การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

นางรภัทภร เพชรสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2566

The Development of a Seamless Health Service Model for Breast Cancer Patients from Hospital to Community

Mrs. RAPHATPHORN PETCHSUK

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
ชื่อและนามสกุล	นางรภัทภร เพชรสุข
แขนงวิชา / วิชาเอก	การบริหารทางการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

---------- ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ)

---------- กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข)

---------- กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน)

---------- ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
ผู้วิจัย นางรภัทภร เพชรสุข รหัสนักศึกษา 2625100025
ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข (2) รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง 2) พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ 3) ประเมินความเหมาะสม ของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม 1) ทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลหน่วยประสานงานส่งต่อ 1 คน และ 2) ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล จำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล มี 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านโครงสร้าง มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีเครื่องมือทันสมัยครบถ้วน สื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลมีจำกัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็มีภาระงานมาก (2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และ (3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ มีความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย 2) รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการมีการพัฒนาบนพื้นฐานศึกษาสถานกรณ์ร่วมกับการบูรณาการแนวคิด 2 ประการ ได้แก่ การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียนซึ่งเน้นการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและปลอดภัยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยมีการประสานงานส่งต่อและการสื่อสารด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนด้านผลลัพธ์ มีการประเมินระยะเวลาบริการและความพึงพอใจจนถึงหลังจำหน่าย และ 3) รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมร้อยละ 91.90

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลสู่ชุมชน โรคมะเร็งเต้านม

Thesis title: The Development of a Seamless Health Service Model for Breast Cancer Patients from Hospital to Community

Researcher: Mrs. RAPHATPHORN PETCHSUK; ID: 2625100025;

Degree: Master Nursing Science;

Thesis advisors: (1) Associate Professor Dr. Aree Cheevakasemsook;(2) Associate Professor Dr. Penchun Saenprasarn ; Academic year: 2023

Abstract

The objectives of this research aimed: 1) to analyze the situation of the health service model of a cancer hospital, 2) to develop a seamless health service model for breast cancer patients from hospital to community, and 3) to evaluate the appropriateness of the developed seamless health service model.

For this qualitative research, the key informants were purposively selected and divided into two groups: 1) the healthcare team, consisting of 8 members, included 1 physician, 1 head of the nursing academic department, 1 head of the inpatient surgical nursing department, 1 head of the outpatient chemotherapy department, 3 professional nurses, and 1 nurse from the referral coordination unit; and 2) patients and caregivers, comprising 6 individuals: 3 patients and 3 caregivers. The research instruments included two sets: 1) a question guideline for focus group discussions, and 2) an assessment form for evaluating the appropriateness of the seamless healthcare service model for breast cancer patients from hospital to community. Both instruments were validated for content accuracy by five experts, with a content validity index ranging between 0.80 and 1.00. The second tool demonstrated a reliability coefficient of 0.98. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The research findings revealed as follows. 1) The current situation of the healthcare service model for breast cancer patients in a cancer hospital could be categorized into three aspects. (1) Structural aspects: there were policies aligned with the healthcare service development plan and tertiary care processes with modern and comprehensive equipment. Communication and coordination were facilitated by advanced technologies but they lacked consistency and continuity. Health personnel, including nurses, were limited, and staff at sub-district health promotion hospitals were also overburdened with a heavy workload. (2) Process aspects: There were procedures for patient care during hospitalization and after discharge, but there was a lack of a seamless care approach between the hospital and its network. Post-discharge patient follow-up was not comprehensive. (3) Outcome aspects: There was satisfaction with the treatment, but it did not fully cover the post-discharge period. 2) The developed seamless healthcare service model consisted of three components. Structure and process aspects were developed based on situation exploration and the integration of two key concepts of seamless healthcare services and Donabedian's quality of care evaluation. The model emphasized a seamless approach to ensure comprehensive and safe patient care from admission through discharge to recovery at home, with efficient referral coordination and communication by digital technology. In terms of the outcome, it was evaluated throughout the service duration, including patient satisfaction up to the post-discharge period. Finally, 3) the developed seamless healthcare service model demonstrated an appropriateness rate of 91.90%.

Keywords : Model development, Seamless health service model, Hospital to community, Breast cancer

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้มีความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับผู้วิจัย ที่ได้เสียสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และตลอดทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยทุกฝ่ายที่ได้อำนวยความสะดวกด้านการเรียนเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ข้อมูลช่วยเหลือรวมถึงสละเวลาเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและประเมินความเหมาะสมงานวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีอย่างราบรื่น

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้ชีวิตและสติปัญญา ขอขอบคุณบุตรที่เข้าใจและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนกระทั่งงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีสุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้

นางรภัทภร เพชรสุข

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญรูปภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 6
3. กรอบแนวคิดการวิจัย 7
4. ขอบเขตการวิจัย 7
5. ข้อจำกัดของการวิจัย 8
6. นิยามศัพท์เฉพาะ 9
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 12

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 13

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 13
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 22
3. แนวคิดการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 36
4. บริบทของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง 38
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 42

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 47

1. รูปแบบการวิจัย 47
2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก 47
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 48
4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 54
5. ขั้นตอนการดำเนินวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 54
6. การวิเคราะห์ข้อมูล 59

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 63

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 63
2. สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาล 66
3. รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น1 79
4. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 96
   สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 101

1. สรุปผลการวิจัย 101
2. อภิปรายผล 109
3. ข้อเสนอแนะ 113

บรรณานุกรม 115

ภาคผนวก 120

ประวัติผู้วิจัย 176

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะพื้นฐาน 64

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้รับบริการ จำแนกตามภาวะสุขภาพ 65

ตารางที่ 4.3 สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันตาราง 67

ตารางที่ 4.4 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้นตาราง 80

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการบริการสุขภ่าพแบบเดิมตาราง.....89

ตารางที่ 4.6 คะแนนของความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายด้านและโดยรวม .97

ตารางที่ 4.7 คะแนนของความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายด้านและรายข้อ...98

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการวิจัย 62

ภาพที่ 4.1 ขั้นตอนของรูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 94

ภาพที่ 4.2 ขั้นตอนของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 95

ภาพที่ 4.3 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 96

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นเป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็งประเทศไทยแข็งแรง” ในปี 2566 ขับเคลื่อนนโยบายด้วยการเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน เจ็บป่วยได้รับการรักษา ส่งต่อ “พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพไร้รอยต่อ” เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกันทั้งภาครัฐทุกสังกัด เพื่อลดแออัด ลดระยะเวลารอคอย และลดอัตราการเสียชีวิต (การประชุมสื่อสารนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 29 กันยายน 2565) จากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่มีการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยเฉพาะประเด็นของการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติโดยสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โปร่งใส ตอบสนองความต้องการ และให้บริการอย่างสะดวกรวดเร็ว ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลมาบริการสุขภาพ ในหลายโรงพยาบาลแก่ประชาชน และมีการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการนำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาปรับใช้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 112,392 คนต่อปี และมีแนวโน้มป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จากรายงานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สาเหตุการตายของประชาชนโรคมะเร็ง ปี 2559 พบว่าอัตราตาย 117.7 คน

ต่อแสนประชากร โดยมีสาเหตุอันดับแรก คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 34.94 มะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 20.42 และมะเร็งเต้านมร้อยละ 6.89 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากรายงานสุขภาพระดับเขตของประเทศไทย พ.ศ. 2555 – 2560 พบว่าในระดับเขต เขตสุขภาพ 13 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ซึ่งได้แก่ กรุงเทพมหานคร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญของประเทศไทย ด้วยปัจจัยเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายผู้ป่วย เช่น พันธุกรรม วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนสมัยใหม่ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการเร่งภาวะการก่อให้เกิดเป็นโรคมะเร็งได้แทบทั้งสิ้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทยในปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนารูปแบบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง ซึ่งมีการจัดบริการนี้ตามยุทธศาสตร์ของแผนบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็ง ปี 2561-2566 มีการวางยุทธศาสตร์หลัก 7 ยุทธศาสตร์ วางกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการทุกระดับรวมถึงพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง และเชื่อมโยงบริการเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศ แบ่งเขตการดูแลเป็น 13 เขตสุขภาพ แต่ละเขตใช้กลไกการบริการเป็นเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลใหญ่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย พัฒนาตัวชี้วัดและติดตามผลลัพธ์ทุกปี วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งสิทธิบัตรทองตามบริการใหม่ บริการ “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม” 1 ใน 4 บริการตามนโยบายยกระดับบัตรทองสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยุคใหม่ โดยมีกรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็งที่ได้ร่วมดูแลผู้มีสิทธิบัตรทอง ซึ่งได้เริ่มต้นนโยบายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ที่ผ่านมา และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวถึงแนวทางการให้บริการว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง แพทย์ผู้รักษาจะตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเด็นว่าเลือกรับบริการรักษาต่อที่ใด หลังจากนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประสานการส่งต่อจะทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการประสานการส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการยังหน่วยบริการที่พร้อมให้บริการรักษาโรคมะเร็ง โดยไม่ต้องใช้หนังสือส่งตัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) จะเห็นว่า การบริการสุขภาพมีนโยบายปรับการบริการให้มีความรวดเร็วขึ้น รักษาได้ทุกที่ จะเห็นว่าปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งให้สามารถเข้าถึงมากขึ้นโดยการรักษาได้ทุกที่

อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพภาครัฐก็ยังมีปัญหาหลายประเด็นที่ต้องการได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประเทศไทยในปัจจุบันต้องเผชิญความท้าทายหลายเรื่อง เช่น ความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ประชาชนให้ความสนใจในคุณภาพการบริการรักษาสุขภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการมากขึ้น การส่งต่อของผู้ป่วย ความแออัดของสถานพยาบาล สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงการจัดสรรทรัพยากรที่อาจยังมีความไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับระบบบริการในสถานพยาบาล รวมถึงมีการแข่งขันกันขยายบริการหรือสถานพยาบาลโดยขาดการวางแผนและบริหารจัดการในภาพกว้างที่จำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555) จากงานวิจัยพบว่าโรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีการใช้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานที่สุด 144 วัน โรงพยาบาลมะเร็งลำพูนมีการใช้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานที่สุด 56 วัน ด้านการใช้เวลาในการรอคอยพบแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งผู้ป่วยเสียเวลาคอยเฉลี่ยนานถึง 168 นาที (บุรินทร์ วงศ์แก้ว พัชยา ภัคจีรสกุล และวันนิสา ขันทิพย์, 2559 อุดม จันทรจรัสสุข , 2556) และยังพบปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษา เลือกที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน ยังพบว่าต้นทุนที่แท้จริงมีค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลและครอบครัวต้องรับภาระและมีผลกระทบต่อผู้ปกครองซึ่งต้องหยุดงาน ขาดรายได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว(ภัทรรัช เทศถนอม, 2561, อรรถสิทธิ์ อิ่มสุวรรณ, 2557 และอุษาษ์ โถหินัง และคณะ, 2557) และจากข้อมูลการประเมินผลโครงการและสถิติจากกระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการล่าช้า การรักษาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไม่ต่อเนื่อง นำมาซึ่งการทบทวนรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดูแล มีเฉพาะในบางพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณจากทางรัฐบาลยังไม่มากนัก เงินส่วนใหญ่ได้รับจากการบริจาค ยังไม่มีส่วนกลางในการรับผิดชอบและประสานงาน การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน ยังไม่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการดูแลหลายแห่ง ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ บางแห่งมีแพทย์ประจำหน่วยประคับประคองร่วมกับการจัดการรายกรณี ซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะแต่จะมีผู้ป่วยระยะท้ายกระจายอยู่ในทุกหอผู้ป่วย อีกทั้งยังขาดแคลนแพทย์ที่จะ

รับผิดชอบด้านนี้โดยตรงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องรับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีเพียงคนเดียวในโรงพยาบาล (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2560 วาสนา สวัสดีนฤนาท และคณะ, 2558) ซึ่งไม่พบรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาด้านโรคมะเร็ง ในประเทศไทยพบรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีจำนวนน้อย ยังไม่พบว่ามีการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม และการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ผ่านมาไม่ได้คำนึงการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการ 2 เรื่อง เรื่องแรกศึกษารูปแบบคุณภาพบริการผู้ป่วยสู่ความเป็นเลิศ พบว่าการดำเนินการบริหารการพยาบาลมีการปฏิบัติที่เป็นเลิศยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารระดับสูงสนับสนุนนโยบายและวิสัยทัศน์มีความชัดเจน (พนิดา สุทธิประภา และคณะ, 2561) เรื่องที่สองศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อคุณภาพการบริการ พบว่าการตอบสนองที่รวดเร็วของบริการมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้น้อยกว่าด้านอื่น ๆ (กาญจนา ดาวประเสริฐ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ในต่างประเทศพบว่าประเทศออสเตรเลียใช้วิธีการรักษาแบบทางเลือก และแบบผสมผสาน มีระบบการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา สัมภาษณ์ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ให้ความเห็นว่าการส่งต่อบริการมีความสะดวก และลดค่าใช้จ่าย (Hunter, 2018) ในประเทศอังกฤษมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้นปี พ.ศ. 2562 มีการกำหนดวิสัยทัศน์การดูแลสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ว่าต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุด พัฒนาผลลัพธ์การบริการให้เป็นระดับโลก ปรับปรุงระบบดูแลแบบบูรณาการ จัดลำดับความสำคัญ สร้างระบบรวบรวมและการเผยแพร่ข้อมูลที่ดี (Cancer Research UK, 2019) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยระยะลุกลามทุกข์ทรมานกับอาการเป็นอย่างมากต้องการการช่วยเหลือ มีการเรียกร้องให้มีการจัดการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยทุกรายในระยะลุกลามเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งมีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษาทางคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า การได้รับบริการสนับสนุนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วยให้การดูแลโรคมะเร็งดีขึ้น และเสนอแนะว่า ควรขยายแบบจำลองนี้ไปยังที่อื่น ๆ ด้วยเพื่อพัฒนาระบบให้ดีขึ้น (Adelson et al., 2017) จึงได้ทบทวนวรรณกรรมการบริการสุขภาพโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาด้านบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ ในประเทศไทย พบเพียง 2 เรื่อง ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาเครือข่าย

ไร้รอยต่อเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สุนิสา ลานอก, 2561 บรรเทิง พลสวัสดิ์ และคณะ, 2560) และวรรณกรรมที่เกี่ยวกับงานวิจัยมี 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) และเรื่องความท้าทายระหว่างระบบการดูแลปฐมภูมิและทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ จิล ฮิล (Jill Hill, 2005) งานที่เป็นบทความวิชาการมี 1 เรื่อง ได้แก่ การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อในยุควิถีปกติใหม่: สิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพ ของรภัทภร เพชรสุข และอารี ชีวเกษมสุข (2567) ที่กล่าวถึงแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากปัญหาของระบบการบริการที่ยังมีสิ่งที่ต้องปรับปรุงหลายประการ และความเสี่ยงที่สำคัญของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปที่บ้านหรือจากบ้านไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนอย่างทันท่วงที จะเห็นว่าแต่ละประเทศมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ก้าวหน้าเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยควรเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาเพื่อนำมาเป็นแบบอย่างและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทสภาพสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก และมติจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 70 เมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2017 ที่ว่าโรคมะเร็งยังคงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทั่วโลกทั้งกลุ่มประเทศรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ การจะบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย ต้องใช้กระบวนการวิจัยและต้องเน้นการดูแลแบบไร้รอยต่อ (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2007; World Health Assembly, 2017) ซึ่งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้นำแนวคิดขององค์การอนามัยโลกไปใช้ในการพัฒนาการบริการต่อไป

โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การบริการดูแลรักษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง มีการวางแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล วางกรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ที่ว่า“โรงพยาบาลแห่งอนาคต เป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คุณภาพโดดเด่น สมรรถนะสูง สู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ” โดยเชื่อมโยงสอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และได้รับการรับรองระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคมะเร็งจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งพันธกิจที่สำคัญคือจัดบริการทางการแพทย์โรคมะเร็งในระดับซับซ้อน ยุ่งยาก อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ในระดับที่เป็นเลิศ รองรับความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วย

โรคมะเร็งจำแนกตามภูมิลำเนา พบว่า จังหวัดลพบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด รองลงมา คือ จังหวัดสระบุรี อีกทั้งพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวนสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมด (งานทะเบียนมะเร็ง, 2566) จึงเป็นความท้าทายของผู้บริหารและทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาประยุกต์ใช้ในการบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โดยสรุป แต่ละประเทศมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ก้าวหน้าเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยควรเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาเพื่อนำมาเป็นแบบอย่างและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทสภาพสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบดังข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ และผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมพบอันดับต้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแบบไร้รอยต่อขึ้น โดยใช้แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ลดขั้นตอนการส่งต่อ ลดความแออัดของสถานพยาบาล ลดการรอคอย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดอัตราการรับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง และลดต้นทุนค่าเสียโอกาส โดยมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการ มีเครือข่ายในการให้บริการ มีระบบการส่งต่อและการประสานงานที่มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อนี้จะเกิดปัญหาขั้นตอนการส่งต่อยุ่งยาก การรอคอยความแออัดของสถานพยาบาล การดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ โดยใช้แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ มุ่งเป้าให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการบริการทางสุขภาพแบบไร้รอยต่อโดยเฉพาะด้านโรคมะเร็งอย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงนโยบายและสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มีกรอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 2 ประการ ได้แก่ ประการที่หนึ่ง แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เนื่องจากแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลจะเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาองค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ ประการที่สองแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) ที่ใช้ในการพัฒนาโครงสร้างของรูปแบบเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เชื่อมโยงการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และฟื้นฟูสุขภาพ โดยการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ชุมชน บ้าน นำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งต่อ มาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาปัญหาของรูปแบบการบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ตามแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Spehar, A. M. and et al, 2005) และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

4.1.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย เป็นทีมสุขภาพของโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วย

4.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลประสานงานส่งต่อ 1 คน รวม 8 คน ที่สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูล และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 คน และผู้ดูแล 3 คน รวม 6 คน

4.2 ตัวแปรที่ศึกษา

4.2.1 สถานการณ์ของการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4.2.2 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น

4.2.3 ความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯที่พัฒนาขึ้น

4.3 ระยะเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 - พฤษภาคม พ.ศ. 2567

4.4 สถานที่ใช้ศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง

5. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีข้อจำกัดในเรื่องเครือข่ายนอกโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม และระยะเวลาในการศึกษา ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยในส่วนของการวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล และพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสู่ชุมชน นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาประกอบการสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยไม่ได้นำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้จริงเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพื้นที่ที่กระจายและประเภทของโรคมะเร็ง แต่ผู้วิจัยมีการ

ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อนำเตรียมความพร้อมผลที่ได้นำไปทดลองใช้ของโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจริง

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง หมายถึง สถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

6.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม

6.3 ผู้ให้บริการ หมายถึง ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง

6.4 สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล หมายถึง สภาพปัจจุบันของแบบแผนการบริการสุขภาพปัจจุบันที่ทีมสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง จนอาการทุเลา และจำหน่ายไปพักฟื้นที่บ้าน รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีรายละเอียด ดังนี้

6.4.1 โครงสร้าง หมายถึง สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วย มี 4 ประการ ดังนี้ 1) นโยบายและขอบเขตการบริการ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่ายโดยใช้มือถือ ระบบการส่งต่อ 3) ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากรภายในโรงพยาบาลและบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งปฏิบัติตามภารกิจ และ 4) เครื่องมือทางการแพทย์ และแบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบไร้กระดาษ การส่งต่อผู้ป่วยใช้ระบบส่งต่อโปรแกรม COC

6.4.2 กระบวนการ หมายถึง วิธีการดำเนินงานปฏิบัติงานตามแนวทางในการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งออกแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยวางแผนการจำหน่ายจนถึงการจำหน่าย

2) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านจนถึงเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ไลน์ หรือมีการเยี่ยมบ้าน

6.4.3 ผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาการรับบริการ และความพึงพอใจต่อการรักษา

6.5 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หมายถึง แบบแผนการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปพักฟื้นที่บ้านที่พัฒนาจากปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายภายนอก ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ทั้งนี้องค์ประกอบทั้ง 3 ประการ มีการบูรณาการกับแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของ สพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) ในที่นี้ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.5.1 โครงสร้าง หมายถึง สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วย มี 4 ประการ ดังนี้ 1) นโยบายและขอบเขตการบริการ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดไร้รอยต่อ 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย ใช้หลายช่องทางโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และไลน์ในการประสานงาน 3) ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากรภายในในโรงพยาบาล และบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลที่ทำงานกันแบบเครือข่าย 4) เครื่องมือทางการแพทย์ และแบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบไร้กระดาษ แบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

6.5.2 กระบวนการ หมายถึง วิธีการดำเนินงานปฏิบัติงานตามแนวทางในการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งออกแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยวางแผนการจำหน่ายจนถึงการจำหน่าย

2) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านจนถึงเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ไลน์ หรือมีการเยี่ยมบ้าน

6.5.3 ผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ ได้แก่ ระยะเวลาการให้บริการตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการรักษาตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.6 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หมายถึง การวัดและตัดสินว่ารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) สามารถใช้ได้และเหมาะสมในบริบทของการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ศึกษา โดยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบดังกล่าวด้วยแบบประเมินความเหมาะสมที่ดัดแปลงจากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลสุรินทร์ (ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, 2556) ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) การประเมินนี้แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ ก) ขอบเขตและเป้าหมาย ข) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ค) ความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ ง) ความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จ) การนำรูปแบบไปใช้ และ ฉ) การตรวจสอบความเป็นอิสระ

1) ขอบเขตและเป้าหมาย หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับการอธิบายวัตถุประสงค์โดยรวมและเหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รวมถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบฯโดยมีการกำหนดเป้าหมายและผู้ใช้รูปแบบฯ

2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง การประเมินในด้านการระบุขอบเขตคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้ใช้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3) ความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาวิธีการศึกษา การใช้ข้อเสนอแนะและหลักฐานสนับสนุนผลการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงมีการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารการพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยและตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง

4) ความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่ชัดเจนและง่ายต่อการ

นำไปใช้

5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับการกำหนดสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการนำรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปใช้ มีแนวปฏิบัติในการนำไปใช้ มีการพิจารณาศักยภาพของทรัพยากรบุคคลและเกณฑ์การประเมินผลรูปแบบ

6) มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับผู้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะในระหว่างพัฒนา

7. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

7.1 เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

7.2 ได้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

7.3 เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) เป็นฐานความคิด ศึกษาค้นคว้า จากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลและการบริการดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
   1.1 ความหมาย อุบัติการณ์ และสาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม
   1.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม
   1.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งเต้านม
   1.4 การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
   1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
   2.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ
   2.2 แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
   2.3 แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน
3. แนวคิดการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
4. บริบทของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง
   4.1 ประวัติโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง
   4.2 การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
   4.3 การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมาย อุบัติการณ์ และสาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม

1.1.1 ความหมาย

คำว่า “โรคมะเร็งเต้านม” มีนักวิชาการหลายคน และสถาบันหลายแห่งได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ได้คำคำจำกัดความ “โรคมะเร็ง” ว่าหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะ และยังสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2562)

