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
4. บริการจัดการด้านการเงินของศูนย์ : จัดทำตารางงบประมาณจัดเก็บค่าบริการจ่าย ค่าตอบแทนแก่บุคลากรของศูนย์ (ทั้ง Staff fulltime และ Past time)
5. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน : วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ และวัสดุสำนักงาน
6. ดูแลการจัดทำบันทึกรายงานและการจัดระบบทำบันทึกรายงานของศูนย์
7. ประเมินผล และทำการศึกษาวิจัย หรือจัดระบบให้เอื้ออำนวยแก่การศึกษาวิจัย

ภาระหน้าที่ของพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย

1. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยเพื่อจัดทำแผนการวางแผนจำหน่าย และประสานงานกับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
2. ดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายและประชุมทีมสุขภาพ
3. จัดทำบันทึกรายงานการวางแผนจำหน่าย
4. ประเมินผลและทำการศึกษาวิจัย หรือจัดระบบให้เอื้ออำนวยแก่การศึกษาวิจัย
5. จัดระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นตามความประสงค์ของผู้รับบริการ

ภาระหน้าที่ของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

1. ประสานงานกับพยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
2. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ
3. ประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ และญาติ เพื่อกำหนดแผนการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
4. ดำเนินกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน
5. จัดทำบันทึกรายงานและจัดระบบจัดทำบันทึกรายงานของศูนย์
6. ประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อรายงานความก้าวหน้าปรับปรุงแผนการให้บริการหรือ
แก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพที่บ้าน
7. ประเมินผลและทำการศึกษาวิจัย หรือจัดระบบให้อี้อำนวยความสะดวกการศึกษาวิจัย

อัตรากำลังทางศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน

1. หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน : พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
2. พยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย : พยาบาลวิชาชีพ 2 คน
3. พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน : พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และพยาบาลวิชาชีพล่วง
เวลา (past time) ใช้อัตราส่วนพยาบาล : ผู้รับบริการ = 1 : 4

ภาคผนวก ข

ขั้นตอนการขอรับบริการ และกระบวนการให้บริการของศูนย์

ขั้นตอนการขอรับบริการ

1. การแจ้งความประสงค์ขอรับบริการจากศูนย์ฯ
 - 1.1 ผู้รับบริการแจ้งความประสงค์ที่ศูนย์บริการสุขภาพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโดยตรง
 - 1.2 แพทย์เจ้าของไข้แจ้งความประสงค์ต่อศูนย์ฯ ให้รับผู้รับบริการไว้ในความดูแลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
 - 1.3 พยาบาลประจำการหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ให้ศูนย์ฯ รับไว้ดูแลต่อ
 - 1.4 ผู้รับบริการแจ้งความประสงค์ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการ
2. หัวหน้าศูนย์มอบหมายให้พยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการและผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อจัดทำแผนการวางแผนจำหน่าย
3. พยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย ประสานงานกับพยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านเพื่อประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพและผู้รับบริการและญาติ/ผู้ดูแลเพื่อจัดทำแผนการให้การดูแลที่บ้าน
4. พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผน ปรับปรุงพัฒนาแผนให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ
5. ทีมสุขภาพทำการประเมินผลการให้บริการ สรุปและจำหน่ายผู้รับบริการจากศูนย์

โรงพยาบาลหาดใหญ่

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

127

W_{3/5}

รายละเอียดรายละเอียดการคิดค่ารักษาแยกตามรหัสต่าง ๆ

รหัส 1. ค่ายาและน้ำยาผสมในเลือด

รหัส 2. ค่าเอ็กซเรย์

รหัส 3. ค่าชันสูตรโรค

รหัส 4. ค่าตรวจหัวใจ

รหัส 5. ค่าเผือกและค่าผ่าตัด

รหัส 6. ค่าคลอดและชุดมดลูก

รหัส 7. ค่าห้อง

รหัส 8. ค่าอาหาร

รหัส 9. ค่ากายภาพและค่าบริการทางการแพทย์

รหัส 10. ค่าอื่น ๆ เช่น อ็อกซิเจน, เครื่องช่วยหายใจ

☐ บัตรสงเคราะห์ เลขที่.....