โรงพยาบาลวัฒโนสถ ได้คำคำจำกัดความ “โรคมะเร็ง” ว่าหมายถึง โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย และเซลล์เหล่านั้นมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์จึงเจริญลุกลาม และแพร่กระจายทั่วร่างกาย ส่งผลทำให้เซลล์ปกติของเนื้อเยื่อ/ อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในที่สุด (https://www.wattanosothcancerhospital.com/all-about-cancer/general-information-about-cancer เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2564)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้คำคำจำกัดความ “โรคมะเร็ง” ว่าหมายถึง กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ ที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ ดังนั้นจึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงเพราะการเจริญเติบโตของหลอดเลือด (https://www.nci.go.th/th/Knowledge/whatis.html เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2564)

สรุปได้ว่า “โรคมะเร็ง” หมายถึงโรคเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางสารพันธุกรรมของเซลล์ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโต ส่งผลให้เกิดเป็นก้อนเนื้อมะเร็งที่เติบโตรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติในอวัยวะ และอาจลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

1.1.2 อุบัติการณ์

โรคมะเร็งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ที่เป็นโรค สมาชิกในครอบครัว เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 112,392 คนต่อปี และมีแนวโน้มป่วยและเสียชีวิต

เพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2561) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-7 ต่อปี ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ.2555 มีประมาณ 2.5 ล้านคน และมีอัตราการเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้จากรายงานอุบัติการณ์การพบผู้ป่วยรายใหม่ยังมีแนวโน้มพบโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2558-2559 พบโรคมะเร็งสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ จากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 - 2559 พบอัตราตายต่อแสนประชากร จากสาเหตุของโรคมะเร็ง อันดับแรกคือ มะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 34.94 มะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 20.42 และมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 6.89 และจากรายงานสถิติยอดผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมารับบริการมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง (รายงานสถิติยอดผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาภรณ์, 2564) มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิง พบประมาณร้อยละ 41 ของโรคมะเร็งในผู้หญิงทั้งหมด มักเกิดในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี แต่ปัจจุบันพบในผู้หญิงที่อายุน้อยมากขึ้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพบโรคตั้งแต่ระยะแรกโอกาสการรักษาที่หายขาดมากขึ้น อัตราการเกิดโรคของทั่วโลกพบว่าทุก ๆ ผู้หญิง 8 คน จะพบโรคมะเร็ง 1 คน โดยมีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านพฤติกรรม พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุที่มากขึ้น มีประวัติโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัว น้ำหนักตัวมาก การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเคยมีประวัติตรวจพบก้อนที่เต้านมมาก่อน (https://www.chulacancer.net/patient-knowledge-inner.php?gid=4 เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564)

จากสถานการณ์โรคมะเร็งที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งมีแนวโน้มที่ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และจากสถิติยอดผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ที่ป่วยเป็นมะเร็ง พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในเพศหญิงโรคมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีทั่วโลก Globocan 2018 ประมาณการอุบัติการณ์ มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Age Standardized Rate หรือ ASR) ทั่วโลก เท่ากับ 46.3 ต่อแสนประชากร อัตราการตาย 13.0 ต่อแสนประชากร ปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นในสตรีไทย พบมากในสตรีอายุ 30-70 ปี ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556-2558 (Cancer in Thailand Vol. IX, 2013-2015) จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง มีอุบัติการณ์ คือ 31.4 ต่อ ประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2557 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 14,804 คน หรือมีสตรีไทย

เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ วันละ 41 คน และข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปี พ.ศ. 2560 พบสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 4,177 คน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเสียชีวิตวันละ 11 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.1.3 สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม (ภรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกูล, 2559) ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่จากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรมและสภาวะแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ 1). ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าเพศชาย 100 เท่า 2). ผู้หญิงที่อายุ มากกว่า 40 ปี 3). ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือน อายุน้อยกว่า 12 ปี หรือ ผู้หญิงที่หมดประจำเดือน อายุมากกว่า 55 ปี 4). ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตร 5). ผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในวัยที่หมดประจำเดือนหรือใช้ยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน 6). ผู้หญิงที่มีประวัติเคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณหน้าอกในปริมาณมากช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะเมื่อมีอายุขณะได้รับรังสีน้อยกว่า 30 ปี 7). ผู้หญิงที่มีประวัติมีก้อนเต้านมทั้งชนิด atypical ductal/ lobular hyperplasia หรือก้อนเนื้องอกธรรมดา มีโอกาสที่ก้อนจะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต 8). ผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว ได้แก่ hereditary breast and ovarian syndrome, LiFraumeni syndrome, Cowden syndrome ในครอบครัวหรือถึงแม้ตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนก่อโรคทางพันธุกรรมดังกล่าวข้างต้น หากมีญาติพี่น้องสายตรง (first degree relatives) เป็นมะเร็งเต้านม โอกาสที่ผู้หญิงกลุ่มนี้จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมก็สูงมากขึ้นกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ผู้หญิงที่อ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือนแล้ว ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีแคลอรี่หรือไขมันสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เพิ่มรายงานความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และยังพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกหลังจากรับการรักษาแล้วที่อยู่ในภาวะอ้วน ออกกำลังกายน้อย มีโอกาสที่โรคมะเร็งเต้านมจะกลับเป็นซ้ำได้

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิง พันธุกรรม สภาวะแวดล้อม น้ำหนักตัว รวมถึงการสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงดังที่จะกล่าวต่อไป

1.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

ลักษณะอาการของโรค

อาการเริ่มจากการคลำก้อนไม่ได้จนถึงมีก้อนเล็ก ๆ ขึ้นที่เต้านม ส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวด ก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เต้านมมีลักษณะผิดไป อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้น หรือ

บางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็กหรือแบนลงได้ ก้อนมะเร็งอาจจะรั้งให้หัวนมบุ๋ม เข้าไปจากระดับเดิม หรือทำให้ผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะ หยาบ และขรุขระ บางรายเมื่อบีบบริเวณหัวนมจะมีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลซึมออกมา มะเร็งจะลุกลาม แพร่กระจายจากตำแหน่งอย่างรวดเร็วไปตามหลอดเลือด และน้ำเหลืองสู่อวัยวะอื่น ๆ บริเวณที่พบการแพร่กระจายได้เร็วและบ่อยที่สุด ได้แก่ บริเวณต่อมน้ำเหลือง รักแร้ รายที่เป็นมากแล้วเนื้อมะเร็งบางส่วนจะเน่าตาย ทำให้เกิดเป็นแผลขยายกว้างออกไป และมีกลิ่นเหม็น ซึ่งสามารถเรียงอาการและอาการแสดงจากมากไปน้อยได้ ดังต่อไปนี้

1) ก้อนที่เต้านม

ร้อยละ 69 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะมาพบแพทย์ด้วยอาการมีก้อนที่เต้านม ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์มากที่สุด ส่วนใหญ่ก้อนจะเล็ก มองไม่เห็นด้วยตาต้องใช้การคลำ ผู้ป่วยน้อยรายที่มีก้อนใหญ่ ผู้ที่มีก้อนที่เต้านมควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าก้อนนั้นเป็นเนื้องอก เป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือเป็นมะเร็ง แม้แต่แพทย์ที่มีความชำนาญก็แยกลำบากว่าก้อนที่คลำพบนั้นเป็นประเภทใด จำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน เช่น การตรวจด้วยแมมโมแกรม หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) หรืออาจต้องตรวจด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจกรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง

2) เจ็บที่เต้านม

ร้อยละ 14.6 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการเจ็บ หรือ ปวดเต้านม ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม มีอาการปวดหรือเจ็บเต้านม ร้อยละ 15.7 หรือจะสรุปได้ว่า อาการเจ็บหรือปวดเต้านมเป็นอาการที่พบได้บ่อยในมะเร็งเต้านมก็จริง แต่อาการปวด หรือเจ็บเต้านมนั้นพบพอๆกันระหว่างกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านม และกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม

3) เต้านมถูกดึงรั้งหรือมีรอยบุ๋ม

ร้อยละ 2.2 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยอาการเต้านมถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบุ๋ม ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม พบเพียง ร้อยละ 0.4 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือจะสรุปได้ว่า อาการแสดงของการถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบุ๋ม นั้นเป็นอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบได้ไม่บ่อย แต่ถ้าพบแล้วโอกาสที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า (เมื่อยกมือขึ้นจะเห็นรอยดึงรั้งอย่างชัดเจน)

4) มีเลือดหรือมีสิ่งคัดหลั่งอื่น ๆ (Discharge) ออกที่เต้านม

ร้อยละ 1.8 ของมะเร็งเต้านมมีเลือดออกทางหัวนม ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านม พบเพียงร้อยละ 0.9 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องมีเลือดที่หัวนมแม้จะพบน้อย แต่ถ้าพบแล้วมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

5) เต้านมอักเสบ

ร้อยละ 1.7 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยเรื่องเต้านมอักเสบ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม มาด้วยเรื่องเต้านมอักเสบ ร้อยละ 1.2 หากซักประวัติแล้วพบว่าเต้านมอักเสบโดยไม่มีเหตุ เช่น หลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งอาจจะพบได้ว่าเต้านมมีการอักเสบบ่อย ๆ แต่หากไม่มีสาเหตุให้คิดถึงว่าสามารถเป็นมะเร็งเต้านมได้เหมือนกัน ซึ่งมะเร็งเต้านมที่อักเสบนั้นมักจะพบในผู้หญิงที่มีอายุน้อย และมีความรุนแรงด้วย

6) พบการเปลี่ยนแปลงของสีหรือรูปร่างของเต้านม

ร้อยละ 1.3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการว่าพบการเปลี่ยนแปลงของสีผิว หรือรูปร่างของเต้านมเปลี่ยนแปลง เช่นเต้านมทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน (จากภาพแสดงถึงสีผิวที่เปลี่ยนไป และมีก้อนด้วย) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งเต้านม พบเพียงร้อยละ 0.3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต มะเร็งเต้านม ถ้ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง จะทำให้การคลั่งของระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งการคั่งดังกล่าว จะทำให้ผิวหนังบริเวณมีสีที่เปลี่ยนไป หรือบางครั้งมีการอักเสบขึ้นก็ได้ นอกจากสีจะเปลี่ยนแล้ว ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงเต้านม เช่นผิวหนังดูหนากว่าปกติ หรือคลำเต้านมแล้วรู้สึกแข็งกว่าเต้านมด้านปกติ

7) หัวนมผิดปกติ

ร้อยละ 0.6 ของ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องหัวนมถูกดึงรั้ง ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่เป็นมะเร็งเต้านม มาด้วยหัวนมถูกดึงรั้ง ร้อยละ 0.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวโดยสรุป อาการแสดงของหัวนมถูกดึงรั้งนั้นแม้จะพบน้อยแต่ถ้าพบแล้ว มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

8) ไม่พบสิ่งปกติ แต่ตรวจพบโดยการตรวจด้วย Mammogram

ก้อนที่เต้านม หากมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร จะไม่สามารถคลำได้ด้วยมือไม่พบ แต่หากตรวจคัดกรองด้วยการตรวจแมมโมแกรม จะสามารถพบความผิดปกติของก้อนเต้านมที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ได้ ซึ่งในระยะหลังๆ สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น หรือขนาดของก้อนเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ได้

1.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งเต้านม

ภาวะแทรกซ้อน (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560)

1) ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีบริเวณทรวงอกหรือเต้านม ผลข้างเคียงระยะสั้น หรือช่วงที่กำลังฉายรังสี ได้แก่ สีผิวอาจมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป สีแดงหรือคล้ำมากขึ้น อาจมี

ผิวหนังแห้งหรือคันร่วมด้วย บางครั้งผิวแตกได้ โดยผลข้างเคียงที่ผิวหนังจะเห็นชัดมากสุดหลังฉายรังสีและครบไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นอาการต่าง ๆ จะลดน้อยลง นอกจากนี้อาจมีอาการปวด บวม อาการเจ็บแปล๊บๆ หรืออาการหนักๆบริเวณเต้านม ความรู้สึกไหล่ติด ที่เกิดขึ้นได้ ในผู้ป่วยบางรายอาการเกิดได้ตั้งแต่เริ่มฉายรังสีไปแล้ว 2-3 วันและอยู่ได้จนจบการฉายรังสี อาการทั่วไปอื่น ๆ ที่เกิดได้ระหว่างการฉายรังสีได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นหลังการรักษาครบ ผลข้างเคียงระยะยาว เกิดได้ภายหลังจากการฉายรังสีครบไปแล้ว ตั้งแต่ 6 เดือนไปจนถึงหลายปี ได้แก่ พังผืดที่บริเวณแผลผ่าตัด การอักเสบหรือพังผืดที่ปอดที่จากการฉายรังสี

2) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายหลังการผ่าตัด มีดังนี้

1. มีเลือดหรือซีรั่มค้างอยู่ใต้แผล (hematoma) เนื่องจากการผ่าตัดจะมีการเลาะใต้ผิวหนังและตัดต่อมน้ำเหลืองออก หลังการผ่าตัดจึงมีน้ำเหลืองซึมออกมามาก การป้องกันหลังผ่าตัดแพทย์จะใส่ท่อระบายแบบขวดสุญญากาศไว้ (radivac drain)

2. เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (infection) ภาวะนี้อาจพบได้บ่อยเพราะการผ่าตัดมีบาดแผลกว้าง มี flap ให้เลือดมาเลียงบริเวณนี้ได้น้อย หากพบการอักเสบติดเชื้อแพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกันได้ โดยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด

3. บวม (lymphedema) ที่แขนและเต้านมจากการผ่าตัดที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ออกการยกของหนัก การบีบรัดแขน เป็นสาเหตุที่ทำให้การไหลกลับของน้ำเหลืองจากแขนช้าลง ภาวะนี้อาจพบได้ทันทีหลังผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดผ่านไปแล้วหลายปี

4. ข้อไหล่ติดของแขนข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเนื่องจากการปวดตึงแผลมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกแขนข้างที่ผ่าตัดทำให้เกิดข้อไหล่ติดได้

5. อาการชา (numbness) บริเวณผิวหนังแขนด้านในเนื่องจากการผ่าตัด ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดจากอันตรายต่อเส้นประสาทระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกชาบางครั้งรู้สึกแปล๊บ ๆ บริเวณหน้าอก หัวไหล่ รักแร้ อาการนี้จะดีขึ้นในช่วงระยะเวลา 1-3 เดือนหลังผ่าตัด

6. การเสียสมดุลของทรวงอก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เต้านมขนาดใหญ่ อาจทำให้ไหล่เอียง ไหล่ห่อ เดินเอียง ๆ ส่งผลให้เสียบุคลิกภาพ

1.4 การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

1) การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) มีวิธีการดังนี้

การซักประวัติ ทำการตรวจร่างกาย อาจส่งตรวจแมมโมแกรม การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (Biopsy) เช่น วิธีเจาะคูดก้อนที่สงสัยด้วยเข็มขนาดเล็ก การตรวจเพิ่มเติม เช่น การถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจการถูกลามของมะเร็งไปยังกระดูก (bone ScEn) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อสร้างภาพ 3 มิติของอวัยวะต่างๆ เพื่อเพิ่มความละเอียดในการตรวจหาการลุกลามของมะเริ่ง การเจาะเลือด เช่น หายีนมะเร็ง เฮอร์ทู (HER 2) ซึ่งเป็นยีนชนิดหนึ่งที่สามารถตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

2) การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

เมื่อบุคคลเข้าสู่สถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาแบบผสมผสานประกอบด้วยศัลยกรรม รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอร์โมน การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการเลือกวิธีรักษาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อแพทย์ทราบผลชิ้นเนื้อจะมีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแนวทางการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีดังนี้ (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560: 163-170)

2.1) การผ่าตัด (breast surgery) การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักที่สำคัญในผู้ป่วยโรคนี้ซึ่งจะได้ผลดีเฉพาะผู้ป่วยระยะเริ่มแรกที่ไม่มีการแพร่กระจายเท่านั้น การผ่าตัดควรได้รับการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้การรักษาได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ผลจากการผ่าตัดทีมีคุณภาพจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและมีอัตราการรอดชีวิตสูง ซึ่งเทคนิคการผ่าตัดแพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาพยาธิสภาพของโรคเป็นสำคัญ ปัจจุบันมีการผ่าตัดทีได้ผลดีหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดแบบสงวนเต้าไว้ (breast conservative surgery) ซึ่งการผ่าตัดโดยวิธีนี้เป็นการเก็บเต้านมไว้แต่เต้านมจะเสียรูปร่างจำเป็นต้องใช้เนื้อเยื่อจากบริเวณอื่นของร่างกายมาเสริมแต่งให้มีรูปทรงสวยงามใกล้เคียงเต้านมปกติต่อไป การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากถอนโคน (radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดทีตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมถึงกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกข้างที่เป็นมะเร็งออกทังหมดและรวมถึงการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรักแร้ออกไปเกือบทั้งหมด การผ่าตัดนี้ปัจจุบันไม่ค่อยนิยมเนื่องจากทำให้หน้าอก และรักแร้ผิดรูปมาก มีภาวะแทรกซ้อนมากเพราะทำให้เกิดการบวมของแขนข้างที่ผ่าตัด ดังนันปัจจุบันจึงมีวิวัฒนาการการผ่าตัดด้วยวิธีอื่นเข้ามาแทนที่และการผ่าตัดแบบตัดเต้านมออก (modify radical mastectomy) ซึงเป็นวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน วิธีนี้แพทย์จะตัดผิวหนังส่วนเกินออกทั้งหมด รวมถึงหัวนม ลานนมต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้วย ซึ่งต่างจากวิธีถอนรากถอนโคน

คือจะไม่ตัดกล้ามเนื้อแพคเตอราลลิสออกทั้งสองมัด หลังจากผ่าตัดแล้วจะใส่ท่อระบายน้ำเลือดและน้ำเหลืองออกจากแผลติดตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2.2) รังสีรักษา (radiation therapy) การใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดโอกาสลุกลามเฉพาะทีได้ ซึงวัตถุประสงค์ของการฉายรังสีหลังผ่าตัดเพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่ทีบริเวณ chest wall และ peripheral lymphaticsทังนี้โดยทั่วไปการให้รังสีรักษาหลังผ่าตัดมักเริ่มให้ภายใน 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด แต่หากจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดด้วยก็สามารถเริ่มรังสีรักษาหลังให้ยาเคมีบำบัดครบแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือนหลังผ่าตัด

2.3) เคมีบำบัด (chemotherapy) บทบาทสำคัญคือการให้เพื่อรักษาเสริมซึ่งการรักษานี้สามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ โดยเฉพาะการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ซึ่งการให้ยาในปัจจุบัน นิยมให้หลากหลายสูตร ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาการเลือกใช้กับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไปตามระยะการดำเนินโรค

2.4) ฮอร์โมนบำบัด (hormone therapy) มีบทบาทสำคัญคือการให้เพื่อรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) เช่นเดียวกับเคมีบำบัด ผู้ป่วยในระยะแรกที่มี estrogen receptor (ER) หรือ progesterone receptor (PR) positive ควรได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยฮอร์โมน โดยไม่ต้องคำนึงถึงอายุ lymnode หรือการได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ ซึ่งยาที่ใช้ได้แก่ tamoxifen เพื่อต้านฮอร์โมนเอสโตรเจน ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนและไม่หมดประจำเดือน และควรให้ยานีหลังจากจบการให้เคมีบำบัดแล้ว aromataseinhibitors (AIs) เป็นยาที่ยับยั้งการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนใช้ได้เฉพาะในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้วเท่านั้น และวิธีการยับยั้งการทำงานของรังไข่ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือนเท่านั้น เช่น การผ่าตัด รังไข่ และการให้ยากลุ่ม LHRH inhibitors ซึงสามารถ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการเสียชีวิตได้

2.5) การให้ยารักษาที่เป้าหมายของการเกิดมะเร็ง (targeted therapy) เป็นการรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ตรงเป้ากับเซลล์มะเร็งโดยตรง ทำให้เซลล์มะเร็งตาย หยุดการเจริญเติบโตหรือหยุดการแพร่กระจายตัวอย่างเช่น ยา trastuzumab (herceptin) มีผลในการยับยังการทำงานของโปรตีน HER-2 tyrosinekinase inhibitors13,14 โดยยาจะจับกับ HER2 receptor โดยตรงทำให้ร่างกายทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็ง เพิ่มประสิทธิภาพในการรอดชีวิตและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด การพยาบาลต้องครอบคลุมทั้ง

ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด

การเตรียมร่างกาย เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้งดน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การเตรียมด้านจิตใจ ประเมินความพร้อมด้านจิตใจให้ความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัด พยาธิสภาพของโรค เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้แสดงความคิดเห็น

2) การพยาบาลหลังผ่าตัด

ให้การพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไป ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัว ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ดูแลเกี่ยวกับความป่วยโดยใช้ pain scale ดูแลจัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง ดูแลแผลผ่าตัด และสายระบายเลือดต่อลงขวดสุญญากาศ ให้คำแนะนำการบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดหลังการผ่าตัดได้ตั้งแต่ วันที่ 1-2 แนะนำการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัด ได้แก่ ไม่เจาะเลือด หรือวัดความดันโลหิต ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน ดูแลค้านจิตใจในระยะหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล วางแผนการจำหน่าย การฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกาย การสอนผู้ป่วยออกกำลังกาย (exercise) โดยการบริหารแขนและข้อไหล่น้อยลงเพราะเจ็บแผลเริ่มด้วยการกำและแบมืองอและเหยียดข้อนิ้วมือจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะออกกำลังขึ้นต่อๆไปได้ การออกกำลังแขนที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำได้ในวันแรกหลังผ่าตัดการบริหารแขนและข้อไหล่ จิตใจ ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ และการมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแขนบวม การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

2.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ

2.1.1 ความหมายของรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของรูปแบบคล้ายคลึงกัน ดังจะกล่าวต่อไปนี้ ในพจนานุกรมทางการศึกษา กู๊ด (Good, 1973) ได้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบไว้ทั้งหมด 4 ประการ ดังนี้

1) รูปแบบที่ 1 คือ แบบแผนหรือตัวอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ

2) รูปแบบที่ 2 คือ เป็นตัวอย่างที่ทำให้เกิดการเลียนแบบ

3) รูปแบบที่ 3 คือ เป็นแผนภูมิ หรือรูปสามมิติที่ใช้เป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ใช้แสดงเกี่ยวกับหลักการหรือแนวคิด

4) รูปแบบที่ 4 คือ ชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเป็นเขียนเป็นองค์ประกอบที่สามารถรวมตัวกันและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจสูตรคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นข้อความ

คีฟส์ (Keeves, 1988) ได้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบ คือ สิ่งที่แสดงโครงสร้างของความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ หรือองค์ประกอบที่สำคัญในเชิงความสัมพันธ์หรือเหตุผลซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยเข้าใจข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

วิลเลอร์ (Willer, 1986 อ้างถึงใน พิสิฐ เทพไกรวัล, 2554) ได้กล่าวว่าการพัฒนารูปแบบนั้น คือ ชุดของทฤษฎีที่ผ่านการทดสอบ 2 ประการ คือ 1) การสร้างรูปแบบ (Construct) และ 2) การหาความตรง (Validity) แล้ว สามารถระบุและพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยวิธีการทางคณิตศาสตร์หรือทางสถิติ

สำหรับประเทศไทยมีผู้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบดังนี้

ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2560) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หมายถึง รูปแบบมีความหมายหลายประการ ตั้งแต่แบบย่อส่วนของจริงหรือแบบจำลองที่ใช้เป็นตัวแทนของความเป็นจริง หรือสภาพที่พึงปรารถนาซึ่งมีลักษณะเป็นอุดมคติหรือเกิดได้ยากในโลกของความเป็นจริง แต่ในทางสังคมศาสตร์และ วงการศึกษาหมายถึงสิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยหรือ ตัวแปรของสิ่งที่ศึกษา เพื่ออธิบายลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ให้เข้าใจง่าย มองเห็นเป็นรูปธรรม ใช้ข้อมูล เหตุผล และฐานคติมาประกอบ สามารถพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ ส่งผลต่อการปรับปรุงหรือการยกระดับไปสู่การพัฒนาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีความแม่นตรงและเชื่อถือได้ทางสถิติ สามารถทำซ้ำใหม่ได้