☐ บัตร ผสส. เลขที่.....

☐ บัตรสุขภาพ

☐ บัตรสุขภาพนักเรียน.....

☐ บัตรเหรียญ.....

☐ บัตรกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน เลขที่.....

☐ หนังสือส่ง.....

☐ พอ.สว.....

☐ บัตรผู้สูงอายุ เลขที่.....

ชื่อผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี ดึก.....เล่มที่.....เลขที่.....

วัน Admit.....วันที่ Discharge.....จำนวนวัน.....วัน

หน่วยบริการ	รหัส 1	รหัส 2	รหัส 3	รหัส 4	รหัส 5	รหัส 6	รหัส 7	รหัส 8	รหัส 9	รหัส 10	รวมทั้งหมด
โรงพยาบาล											

แบบสรุปการให้บริการ HHC

1. HHC No.
2. ชื่อผู้ป่วย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว
3. ชื่อ
4. สกุล.....
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
6. อายุ.....ปี
7. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. แยก/หย่า
8. รายได้ตนเอง.....บาท
9. รายได้ครอบครัว.....บาท
10. สิทธิทางรักษา ☐ 1. เบิกได้ ☐ 2. เบิกไม่ได้ ☐ 3. เบิกได้บางส่วน
11. พยาบาลผู้รับผิดชอบให้บริการ รหัส.....
12. ชื่อ.....
13. แพทย์เจ้าของไข้ รหัส.....
14. ชื่อ.....
15. เวลาการเดินทางจากโรงพยาบาล นาที
16. การวินิจฉัยโรค 1.....
2.....
3.....
17. สรุปความสามารถปฏิบัติ ADL ก่อนกลับบ้าน..... คะแนน
18. จำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล..... วัน
19. จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องรักษาต่อ หากไม่ได้ HHC.....วัน
20. จำนวนวันที่ญาติหยุดงาน เพื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล.....วัน
21. ค่าใช้จ่าย ขณะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ยานพาหนะ, อาหาร, อื่น ๆ)บาท/ครั้ง
22. จำนวนวันที่ญาติหยุดงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล.....วัน
23. ค่าใช้จ่ายของญาติ ขณะมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (อาหาร, คอกไม้, อื่น ๆ).....บาท/ครั้ง
24. ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล
 - 24.1 สรุปค่าใช้จ่ายลำดับที่ 1-6บาท
 - 24.2 สรุปค่าบริการกายภาพบาท
 - 24.3 สรุปค่าบริการรักษาอื่น ๆบาท
 - 24.4 สรุปค่าอาหารและที่พักบาท
 - 24.5 สรุปค่ายานพาหนะบาท

25. จำนวนครั้งการบริการสุขภาพที่บ้านครั้ง
26. รวม ค่าบริการสุขภาพที่บ้านบาท
27. รวม ค่าอุปกรณ์/เวชภัณฑ์บาท
28. รวม ค่ายานพาหนะบาท
29. ผู้ดูแลผู้ป่วย ☐ 1. ภรรยา/สามี ☐ 2. บุตร ☐ 3. อื่น ๆ.....
30. รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน.....บาท
31. ค่าจ้างผู้ดูแลอื่น ๆ ต่อเดือน.....บาท
32. ลักษณะการดูแล ☐ 1. ผู้ดูแลอยู่ตลอด ☐ 2. ผู้ดูแลทำกิจกรรมเป็นครั้งคราว
☐ 3. เพื่อนบ้านช่วยดู ☐ 4. อื่น ๆ.....
33. ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านประมาณ.....บาท
34. เวลาเฉลี่ยในการให้บริการ/ครั้ง.....นาทีก
35. สรุปความสามารถปฏิบัติ ADL ครั้งสุดท้าย..... คะแนน
36. สรุปจำนวนการให้บริการ.....ครั้ง
37. การประเมินผลตามกิจกรรม ☐ ดีขึ้น ☐ คงเดิม ☐ แย่ลง
- 37.1 กรณี แย่ลง เนื่องจาก.....
38. จำนวนครั้งของการรายงานแพทย์ ครั้ง
39. จำนวนครั้งของการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ครั้ง
40. สรุปผู้ให้บริการ
- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. รหัส..... | จำนวน.....ครั้ง |
| 2. รหัส..... | จำนวน.....ครั้ง |
| 3. รหัส..... | จำนวน.....ครั้ง |

โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน

สำหรับประชาชนเขตเมือง โรงพยาบาลหาดใหญ่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

HHC no.....

HN

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี	พยาบาลผู้รับผิดชอบ RN No.....
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ซอย.....	ชื่อ.....
ถนน.....ตำบล.....	โทรศัพท์.....
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	แพทย์เจ้าของไข้ MD No.....
โทรศัพท์ บ้าน.....	ชื่อ.....
มือถือ.....	แพทย์เวชการรวมพื้นฟู รหัส.....ชื่อ.....
สถานภาพ [] โสด [] คู่	นักกายภาพบำบัด รหัส.....ชื่อ.....
[] หม้าย [] แยกหย่า	โภชนากร รหัส.....ชื่อ.....
อาชีพ.....	เภสัชกร รหัส.....ชื่อ.....
รายได้ตนเอง.....บาท	ญาติผู้ใกล้ชิด.....
รายได้ครอบครัว.....บาท	ที่อยู่.....
สิทธิการรักษา [] เบิกได้ [] เบิกไม่ได้	โทรศัพท์.....

แผนที่ การเดินทางและสถานที่ใกล้เคียง

เวลาเดินทางจากโรงพยาบาล ถึงบ้าน.....นาที

หมายเหตุ.....

.....

.....

ชื่อผู้ป่วย.....

1. การวินิจฉัยโรค 1..... วันที่.....
 2..... วันที่.....
 3..... วันที่.....

2. ยาเมื่อกลับบ้าน.....

3. แผนการรักษาของแพทย์.....

4. แพทย์เจ้าของไข้..... วันที่นัดตรวจ..... เดือน..... พ.ศ.....
 ห้องตรวจ/คลินิก..... โรงพยาบาล..... ศูนย์บริการ.....

5. การประเมินผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

T..... °C P..... ครั้ง/นาที R..... ครั้ง/นาที BP..... mm.Hg. น้ำหนัก..... กิโลกรัม

6. ความสามารถในการปฏิบัติ ADL (ให้คะแนน)

กิจกรรม	ปฏิบัติได้เอง (2)	ต้องช่วยเหลือ (1)	ทำไม่ได้ (0)	รวมคะแนน
1. การรับประทานอาหาร.....				
2. การล้าง/แปรงฟัน.....				
3. การลุกนั่ง/เคลื่อนย้าย.....				
4. การใช้ห้องสุขา.....				
5. การเดิน.....				
6. การแต่งตัว/สวมเสื้อผ้า.....				
7. การขึ้น/ลงบันได.....				
8. การอาบน้ำ.....				
9. การขับถ่ายอุจจาระ.....				
10. การขับถ่ายปัสสาวะ.....				
11. อื่น ๆ				

รวมคะแนน

7. การตรวจร่างกายอื่น ๆ ที่สำคัญ.....

8. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ.....

9. จำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....วัน

10. จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องการรักษาต่อ หากไม่จัดบริการ HHC วัน

11. จำนวนวันที่ญาติหยุดงาน เพื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล.....วัน

12. ค่าใช้จ่าย ขณะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ค่ายานพาหนะ, ค่าอาหาร, อื่น ๆ).....บาท/ครั้ง

13. จำนวนวันที่ญาติหยุดงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล.....วัน

14. ค่าใช้จ่ายของญาติ ขณะมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (อาหาร, ดอกไม้, อื่น ๆ).....บาท/ครั้ง

(7 Nov 40)

ลงชื่อ..... ผู้ทำ Discharge Plan

ชื่อผู้รับบริการ.....