ทิศนา แขมมณี (2560) ได้กล่าวว่ารูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย แผนผัง ไดอะแกรม

หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

พิสิฐ เทพไกรวัล (2554) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษา หรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่ายมองเห็นเป็นรูปธรรม ไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นตรงและเชื่อถือได้แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงานและเกณฑ์ต่างๆที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

2.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายขององค์ประกอบของรูปแบบคล้ายคลึงกัน ดังจะกล่าวต่อไปนี้

คีฟส์ (Keeves, 1988) กล่าวว่า รูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ ควรจะมีข้อกำหนดหรือองค์ประกอบ (requirement) ทั้งหมด 4 ประการ คือ

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (structural relationship) มากกว่าความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยง (associative relationship)

2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางนำไปสู่การทำนาย ผลที่ตามมาซึ่งสามารถทดสอบรูปแบบพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3. โครงสร้างของรูปแบบ ควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาเพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างจินตนาการ ความคิดรวบยอด และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรรวมทั้งเป็นการขยายขอบเขตในเรื่องที่กำลังศึกษา

ทิศนา แขมมณี (2560) ได้ระบุองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนไว้ว่ามีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1. มีปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือความเชื่อที่เป็นพื้นฐานหรือหลักของรูปแบบการสอนนั้นๆ

2. มีการบรรยายและอธิบายสภาพหรือลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับหลักการที่ยึดถือ

3. มีการจัดระบบ คือ มีการจัดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายของระบบหรือกระบวนการนั้นๆ

4. มีการอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสอนและเทคนิคการสอนต่าง ๆ อันจะช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนนั้น ๆ เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.1.3 ประเภทของรูปแบบ

รูปแบบมีหลายประเภทซึ่งนักวิชาการได้แบ่งประเภทแตกต่างกันออกไป สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์นั้น ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (Keeves, 1988)

1) Analogue Model เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม เช่น รูปแบบในการทำนายจำนวนนักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ซึ่งอนุมานแนวคิดมาจากการเปิดน้ำเข้าและปล่อยน้ำออกจากถัง นักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบเปรียบเทียบได้กับน้ำที่เปิดออกจากถัง ดังนั้นนักเรียนที่คงอยู่ในระบบจึงเท่ากับนักเรียนที่เข้าสู่ระบบลบด้วยนักเรียนที่ออกจากระบบ เป็นต้น

2) Semantic Model เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ เช่น รูปแบบการสอน เป็นต้น

3) Mathematical Model เป็นรูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ รูปแบบประเภทนี้นิยมใช้กันทั้งในสาขาจิตวิทยาและศึกษาศาสตร์ รวมทั้งการบริหารการศึกษาด้วย

4) Causal Model เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคที่เรียกว่า Path Analysis และหลักการสร้าง Semantic Model โดยการนำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เช่น The Standard Deprivation Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางเศรษฐกิจสังคมของบิดา มารดา สภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่บ้าน และระดับสติปัญญาของเด็ก เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) ซึ่งคล้ายคลึงกับรูปแบบประเภทที่ 2 คือ Semantic Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทาง

ความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ เป็นรูปธรรมและชัดเจนยิ่งขึ้น

2.1.4 การพัฒนารูปแบบ

นักวิชาการได้กล่าวถึงหลักการพัฒนารูปแบบไว้หลายท่าน ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไป ดังนี้

เมสัน และเคเดอร์รี่ (Meason & Khedourri,1985 อ้างถึงใน กนิษฐา นาวารัตน์, 2549) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการสร้างรูปแบบไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้1) ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem Formulation) 2) ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model construction) 3) ขั้นการทดสอบรูปแบบ (Testing) 4) ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) และ 5) ขั้นพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย (Model updating)

อิสเนอร์ (Eisner, 1976 ได้กล่าวถึงการตรวจสอบรูปแบบว่า สามารถสอบคุณลักษณะ 2 อย่าง คือ 1) การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้อง เหตุผลระหว่างตัวแปร และ 2) การประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยสามารถประมาณค่าข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหาประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็น คือ การสร้างรูปแบบและการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) กล่าวถึง การพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน จากการวิเคราะห์เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริงได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนา

1.1 ร่างกรอบความคิดการวิจัย โดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมจากเอกสารต่างๆและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ทำการศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้ ดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

1.2.1 สภาพและปัญหาการดำเนินการของหน่วยงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษาจากการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม จากความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เป็นต้น

1.2.2 รายกรณี (Case study) หรือพหุกรณีศึกษาจากหน่วยงานที่ดำเนินการแก้ไขและพัฒนามีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษาจนประสบผลสำเร็จ แล้วนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ

1.2.3 ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม

1.2.4 การกำหนดกรอบความคิดการวิจัยในการจัดทำรูปแบบ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์

1.3 การจัดทำรูปแบบ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1.1 และ1.2 มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย และนำมาจัดทำรูปแบบ

นอกจากวิธีที่กล่าวมาข้างต้น อาจศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2. ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ การทดสอบรูปแบบทำได้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด พัฒนาจาก The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ซึ่งดำเนินงานโดย Stufflebeam และคณะกิจกรรมการตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วย มาตรฐาน 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช, 2549) ได้แก่

1) ความเป็นไปได้ของรูปแบบ (Feasibility standards) ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานจริง

2) ความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ (Utility standards) ในการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

3) ความเหมาะสมของรูปแบบ (Propriety standards) ในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

4) ความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบ (Accuracy Standards) ความน่าเชื่อถือ ครอบคลุมความต้องการอย่างครบถ้วน

2.2 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยไอส์เนอร์ (Eisner, 1976) ได้นำเสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างละเอียดถี่ถ้วนในประเด็นที่ถูกพิจารณา เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2.2 การประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) พัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนอย่างมาก ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะและวิจารณญาณของผู้ประเมินเพียงอย่างเดียว

2.2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นเที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั้นเอง

2.2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.3 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.4 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย และนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ชิรวัฒน์ นิจเนตร (2560) ได้กล่าวถึง การพัฒนารูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบรูปแบบ มีดังนี้

1. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การศึกษาสภาพปัญหาและ/หรือองค์ประกอบของรูปแบบด้วยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจมีการสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับรูปแบบนั้น ๆ หรือศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีผลงานเด่นในด้านนั้น ๆ

1.2 ข้อมูลจากขั้นที่ 1 มายกร่างหรือสร้างรูปแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาหรือผลการวิเคราะห์ทางสถิติจากการสำรวจความคิดเห็น ซึ่งในขั้นตอนนี้รวบรวมได้จากการศึกษา

เอกสาร การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เนื้อหา แต่งานวิจัยบางเรื่อง จะมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของรูปแบบ แล้วนำคำตอบไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และสร้างรูปแบบด้วยการวิเคราะห์ บางเรื่องก็ใช้เทคนิคเดลฟาย เก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ มีการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การทดสอบรูปแบบ (Model testing) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ

2.1 การทดลองใช้รูปแบบกับหน่วยตัวอย่าง

2.2 การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบ ด้วยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติมตามผลการประเมินแล้วจึงสรุปผลได้รูปแบบที่ต้องการ ซึ่งขั้นตอนนี้พัฒนาขึ้นมานั้นมีหลายวิธี โดยอาจจะให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และคุณลักษณะ (Qualitative) วิธีการตรวจสอบรูปแบบใช้ทั้งการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การสัมมนาของผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) วิธีการแบบชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnographic future research) การรับฟังความคิดเห็นสาธารณะ (Public hearing) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แต่วิธีการตรวจสอบรูปแบบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด คือ การนำรูปแบบไปทดลองใช้และวัดประสิทธิภาพของรูปแบบว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด

2.1.5 เทคนิคในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ซึ่งมีนักวิชาการได้กล่าวถึงเทคนิคการสนทนากลุ่ม และการจัดกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

มอร์แกน (Morgan, 1997) กล่าวถึงเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 6-10 คน ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 60นาที ถึง 2 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ดีที่สุดประมาณ 90 นาที แต่ให้แจ้งผู้ร่วมสนทนา 2 ชั่วโมง เผื่อว่าผู้ร่วมสนทนามาสายหรือไม่สามารถอยู่ร่วมจนจบ

สตีวาร์ทและชามดาซานิ (Stewart & Sham Dasani, 1990) ได้กล่าวถึงเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 8-12 คน ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 60 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ควรจัดสถานที่และเวลาเดียวกัน

ชาย โพธิสิตา (2556) ได้กล่าวถึงเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดพอเหมาะ ประมาณ 6-8 คน องค์ประกอบภายในกลุ่มโดยทั่วไปจัด

ได้ทั้ง 2 แบบ ได้แก่

1. สมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน (Homogeneous) การเลือกผู้สนทนากลุ่มมีองค์ประกอบและลักษณะสำคัญภายในกลุ่มใกล้เคียงกัน มีความรู้และประสบการณ์คล้ายกัน (homogeneous) ซึ่งจะช่วยเอื้อต่อพลวัตกลุ่มได้ดีแต่พบข้อเสียคือ ข้อมูลที่ได้ไม่หลากหลาย เนื่องจากสมาชิกมีความรู้และประสบการณ์คล้ายกัน

2. สมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous) ข้อดีของกลุ่มลักษณะนี้ ทำให้การสนทนากลุ่มมีความตรงตามเนื้อหา และสอดคล้องกับความเป็นจริง แต่พบข้อเสียคือ ไม่เหมาะสำหรับพลวัตรกลุ่ม ผู้อาวุโสน้อยไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่อผู้อาวุโสมาก

วรรณดี สุทธินรากร (2556) กล่าวถึงเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 6-15 คน ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน (homogeneous)

ดังนั้นนักวิจัยควรจัดแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกคล้ายกัน แต่ขณะเดียวกันควรมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม หมายความว่า โครงการวิจัยเรื่องเดียวกันกลุ่มตัวอย่างควรมีทั้งลักษณะเหมือนกันและแตกต่างกัน ภายในกลุ่มเดียวกันสมาชิควรมีลักษณะส าคัญเหมือนกัน แต่ต่างกลุ่มกันควรมีลักษณะสำคัญต่างกัน

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามแนวคิดของ ชายโพธิสิตา (2556) สมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน (Homogeneous) มีความรู้และประสบการณ์คล้ายกัน (Homogeneous) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structural interview) โดยใช้ควบคู่กับการสังเกต แนวคำถามสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด การวิจัยที่ได้จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนขั้นตอนการพัฒนารูปแบบใช้แนวคิดของ วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างหรือพัฒนา ได้จากการศึกษาปัญหาจากการบริการสุขภาพ ทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ

2.2 แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

ความหมายของการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

ความหมายของการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลาย

ความหมายด้วยกัน ดังนี้

สมาพันธ์การบริการทางด้านสุขภาพของเวลส์ (The Welsh NHS Confederation, 2018) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพทั้งหมดและการดูแลสังคมร่วมมือกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากทักษะและทรัพยากรร่วมกันในชุมชน และรัฐบาลเวลล์ (2018) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการไร้รอยต่อ หมายถึง รูปแบบของการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคมที่ผสมผสานกันได้อย่างลงตัว รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยี เข้ามาช่วยในการดูแล

สมาคมแคนาดาของเภสัชกรโรงพยาบาล (2018) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นความต่อเนื่องของการดูแลที่ส่งมอบให้กับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

ชาร์ลส์ ดี เฮปเลอร์ (Charles D. Hepler, 2007) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ การบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อเป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ

เนล แมคคินนอน (Neil MacKinnon, 2007) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นแนวคิดที่มีการกล่าวถึงมากในการดูแลสุขภาพ และในการทบทวนวรรณกรรมคล้ายการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การเปลี่ยนแปลงของการดูแลความต่อเนื่อง การดูแลและความต่อเนื่องของการดูแล เป็นการดูแลที่ไม่ใช่กิจกรรมทางเลือกที่เกิดขึ้นเฉพาะ เมื่อมีความพอเพียงเวลาทรัพยากรหรือความสนใจ

สพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นการบริการสุขภาพโดยการเปลี่ยนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย มีเป้าหมายคือการระบุวิธีที่จะเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย รวมถึงมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์

จิว ฮิล (Jill Hil, 2005) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรที่หายากเพื่อดูแลซ้ำโดยไม่จำเป็นและเพื่อหลีกเลี่ยงการละเลยด้านการดูแล

ยูโอริ (Vuori, 1982) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากที่ผู้มาใช้บริการได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพต่อเนื่อง และลดช่องว่างของข้อมูลที่ไม่ได้รับ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2563) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ไร้รอยต่อ หมายถึง การทำงานร่วมกันที่สามารถแบ่งปันทรัพยากร มีการช่วยเหลือกัน เปรียบเสมือน

อยู่ในสถานที่แห่งเดียวกัน ด้วยความเป็นเอกภาพ และได้ให้ความหมายระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) หมายถึง ระบบที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามรักษาและฟื้นฟูสภาพ จากทีมสหวิชาชีพ เลื่อนไหลไปอย่างราบรื่น ไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัด

สมรักษ์ สิริเชษฐ์โกนาว และสมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ (2563) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อเป็นความสำคัญของความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาที่มีการส่งผ่านระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพแต่ละแห่งให้มีความต่อเนื่อง

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และอารี ชีวเกษมสุข (2563) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลไร้รอยต่อ หมายถึงกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และลดช่องว่างของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลทั้งภายในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน เพื่อให้การรักษาพยาบาลเกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูง

สรุปได้ว่า การบริการสุขภาพไร้รอยต่อ หมายถึงกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ลดช่องว่างของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลทั้งภายในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้านเพื่อให้การรักษาพยาบาลเกิดคุณภาพและประสิทธิภาพสูง มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลไร้รอยต่อมีความสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่หลากหลายและซับซ้อน การเข้าถึงการบริการและการดูแลต่อเนื่องเป็นทีมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน รวมทั้งต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการทำงาน และการติดต่อสื่อสาร จากคำจำกัดความข้างต้นเห็นได้ว่าการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อนั้นมีความสำคัญยิ่งต่อการบริการสุขภาพ ด้วยเหตุที่เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่สำคัญของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ช่วงที่เปลี่ยนจากโรงพยาบาลไปที่บ้านหรือจากบ้านไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการทำให้ต้องตัดสินใจในการเข้ารับบริการที่เข้าถึงได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและปลอดภัย กระบวนการที่ระดับผู้ป่วยและระดับองค์กรได้รับการระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย การดูแลสุขภาพเป็นระบบที่ซับซ้อนมีการแยกส่วนและไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดความล้มเหลวของระบบและอาจส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ซึ่งแวน เดอ เวน และคณะ (Van de Ven et al., 2003) กล่าวว่าการดูแลต่อเนื่องตลอดกระบวนการบริการสุขภาพที่สม่ำเสมอถูกต้อง (Coherently) โดยมีการจัดการให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาทั้งนี้รวมถึงการส่งต่อข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงเป็นรายบุคคลให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องทันเวลามีการจัดการการดูแลต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้เหมาะสมรวมทั้งมีการส่งต่อการรักษาพยาบาลระหว่างทีมรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว มีความปลอดภัย ตามชนิด

ของโรคและปัญหาสุขภาพตลอดการดูแลตั้งแต่ระยะต้นหรือปฐมภูมิ (Primary Care) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดตอนและรวดเร็ว ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้ 1). มีการบูรณาการในระบบการรักษาพยาบาลโดยแผนการดูแลของผู้ป่วยที่สม่ำเสมอต่อเนื่องตรงกับเป้าหมาย 2). กระบวนการวางแผนต้องไม่แยกส่วน มีการปรับเปลี่ยนและวางแผนร่วมกันโดยมีพยาบาลแกนนำเป็นผู้ประสานการดูแลรักษาในโรงพยาบาล 3). มีการระบุชื่อผู้เกี่ยวข้องในการรับผิดชอบและประสานการดูแลตลอดกระบวนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการพยาบาลปฐมภูมิ มาออกแบบการดูแลให้เกิดความสะดวกรวดเร็วขึ้น เพื่อให้กระบวนการทำงานมีความคล่องตัว ลดความสูญเปล่าทุกแห่ง การนำแนวคิดการบริการสุขภาพไร้รอยต่อไปใช้สามารถมาเปรียบเทียบการดูแลไร้รอยต่อกับการพยาบาลทั่วไปได้ดังนี้

1. กระบวนการการดูแลไร้รอยต่อ กระบวนนี้เป็นการนำแนวคิดการบริการสุขภาพไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลสู่บ้านไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่าย รวมถึงมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ มีการนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล ต่อไปนี้

2. กระบวนการของการบริการสุขภาพไร้รอยต่อ กระบวนการนี้เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลตามกระบวนการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และอารี ชีวเกษมสุข, 2563)

1. ระยะที่ 1 ก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะนี้ต้องมีการควบคุมและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน เป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องทำการประเมินความเสี่ยงให้แก่ ประชาชนและบันทึกข้อมูลตามกลุ่มเสี่ยงการบันทึกการทำการพยาบาลเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริม การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคและควบคุมโรค ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บป่วยจนถึงเมื่อ เริ่มมีอาการแล้ว จัดบริการสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก การใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึก ในระยะนี้มักจะเน้นชุมชนและพยาบาลใช้หลักการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน จัดสรรทรัพยากรที่เอื้อต่อการ เรียนรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในกลุ่มโรคที่พบบ่อยในชุมชนแต่ละแห่ง ในปัจจุบันรัฐบาลได้เน้นให้ มีการบริการสุขภาพแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ที่จัดให้มีการรวมกลุ่มหน่วยบริการ

2. ระยะที่ 2 ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะนี้ มี 3 ขั้นตอนหลัก ๆ ได้แก่ 1) การใช้กระบวนการพยาบาลภายในโรงพยาบาล 2) กระบวนการการวางแผนการจำหน่าย และ 3) กระบวนการในวันจำหน่าย เป็นการติดต่อประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยทางไลน์พร้อมทั้งแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กล่าวคือ ต้องมีการคัดกรอง และการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการจัดทำแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับตลอดกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง

3. ระยะที่ 3 หลังออกจากโรงพยาบาล ระยะนี้มี 2 ขั้นตอนหลัก ๆ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจนถึงบ้าน และ 2) การติดตามการเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ (ตามข้อตกลงในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 72 ช่วโมง) โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือการจัดการให้มีระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ การป้องกันความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเดิม การส่งเสริมให้ชุมชน จิตอาสา หรือครอบครัวผู้ป่วยช่วยเหลือดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการบริการดูแลรักษาที่บ้านและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.3 แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน

นักวิชาการได้กล่าวถึง การประเมินคุณภาพการบริการ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ฮานเนย์ (Hanae, 2012) ได้ศึกษาแบบจำลองแนวคิดของโดนาบีเดียน ซึ่งเป็นข้อมูลอ้างอิงในด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพที่จะปรับให้เข้ากับแบบจำลอง ISO9001 v2008 ซึ่งจำเป็นต้องมีการนำระบบการจัดการคุณภาพไปใช้ตามหลักการของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินด้านโครงสร้าง (Structure criteria) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทรัพยากรทางการเงิน (Financial Resources) 2) ด้านบุคลากร (Personnel) หมายถึง การวางแผนอัตรากำลัง การจัดเตรียม ความปลอดภัยของบุคคลากร และระบบบริการภาพรวมขององค์กรพนักงานได้รับการศึกษา การฝึกอบรมมีประสบการณ์รวมถึงได้รับการรับรองจาก

สถาบันต่าง ๆ 3) ด้านอุปกรณ์ (Equipment) 4) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) 5) ด้านระบบข้อมูล (Information system)

2. เกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลป้องกัน (Preventive care) 2) ด้านการวินิจฉัย (Diagnosis) 3) ด้านการดูแลรักษา (Therapeutic care) 4) ด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) 5) ด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วย (Information and Instruction of the patient) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าว มีความสัมพันธ์กัน 2 ประการ ได้แก่ ด้านเทคนิคการให้การดูแล (The technical aspect) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (The Interpersonal aspect related to the clinician-patient relationship delivered) การบริการ (services) การวินิจฉัย (diagnostics) การรักษา (treatments) เป็นสิ่งสะท้อน

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ได้กล่าวถึงแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการและการรักษาพยาบาล (healthcare quality) เป็นการประเมินความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าในองค์ประกอบดังกล่าวไม่สามารถก่อให้เกิดคุณภาพโดยลำพัง แต่หากมีโครงสร้างที่ดีมีกระบวนการที่ดีจะส่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการก็มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

1. โครงสร้าง หมายถึง สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งในระบบการดูแลผู้ป่วย มี 4 ประการ ดังนี้ 1) ขอบเขตการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ขั้นตอนการบริการมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล 2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย 3) ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากรภายในโรงพยาบาลและบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล 4) เครื่องมือทางการแพทย์ และแบบฟอร์มที่ใช้ คือ แบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่าย แบบสรุปการจำหน่ายและแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย

2 กระบวนการ หมายถึง วิธีการดำเนินงานปฏิบัติงานตามแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งออกแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยวางแผนการจำหน่ายจนถึงการจำหน่าย

2.2 ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนตั้งแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านจนถึงเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ไลน์ หรือมีการเยี่ยมบ้าน

3 ผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการตามรูปแบบการบริการแบบไร้รอยต่อสุขภาพ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และระยะเวลาการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ลักษณะของมาตรฐาน/องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนพบว่ามีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน หากสภาวการณ์ที่เกิดขึ้น มีโครงสร้างที่ดี และกระบวนการที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา เนื่องจากโครงสร้างของการบริการจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการย่อมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) โดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) ดังนี้ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบายและขอบเขตการบริการ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย ทรัพยากร ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล และบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล เครื่องมือและแบบฟอร์มที่ใช้ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย วิธีการดำเนินงานปฏิบัติงานตามแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งมี 2 ระยะ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการตามรูปแบบการบริการแบบไร้รอยต่อสุขภาพ มาใช้เป็นกรอบในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้มาซึ่งสถานการณ์รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการต่อไป

3. แนวคิดการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้กล่าวถึง AGREE II เป็นเครื่องมือทั่วไปที่ได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือแนวทางปฏิบัติและผู้ใช้งานให้สามารถประเมินคุณภาพวิธีการของแนวทางปฏิบัติเป็นหลัก ซึ่งมีวัตถุประสงค์ 3 ประการดังนี้

1. การเป็นกรอบดำเนินการสำหรับ ประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ
2. เป็นกลยุทธ์วิธีการเพื่อการจัดทำแนวทางปฏิบัติ
3. แจ้งข้อมูลที่ควรรายงานและวิธีการรายงานในแนวทางปฏิบัติ

การนำ AGREE II ไปใช้งาน เครื่องมือ AGREE II เป็นเครื่องมือทั่วไป และสามารถนำไปใช้ประเมินแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแลสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ สาธารณสุข การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษาและการป้องกันAGREE II มีจุดมุ่งหมายในพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยเหลือผู้ปฏิบัติและช่วยตัดสินใจการดูแลภาวะสุขภาพอย่างเพียงพอ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความเหมาะสมจาก ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ (2556) ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)