บริการ	ราคาที่กำหนด	จำนวนครั้ง	จำนวนเงิน
ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	50		
ค่าบริการพยาบาล			
1. ทำแผล เล็ก กลาง ใหญ่	50-100		
2. ฉีด ยาและบริการ	50-100		
3. ดูแล Tracheostomy tube	50-100		
4. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ	50		
5. สวนล้างกระเพาะปัสสาวะ	50		
6. เปลี่ยนสาย NG-tube	50		
7. สวนอุจจาระ	50		
8. ให้ IV fluid	50		
9. บริการดูแลสุขภาพทั่วไป	50		
ค่าบริการกายภาพบำบัด			
รวมจำนวนครั้ง			
รวมค่าบริการสุขภาพ			
ค่าวัสดุ อุปกรณ์/เวชภัณฑ์	ตามราคา รพ.	จำนวน	
1. ชุดทำแผล			
2. กระบอกฉีดยาและเข็ม			
3. สายสวนปัสสาวะ			
4. สาย NG-tube			
5. ชุดให้ IV fluid			
6. ยา			
7. ถุงมือ disposable			
8. อื่น ๆ			
รวมค่าวัสดุ อุปกรณ์/เวชภัณฑ์			
ค่ายานพาหนะ (เหมาจ่าย)	50		
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			

(1)

(2)

(3)

รวม 1+2+3

หมายเหตุ

(13 Mar 41)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย..... HHC No..... HN.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

อาการปัจจุบัน.....

ผู้ดูแล ☐ ภรรยา/สามี ☐ บุตร ☐ อื่นๆ.....

ลักษณะการดูแล

☐ ผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอด ☐ ผู้ดูแลมาทำกิจกรรมให้เป็นครั้งคราว ☐ เพื่อนบ้านช่วยดู ☐ อื่น.....

รายได้ของผู้ดูแล/ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย.....บาท/เดือน

2. ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

2.1 ลักษณะบ้าน ☐ ห้องแถว ☐ บ้านเดี่ยว ☐ ชั้นเดียว ☐ 2 ชั้น ☐ อื่นๆ.....2.2 บริเวณบ้าน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ อื่นๆ.....2.3 การจัดบ้าน ☐ แยกห้องนอนเป็นส่วนตัว ☐ ไม่ได้แยกห้อง แต่แบ่งเป็นบริเวณสำหรับผู้ป่วยชัดเจน2.4 คุณภาพการระบายอากาศ ☐ อากาศถ่ายเทได้ดี ☐ อากาศถ่ายเทได้ไม่ดี ☐ อื่นๆ ระบุ.....2.5 แสงสว่าง ☐ พอ ☐ ไม่พอ2.6 การจัดบ้าน ☐ เป็นระเบียบ ☐ ไม่เป็นระเบียบ ☐ มีราวยึดเกาะ ☐ ไม่มีราวยึดเกาะ2.8 ห้องน้ำ, ห้องส้วม ☐ สะอาด ☐ ไม่สะอาด2.9 ห้องครัว ☐ สะอาด, เป็นระเบียบ ☐ ไม่สะอาด, ไม่เป็นระเบียบ3. การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ☐ มี ☐ ไม่มี

4. ถ้ามี ค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบาท

5. ปัญหาของผู้ดูแล

6. ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (เมื่อเยี่ยมครั้งแรก)

7. จำนวนวันที่ญาติหยุดงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน.....วัน

ชื่อผู้ป่วย.....

ข้อมูล วัน เดือน ปี	การประเมินการเยี่ยมที่บ้าน				
กิจกรรมการพยาบาล (ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องการประเมิน)					
1. ทำแผล					
2. ฉีดยา					
3. ดูแล Tracheostomy tube					
4. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ					
5. สวนล้างกระเพาะปัสสาวะ					
6. เปลี่ยนสาย NG-tube					
7. สวนอุจจาระ					
8. ให้ IV fluid					
9. อื่น ๆ					
กิจกรรมกายภาพบำบัด					
อื่น ๆ (ระบุ)					
การประเมินผลตามกิจกรรม					
นัดเยี่ยมครั้งต่อไป					
การประสานงาน					
รายงานแพทย์เจ้าของไข้					
ประสานงานกับทีมสุขภาพ (ระบุ)					
อื่นๆ					
ลงชื่อผู้ให้บริการ					
ลงชื่อผู้รับบริการ (หรือผู้ดูแล)					

หมายเหตุ

ภาคผนวก ก

**ก1.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการ
โครงการบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับประชาชนในเขตเมือง โรงพยาบาลหาดใหญ่**

ชื่อ..... โรค..... HHC.No.....

ที่อยู่.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร (ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์)

- ☐ 1.ตัวผู้ป่วยเอง ☐ 2.ญาติที่ดูแลตลอดเวลาการเจ็บป่วย (ที่บ้านและโรงพยาบาล)
☐ 3.ผู้ดูแลที่บ้าน ☐ 4.อื่น ๆ ระบุ.....

1. การบริการสุขภาพที่บ้านที่ท่านได้รับนั้น ท่านพอใจมากน้อยเพียงไร

- ☐ 1.น้อย ☐ 2.ปานกลาง ☐ 3.มาก

2. ค่าใช้จ่ายที่ท่านใช้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเมื่อท่านนอนอยู่ที่โรงพยาบาล

- ☐ 1.มากกว่าเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล ☐ 2. ใกล้เคียงกัน ☐ 3.น้อยกว่าเมื่ออยู่ที่
โรงพยาบาล

3. ท่านคิดว่าการคิดค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่บ้านของโครงการ

- ☐ 1.แพง ☐ 2.ปานกลาง ☐ 3.เหมาะสม

4. การที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน คนในครอบครัวคิดว่าคุ้มค่ากว่าอยู่ที่โรงพยาบาลหรือไม่

- ☐ 1.อยู่ที่บ้านดีกว่า ☐ 2.ใกล้เคียงกัน ☐ 3.อยู่ที่โรงพยาบาลดีกว่า

5. ครอบครัวได้ประโยชน์จากการมีโครงการนี้หรือไม่

- ☐ 1.ได้ประโยชน์น้อย ☐ 2.ได้ประโยชน์ปานกลาง ☐ 3.ได้ประโยชน์มาก

6. เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน มีความเห็นต่อโครงการนี้อย่างไร

- ☐ 1.เห็นว่าไม่ดี ☐ 2.เห็นว่าน่าจะดี ☐ 3.เห็นว่าดี ☐ 4.ไม่ทราบ

7. ถ้ามีญาติหรือเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเรื้อรัง ท่านจะแนะนำให้เข้าโครงการนี้หรือไม่

- ☐ 1.แนะนำ ☐ 2.ไม่แนะนำ ☐ 3.ไม่แน่ใจ

8. ท่านรู้จักโครงการนี้จากใคร

- ☐ 1.เพื่อนบ้าน ☐ 2.ญาติ ☐ 3.อาสาสมัครสาธารณสุข
☐ 4.พยาบาล ☐ 5.แพทย์ ☐ 6.อื่น ๆ ระบุ.....

9. การติดต่อสื่อสารระหว่างศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านและผู้ป่วย

- ☐ 1.ยาก ☐ 2. ควรปรับปรุง ☐ 3.สะดวก

10. ก่อนกลับบ้านท่านได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้านที่จะให้กับผู้ป่วยของโครงการนี้หรือไม่

- ☐ 1.ไม่ได้รับ ☐ 2.ได้รับ ☐ 3.ไม่แน่ใจ

11. การจัดเวลาให้บริการสุขภาพที่บ้าน

- ☐ 1.น้อยเกินไป ☐ 2.เหมาะสม ☐ 3.มากเกินไป

12. ความถี่ของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

- ☐ 1.ไม่เพียงพอ ☐ 2.เพียงพอ ☐ 3.มากเกินไป

13. บุคลากรที่ไปให้บริการสุขภาพที่บ้าน

- ☐ 1.ไม่เหมาะสม ☐ 2.ควรปรับปรุง ☐ 3.เหมาะสม

14. ท่านเห็นว่าโครงการบริการสุขภาพที่บ้านควรปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะ

ที่ท่านเห็นว่าสำคัญ.....

ผู้สัมภาษณ์.....

ก2.แนวคำถามในการประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการจัดบริการของศูนย์ ฯ