โครงสร้างและองค์ประกอบของ AGREE II ประกอบด้วยหัวข้อหลัก 23 หัวข้อ ซึ่งจัดเป็นหมวดหมู่ได้ทั้งสิ้น 6 หมวด แต่ละหมวดครอบคลุมมิติเฉพาะของคุณภาพของแนวทางปฏิบัติดังรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and purpose) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการพิจารณาวัตถุประสงค์ในภาพรวมของแนวทางปฏิบัติคำถามด้านสุขภาพที่จำเพาะและประชากรเป้าหมาย

หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมุ่งเน้นที่ขอบเขตของการจัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและแสดงถึงมุมมองของผู้ใช้งานเป้าหมาย

หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำ (Rigor of development) เป็นการประเมินเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่ใช้เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐาน วิธีการจัดทำข้อแนะนำ และวิธีการปรับคำแนะนำให้เป็นปัจจุบัน

หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ (Clarity and presentation) เป็นการประเมินเกี่ยวกับภาษา โครงสร้าง และรูปแบบของแนวทางปฏิบัติ

หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (Applicability) เป็นการประเมินเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยเอื้อที่ช่วยในการนำไปใช้ กลยุทธ์ที่ช่วยเสริมการนำไปใช้เพิ่มมากขึ้น และแหล่งทรัพยากรในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้งาน

หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Editorial independence) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการจัดทำข้อแนะนำที่ต้องไม่มีอคติจากผลประโยชน์ทับซ้อน

สูตรการคำนวณค่าคะแนนแต่ละมิติ คือ

$$\frac{\text{คะแนนผล} \times 100}{\text{การประเมินแต่ละมิติ}} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

โดย คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

จะเห็นได้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เริ่มต้นจากการบริการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม และประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพักฟื้นรักษาตัวต่อที่บ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ด้วยการประสานงานส่งต่อ การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ รวมถึงใช้เทคโนโลยีดิจิทอลเข้ามาช่วยในการบริการ อีกทั้งพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ประสานงานร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพ แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อดังกล่าวจึงนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งจะทำการศึกษาต่อไป

4. บริบทของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง

4.1 ประวัติโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง (แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง, 2559)

โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง เริ่มการจัดตั้งในปี พ.ศ. 2527 และก่อสร้างในปี พ.ศ. 2533 มีหน้าที่ความรับผิดชอบ จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งของภูมิภาคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และศึกษาทางระบาดวิทยาให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ดำเนินการทางด้านการค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยให้

การตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็ง ส่งเสริมให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในท้องถิ่นอย่างถูกต้อง และเหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปของโรคมะเร็ง ส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาวิชาการแพทย์เฉพาะด้านโรคมะเร็ง และเป็นเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง วันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2538 เริ่มเปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย ค้นหาคัดกรองโรคมะเร็งประเภทผู้ป่วยนอก และเปิดรับผู้ป่วยใน จำนวน 30 เตียง

ปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งแห่งนี้เป็นหน่วยงานระดับตติยภูมิ และเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง เป็นสถานพยาบาลขนาด 200 เตียง สามารถเปิดให้บริการจริงได้ 190 เตียง โดยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษ 36 เตียง หอผู้ป่วยประคับประคอง 18 เตียง หอผู้ป่วยสามัญ 128 เตียง และหอผู้ป่วยหนัก 8 เตียง เปิดให้บริการตรวจค้นหาคัดกรองโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก และบริการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่ประจำอยู่ตามคลินิกต่างๆ เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2554 ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปี พ.ศ. 2557 การก่อสร้างอาคารรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ทำให้โรงพยาบาลมะเร็ง สามารถขยายงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เพิ่มขึ้น ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทางรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และเคมีบำบัด อาคารนี้มีหอผู้ป่วย แบบประคับประคอง จำนวน 22 เตียง และหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัด จำนวน 23 เตียง

วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลมะเร็งที่ทันสมัย เป็นเลิศด้านการแพทย์ บริการอย่างครบวงจรด้วยพลังเครือข่ายที่ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจ”

พันธกิจ

(1) จัดบริการทางการแพทย์ระดับเชี่ยวชาญขั้นสูงเพื่อการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งด้วยบุคลากรทางการแพทย์ วิทยาการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานในระดับโรงพยาบาลคุณภาพของกรมการแพทย์

(2) สร้างสรรค์วิชาการ การจัดการความรู้ และนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง พร้อมถ่ายทอดเพื่อการนำไปพัฒนาการบริการของเครือข่ายในเขตสุขภาพสู่มาตรฐานการจัดบริการทาง การแพทย์ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีคุณภาพ ทั่วถึงต่อเนื่อง

(3) พัฒนาเครือข่ายทางสุขภาพ เครือข่ายภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อการมีส่วนร่วมในการบริการ การขับเคลื่อนภารกิจสุขภาพในการดูแลและการอภิบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิ์ภาพ และประสิทธิผล

(4) เสริมสร้างความรอบรู้ของประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคีทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเองจากโรคมะเร็ง และมีขีดความสามารถในการร่วมจัดการภัยคุกคามทางสุขภาพในครอบครัว ชุมชน ที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างเท่าทัน

(5) พัฒนาโรงพยาบาลให้มีสมรรถนะสูง เป็นองค์กรคุณภาพ คุณธรรม มีความทันสมัยด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีดิจิทัล และมีความสามารถในการปรับตัวที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรทุกระดับ

4.2 การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งแห่งนี้มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. การรักษาหลักๆ เป็นการผ่าตัด ส่วนการรักษาเสริมจะเป็นการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดการให้ยาฮอร์โมนบำบัด

2. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนมาก ถ้าก้อน Tumor มีขนาด > 5 mm หรือมีลักษณะ Cell เป็นแบบ Moderate/Poorly differentiated หรือ Unfavorable features เช่น Angiolymphatic invasion จะต้องได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดทุกรายไม่ว่าจะเป็น การฉายรังสี ให้ยาเคมีบำบัด ให้ยาฮอร์โมน

3. การส่งตรวจ ER, PR, HER-2, KI-67 ทุกราย รวมถึง case ที่กลับเป็นซ้ำต้องตรวจ หรือถ้าไม่ได้ส่งตรวจ ให้ขอยืม Block Slide ให้ผู้ป่วยนำติดตัว มาด้วย/หรือส่งตรวจเพิ่มเติมและส่งผลมา
ตามหลังได้

4. การผ่าตัด Breast conservative surgery ก่อนทำผ่าตัดทุกครั้งต้องทำ Mammogram ทุกราย เพื่อจะพิจารณาว่า มีข้อห้ามในการผ่าตัดวิธี Breast conservative surgery หรือไม่

5. การฉายแสงจะทำในผู้ป่วย

- ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Breast conservative surgery ทุกราย

- ผ่าตัด MRM ที่มี Patho tumor มีขนาด >5 cm (Stage T3, T4) or LN+ve or Margin +ve หรือกรณีที่มี Closed margin อาจส่งมาปรึกษาก่อนเพื่อพิจารณาฉายแสง

6. รายละเอียดประวัติการให้ยาเคมีบำบัด วันที่เริ่ม วันที่ครบ สูตรที่ให้จำนวน Cycle ที่ได้รับ (ถ้าให้ยา Hormone บอกชื่อยาด้วย)

7. ข้อเสนอแนะในการผ่าตัด การลงแผลผ่าตัดกับรู Drain ไม่ควรห่างกันมากเพราะจะมีผลทำให้ Field Radiation ใหญ่ขึ้นโดยไม่จำเป็น

8. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

4.3 การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

โรงพยาบาลมะเร็งแห่งนี้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการให้คำจำกัดความของความหมาย “การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care)” คือ กระบวนการการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเริ่มจากการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำ ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินผลการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย หน่วยพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมประเมินปัญหา ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน ลงยินยอมในการส่งข้อมูล จัดให้มีการประสานสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทราบข้อมูล โดยส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องโดยใช้โปรแกรม Thai COC, Smart COC, E-mail, Line, Phone และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร ตามเกณฑ์ที่กำหนดของหน่วยพยาบาลดูแลต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์ในการดูแลต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในส่งผู้ป่วยตามเกณฑ์การดูแลต่อเนื่องในระบบ Soft con

3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ส่งมาในระบบเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

4. ประสานหน่วยงานทีมสหฯ สาขาวิชาชีพร่วมที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมศูนย์ใจรักษ์ ในเรื่องการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์

5. สอบถามความยินยอมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อรับการดูแลส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนการจำหน่าย

6. เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องที่บ้านทางระบบ COC On Line ภายใน 5 วัน หลังจำหน่าย

7. โทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 14 วัน

8. กรณีเร่งด่วน ได้แก่ มีแผลขนาดใหญ่ การดูแลที่ซับซ้อน จะโทรเยี่ยมภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย

9. บันทึกข้อมูลการติดตามในระบบ Soft con

10. กรณีมีปัญหาการดูแลรายงานแพทย์เจ้าของไข้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาด้านบริการโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ ในประเทศไทย พบเพียง 1 เรื่องโดยเป็นการพัฒนาเครือข่ายไร้รอยต่อเพื่อผู้ป่วย Palliative Care รพ.สต.บ้านขามใหญ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการพัฒนาเครือข่ายในรูปแบบของการส่งต่อเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการการพัฒนาคุณภาพ PDCA นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ผู้วิจัยขอแบ่งงานวิจัยออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการไร้รอยต่อดังนี้

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการไร้รอยต่อ

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบระบบผู้จัดการรายกรณีมีความเหมาะสมและช่วยลดค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเอแอลแอล (รัชนีบูลย์ นุชิค, 2562) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (เพทาย สำรวยผล และสุชาดา รัชชุกูล, 2558) ส่วนรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (ภัควีร์ นาคะวิโร, 2560) และรูปแบบการดูแลแบบ

ประคับประคองยังเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยโรคมะเร็งลุกลาม ครอบครัว ชุมชน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก (ฐิติพร จตุพรพิพัฒน์ และคณะ, 2560) รวมทั้งมีความเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สอดคล้องกับบริบทและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและบุคลากรทางการพยาบาลมีความเห็นว่าคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดีมาก (สมพร เทพสุริยานนท์ และวีระนุช มยุเรศ, 2556)

เนลสัน ปีเตอร์สัน และแลมป์ป้า (Nelson-Peterson และ Leppa, 2007) ได้ศึกษาการใช้แนวคิดแบบลีนในโรงพยาบาล Virginia Mason Medical Center ได้แก่ การสร้างมาตรฐานงาน(Standard work) โดยใช้มาตรฐานการส่งเวรตามเตียงผู้ป่วย การสำรองวัสดุครุภัณฑ์ในสถานที่เหมาะสม (Point of use storage) การทำงานโดยจัดให้ขั้นตอนที่เกี่ยวเนื่องกันอยู่ให้ใกล้กันมากที่สุด เปลี่ยนการไหลของงานเพื่อให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการมอบหมายงานเป็นกลุ่มของห้องใกล้กัน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเท่ากับ การมอบหมายงานอย่างเท่าเทียม ส่งผลให้ลดระยะทางในการทำงานโดยลดการเดินจากวันละ 10,000 ก้าว เหลือ 1,200 ก้าว

บุญเลิศ พิมศักดิ์ ปิติทั้งไพศาล และเสถียร พงษ์ศิวินา (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีประยุกต์ร่วมกับหลักการและแนวคิดวิธีการเชิงระบบเป็นการพัฒนานวัตกรรมหรือกระบวนการรูปแบบใหม่ ๆ ขึ้นมาจากความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรมหรือที่เรียกว่าการศึกษาข้อมูลพื้นฐานหรือการศึกษาความต้องการ แล้วตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรมการนำไปทดลองใช้และประเมินผล

พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 78.6

จากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา ผู้วิจัยยังได้ทบทวนงานวิจัยที่ได้ทำมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีการดำเนินการจัดทำมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยการลดขั้นตอน การประสานงานการส่งต่อ โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการประสานงานการส่งต่อให้ได้รูปแบบที่เป็นมาตรฐาน

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการไร้รอยต่อ

สมาพันธ์การบริการสุขภาพของเวลส์ (ADSS Cymru, 2018) ได้ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อเพื่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีระบบสุขภาพและการดูแลที่แตกต่างกันและทำงานร่วมกันในทุกส่วนของภาครัฐอิสระและภาคที่สามด้วยความมุ่งมั่นที่ให้คนเป็นศูนย์กลางการดูแล ได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญการดูแลที่ไร้รอยต่อเพื่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย 5 ประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ 1) บริการส่วนบุคคลเพื่อให้การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ให้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องสำหรับบุคคล 3) รวบรวมทักษะและทรัพยากรในชุมชนรอบ ๆ 4) ความร่วมมือระดับภูมิภาค และ 5) วิธีการทำงานใหม่ๆ ให้การตอบสนองที่ราบรื่น

แอนนี่ และคณะ (Anne Spinewine and el, 2010) ได้ศึกษาการดูแลแบบไร้รอยต่อด้านยาระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน โดยการทบทวนวรรณกรรมระหว่างประเทศอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบและความคุ้มค่าที่มุ่งปรับปรุงความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างการตั้งค่าเกี่ยวกับยา การวิเคราะห์ความคิดริเริ่มการดูแลที่ไร้รอยต่อ ปัญหาโดยสรุปพบว่าการดูแลไม่ต่อเนื่องการเปลี่ยนแปลงที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ดังนั้นการดูแลสหสาขาวิชาชีพ และวิธีการด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม รวมถึงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย

เนล (Neil MacKinnon, 2007) ได้กล่าวถึงระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ ที่มีปัญหามาจากช่องว่างในการใช้ยาระหว่างร่างกาย สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาล ชุมชน ร้านขายยา การขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และการดูแลพื้นฐาน พบว่าความสัมพันธ์ของการใช้ยาเพื่อการดูแลที่ราบรื่น มีองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการของระบบการใช้ยาอย่างราบรื่น 1). การรับรู้สิ่งบ่งชี้ยาและสัญญาณอื่น ๆ ในเวลาที่เหมาะสมและอาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา พร้อมระบุโรคพื้น

เดิมได้ 2). ปลอดภัย เข้าถึงได้ และคุ้มราคา 3). กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนอย่างเหมาะสม 4). การแจกจ่าย การจ่าย และการบริหารผลิตภัณฑ์ยาพร้อมคำแนะนำผู้ป่วยที่เหมาะสม 5). การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 6). การตรวจสอบและการแก้ไข 7). เอกสารและการสื่อสารข้อมูลและการตัดสินใจ และ 8). การประเมินและปรับปรุง

ไว เซาว์ และยาง (Wei Xie, Zhen-Hua Zhao, Qing-Min Yang, 2007) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการถ่ายโอนรูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยโรคลมชักในสมองประเทศจีน พบว่าสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ รูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อนี้สนับสนุนการเชื่อมโยงกระบวนการพยาบาลและให้บทบาทอย่างเต็มที่กับบทบาทของหน่วยแพทย์ชุมชนในการพยาบาลครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชน ในการจัดการการดูแล

สพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and el, 2005) ได้ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: การเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายให้มากที่สุด โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ระยะแรกคัดเลือกผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ฐานข้อมูลการบริหารที่ยังมีอยู่สำหรับปีงบประมาณ 2544 ที่สถานประกอบการสองแห่ง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หลังจากนั้นจัดสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้บริการ นำข้อมูลที่ได้มาตระเตรียมกระบวนการวางแผนการจำหน่าย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ได้แก่ การวินิจฉัยระยะเวลาการเข้าพัก อาการทางคลินิกเป็นตัวทำนายที่สอดคล้องกันมากที่สุดของ อายุ เพศ เชื้อชาติหัวข้อต่าง ๆ และประเด็นที่สำคัญคือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ดูแล และระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง ได้มีการปรับปรุงการสื่อสาร และการประสานงานในการดูแลและติดตามที่ดีขึ้น สรุปได้ว่าการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ให้บริการ และแผนการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านที่ครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการจัดการทางการแพทย์ที่ประสบความสำเร็จ

ฮิล (Jill Hill, 2005) ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: ความท้าทายระหว่างระบบการดูแลปฐมภูมิและระบบการดูแลทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องจำเป็น และการดูแลแบบไร้รอยต่อจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรที่หายากในการดูแลซ้ำโดยไม่จำเป็น

สมศักดิ์ ศิริเกตุโคนา และสมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ (2566) นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการส่งต่อ การประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วย โดยพัฒนารูปแบบระบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับสหสาขาวิชาชีพ

โรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลยุทธ์การมีส่วนร่วมที่ใช้ในการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีทรัพยากรจำกัดนี้นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการบริการได้ดี

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา พบ 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและกลยุทธ์การจัดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม 2) การมีส่วนร่วมของทีมดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 3) การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายโรคหัวใจทุกระดับ 4) ผู้จัดการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

สุนิสา ลานอก (2560) ได้พัฒนาเครือข่ายไร้รอยต่อเพื่อผู้ป่วยPalliative Care โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านขามใหญ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีภาคีเครือข่ายการติดตาม ดูแล การเชื่อมโยงข้อมูลระบบปฐมภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการการพัฒนาคุณภาพ PDCA 4 ระยะ ดังนี้ 1. ศึกษาสถานการณ์บริบท ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2. วางแผน เตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย 3. การวางระบบบริหารจัดการและรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพ 4. การสรุปผลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ดารณี เทียมเพ็ชร์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาเกี่ยวกับการบริการแบบไร้รอยต่อ พบว่า แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน ปลอดภัย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ และยังไม่มีการดำเนินการจัดทำมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้โดยเสนอประเด็นสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลเดิม และพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลใหม่โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นทีมสุขภาพผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2561) คือ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเหมือนกัน และมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2561) คือ มีลักษณะวิชาชีพที่ต่างกัน คือ แพทย์รักษาโรคมะเร็ง 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และ

2.2 ผู้ใช้บริการ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 คน และญาติผู้ป่วย 3 คน โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการดูแลรักษา

โรงพยาบาล และมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน ในอายุ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

3.1.1 เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaires) โดยมีจำนวน 2 ข้อใหญ่ ได้แก่ 1) สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร และ 2) รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนควรเป็นอย่างไร (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

3.1.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รายละเอียดดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 1)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ (รายละเอียดดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 2)

3.2 การสร้างเครื่องมือ มีวิธีดำเนินการดังนี้

3.2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ จากตำรา และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับศึกษาบริบทการบริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบัน โดยสร้างจากแนวคิด 2 ประการได้แก่ แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแล

ของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)

2) ร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

3) ร่างแนวคำถามและแนวคำตอบ ซึ่งมีจำนวน 2 ข้อใหญ่

4) นำร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม พร้อมกับแนวคำถามและแนวคำตอบเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาก่อนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5) นำร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแนวคำถามและแนวคำตอบผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านวิชาการจำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ (รายละเอียดดังภาคผนวก ก)

6) แก้ไขปรับปรุงแนวทางการสนทนากลุ่ม กับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล

สำหรับเนื้อหาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผลการศึกษาเชิงคุณภาพ มีการนำเสนอโดยกำหนดรหัสเพื่อใช้อ้างอิงข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview) ดังนี้

FI หมายถึง การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

D, N คือทีมสุขภาพที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น N ใช้แทนทีมสุขภาพที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 เป็นต้น

P, R คือผู้ป่วยและญาติที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น P ใช้แทนผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 และ R ใช้แทนญาติผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 เป็นต้น

3.2.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) ยกร่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

2) นำยกร่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

3) นำร่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านวิชาการจำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ 4) แก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีจำนวน 16 ข้อ มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ของปิยะอร รุ่งธนเกียรติ(2556) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) มาประยุกต์และดัดแปลงคำถามที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้น

2) ร่างแบบสอบถาม จำนวน 16 ข้อเพื่อใช้ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบทั้ง 6 มิติแต่ละข้อคำถามลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เป็นการเลือกตอบโดยใช้หลักเกณฑ์ของลิเคร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

6 หมายถึง เห็นด้วยมากว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

5 หมายถึง เห็นด้วยว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

4 หมายถึง เฉยๆว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุดว่า มีการจัดทำหรือปฏิบัติในข้อนั้น ๆ

การคำนวณค่าคะแนนการประเมินแต่ละมิติโดยรวม หากได้มากกว่าร้อยละ 70 หมายความว่า รูปแบบนั้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 บ่งชี้ได้ว่ารูปแบบนั้นไม่ควรนำไปใช้เพราะมีความเหมาะสมในระดับต่ำ (Waltz Strickland & Lenz, 1991 อ้างถึงใน พวงทอง กล่อมใจเย็น, 2552)

3) นำยกร่างเครื่องมือส่วนที่ 2 เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาก่อนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4) นำร่างเครื่องมือส่วนที่ 2 ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (content validity)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม และเครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

1) ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านวิชาการ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

2) นำเครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา

ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมการใช้ภาษา เกณฑ์ความสอดคล้องโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและเนื้อหาให้ตรงกับประเด็นที่วัด ในการนำแนวทางการสนทนากลุ่มและแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและให้คะแนนรายข้อคำถาม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 ขึ้นไป (Davis, 1992)

3) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา โดยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา (Index of item Objective Congruence: IOC) จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

+1 หมายความว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

0 หมายความว่า ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

-1 หมายความว่า ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

จากการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{จากสูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมคะแนนทั้งหมดจากผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อค่า IOC เข้าใกล้ 1.0 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหามาก ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาน้อย เมื่อค่า IOC ติดลบแสดงว่าไม่ตรงเนื้อหา จากการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา

4) นำคะแนนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าที่ได้จากการคำนวณดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปปฏิบัติกับหน่วยงานจริง แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 - 1.00 รวมมีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคำถาม คงเดิม และปรับปรุงข้อคำถามเพื่อเพิ่มความชัดเจนของภาษา

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 – 1.00

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น จำนวน 16 ข้อ คงเดิม มีค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00

3.3.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (ดังรายละเอียดภาคผนวก ข) และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หากได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.80 จึงสามารถนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปใช้ได้ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยง 0.98

สรุปได้ว่า เครื่องมือวิจัยจำนวน 2 ชุด ได้ผ่านขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งความตรงตามเนื้อหาและการหาความเที่ยงเรียบร้อย สามารถนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปใช้ได้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากับมนุษย์ซึ่งอาจส่งผลกระทบกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการด้านจริยธรรม (รายละเอียดดัง ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. ทำเอกสารพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พร้อมเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

2. เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่เอกสาร 23/2565 (รายละเอียดดังภาคผนวกข) เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้วจึงได้ยื่นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พร้อมทั้งดำเนินการขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เลขที่เอกสาร อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๔๓ (รายละเอียดดังภาคผนวก ข)

3. เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันโรงพยาบาลแห่งหนึ่งหมายเลขทะเบียนโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ เลขที่เอกสาร LEC 6607 (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและการบันทึกเทปทุกครั้งของการสนทนากลุ่ม ด้วยการลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือถอนตัวจากการวิจัยและการตอบสนทนากลุ่มได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น (รายละเอียดดังภาคผนวก ค)

4. รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูล การเปิดเผยจะแสดงในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

5. ขั้นตอนการดำเนินวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งปัจจุบันของโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นอย่างไร และประเมินความเหมาะสมของ

รูปแบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการพัฒนารูปแบบ พัฒนารูปแบบ และประเมินรูปแบบ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ขออนุญาตศึกษาวิจัยในโรงพยาบาล จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

1.2 ศึกษาบริบทหน่วยงานและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากตำรา งานวิจัย รวมถึงทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อนำมาร่างกรอบแนวคิดและพัฒนา เครื่องมือวิจัย

1.3 พัฒนาเครื่องมือการวิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยนำเครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม และเครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

1.4 ขออนุญาตหน่วยงานดำเนินการวิจัย และยื่นเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบัน เพื่อขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาในการทำวิจัย

2. ระยะพัฒนารูปแบบ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ได้ติดต่อกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลผ่านหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาลและนัดหมายเป็นการล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ก่อนถึงวันประชุมกลุ่ม วันที่ 27-31 มีนาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.00 น. รวม 5 วัน โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกวันให้ผู้วิจัย เข้าพบได้ตามสมัครใจ โดยชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2.2 เตรียมการเพื่อการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1) การเตรียมแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยจัดเตรียมเนื้อหาและศึกษา ประเด็นใช้ในการวิจัยให้ชัดเจน (รายละเอียดดังภาคผนวก ง) และฝึกทักษะการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2) เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ สมุดบันทึก เทปบันทึกเสียง ปากกา และของสมนาคุณเพื่อเป็นการขอบคุณตามความเหมาะสม

3) เตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุมพอเพียง โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในวันที่ วันที่ 24, 27 มีนาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.00-10.00 น. จำนวน 2 วัน ซึ่งมีขนาดเหมาะสม สามารถควบคุมเสียงและสิ่งรบกวนจากภายนอกได้

2.3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 2 ชั่วโมง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันที่ 24 มีนาคม 2566 เวลา 09.00-11.00 น. ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลหน่วยประสานงานส่งต่อ 1 คน รวมจำนวน 8 คน และครั้งที่ 2 วันที่27 มีนาคม 2566 เวลา 09.00-11.00 น. ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล จำนวน 3 คน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) เริ่มการสนทนากลุ่มและขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ เริ่มจากการทักทาย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเป้าหมายการสนทนากลุ่ม และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกท่าน

2) การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล อธิบายรายละเอียดข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคล และสามารถให้ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสนทนา มีการจัดเก็บและทำลาย ดังนี้

(1) ไฟล์เอกสาร และไฟล์เสียง มีการจัดเก็บการบันทึกข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้สามารถเปิดได้

(2) จัดเก็บเอกสารที่ได้จากการสนทนากลุ่ม บันทึกในแผ่น CD เก็บในตู้ลิ้นชักที่มีกุญแจล็อกและผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิด-ปิด

(3) เก็บเอกสารแผ่น CD ไฟล์เอกสาร และไฟล์เสียงเป็นเวลา 1 ปี และมีการทำลายเอกสารหลังสิ้นสุดการวิจัย

3) บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตัวเองต่อกลุ่ม

4) ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นการวิจัย

5) เชื่อมโยงการสนทนาเข้าสู่เรื่องที่ต้องการตามลำดับ โดยการใช้คำถามปลายเปิดถามนำเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และตามด้วยข้อคำถามในแนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง รูปแบบการบริการ

สุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นอย่างไร ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ผู้วิจัยสามารถอธิบายและซักถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้ดำเนินการสนทนาและจดบันทึกการสนทนา พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรม น้ำเสียง สีหน้าของผู้ร่วมสนทนาเพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาทำการวิเคราะห์

6) เมื่อได้ข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แล้ว สรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา

7) แจ้งผู้ร่วมสนทนา ขออนุญาตสัมภาษณ์เพิ่มเติมคำตอบยังไม่ชัดเจนหรือมีประเด็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มกับผู้ร่วมสนทนาบางท่าน

8) นำข้อมูลจากการสนทนาไปร่างรูปแบบกับอาจารย์ที่ปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 4 เดือน

9) กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ชี้แจงถึงประโยชน์ของข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนาในครั้งนี้ มอบของที่ระลึกและปิดการสนทนากลุ่ม

2.4 การร่างหรือการจัดทำรูปแบบ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปร่างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยประยุกต์แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Spehar, A. M. and el, 2005) การพัฒนารูปแบบต้องผ่านกระบวนการจัดอย่างเป็นระบบ และใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น (Semantic Model) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพัฒนารูปแบบ

2) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้กำหนดองค์ประกอบและแนวทางการจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบ

3) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง

4) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาการบริการสุขภาพ

5) จัดความสำคัญและสัมพันธ์ขององค์ประกอบ

6) กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ เป็นการพิจารณาว่าอะไรบ้างที่จะช่วยให้เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายบรรลุผลสำเร็จซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

7) จัดกลุ่มองค์ประกอบ เป็นการนำองค์ประกอบที่กำหนดมาจัด หมวดหมู่ เพื่อความสะดวกในการคิดและการดำเนินการในขั้นต่อไป

8) จัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ โดยพิจารณาว่าองค์ประกอบใด เป็นเหตุและเป็นผลขึ้นต่อกันในลักษณะใดสิ่งใดควรมาก่อนหลัง สิ่งใดสามารถดำเนินการคู่ขนานกันไปได้ เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลาพิจารณามาก

9) พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ โดย แสดงให้เห็นถึงผังจำลองขององค์ประกอบด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์

10) นำร่างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

11) ได้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้นมา

2.5 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ มีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านวิชาการจำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง ความเหมาะสม ความน่าเชื่อถือ ความเป็นไปได้ และการนำไปใช้ประโยชน์ พร้อมข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2) นำข้อมูลที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

3. ระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 แจ้งขอความร่วมมือผู้ร่วมสนทนา ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3.2 แจกแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นมาตรวัด 7 ระดับ จำนวน 16 ข้อ โดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บแบบประเมินความเหมาะสมด้วยตนเอง

3.3 นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เป็นค่าร้อยละทั้งรายด้าน

และโดยรวมต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. วิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล และรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดหมวดหมู่ (category) (ชาย โพธิสิตา, 2556; สุภางค์ จันทวานิช, 2542) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจน ในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

1) ข้อมูลการสนทนาถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป จะถูกถอดออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) ชนิดคำต่อคำ (Verbatim) โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก บรรยากาศของการสนทนาไว้ เรียงลำดับตัวอย่างหรือเหตุผลในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาษาเขียนภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจนของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหา หรือข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจนและประเด็นที่ต้องการเพิ่ม เพื่อสนทนาเพิ่มเติม

3) วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้คำอธิบายและข้อสรุปที่ชัดเจน

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกชนิดของข้อมูล (สุภางค์ จันทวานิช, 2542) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ฟังคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลซ้ำไปมาหลายรอบ แล้วนำมาถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด

2) การจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล (Data management) จากการจดบันทึกรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีความหมายหลากหลายปะปนกันอยู่แล้วนำมาวิเคราะห์

เบื้องต้นว่าข้อมูลที่ได้มีความหมายอะไรที่ตรงกับประเด็นหรือเรื่องราวที่ผู้วิจัยต้องการวิเคราะห์

3) การให้รหัสข้อมูล (Coding) สำหรับการอ้างอิงหรือค้นข้อมูล ด้วยการจัดประเภทของข้อมูล (Catagoring) หรือการทำดัชนีข้อมูล (indexing) โดยการเลือกคำบางคำประโยคหรือแนวคิดมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล ให้เป็นระบบเดียวกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับข้อมูลประเภทเดียวกัน

4) การตีความ (Interpret) โดยการหาความเชื่อมโยงของข้อมูลดูความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏ เมื่อได้สมมติฐานที่เป็นคำถามการวิจัยจัดทำข้อสรุปชั่วคราว และย่อหรือตัดทอนข้อมูล (Memoing data reduction) โดยการเขียนข้อสรุปแต่ละประเด็น

5) เสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Displaying data for analysis and presentation) โดยนำข้อสรุปย่อยมาเชื่อมโยงเพื่อหาข้อสรุปตอบปัญหาการวิจัย

6) การประมวลและสรุป (Drawing and verifying conclusions) เมื่อผ่านการตีความจะได้ข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่าง ๆ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัย การระบุความสัมพันธ์เชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีกับข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ของชุดข้อมูล

3. แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยดัดแปลงเครื่องมือจากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎีสแวนสัน แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ของ จารุณี ฐิติพงษ์พาสน์ (2562) ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) คำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain score) โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แนะนำเข้าสูตรของ The Agree Collaboration 2001

$$\text{คะแนนผล X 100} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

โดย คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 7 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพรูปแบบพิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินรวม 6 มิติ มากกว่าร้อยละ70 จึงสรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้

ผู้วิจัยนำผลการประเมินประกอบกับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบ ให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสม และเสนอเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการแนวคิดและทฤษฎี โดยพิจารณาร่วมกับบริบทของ โรงพยาบาล สรุปขั้นตอนการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 3.1

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ

1. ขออนุญาตศึกษาวิจัยในโรงพยาบาล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่ง
2. พัฒนาเครื่องมือวิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 2 ชุด
3. ขออนุญาตหน่วยงานดำเนินการวิจัย และยื่นเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์เมื่อได้รับอนุมัติแล้วนำเสนอต่อ คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบัน

↓

ระยะการพัฒนารูปแบบ

1. ติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยและบทบาทของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
2. เตรียมการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เนื้อหา ผู้วิจัยฝึกการสนทนากลุ่ม เตรียมผู้ร่วมสนทนา อุปกรณ์ สถานที่
3. สนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
4. ร่างหรือการจัดทำรูปแบบกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำรายละเอียดข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปรูปแบบและนำข้อมูลที่สรุปได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษา
5. ทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านและนำข้อเสนอแนะ ที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอกับอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

↓

ระยะการประเมินความเหมาะสมรูปแบบ

1. แจ้งขอความร่วมมือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
2. แจกแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น
3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอ ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (ตารางที่ 4.1 และตารางที่ 2)

ตอนที่ 2 สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (ตารางที่ 4.3)

ตอนที่ 3 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3.1 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ตารางที่ 4.4)

3.2 เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนกับรูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม (ตารางที่ 4.5)

ตอนที่ 4 ความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ตารางที่ 4.6 และ ตารางที่ 4. 7)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสุขภาพผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการ ดังแสดงในตารางที่ 4.1 และตารางที่ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะพื้นฐาน

N = 8

ลำดับที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม	อายุ	ระดับการศึกษาสูงสุด	ตำแหน่งงาน	ประสบการณ์การทำงาน	การอบรมการพยาบาลผู้ป่วย
1	D1	49	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	แพทย์	16 ปี	-
2	N1	53	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	25 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 3 เดือน
3	N2	55	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	หลักสูตร 10 วัน
4	N3	50	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	23 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
5	N4	51	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
6	N5	50	ปริญญาโท สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ	หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล	22 ปี	ประกาศนียบัตรอบรม 4 เดือน
7	N6	49	ปริญญาโท บริหารทางการพยาบาล	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม	17 ปี	ประกาศนียบัตรอบรม 4 เดือน
8	N7	49	ปริญญาโท วทม โรคติดเชื้อและระบาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	24 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน

จากตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทีมสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะพื้นฐาน พบว่าทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน เป็นแพทย์รักษาโรคมะเร็ง 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 5 คน อายุ อยู่ระหว่าง 49 – 55 ปี ระดับการศึกษาจบระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน และระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน ทีมสุขภาพทุกคนมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 16 – 26 ปี พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้รับบริการ จำแนกตามภาวะสุขภาพ

N = 6

ลำดับที่	**ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม**	**อายุ**	**ระดับการศึกษาสูงสุด**	**โรค/สุขภาพ**
1	P 1	75	ประถมศึกษาปีที่ 4	โรคมะเร็งเต้านม
2	P2	63	มัธยมศึกษาปีที่ 3	โรคมะเร็งเต้านม
3	P3	67	ประถมศึกษาปีที่ 6	โรคมะเร็งเต้านม
4	R 1	76	มัธยมศึกษาปีที่ 3	สุขภาพแข็งแรง
5	R 2	18	กำลังศึกษา ปวช	สุขภาพแข็งแรง
6	R 3	48	ปริญญาโท	สุขภาพแข็งแรง

จากตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้รับบริการ จำแนกตามภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ใช้บริการ จำนวน 6 คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 3 คน และญาติผู้ป่วย 3 คน อายุอยู่ระหว่าง 18 – 76 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จนถึงระดับปริญญาโท และญาติผู้ป่วยทุกคนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

2. สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ จำนวน 6 คน สามารถสรุปสถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ ได้ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ส่วนรายละเอียด ประเด็นย่อยในแต่ละด้านรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) นโยบายและขอบเขตการบริการ (2) การสื่อสาร (3) ทรัพยากร ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล (เครือข่ายโรงพยาบาล) และ (4) เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือวินิจฉัยโรค และแบบฟอร์มที่ใช้ 2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ 3) ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) ระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล และ (2) ความพึงพอใจการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4.3 รายละเอียดมีดังนี้

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

ตารางที่ 4.3 สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพในปัจจุบัน จำแนกตามโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
1. นโยบายและขอบเขตการบริการ จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีความเห็นว่า - มีกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิตามมาตรฐาน และนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) อย่างครบวงจร มีระบบการสื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ยังไม่มีแนวทางการบริการแบบ ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	- “ให้บริการแบบโรงพยาบาลตติยภูมิด้านโรคมะเร็งคือ ให้บริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง ตรวจวินิจฉัย การรับส่งต่อจากเครือข่ายมารักษาโรคมะเร็ง และ และให้บริการด้านวิชาการแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบ (FI- N 2)
	- “เป็นนโยบายของ service plan ค่ะ ที่นี้ service plan 4 6 6 เนี่ย หมายถึงว่า อย่างสมมุติ การเข้าตกลงกันใน service plan เรื่องมะเร็งนะคะ” (FI- N 4)
	- “การรักษาของเราครบวงจร ทาง ward ให้การรักษาตามมาตรฐาน มีกระบวนการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์” (FI- N 4)

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
	- “อย่างที่ตึกก็คือ ดูแลคนไข้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมานัดผ่าตัด ก็จะปฏิบัติตาม guideline ของ OPD ของเรา ก็จะคือแบบว่าก็ตั้งแต่แอดมิดเราทำอะไรอะไรอย่างเนี้ย ก็จะมีตัวชี้วัดกำกับด้วย แล้วก็หลังผ่าตัดก็จะมีการดูแลตามมาตรฐานการเหมือนกัน แล้วก็มีตัวชี้วัดกำกับ” (FI- N 2)
	- “คือ ทางเนี่ย รพ ส่งใบนัดไปที่อ่างทอง” (FI- P1)
	- “พอคนไข้ discharge ก็จะส่งข้อมูลเข้าโปรแกรมของเราอาจจะใช้โปรแกรมตามพื้นที่เขต 4 แล้วจะเป็น smart COC เราก็จะส่งเข้า smart COC เขต 3 จะใช้ Thai COC เขต 5 ใช้ Thai COC คือส่งตามบริบทของพื้นที่ที่เขาใช้โปรแกรมนั้น” (FI- N 2)
2. ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากร **บุคลากร มี 2 ประการ** ดังนี้ 2.1 บุคลากรภายในโรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ และบุคลากรสื่อสารในโรงพยาบาล และ 2.2 บุคลากรภายนอกโรงพยาบาล (เครือข่ายโรงพยาบาล)	

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
2.1 บุคลากรภายในโรงพยาบาล **1) บุคลากรทีมสุขภาพ** จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีความเห็นว่า - บุคลากรทีมสุขภาพพยาบาลจำนวน 7 คน ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และทุกคนมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง -บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด พยาบาลประสานงานส่งต่อมี 1 คน	- “ก็ยังขาดแพทย์บางสาขาอยู่ ซึ่งมีความจำเป็นในการตรวจวินิจฉัย เช่น พยาธิแพทย์ ที่สำคัญคือ พยาธิแพทย์ไม่มี” (FI- D) - “ครับ แล้วก็พยาบาลก็คงขาดด้วยเช่นกัน ก็คงสถานการณ์คงเหมือนกับหลายๆ ที่เหมือนกับโรงพยาบาลมะเร็งหลายที่อะไรอย่างเนี่ย” (FI- D) - “บุคลากรของเราก็จำกัด” (FI- N 6) - “อย่างที่น้องเขาบอกตอนแรกค่ะ เขาก็พยายามติดตามคนไข้หลากหลายช่องทางเพราะว่ามันแล้วแต่ว่าบริบทคนไข้ด้วย แล้วน้องก็รับผิดชอบคนเดียว” (FI- N 2)
2) บุคลากรสื่อสารในโรงพยาบาล - ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน	- “ผมไม่เคยเข้าไปดูเลยว่า ว่ามันเป็นยังไง แต่รู้สึกว่าไม่น่าจะมีนะฮะ เพราะเราไม่ได้มี

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
	แอดมินเข้ามา ไม่มีเจ้าหน้าที่เข้ามา ที่มาดูแลตลอด 24 ชั่วโมง” (FI- D)
	- “คือ โดยช่องทางอย่างที่น้องเขาบอกตอนแรกค่ะ เขาก็พยายามติดตามคนไข้หลากหลายช่องทางเพราะว่ามันแล้วแต่ว่าบริบทคนไข้ด้วย แล้วน้องก็รับผิดชอบคนเดียว ส่วนมากเลยก็คือคนไข้สามารถติดต่อเบอร์โทรเนอะ ติดต่อได้ทุกคน” (FI- N 2)
2.2 บุคลากรภายนอกโรงพยาบาล (เครือข่ายโรงพยาบาล) - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีภาระงานมาก	- “เจ้าหน้าที่ชุมชนมีภาระงานมาก” (FI- N 3)
3. การสื่อสาร มี 2 ประการ ได้แก่ 3.1 การสื่อสารกับผู้ป่วย และ 3.2 การสื่อสารกับเครือข่าย **3.1 การสื่อสารกับผู้ป่วย** - มีการสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์และแอพพลิเคชันไลน์ ให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดและแอพพลิเคชันหลังจำหน่าย แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงนอกจากพยาบาลผู้ให้บริการ	- “ผมไม่เคยเข้าไปดูเลยว่า ว่ามันเป็นยังไง แต่รู้สึกว่าไม่น่าจะมีนะฮะ เพราะเราไม่ได้มีแอดมินเข้ามา ไม่มีเจ้าหน้าที่เข้ามา ที่มาดูแลตลอด 24 ชั่วโมง” (FI- D)

ก. โครงสร้าง

สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)
	- “ใช่ แอพลิเคชัน LBCH ก็จะเป็นประวัติของเขาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเวลาเขาไปที่อื่น มีปัญหาอะไรก็สามารถที่จะเข้าแอพนี้ก็เปิดข้อมูลให้แพทย์ที่ดู ที่ที่ดูแลเขาอยู่ ณ ตอนนั้นก็สามารถเข้าไปอีกเข้าถึงข้อมูลของเราได้ว่าได้ยาเคมีอะไร สูตรอะไรไปบ้างอะไรอย่างเนี่ย ต้องมีสมาร์ทโฟน ถ้าเกิดคนไข้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน เขาก็ยังเข้าไม่ถึง ถ้าเกิดเข้าไป admit ก็ต้องขอประวัติจากเราไป ก็คือถ้าเขาเกิดต้องไป admit ในที่อื่น แล้วแพทย์เจ้าของไข้เขาต้องการประวัติการรักษา ญาติก็ต้องมาขอประวัตินี้ แต่ถ้าเกิดเขามีแอพเนี่ยก็เปิดได้เลย ไม่ต้องมาที่เราก็ได้ ไม่ต้องเสียเวลา” (FI- D)
	- “ส่วนของ ward นะ เวลาจำหน่ายทุกครั้งเราก็จะมีนัดหมายแล้วก็แนะนำเรื่องของวันนัดนะคะ และให้มาเวลาใกล้เวลาตามที่พิมพ์” (FI- N 4)
	- “ให้เบอร์โทรติดต่อ เพราะถ้ามีปัญหาโทรหาเราได้ตลอด” (FI- N 3)
- มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาลผ่าน Thai COC (Thai Continuity of Care) หรือ Smart COC (Smart Continuum Of Care) ตามเขตสุขภาพ และนัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ แต่ไม่มีระบบประสานงานกับเครือข่ายหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน	- “เราจะมีเบอร์โทรให้ติดต่อด้วยในจดหมายค่ะ ก็จะมีกรณีแบบนี้ โรงพยาบาลใกล้บ้านโทรมาหาเราเหมือนกัน” (FI- N 6)
	- “เราจะโทรเยี่ยมภายใน หนึ่ง สัปดาห์ เราจะประกันเวลาว่าหลังคนไข้ discharge เราจะส่งข้อมูลภายใน 5 วันทำการ แล้วเราก็จะโทรเยี่ยม หนึ่ง สัปดาห์ หนึ่ง ครั้ง 1-2 สัปดาห์ค่ะอาจารย์ ภายใน 14 วันแรก หลัง discharge หนึ่งครั้ง ในรายที่มีปัญหาก็จะตามต่อ แต่ของ

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
และไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	มะเร็งเต้านมนี้ไม่ไม่เจอปัญหาผลข้างเคียง เพราะว่า คนไข้จะกลับมาฟังผลที่หนึ่ง ก็ สองสัปดาห์ แล้วก็จะมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้ต้องเต้านมเทียมอะไรอย่างเนี่ยค่ะ ก็เพราะว่าเราจะรู้ว่าแค่กลับวันไหน ก็จะบอกว่าถ้ามาหาหมอ แวะมาหาพยาบาลด้วยนะคะ” (FI- N 3)
	- “ทำ COC ไปแล้วก็จะเราอยากให้เขาได้รับเยี่ยม เราก็จะโทรไป ส่งคนไข้ไปในระบบนะคะ เขาก็บอกว่าส่งทิ้งไว้เลยค่ะเงี่ย งานเขาเยอะนะคะ เหมือนเราไปจี้เขา ต่อมาต่อมาเราก็จะส่งคนไข้ พอเราคนไข้ออก เพราว่ามัน alert ก็ส่งไว้ในระบบ ก็จะไม่ได้โทรไปบอกเขาทุกครั้ง เพราะว่า ฟังเสียงแล้วเขาไม่ปลื้มอะ ส่งไว้ในระบบเลยค่า นี่ค่ะ แล้วก็อีกอย่างตัวชี้วัดของเรา แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเขา” (FI- N 4)
	- “ค่ะ ก็จะไปดูคนไข้ เพื่อเตรียมคนไข้กลับสู่ชุมชน ก็จะไปดูว่า ผู้ดูแลเป็นใคร กลับไปอยู่กับใคร ดูแลแผลจะทำอย่างไร อยู่ใกล้สถานีอนามัยไหน อยู่ใกล้ รพช. ไหน เตรียมคนไข้เตรียมผู้ดูแลเสร็จ พอคนไข้ discharge ก็จะส่งข้อมูลเข้าโปรแกรมของเราอาจจะใช้โปรแกรมตามพื้นที่เขต 4 แล้วจะเป็น smart COC เราก็จะส่งเข้า smart COC เขต 3 จะใช้ Thai COC เขต 5 ใช้ Thai COC คือส่งตามบริบทของพื้นที่ที่เขาใช้โปรแกรมนั้น เพื่อให้เขาง่ายต่อการเข้าไปดู ที่นี้ของคนไข้มะเร็งเต้านมเนี่ย ตามที่เก็บรวบรวมข้อมูลมา ก็จะยินยอมให้ส่งข้อมูล 50% เพราะว่าเขาไม่ต้องการ ไม่ต้องการให้ชุมชนเยี่ยม” (FI- N 2)