ผู้ให้บริการ

1. การบริการสุขภาพที่บ้านที่ท่านได้รับนั้น ท่านพอใจหรือไม่ พอใจอะไรบ้าง ไม่พอใจอะไรบ้าง น่าจะปรับปรุงอะไรบ้าง (ความพึงพอใจต่อการบริการ วิธีการจัดบริการ)
2. ผู้ดูแลพอใจกับการบริการสุขภาพนี้หรือไม่ คิดว่าผู้ป่วยยังเป็นภาระให้กับท่านหรือไม่ (ภาระของผู้ดูแล ความพึงพอใจ คุณภาพการบริการ)
3. ค่าใช้จ่ายที่ท่านใช้จ่ายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมากกว่า เท่า ๆ กัน หรือน้อยกว่าเมื่อนอนอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่งคิดรวมทั้งค่ารถ ค่าดูแล ค่าจ้าง ค่าเสียโอกาส (ค่าใช้จ่ายที่บ้านและโรงพยาบาล ความคุ้มค่า)
4. สำหรับโรคที่ท่านเป็นในครั้งนี้ ท่านคิดว่าสมควรจ่ายจำนวนเท่าไรต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน แต่ละครั้งและที่ต้องจ่ายเองท่านยินดีที่จะจ่ายหรือไม่ ทำไมจึงยินดีจ่าย/ไม่จ่าย (ค่าบริการ/ครั้ง ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเอง)
5. เพื่อนบ้าน ญาติ หรือคนในชุมชนสนใจการบริการนี้หรือไม่ เขามีความคิดเห็นอย่างไรต่อโครงการนี้ (ความพึงพอใจต่อการบริการ คุณภาพการบริการ)
6. ทำต้องการให้มีโครงการนี้หรือไม่ ทำไมต้องการ/ไม่ต้องการ (ความต้องการการบริการ ความพึงพอใจต่อการบริการ)
7. ท่านรู้จักโครงการนี้จากใคร รู้สึกอย่างไรเมื่อรู้จักโครงการนี้ครั้งแรก (การติดต่อสื่อสารของศูนย์ฯ และหอผู้ป่วย)
8. ท่านติดต่อสื่อสารระหว่างศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านกับที่บ้านได้สะดวกหรือไม่ ถ้าไม่เคยติดต่อ คิดว่าถ้าจะติดต่อ น่าจะสะดวกหรือไม่ (การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่อง)
9. ถ้ามีปัญหาสุขภาพขึ้นที่บ้าน ท่านคิดถึงที่ไหนก่อนเป็นอันดับแรก ระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านของโครงการนี้ ทำไมท่านจึงคิดถึงเป็นอันดับแรก (การติดต่อสื่อสาร ความพึงพอใจต่อการบริการ)
10. ก่อนกลับบ้านท่านได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการบริการของโครงการนี้ หรือไม่ ถ้าได้รับคำชี้แจงได้รับจากใคร
11. ท่านได้รับคำแนะนำหรือให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวมากนักน้อยเพียงใดจากทีมผู้ให้บริการ แล้วท่านสามารถปฏิบัติตามได้หรือไม่ ทำไมจึงปฏิบัติได้/ไม่ได้ (การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การสอนและฝึกปฏิบัติ)
12. ท่านพอใจผู้ที่ให้บริการหรือที่บ้านหรือไม่ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร อื่น ๆ พอใจอะไร ไม่พอใจอะไร น่าจะปรับปรุงอะไร (ความพึงพอใจต่อทีมสุขภาพ ความสามารถในการให้บริการของทีม)
13. ท่านพอใจกับการจัดเวลาให้บริการสุขภาพที่บ้านของโครงการนี้หรือไม่ เช่นเวลาที่ให้บริการความถี่ของการให้บริการ ถ้าไม่พอใจน่าจะจัดเวลาอย่างไร (ความเหมาะสมการบริการ เวลาในการให้บริการ ความต่อเนื่อง)