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
4. เครื่องมือ มี 3 ประการ ได้แก่ 4.1 เครื่องมือวินิจฉัยโรค 4.2 เตียง และ 4.3 แบบฟอร์มที่ใช้	
4.1 เครื่องมือวินิจฉัยโรค -เครื่องมือวินิจฉัยโรคทันสมัยและครบถ้วน	- “สำหรับในส่วนของการตรวจวินิจฉัยมีเครื่องมือการวินิจฉัยที่ทันสมัยและครบถ้วนสำหรับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง มีเครื่องมือการรักษามีให้บริการรักษาทั้งรังสี เคมี ผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ” (FI- N 2) - “ปัญหาคือเราอยากไร้รอยต่อค่ะแต่ชุมชนมีภาระงานมากไม่สามารถต่อให้ได้” (FI- N 3)
4.2 เตียง - เตียงมีจำกัด	- “สถานที่เราก็แออัดด้วย มีจำนวนที่นั่งเพียงแค่ 110 ที่นั่งเท่านั้นคะ แต่ทางหน่วยงานเราก็ไม่ได้นิ่งนอนใจนะคะ ก็คือ พัฒนาควบคู่กันไปในการให้บริการนะคะ ก็มีการพัฒนาในหน่วยงาน คือ นัดภาคเช้าภาคบ่าย แล้วก็อีกสองปีเราplanที่จะย้ายห้องฉีด ย้ายไปอยู่ชั้น 6” (FI- N 6)
4.3 แบบฟอร์มที่ใช้ -แบบฟอร์มที่ใช้: แบบฟอร์มที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อในระบบเป็นแบบไร้กระดาษ	- “มีบันทึกการวางแผนการจำหน่ายในระบบคอมพิวเตอร์แบบ checklist ในลักษณะ D-METHOD” (FI- N 2)

ก. โครงสร้าง	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
	-“เรามีติ๊ก ถามทุกวัน ถามแล้วก็มีการประเมินแผนทุกวัน” (FI- N 3)
	- “ของ ward มีการตามตั้งแต่ ตามดูเยี่ยมที่บ้าน การทำงานด้านเอกสารเป็นแบบใช้ paperless” (FI- N 2)
ข. กระบวนการ	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
กระบวนการ แบ่งเป็น 2 ระยะ 1. ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้	
1. ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	
- ปฏิบัติตามมาตราฐานและระบบแบบฟอร์มเป็นแบบไร้กระดาษ และอิเล็คโทรนิค แต่ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย	- “การรักษาของเราครบวงจร ทาง ward ให้การรักษาตามมาตรฐาน มีกระบวนการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์” (FI- N 4)
	- “กระบวนการตั้งแต่คนไข้เข้าตึกมาเริ่มรับการรักษาใช่ไหมคะ เราก็จะมีการรับคนไข้เข้าเตียงเข้าห้องเข้าเตียงเลยโดยมีการชั่งน้ำหนัก จากหน้าward ก็พาคนไข้ดูแลเข้าเตียงเรียบร้อยแล้วก็

ข. กระบวนการ	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
- การดูแลผู้ป่วยโดยผ่านแบบฟอร์มแบบไร้กระดาษ (paperless) ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้	มีการประเมิน มี set OR เราก็ทำตามระบบตาม process ทั้งหมดจากหนึ่ง มาตรฐานในเรื่องของการดูแลตรงนี้ค่ะแล้วก็พอได้รับการผ่าตัดหลังผ่าตัดแล้วก็ดูแลตามมาตรฐานทุกอย่างก็จะมีตัวชี้วัดกำกับอยู่แล้วอ่ะค่ะ สุดท้ายแล้วค่ะถ้าคนไข้แพทย์พิจารณาว่ากลับบ้านได้อะไรเงี้ยค่ะ อันตรงนี้เราก็มี plan discharge ตั้งแต่แรกเราก็จะย้ำอีกครั้งหนึ่ง แล้วก็พอด้านการเงิน พอรู้ว่ามีออเดอร์ discharge เราก็จะมีการ อ่า ทุกวันนี้คือระบบมันจะเร็วขึ้น” (FI- N 4) - “ในส่วนของ ward นะ เวลาจำหน่ายทุกครั้งเราก็จะมีนัดหมายแล้วก็แนะนำเรื่องของวันนัดนะคะ และให้มาเวลาใกล้เวลาตามที่พิมพ์คะ COC ก็จะตาม ตามเกณฑ์ของ PCC ค่ะ แต่ละโรคหลักค่ะ ว่าให้ส่งเยี่ยมนะ COC จะเป็นคนตาม” (FI- N 4) - “เวลาเราจำหน่ายไปมีเบอร์โทรศัพท์ให้ก็สามารถติดต่อได้” (FI- N 4)
	- “ปัญหาคือเราอยากไร้รอยต่อค่ะแต่ชุมชนมีภาระงานมากไม่สามารถต่อให้ได้” (FI- N 3)
2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มี 2 ประการ 2.1 การส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง และ 2.2 การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังทำไม่ครอบคลุม เนื่องจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง	

ข. กระบวนการ	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
2.1 การส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ขาดข้อมูลประวัติการรักษาและข้อมูลที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	- “ใบสรุปการรักษาหลังจำหน่ายสำคัญเพราะเวลาป่วยไปใกล้บ้านทางชุมชนจะได้รู้ ”(FI- N 4)
	- “ควรให้มีการส่งข้อมูลในระบบ และให้มี group line และมีใบสรุปการรักษาหลังจำหน่าย” (FI- N 5)
	- “ควรมีใบสรุปการรักษาหลังจำหน่าย คิดว่าสำคัญเพราะเวลาผู้ป่วย ป่วยหรือมีปัญหาไป รพ ใกล้บ้าน ทางชุมชน รพ ในชุมชน จะได้รู้” (FI- N 5)
2.2 การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังทำไม่ครอบคลุม เนื่องจากการขาดพยาบาลประสานงานและการสื่อสารติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง	- “น้องก็รับผิดชอบคนเดียว” (FI- N 2)
	- “เราไปเยี่ยมเอง แล้วก็จะชวน รพ.สต.ข้างๆ ที่อยู่ในพื้นที่นั้นไปด้วย แต่ส่วนใหญ่ก็จะไม่สะดวกบางพื้นที่ก็จะส่ง อสม. มาพาเราเข้าบ้านค่ะ แต่ด้วยข้อจำกัด ด้วยว่าคนไข้ ไม่ต้องการให้ชุมชนรู้ หรือบางทีคนไข้ให้เราจอดรถ ห้ามเอารถเข้าไปในซอยนะแต่ว่าให้เยี่ยม” (FI- N 3)
	- “ภายในไม่มีปัญหาค่ะ เพราะว่าช่องทางการสื่อสารเราชัด ในกระบวนการของการ consult การเข้าไปดูแลการสื่อสารกับทีม แต่ที่นี้ในกระบวนการที่เราออกข้างนอกเนี่ย แบบสมัยก่อนนะคะทำ COC ไปแล้วก็จะเราอยากให้เขาได้รับเยี่ยม เราก็จะโทรไป ส่งคนไข้ไปในระบบนะ

ข. กระบวนการ	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
	คะ เขาก็บอกว่าส่งทิ้งไว้เลยค่ะเงี่ย งานเขาเยอะนะคะ เหมือนเราไปจี้เขา ต่อมาต่อมาเราก็จะส่งคนไข้ พอเราคนไข้ออก เพราว่ามัน alert ก็ส่งไว้ในระบบ ก็จะไม่ได้โทรไปบอกเขาทุกครั้ง เพราะว่า ฟังเสียงแล้วเขาไม่ปลื้มอะ ส่งไว้ในระบบเลยค่า นี่ค่ะ แล้วก็อีกอย่างตัวชี้วัดของเรา แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเขา” (FI- N 4)

ค. ผลลัพธ์	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
ด้านผลลัพธ์ มี 2 ประการ ดังนี้ 1. ระยะเวลารับบริการ และ 2. ความพึงพอใจต่อการรักษา	
1. ระยะเวลารับบริการ	
- มีการวัดระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย	- “โรงพยาบาลบริการไว ตั้งแต่วันแรก” (FI- P 1)
	- “ดี แรกขึ้นไปเขาก็ช่างน้ำหนัก วัดความดันเลย” (FI- P 3)-

ค. ผลลัพธ์	
สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพ	**ตัวอย่างคำสนทนากลุ่ม (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)**
2. ความพึงพอใจต่อการรักษา - มีการประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น	- “ใส่ใจ ก็จะชมว่าพยาบาลสนใจ” (FI- P 1) - “เราก็จะมีใบประเมินค่ะประเมินความพึงพอใจของคนไข้ทุกรายร้อยเปอร์เซ็นต์ค่ะ” (FI- N 5) - “การให้บริการที่นี่ดี ดีมาก” (FI- P 1) - “อยู่นี้ 7 วันบริการดี พยาบาลสนใจคนไข้” (FI- P 2)

จากตารางที่ 4.3 จากการสนทนากลุ่ม พอจะสรุปได้ดังนี้ สถานการณ์ของรูปแบบการบริการสุขภาพในปัจจุบัน มี 3 ประการ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง นโยบายและขอบเขตการบริการ มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีการสื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลมีจำกัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระงานมาก มีเพียงการส่งต่อแต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีเครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัยครบถ้วน แบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบไร้กระดาษ 2) ด้านกระบวนการ พบว่า มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม จากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ มีการประเมินระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย และมีความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

3. รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง จำนวน 8 คน แพทย์รักษาโรคมะเร็ง 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 คน และ 2) ผู้รับบริการ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 คน และญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 14 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาการบริการสุขภาพ จัดความสำคัญและสัมพันธ์ขององค์ประกอบ กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ โดยประยุกต์แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Spehar, A. M. and el, 2005) นำไปสู่การพัฒนาได้ร่างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผลการพัฒนามี 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ตารางที่ 4.4)

2. เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนตามแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อกับรูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.4 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ตามแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (2005) ที่มีการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์และประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
ก. ด้านโครงสร้าง **1. นโยบายและขอบเขตการบริการ** มี 1 สถานการณ์ 2 ประเด็น **สถานการณ์** 1.1 มีกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ และนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) อย่างครบวงจร การสื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ยังไม่มีแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	- มีกระบวนการบริการชัดเจน ดูแลรักษาตาม Service plan แบบรักษาได้ทุกที่ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานครบวงจร ทั้งรับบริการโดยตรงและรับย้ายจากที่อื่น ตั้งแต่การคัดกรองมะเร็งจนถึงส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้าน (1)	- กำหนดกระบวนการบริการตั้งแต่การคัดกรองรักษาในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยปลอดภัย (ก) - กำหนดแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นรูปแบบโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ (ข) ดังนี้ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	**1. ด้านโครงสร้าง** 1.1 มีกระบวนการบริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งที่รับบริการโดยตรงและรับย้ายจากที่อื่นจนถึงการส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยแบบไร้รอยต่อ (ก) เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (2) 1.2 มีการบริการสุขภาพ มี 2 ระยะ (ข) ดังนี้ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ระยะหลังจำหน่ายออกจาก
ประเด็นปัญหา			

สถานการณ์และประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
1.2 มีเพียงการส่งต่อแต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 1.3 ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	- กำหนดแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม (2)	2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	โรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากรภายในโรงพยาบาล และบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล มีดังนี้ 2.1 บุคลากรภายในโรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ และบุคลากรสื่อสารในโรงพยาบาล มี 1 สถานการณ์ 3 ประเด็น **สถานการณ์**			
	- บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนได้รับการอบรมและมีประสบการณ์ (1)	- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการ (ค) - มีความต่อเนื่องของการดูแลที่ส่ง	1.3 มีเทคโนโลยีแทนตำแหน่งบางอย่าง บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น วัดสัญญาณชีพ

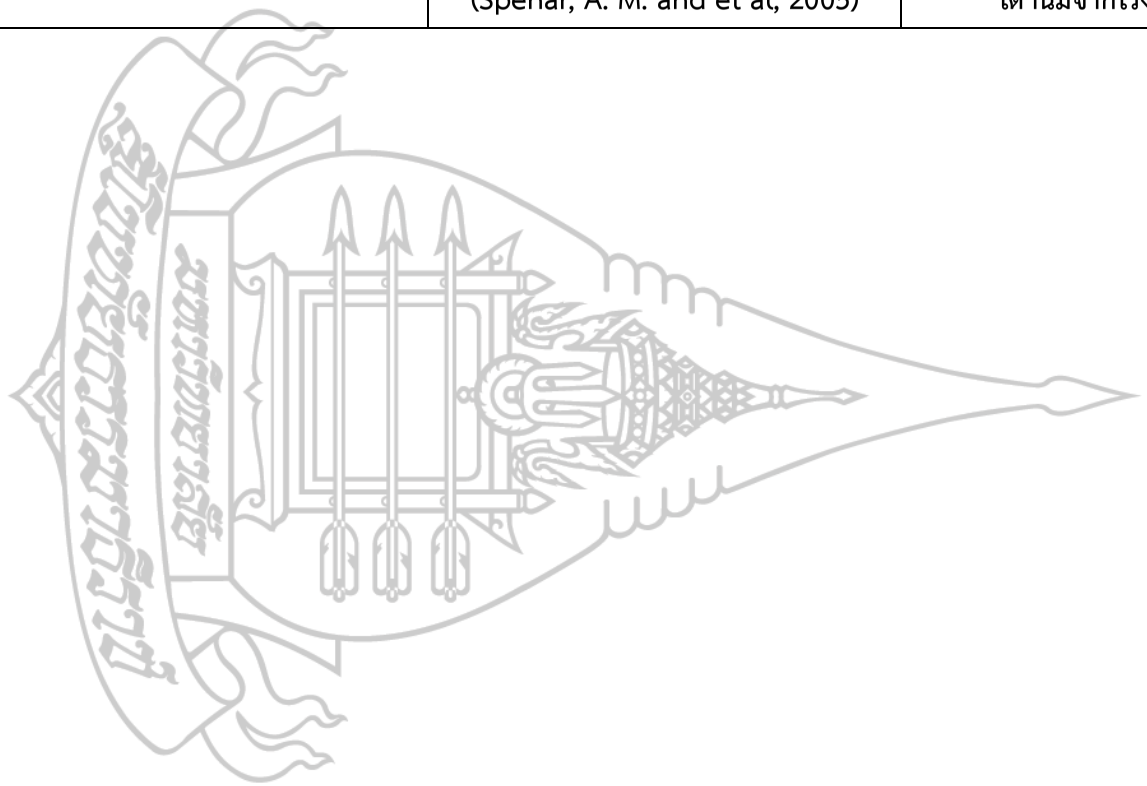
สถานการณ์และประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
1) บุคลากรทีมสุขภาพที่สนทนากลุ่มจำนวน 8 คน ได้รับการอบรมและมีประสบการณ์		มอบให้กับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ (ช)	ด้วยระบบอินเทอร์เน็ต (ค) (2) 1.4 มีการทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อ (ค) (ช) (2) 1.5 มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ (ค) (ช) (2)
ประเด็นปัญหา 2) บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัดพยาบาลประสานงานส่งต่อมี 1 คน 3) ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน	- ใช้เทคโนโลยีแทนตำแหน่งบางอย่างบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น วัดสัญญาณชีพด้วยระบบอินเทอร์เน็ต (2)		
2.2 บุคลากรภายนอกโรงพยาบาล 4) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีภาระงานมาก	- ทำงานหลังจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อเพื่อลดการเข้ามารับรักษาในโรงพยาบาล (2) - นำเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ (2)		
3 การสื่อสารมี 2 ประการ ได้แก่ 3.1 การสื่อสารกับผู้ป่วย และ 3.2 การสื่อสารกับเครือข่าย **3.1 การสื่อสารกับผู้ป่วย**			

สถานการณ์และประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
- มีการสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์และแอพพลิเคชันไลน์ ให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดและแอพพลิเคชันหลังจำหน่าย แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงนอกจากพยาบาลให้บริการ	- สื่อสารผ่านโทรศัพท์และแอพพลิเคชันไลน์ ให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดและแอพพลิเคชัน ส่งข้อมูลผ่านอีเมล์ (1)	- ลดช่องว่างของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลทั้งภายในโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านของชุมชน และก่อนมาโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ง) - มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ (จ)	1.6 ใช้ไลน์ Line official account ติดต่อสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลในชุมชนเพื่อการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ (ง)(จ)(2) การสื่อสาร 2 ทาง หลังจำหน่าย ดังนี้ 1) โรงพยาบาลไปยังเครือข่าย 2) เครือข่ายไปยังโรงพยาบาล และเพิ่มไลน์แบบธรรมดาสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ง) (จ) (1) (2)
3.2 สื่อสารกับเครือข่าย มี 1 ประเด็น 2) มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาลผ่าน Thai COC (Thai Continuity of Care) หรือ Smart COC (Smart Continuum Of Care) ตามเขตสุขภาพ และนัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ แต่ไม่มีระบบประสาน	- พัฒนาการสื่อสารการส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านแอปพลิเคชันไลน์แบบไลน์ธรรมดาเพื่อความเป็นส่วนตัวตาม PDPA และ Line official account โดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดต่อผู้ป่วยเพื่อสอบถามติดตามอาการ (1)		

สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
งานกับเครือข่ายหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	- การสื่อสาร 2 ทาง หลังจำหน่าย ดังนี้ 1. โรงพยาบาลไปยังเครือข่าย เพื่อให้เครือข่ายดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 2. เครือข่ายไปยังโรงพยาบาล ก่อนถึงวันนัด กรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ (2)		
4. เครื่องมือ มี 3 ประการ ได้แก่ 4.1 เครื่องมือวินิจฉัยโรค 4.2 แบบฟอร์มที่ใช้ และ 4.3 เตียง มี 2 สถานการณ์ 2 ประเด็น **สถานการณ์**			
4.1 มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยและครบถ้วน	- มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคทันสมัยและครบถ้วน (1)	- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการ (ค)	1.7 มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน (ค) (1)
4.2 แบบฟอร์มเป็นแบบไร้กระดาษ (paperless)	- แบบฟอร์มเป็นแบบไร้กระดาษ (paperless) (1)	- พัฒนาแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารให้การไหลของผลิตภัณฑ์เป็นไปด้วยความรวดเร็วต่อเนื่องเพิ่มคุณค่า (ฉ)	1.8 มีแบบฟอร์มสื่อสารตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้านให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติแนวทางเดียวกันและการ
ประเด็นปัญหา			

สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
4.2 แบบฟอร์มเป็นแบบไร้กระดาษ ส่งผลให้ทีมพยาบาลยากต่อการวางแผน ดูแล และติดตามผู้ป่วยแต่ละคน	- พัฒนาแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้านให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม (2)		สื่อสารเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ต่อเนื่อง เพิ่มคุณค่า (ฉ)(2)
4.3 มีเตียงจำกัด	- จัดระบบการจัดคิวใช้เตียงให้มีประสิทธิภาพ (2)	- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการ (ค)	1.9 มีระบบการจัดคิวใช้เตียงให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ค) (2)

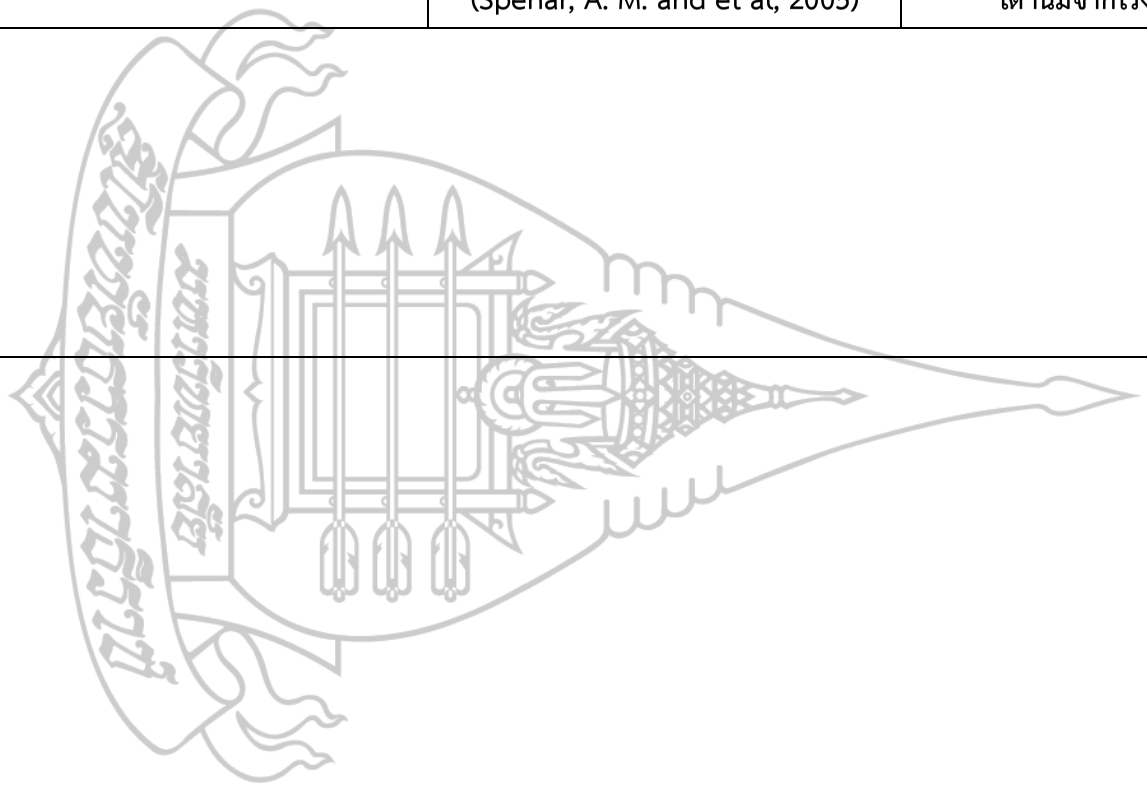
สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน



ข. ด้านกระบวนการ การดำเนินการ มี 2 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน **1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล** มี 1 สถานการณ์ 1 ประเด็น **สถานการณ์** 1) ปฏิบัติตามมาตราฐานและระบบ paperless แต่ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย 1. พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	- กำหนดขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย (2) 1 พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	- กำหนดแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นรูปแบบโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ (ข) ดังนี้ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ระยะหลังออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ญ) การดูแลแบบไร้รอยต่อมีเป้าหมายคือการระบุวิธีที่จะเพิ่มการ	**2. ด้านกระบวนการ** 2.1 มีขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย (ข)(ญ)(2) 2.2 มีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน

สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. ระยะหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน		ปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ของผู้ป่วย	2.3 มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และฟื้นฟูที่บ้านป้องกันการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย(ข)(ญ) (2)
ประเด็นปัญหา 2) การดูแลผู้ป่วยโดยผ่าน paperless ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้	พัฒนาแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้านให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม (2)	- กำหนดแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นรูปแบบโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ (ข) ดังนี้ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ระยะหลังออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย - ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการ (ค)	
2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน **ประเด็นปัญหา** 1) การติดตามไม่ทั่วถึงจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง	- นำเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ (2)		

สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน



สถานการณ์และ ประเด็นปัญหา (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	คงไว้/การแก้ไข (ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม)	แนวคิดการดูแล ไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005)	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
ค. ด้านผลลัพธ์ 3.1 ระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล	- ประเมินระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล (1) - พัฒนาการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย (2)	- มีความต่อเนื่องของการดูแลที่ส่งมอบให้กับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ (ช) - การดูแลแบบไร้รอยต่อมีเป้าหมายคือการระบุวิธีที่จะเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ของผู้ป่วย (ญ)	**3. ด้านผลลัพธ์** 3.1 มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่ายเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ (ช)(ญ)(2) 3.2 มีความพึงพอใจการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่ายเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ (ช)(ญ)(2)
3.2 มีความพึงพอใจต่อการรักษาในโรงพยาบาล	- ความพึงพอใจต่อการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่าย (2)		

จากตารางที่ 4.3 พบว่า สถานการณ์รูปแบบการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่เป็นรูปธรรมในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 4.4 ซึ่งผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎี 2 ประการ ได้แก่ แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์และคณะ (2005)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนตามแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อกับรูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม

องค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพ	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อแบบใหม่
ก. ด้านโครงสร้าง		
1. นโยบายและขอบเขตการบริการ	1.1 กระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐาน และนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) อย่างครบวงจร การสื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ยังไม่มีแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีเพียงการส่งต่อ ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน	1.1 มีกระบวนการบริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งที่รับบริการโดยตรงและรับย้ายจากที่อื่นจนถึงการส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยแบบไร้รอยต่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 1.2 มีการบริการสุขภาพ มี 2 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากรภายในโรงพยาบาล และบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล	1. บุคลากรที่สนทนากลุ่ม ได้รับการอบรมและมีประสบการณ์ 2. บุคลากรมีจำกัด พยาบาลประสานงานส่งต่อมี 1 คน 3. ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน	1.3 มีเทคโนโลยีแทนตำแหน่งบางอย่างบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น วัดสัญญาณชีพด้วยระบบอินเทอร์เน็ต 1.4 มีการทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อ 1.5 มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงาน

องค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพ	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อแบบใหม่
	4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระงานมาก	ส่งต่อ 1.6 ใช้ไลน์ Line official account ติดต่อสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลในชุมชนเพื่อการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์
3. การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย	1. มีการสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์และแอพพลิเคชันไลน์ให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดหลังจำหน่าย แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง 2. มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาลผ่าน Thai COC หรือ Smart COC ตามเขตสุขภาพ และ นัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ แต่ไม่มีระบบประสานงานกับเครือข่ายหลังจำหน่าย 3. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	การสื่อสาร 2 ทาง หลังจำหน่าย ดังนี้ 1) โรงพยาบาลไปยังเครือข่าย 2) เครือข่ายไปยังโรงพยาบาล และเพิ่มไลน์แบบธรรมดาสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
4. เครื่องมือ	1. มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยและครบถ้วน 2. แบบฟอร์มแบบไร้กระดาษ 3. มีเตียงจำกัด	1.7 มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน 1.8 มีแบบฟอร์มสื่อสารตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้านให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติแนวทางเดียวกันและการสื่อสารเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ต่อเนื่อง เพิ่มคุณค่า

องค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพ	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อแบบใหม่
		1.9 มีระบบการจัดคิวใช้เตียงให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
ข. ด้านกระบวนการ	**1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล** 1) ปฏิบัติตามมาตราฐานและระบบอิเล็คโทรนิค แต่ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย 2) การดูแลผู้ป่วยโดยผ่านอิเล็คโทรนิคทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้ **2. ระยะหลังออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน** 1) การส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง และการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังทำไม่ครอบคลุมเนื่องจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง	**2. ด้านกระบวนการ** 2.1 มีขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย 2.2 มีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน 2.3 มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และฟื้นฟูที่บ้าน ป้องกันการนอนโรงพยาบาลซ้ำและส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
ค. ด้านผลลัพธ์	1 ระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล	**3. ด้านผลลัพธ์**

องค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพ	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม	รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อแบบใหม่
	2 มีความพึงพอใจต่อการรักษาในโรงพยาบาล	3.1 มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่ายเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ 3.2 มีความพึงพอใจการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่ายเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์

จากตารางที่ 4.5 พบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการแตกต่างจากรูปแบบการบริการสุขภาพแบบเดิม ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์

โดยสรุป รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้น จะมีลักษณะสำคัญจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง แบ่งเป็น 4 ประการ ดังนี้

1.1 นโยบายและขอบเขตการบริการ มีกระบวนการบริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยแบบ ไร้รอยต่อ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการบริการสุขภาพ 2 ระยะ

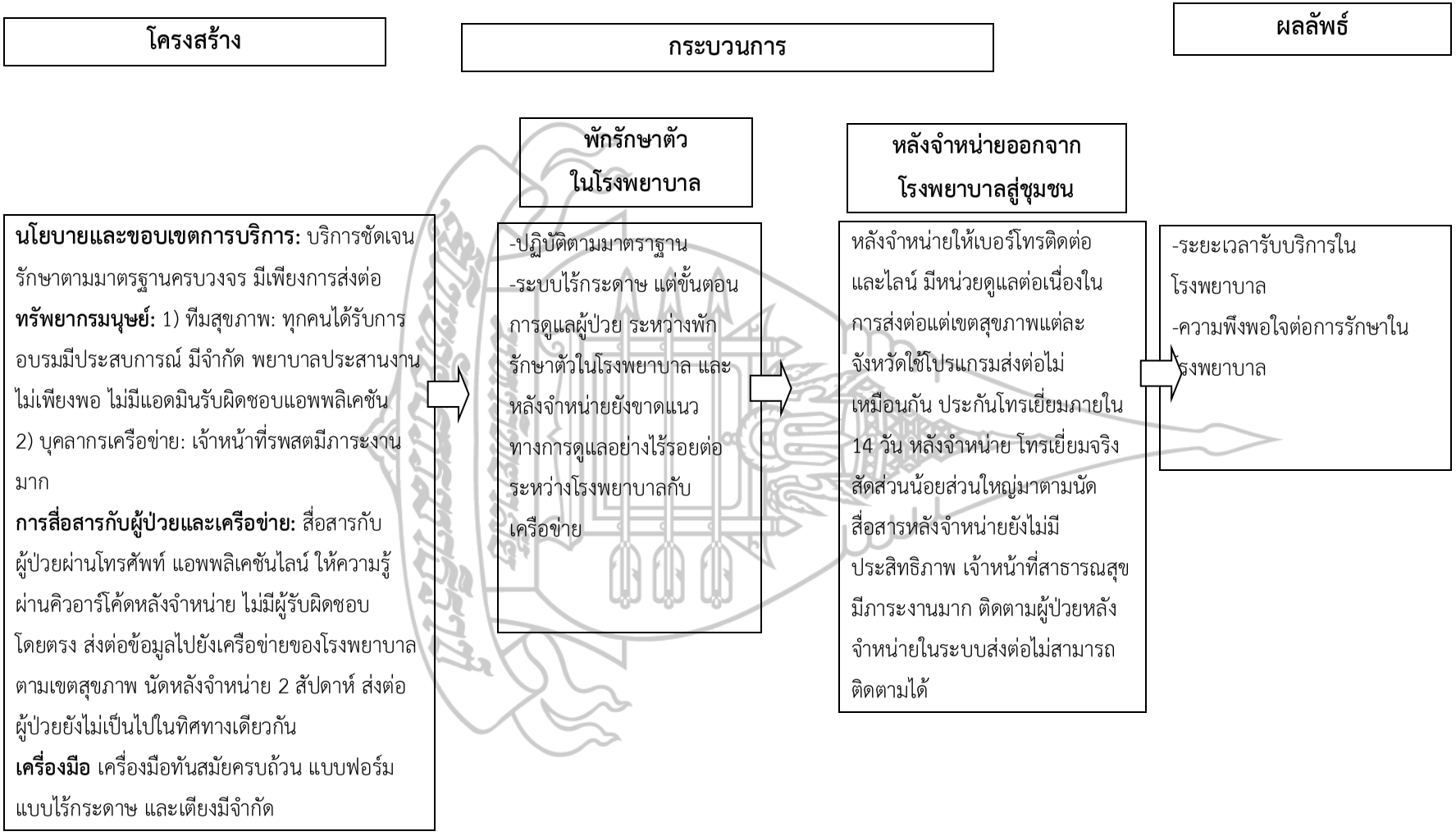
1.2 ทรัพยากรมนุษย์ มีเทคโนโลยีแทนตำแหน่งบางอย่างบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น วัดสัญญาณชีพด้วยระบบอินเทอร์เน็ต มีการทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อ มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ และให้มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน

1.3 การสื่อสาร มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย ใช้ไลน์ Line official account ติดต่อสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลในชุมชนและเพิ่มไลน์แบบธรรมดาสื่อสารกับผู้ป่วย

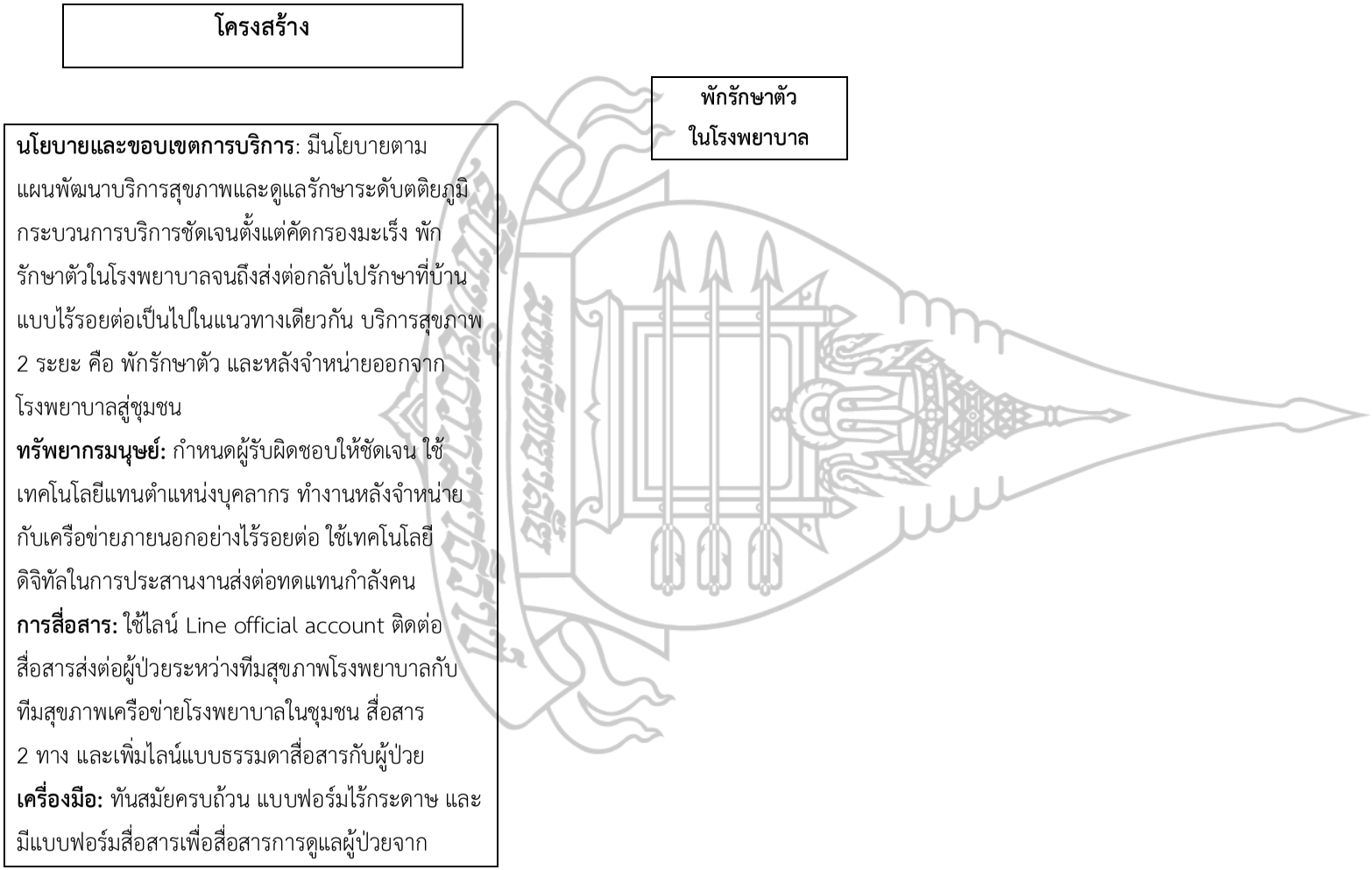
1.4 เครื่องมือทางการแพทย์และแบบฟอร์มที่ใช้ มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน มีแบบฟอร์มสื่อสารตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้านให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติแนวทางเดียวกันและการสื่อสารเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ต่อเนื่อง เพิ่มคุณค่า และมีระบบการจัดคิวใช้เตียงให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

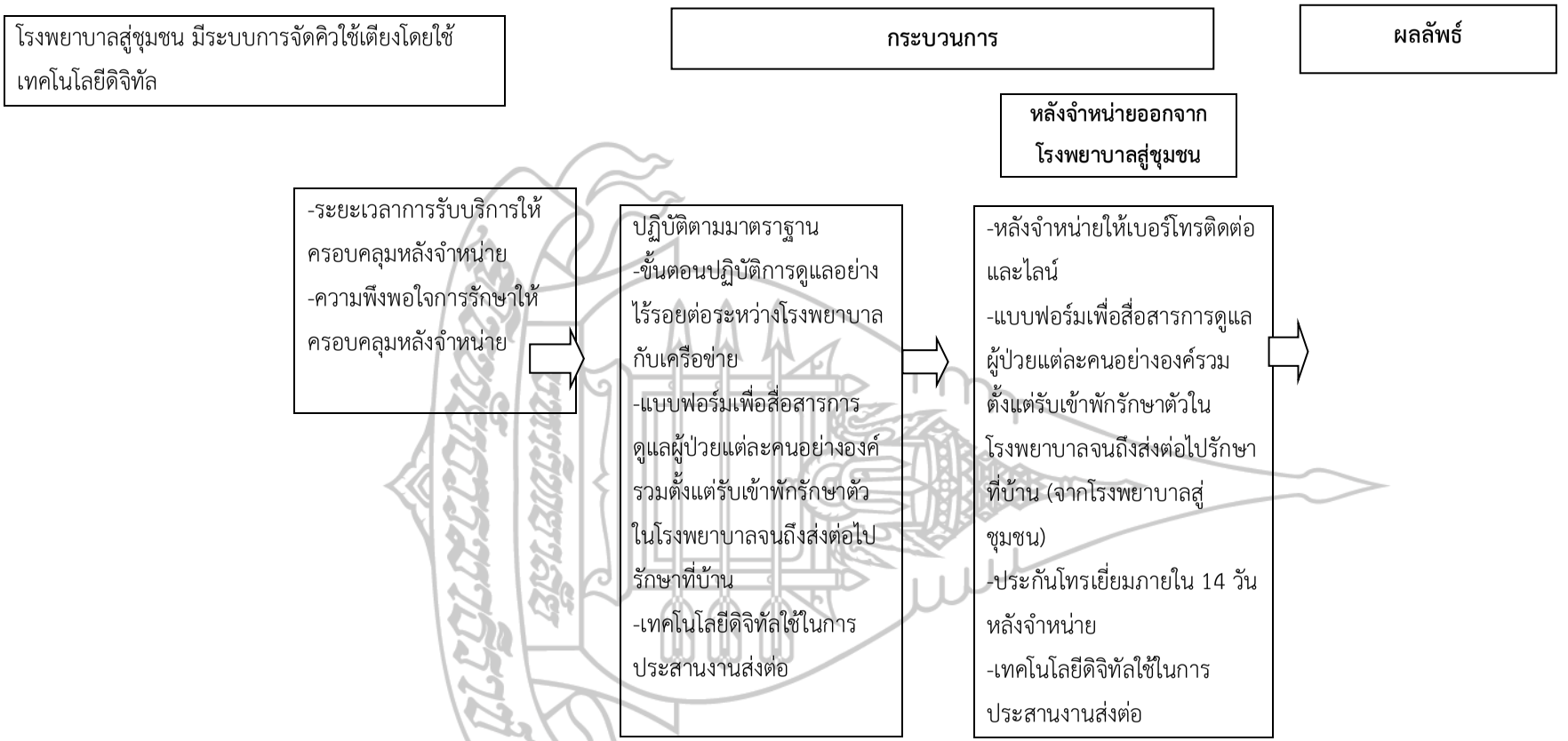
2. ด้านกระบวนการ มีการดำเนินการ 2 ระยะ ตามแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของ สพีฮาร์ และคณะ ได้แก่ 1. ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยระยะนี้ มีขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย มีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และฟื้นฟูที่บ้านป้องกันการนอนโรงพยาบาลซ้ำและส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

3. ด้านผลลัพธ์ มีการกำหนดการประเมินผล โดยให้มีการประเมินระยะเวลาการบริการหลังจำหน่ายเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ และให้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่ายเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์

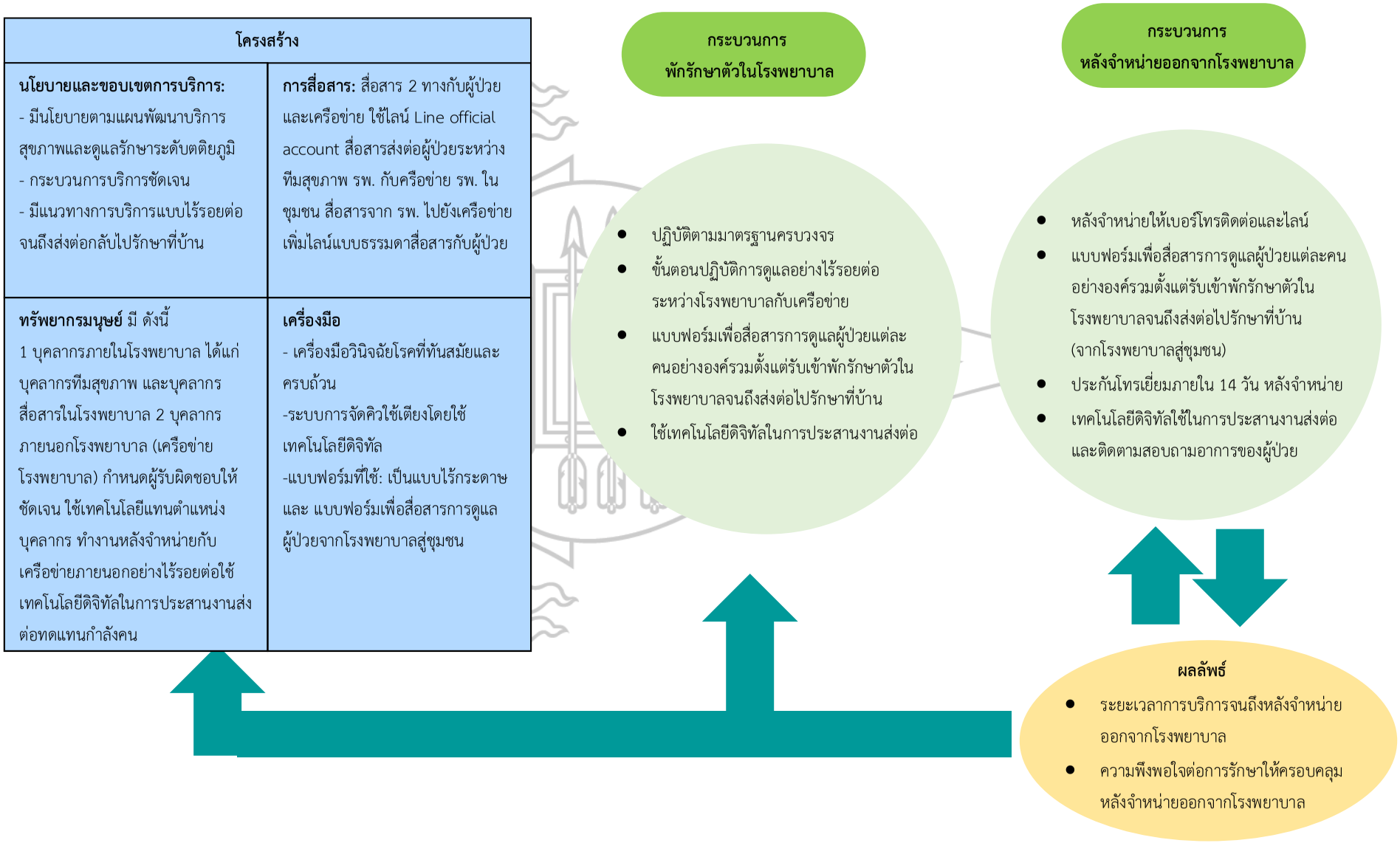

โครงสร้าง
กระบวนการ
ผลลัพธ์
พักรักษาตัว
ในโรงพยาบาล
หลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลสู่ชุมชน
นโยบายและขอบเขตการบริการ: บริการชัดเจน รักษาตามมาตรฐานครบวงจร มีเพียงการส่งต่อ
ทรัพยากรมนุษย์: 1) ทีมสุขภาพ: ทุกคนได้รับการอบรมมีประสบการณ์ มีจำกัด พยาบาลประสานงานไม่เพียงพอ ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน 2) บุคลากรเครือข่าย: เจ้าหน้าที่รพสตมีภาระงานมาก
การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย: สื่อสารกับผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์ แอพพลิเคชันไลน์ ให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดหลังจำหน่าย ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายของโรงพยาบาลตามเขตสุขภาพ นัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
เครื่องมือ เครื่องมือทันสมัยครบถ้วน แบบฟอร์มแบบไร้กระดาษ และเตียงมีจำกัด
-ปฏิบัติตามมาตราฐาน
-ระบบไร้กระดาษ แต่ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย
หลังจำหน่ายให้เบอร์โทรติดต่อและไลน์ มีหน่วยดูแลต่อเนื่องในการส่งต่อแต่เขตสุขภาพแต่ละจังหวัดใช้โปรแกรมส่งต่อไม่เหมือนกัน ประกันโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่าย โทรเยี่ยมจริงสัดส่วนน้อยส่วนใหญ่มาตามนัด สื่อสารหลังจำหน่ายยังไม่มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานมาก ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายในระบบส่งต่อไม่สามารถติดตามได้
-ระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล
-ความพึงพอใจต่อการรักษาในโรงพยาบาล

ภาพที่ 4.1 ขั้นตอนรูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง





ภาพที่ 4.2 ขั้นตอนรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน


โครงสร้าง
นโยบายและขอบเขตการบริการ:
- มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและดูแลรักษาระดับตติยภูมิ
- กระบวนการบริการชัดเจน
- มีแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อจนถึงส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้าน
การสื่อสาร: สื่อสาร 2 ทางกับผู้ป่วยและเครือข่าย ใช้ไลน์ Line official account สื่อสารส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพ รพ. กับครือข่าย รพ. ในชุมชน สื่อสารจาก รพ. ไปยังเครือข่ายเพิ่มไลน์แบบธรรมดาสื่อสารกับผู้ป่วย
ทรัพยากรมนุษย์ มี ดังนี้
1 บุคลากรภายในโรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ และบุคลากรสื่อสารในโรงพยาบาล 2 บุคลากรภายนอกโรงพยาบาล (เครือข่ายโรงพยาบาล) กำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน ใช้เทคโนโลยีแทนตำแหน่งบุคลากร ทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประสานงานส่งต่อทดแทนกำลังคน
เครื่องมือ
- เครื่องมือวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยและครบถ้วน
-ระบบการจัดคิวใช้เตียงโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
-แบบฟอร์มที่ใช้: เป็นแบบไร้กระดาษ และ แบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
กระบวนการ
พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ปฏิบัติตามมาตรฐานครบวงจร
ขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย
แบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน
ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประสานงานส่งต่อ
กระบวนการ
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
หลังจำหน่ายให้เบอร์โทรติดต่อและไลน์
แบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน (จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน)
ประกันโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่าย
เทคโนโลยีดิจิทัลใช้ในการประสานงานส่งต่อและติดตามสอบถามอาการของผู้ป่วย
ผลลัพธ์
ระยะเวลาการบริการจนถึงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ความพึงพอใจต่อการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ภาพที่ 4.3 รูปแบบการบริการสุขภาพของแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพ เป็นอายุรแพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวม 8 คน และ 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล 3 คน รวม 6 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 16 คน โดยคะแนนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาล สู่ชุมชนจำแนกตามรายการประเมิน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

ตารางที่ 4.6 คะแนนของความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจากการประเมิน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

(N = 14)