ก3.คำถามสำหรับ Focus group

1. การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ท่านทำอะไร ต้องการให้ช่วยเหลือและสนับสนุนด้านใดบ้าง
 - ผู้ให้บริการ พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร
 - ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - ระบบบริการ อุปกรณ์ แผนที่ เอกสาร ประสานงาน
2. ขณะที่ท่านเยี่ยมบ้าน ท่านได้บริการอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร เพราะอะไร
 - ผู้ให้บริการทำอะไรให้กับผู้ป่วยบ้าง
 - ผู้รับบริการ ได้รับครอบคลุมหรือไม่ตามแบบที่วางไว้ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ควรเพิ่มเติมอะไร
 - ระบบบริการที่จัด
3. ท่านคาดหวังอย่างไร ต่อการเยี่ยมบ้านในเรื่อง
 - การดูแลที่บ้าน (การพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วย)
 - โรคและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
 - ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติกับการบริการ
 - พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ (การดูแลตนเองของผู้ป่วย, ญาติ)
 อะไรบ้างที่ไม่ตรงกับความต้องการของท่าน ท่านรู้สึกอย่างไร และแก้ไขอย่างไร
4. การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน บุคคลเหล่านี้ควรเป็นอย่างไร
 - พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร
 - แพทย์
 - ระบบบริการ
5. คุณสมบัติของบุคคลเหล่านี้ควรเป็นอย่างไร
 - พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร
 - แพทย์
6. การคิดคำตอบแทนแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ท่านคิดว่าควรปรับเปลี่ยนอย่างไร
7. อะไรที่ทำให้ท่านเข้าร่วมโครงการ,และสิ่งที่ท่านได้รับจากการเยี่ยมบ้าน
(คำตอบแทน ความรู้สึกต่อตัวเอง ต่อกิจกรรมพยาบาล ต่อผู้ป่วย, ญาติ ผู้ร่วมงาน)
8. ปัญหาอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน
 - การเดินทาง
 - อุปกรณ์เครื่องใช้
 - การปรับตัวของท่าน
 - การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ญาติ และตัวท่าน (สัมพันธภาพ, ความร่วมมือ)
9. ท่านคิดว่าการบริการที่ควรเพิ่มเติมมีอะไรบ้าง ขยายเพิ่มหรือดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ หรือปิดโครงการ

ก4.แนวคำถามในการประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการจัดบริการของศูนย์ ฯ

แพทย์

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสภาพและอาการของผู้ป่วยเมื่อมา FU ภายหลังจากทีมสุขภาพไปให้บริการที่บ้านแล้ว รู้สึกว่าได้ผลน่าพอใจ หรือต่ำกว่าที่คาดไว้ (ความพึงพอใจ)
2. ถ้าเราจัดบริการที่บ้านให้กับคนที่อาจจะต้องนอนที่โรงพยาบาล ยกตัวอย่าง Case นี้ ท่านคิดว่าจะดีขึ้น เหมือนเดิม หรือแย่กว่า (คุณภาพการจัดบริการ ความสามารถของทีมสุขภาพ)
3. ท่านพอใจกับการบริการที่จัดจากโครงการนี้หรือไม่ พอใจอะไรบ้าง ไม่พอใจอะไรบ้าง น่าจะปรับปรุงอะไรบ้าง ต่อไปจะส่งผู้ป่วยเข้าโครงการนี้อีกหรือไม่ (ความพึงพอใจต่อการจัดบริการ คุณภาพบริการ วิธีการจัดบริการ)
4. ท่านมีเหตุผลอะไร จึงส่งผู้ป่วยเข้าในโครงการ (คุณภาพการบริการ การบริหารจัดการ ความสามารถของทีมสุขภาพ)
 - 4.1 รู้สึกว่าน่าจะเป็นโครงการที่ดี
 - 4.2 รู้สึกว่าจะลดภาระการดูแลผู้ป่วย
 - 4.3 รู้สึกว่าผู้ป่วยบางคนไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล นอนที่บ้านก็ได้ถ้ามีการบริการนี้
 - 4.4 เชื่อมั่นว่าทีมสุขภาพของโครงการนี้ น่าจะบริการได้ดี
5. ท่านคิดว่าการที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับไปนอนที่บ้านจะลดหรือเพิ่มภาระอะไรบ้าง เช่น การ Round Ward ของหมอ การรับผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น (ภาระของหมอและหอผู้ป่วย ข้อดีข้อเสียในการจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว)
6. ท่านมีความคิดเป็นอย่างไรกับผลสะท้อนที่ผู้ป่วยบอกหรือเล่าให้ฟังในประเด็นของคุณภาพการบริการ คุณภาพของผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่าย การหายของโรค (ความคุ้มค่า ความพึงพอใจ)
7. ในเชิงเศรษฐศาสตร์ ท่านคิดว่าระบบของโครงการนี้เป็นอย่างไร การให้บริการคุ้มค่าหรือไม่ (ความคุ้มค่า ภาระค่าใช้จ่าย)