มิติของการประเมิน	**กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก**		**ความเหมาะสม (ร้อยละ)**
	ทีมสุขภาพ	**ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล**	
1. ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ	100.00	100.00	100.00
2. ด้านการนำรูปแบบไปใช้	100.00	100.00	92.06
3. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	100.00	100.00	91.07
4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	100.00	100.00	89.88
5. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	100.00	100.00	89.68
6. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	100.00	100.00	88.69
รวม	100.00	100.00	91.90

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบโดยรวมมีคะแนนเท่ากับร้อยละ 91.90 มิติของการประเมินกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คะแนนประเมินโดยรวม (ร้อยละ) ทีมสุขภาพ (ร้อยละ) ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ร้อยละ) 1. ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ 100.00 100.00 100.00 2. ด้านการนำรูปแบบไปใช้ 100.00 100.00 92.06 3. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ100.00 100.00 91.07 4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 100.00 100.00 89.88 5. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย 100.00 100.00 89.68 6. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 100.00 100.00 88.69 รวม 100.00 100.00 91.90 จากตารางที่ 4.6 คะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามรายการประเมินรายด้านและโดยรวม จากผลการประเมินความเหมาะสมทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ (ร้อยละ 100) รองลงมาด้านการนำรูปแบบไปใช้ (ร้อยละ 92.06) และด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ 91.07)

ตารางที่ 4.7 คะแนนของความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจากการประเมิน จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ N = 14

มิติของการประเมิน	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		คะแนนประเมินโดยรวม (ร้อยละ)
	ทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยและผู้ดูแล	
ก. ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ	100.00	100.00	**100.00**
1. ให้ผู้ร่วมกลุ่มสนทนาแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ	100.00	100.00	100.00
2. ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเสนอแนะแนวทางการพัฒนาแตกต่างจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีมีได้	100.00	100.00	100.00
ข. ด้านการนำรูปแบบไปใช้	100.00	100.00	**92.06**
3. มีการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้รูปแบบ	100.00	100.00	94.05
4. มีการกำหนดวิธีและเกณฑ์การประเมินผลจากการใช้รูปแบบ	100.00	100.00	91.67
5. มีการกำหนดศักยภาพพยาบาลในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน	100.00	100.00	90.47

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

มิติของการประเมิน	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		คะแนนประเมินโดยรวม (ร้อยละ)
	ทีมสุขภาพ	ผู้ป่วยและผู้ดูแล	
ค. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	100.00	100.00	**91.07**
6. มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบ	100.00	100.00	94.05
7. มีการพัฒนารูปแบบด้วยกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	100.00	100.00	91.67
8. มีการพัฒนารูปแบบเพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาที่พบจริง	100.00	100.00	90.47
9. มีวิธีการพัฒนารูปแบบโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม	100.00	100.00	88.10
ง. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	100.00	100.00	**89.88**
10. มีขั้นตอนที่ง่ายต่อการนำไปใช้	100.00	100.00	90.47
11. มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน	100.00	100.00	89.28
จ. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	100.00	100.00	**89.68**
12. มีการระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน	100.00	100.00	90.47
13. มีการกำหนดกลุ่มพยาบาลที่ใช้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	100.00	100.00	90.47
14. มีการระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน	100.00	100.00	88.10
ฉ. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	100.00	100.00	**88.69**
15. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ประสานการส่งต่อ	100.00	100.00	89.28
16. มีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลประสานการส่งต่อ	100.00	100.00	88.10

จากตารางที่ 4.7 พบว่า คะแนนประเมินโดยรวมเป็นรายด้านและรายข้อมีคะแนนเกินร้อยละ 90 โดยด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ (ร้อยละ 100) รองลงมามิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (ร้อยละ 92.06) และมิติด้านความเข้มแข็ง

ในการพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ 91.07) ตามลำดับ คะแนนรายข้อที่มีคะแนนต่ำกว่า 90 ได้แก่ มีการระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน (ร้อยละ 88.10) มีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน (ร้อยละ 88.10) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน (ร้อยละ 89.28) มีวิธีการพัฒนารูปแบบโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ได้แก่ แพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 88.10) และมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน (ร้อยละ 89.28)

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นบุคลากรทีมสุขภาพและผู้รับบริการของโรงพยาบาล

1.2.2 กลุ่มให้ข้อมูลหลัก (key informant) มี 2 กลุ่ม ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรทีมสุขภาพและผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพ เป็นอายุรแพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ศัลยกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวม 8 คน และ 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล จำนวน 3 คน รวม 6 คน กลุ่มตัวอย่างเดียวกันจะมีหน้าที่เป็นผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 14 คน ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 บุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct patient care) ที่ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2) กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1-2 และผู้ดูแลหรือญาติ ที่ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaires) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เครื่องมือวิจัยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.80-1.00 นำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าคะแนนที่ได้จากการคำนวณดัชนีความสอดคล้องพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม มีจำนวนทั้งหมด 2 ข้อใหญ่ 2) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นแบบสอบถามให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือจากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงส าหรับพยาบาลจบใหม่ของจารุณี ฐิติพงษ์พาสน์ (2562) โดยเครื่องมือวิจัยได้นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เกี่ยวกับการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 - 1.00 และ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบจำนวน 16 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00 นำผลการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุง ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2.4 ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน แบ่งออกเป็นทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยขออนุญาตการทำวิจัยเบื้องต้นจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบัน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย ตำรา ศึกษาสภาพจริงของบริบทการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ แล้วนำมาร่างกรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาเครื่องมือการวิจัยทั้ง 2 ชุด และจัดทำเอกสารขออนุญาตเบื้องต้นดำเนินการวิจัยและทำเอกสารยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันเพื่อดำเนินการวิจัย

2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 บุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาล จำนวน 8 คน กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแล จำนวน 6 คน มีขั้นตอนการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ดำเนินการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 จากกลุ่มที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุป และนำข้อมูลที่สรุปไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ตามแนวคิดแบบไร้รอยต่อ และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงและแก้ไขในประเด็นที่พบว่าไม่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(2) สัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านหากเนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม หรือมีประเด็นสำคัญ

(3) การร่างหรือการจัดทำรูปแบบ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปร่างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหา ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน โดยประยุกต์แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการดูแลไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ มีการจัดอย่างเป็นระบบ และใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ (Semantic Model)

(4) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านวิชาการจำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องความเหมาะสม ความน่าเชื่อถือ ความเป็นไปได้ และการนำไปใช้ประโยชน์ พร้อมข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

3) ระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือผู้ร่วมสนทนากลุ่มหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากครบกำหนดผู้วิจัยดำเนินการเก็บด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เพิ่มเติมกับผู้ให้ข้อมูลบางท่านหากคำตอบยังไม่ชัดเจนหรือมีประเด็นสำคัญ ภายหลังได้รับอนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบัน ดำเนินการบันทึกเทปและบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มลงในแบบบันทึก ระยะเวลาเก็บข้อมูล เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566 มีขั้นตอนดังนี้

1) ติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ทำการนัดหมายล่วงหน้า ชี้แจงให้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และบทบาทของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก การรักษาความลับ

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม และแนวคำถาม/แนวคำตอบ ในการสนทนากลุ่ม (รายละเอียดดังภาคผนวก ง) บันทึกข้อมูลร่วมกับการบันทึกเทป

3) สรุปรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงและแก้ไข

4) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการแจกและเก็บแบบประเมินความเหมาะสมด้วยตนเอง เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้ครบถ้วนแล้วนำมาวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

1.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

(2) ข้อมูลการสนทนาถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป จะถูกถอดออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) ชนิดคำต่อคำ (Verbatim) โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก บรรยากาศของการสนทนาไว้ เรียงลำดับตัวอย่างหรือเหตุผลในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาษาเขียนภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

(3) ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และชัดเจนของข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหา หรือข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจน และประเด็นที่ต้องการเพิ่มเพื่อสนทนาเพิ่มเติม

(4) วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยการอ่านทบทวนและรวบรวมข้อมูลที่ได้ เพื่อให้ได้คำอธิบายและข้อสรุปที่ชัดเจน

(5) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อปรับปรุงและเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจน

2) วิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป

(1) ฟังคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลซ้ำไปมาหลายรอบ แล้วนำมาถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด

(2) การจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล (Data management) จากการจดบันทึกรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีความหมายหลากหลายปะปนกันอยู่แล้วนำมา

วิเคราะห์เบื้องต้นว่าข้อมูลที่ได้มีความหมายอะไรที่ตรงกับประเด็นหรือเรื่องราวที่ผู้วิจัยต้องการวิเคราะห์

(3) การให้รหัสข้อมูล (Coding) สำหรับการอ้างอิงหรือค้นข้อมูล ด้วยการจัดประเภทของข้อมูล (Catagoring) หรือการทำดัชนีข้อมูล (indexing) โดยการเลือกคำบางคำประโยคหรือแนวคิดมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล ให้เป็นระบบเดียวกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับข้อมูลประเภทเดียวกัน

(4) การตีความ (Interpret) โดยการหาความเชื่อมโยงของข้อมูลดูความสัมพันธ์ต่างๆ ที่ปรากฏ เมื่อได้สมมุติฐานที่เป็นคำถามการวิจัยจัดทำข้อสรุปชั่วคราวและย่อหรือตัดทอนข้อมูล (Memoing data reduction) โดยการเขียนข้อสรุปแต่ละประเด็น

(5) เสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Displaying data for analysis and presentation) โดยนำข้อสรุปย่อยมาเชื่อมโยงเพื่อหาข้อสรุปตอบปัญหาการวิจัย

(6) การประมวลและสรุป (Drawing and verifying conclusions) เมื่อผ่านการตีความจะได้ข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่างๆ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัย การระบุความสัมพันธ์ เชื่อมโยงแนวคิดทฤษฎีกับข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ของชุดข้อมูลสรุปเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3) วิเคราะห์ความเหมาะสมของประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน คำนวณค่าคะแนนผลการประเมิน 6 ด้าน ใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละด้านจากผู้ประเมินทั้งหมด โดยใช้สูตร AGREE II ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)

1.3 ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องได้ผลการวิจัย ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 ทีมสุขภาพที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 7 คน อายุอยู่ระหว่าง 49 – 55 ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน และระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน ทีมสุขภาพทุกคนมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 16 – 26 ปี พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง เป็นผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล 3 คน ซึ่งเป็นเพศชาย

และหญิงจำนวนเท่าๆกัน อายุอยู่ระหว่าง 18 – 76 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปี ที่ 4 จนถึงระดับปริญญาโท และญาติผู้ป่วยทุกคนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

1.3.2 สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สรุปเป็นประเด็นหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ มีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) นโยบายและขอบเขตการบริการ พบว่า มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีเพียงการส่งต่อแต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แผนกเคมีบำบัดมีเตียงจำกัด (2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาลผ่านระบบ Thai COC (Thai Continuity of Care) หรือ Smart COC (Smart Continuum Of Care) ตามเขตสุขภาพ แต่ไม่มีระบบประสานงานกับเครือข่ายหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (3) ทรัพยากรมนุษย์ พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด พยาบาลประสานงานส่งต่อมี 1 คน ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระงานมาก ไม่มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน และ (4) เครื่องมือทางการแพทย์และแบบฟอร์มที่ใช้ เครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัย แบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบไร้กระดาษ (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.2)

2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานครบวงจรโดยผ่านแบบฟอร์มแบบ ไร้กระดาษ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้ และ (2) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า ประกันการโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่าย การติดตามไม่ทั่วถึงจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.2)

3) ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) มีการประเมินระยะเวลารับบริการในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย (2) มีความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.2)

1.3.3 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะสำคัญจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ (1) นโยบายและขอบเขตการบริการ ได้แก่ มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและดูแลรักษาระดับตติยภูมิ กระบวนการบริการชัดเจน มีแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อจนถึงส่งต่อกลับไปรักษาที่บ้านมีการกำหนดกระบวนการบริการแบบไร้รอยต่อ มีแนวทางเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การบริการสุขภาพ มี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย ได้แก่ ใช้ไลน์ Line official account ติดต่อสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาลในชุมชน การสื่อสาร 2 ทาง มีการทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อ ดังนี้ โรงพยาบาลไปยังเครือข่าย และเครือข่ายไปยังโรงพยาบาล และเพิ่มไลน์แบบธรรมดาสื่อสารกับผู้ป่วย (3) ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ มีเทคโนโลยีแทนบุคลากรทีมสุขภาพบางตำแหน่ง เช่น การวัดสัญญาณชีพด้วยระบบอินเทอร์เน็ต มีการทำงานหลังจำหน่ายกับเครือข่ายภายนอกอย่างไร้รอยต่อ มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน และ (4) เครื่องมือทางการแพทย์และแบบฟอร์มที่ใช้ ได้แก่ มีระบบการจัดคิวใช้เตียงให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.3)

2) ด้านกระบวนการ มี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ มีขั้นตอนปฏิบัติการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย มีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นมาใช้ในการประสานงานส่งต่อ (2) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ หลังจำหน่ายให้เบอร์โทรติดต่อและไลน์ แบบฟอร์มเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างองค์รวมตั้งแต่รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อไปรักษาที่บ้าน ประกันโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่าย เทคโนโลยีดิจิทัลใช้ในการประสานงานส่งต่อ และติดตามสอบถามอาการของผู้ป่วย (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.3)

3) ด้านผลลัพธ์ มีการประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย และมีความพึงพอใจการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่าย (ดังรายละเอียด ตารางที่ 4.3)

1.3.4 ความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่พัฒนาขึ้น คะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามรายการประเมินรายด้านและโดยรวม จากผลการประเมินความเหมาะสมทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ได้แก่ มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ (ร้อยละ 100) รองลงมามิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (ร้อยละ 92.06) และมิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ 91.07) ตามลำดับ และความเหมาะสม 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ด้านผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (ร้อยละ 88.69) ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (ร้อยละ 89.68) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (ร้อยละ 89.88) (ดังรายละเอียดตารางที่ 4.6)

2. อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ 1) สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 2) พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น อภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

2.1 สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล สรุปเป็นประเด็น 3 ประการ ดังนี้ ด้านโครงสร้าง มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีเครื่องมือทันสมัยครบถ้วน สื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลมีจำกัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็มีภาระงานมาก ด้านกระบวนการ ได้แก่ มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ มีการประเมินระยะเวลาบริการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย ปัญหาของรูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่พบดังกล่าว ด้านโครงสร้าง การสื่อสารและประสานงานไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีการกำหนดโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยจาก

โรงพยาบาลสู่ชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด ยังไม่มีการกำหนดบุคลากรทีมสุขภาพผู้รับผิดชอบที่ดำเนินการอย่างชัดเจน ไม่มีการกำหนดแนวทางอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการพัฒนาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล, 2560) ด้านกระบวนการ พบว่าหลังจำหน่ายยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย การติดตามผู้ป่วยไม่ทั่วถึงจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพตามบริบทในปัจจุบัน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของจากงานวิจัยของ จิว ฮิล (Jill Hill, 2005) การดูแลที่ไร้รอยต่อพบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรในการดูแลซ้ำโดยไม่จำเป็น และจากบทความของรภัทภร เพชรสุข และอารี ชีวเกษมสุข (2567) ที่กล่าวถึงแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนด้านกระบวนการที่มีปัญหาอาจเนื่องจากยังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา การกำหนดด้านโครงสร้างยังไม่ชัดเจนจึงส่งผลให้ด้านกระบวนการไม่ชัดเจนไปด้วย ส่วนด้านผลลัพธ์นั้นเป็นผลจากการดำเนินการตามกระบวนการ จึงทำให้การประเมินระยะเวลาการให้บริการกับความพึงพอใจยังไม่ครอบคลุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะสำคัญจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ที่บูรณาการแนวคิดและทฤษฎี 2 ประการ ดังที่กล่าวมาในบทที่ 4 (ตารางที่ 4.4 และตารางที่ 4.5) ได้แก่ การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์และคณะ และการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน ทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการเน้นการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ทั้ง 2 ระยะ โดยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัย มีการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การประสานงานการส่งต่อการสื่อสารที่เป็นระบบด้วยการนำเทคโลยีดิจิทอลมาใช้ นำเทคโนโลยีมาทดแทนกำลังคนบางตำแหน่งงาน ส่วนด้านผลลัพธ์ประเมินการบริการระยะเวลาหลังจำหน่าย และความพึงพอใจการรักษาให้ครอบคลุมหลังจำหน่าย

รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะนี้เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ทราบสถานการณ์การบริการสุขภาพและเสนอแนวทางแก้ไขข้อจำกัดของรูปแบบการบริการสุขภาพเดิมทั้ง 3 ด้าน 2) แนวคิดการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การประสานงาน การส่งต่อชัดเจน และช่วยแก้ไขประเด็นปัญหาการติดตามผู้ป่วย การขาดแคลนบุคลากร นำเทคโนโลยีดิจิทอลมาใช้ และ 3) การแก้ไขปัญหาดังกล่าวสอดคล้องวิสัยทัศน์โรงพยาบาล “โรงพยาบาลมะเร็งที่ทันสมัย เป็นเลิศด้านการแพทย์ บริการอย่างครบวงจรด้วยพลังเครือข่ายที่ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจ” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อของสพีฮาร์ และคณะ (Spehar, A. M. and et al, 2005) ที่ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นการบริการสุขภาพโดยการเปลี่ยนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย มีเป้าหมายคือการระบุวิธีที่จะเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย รวมถึงมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ สพีฮาร์ และคณะ ยังได้ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: การเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายให้มากที่สุด โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ระยะแรกคัดเลือกผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาตระเตรียมกระบวนการวางแผนการจำหน่าย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ได้แก่ การวินิจฉัยระยะเวลาการเข้าพัก อาการทางคลินิกเป็นตัวทำนายที่สอดคล้องกันมากที่สุดของ อายุ เพศ เชื้อชาติหัวข้อต่าง ๆ และประเด็นที่สำคัญคือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ดูแล และระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง ได้มีการปรับปรุงการสื่อสาร และการประสานงานในการดูแลและติดตามที่ดีขึ้น อีกทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2563) มีแนวคิดว่าเป็นระบบที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามรักษาและฟื้นฟูสภาพ จากทีมสหวิชาชีพ เลื่อนไหลไปอย่างราบรื่น ไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัด รูปแบบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิว ฮิล (Jill Hill, 2005) ที่ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: ความท้าทายระหว่างระบบการดูแลปฐมภูมิและระบบการดูแลทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการดูแลแบบไร้รอยต่อจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรที่หายากในการดูแลซ้ำโดยไม่จำเป็น การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อครั้งนี้ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล ผู้ให้บริการ และการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านที่ครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อความปลอดภัย การดูแลอย่างต่อเนื่องประสบความสำเร็จ

2.3 ความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเหมาะสมรายด้านและโดยรวมเท่ากับร้อยละ 92.84 (ตารางที่ 4.6) ดังนั้นรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ทั้ง 6 ด้าน คะแนนประเมินโดยรวม มากกว่าร้อยละ 70 เนื่องจาก 1) รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขรูปแบบการให้บริการสุขภาพเดิม จากปัญหาที่พบจริงโดยทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาลผู้ประเมินและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา และ2) พัฒนารูปแบบโดยบูรณาการตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ เพื่อแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของคีฟส์ (Keeves, 1988) ว่ารูปแบบที่ดีต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่กำลังศึกษา สอดคล้องกับ ADSS Cymru (2018) ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อเพื่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีระบบสุขภาพและการดูแลที่แตกต่างกันและทำงานร่วมกันในทุกส่วนของภาครัฐอิสระและภาคที่สาม ด้วยความมุ่งมั่นที่ให้คนเป็นศูนย์กลางการดูแล กล่าวถึงประเด็นสำคัญการดูแลที่ ไร้รอยต่อเพื่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย ดังนี้ บริการส่วนบุคคลเพื่อให้การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง การดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ให้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องสำหรับบุคคล รวบรวมทักษะและทรัพยากรในชุมชนรอบ ๆ ความร่วมมือระดับภูมิภาค และ ทำงานใหม่ๆ ให้การตอบสนองที่ราบรื่นงานวิจัยของแอนนี่ และคณะ (Anne Spinewine and el, 2010) ศึกษาการดูแลแบบไร้รอยต่อด้านยาระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน พบปัญหาโดยสรุปว่าการดูแลไม่ต่อเนื่อง

หากพิจารณารายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 4.7) ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำแนกตามคะแนนรายด้านและรายข้อ พบว่า มีคะแนนน้อยสุด 3 อันดับสุดท้าย (ตารางที่ 4.7) ได้แก่ อันดับแรกด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ การกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน (ร้อยละ 88.10) อันดับที่สองด้านขอบเขตและเป้าหมาย คือ การระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน (ร้อยละ 89.10) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา พบปัจจัย ได้แก่ การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์

การจัดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งสำคัญ และอันดับที่สาม ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ คือ การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน (ร้อยละ 89.28) อาจเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบซึ่งยังไม่ได้ลงรายละเอียดถึงการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน

3. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบประเด็นข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ ผลลพัพธ์ มีอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำรูปแบบนี้ไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง

3.1.2 นำรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ และโรคอื่นต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และประเมินความเหมาะสม แต่ยังไม่มีการนำไปใช้จริง จึงควรมีการนำไปศึกษาวิจัยต่อเนื่องในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และศึกษาตัวแปรตามเชิงปริมาณในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้ มีเพียง 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งต่อไป โดยควรมีพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3.2.3 การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการวิจัยที่นำไปใช้ในโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพิน ชันนาม, วิลาวัลย์ เชิงปัญญา, สุจิตรา ธรรมวงค์, นงนุช เชื้อเมืองพาน, ลาวัลย์ อารมณ์, & วรัญญา เลิศทวีโพธกุล. (2558). การศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. *วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย*, *21*, 79-86.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ.*, *12*(1), 17-30.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคมะเร็ง). (2556). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. https://203.157.181.5/service_plan/load/07.pdf [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2561]

งานทะเบียนมะเร็ง. (2566). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภาครัฐแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2565. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ, โรงพยาบาลมะเร็งภาครัฐแห่งหนึ่ง, กระทรวงสาธารณสุข.

จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. *วารสารโรคมะเร็ง*, *37*(4), 163.

ชาย โพธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชิรวัฒน์ นิจเนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, *4*(2), 71-102.

นิรัตน์ อิมามี. (2556). เครื่องมือวจัยทางการพยาบาล. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สถิติและเทคโนโลยีสารสนเทศ (หน่วยที่ 4, หน้า 54-66). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ. (2556). การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาล

สุรินทร์ (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

เยาวลักษณ์ โพธิดารา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, อนันตศักดิ์ พันธ์พุฒ, ชมพูนุช พูมพิจ, & สงกรานต์ นักบุญ. (2556). ความรู้ที่ทรงอำนาจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ: ทางเลือกและสิทธิของผู้ป่วยตามการรับรู้ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *32*(1), 6-13.

วิธีการดำเนินการวิจัย. (2556). สืบค้นจาก http://library.senate.go.th/document/ Ext9/9732_0014.PDF เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2563.

ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. (2558). เครือข่ายบริการไร้รอยต่อช่วยผู้ป่วยโรคซับซ้อน-ตายสูง ในภูมิภาคเข้าถึงการรักษาเร็ว. การประชุมวิชาการชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปี 2558. https://www.hfocus.org/content/2015/08/10688 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2565]

ดารณี เทียมเพ็ชร์, กศิมา สง่ารัตนพิมาน, มัญฑิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตร, & วรเดช ช้างแก้ว. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *25*(3), 156-169.

บุญชัย กิจสนาโยธิน, & ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2564). บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อกับความจริงด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ผู้คนมักไม่ตระหนัก. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *15*(2), 131-135.

ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2566). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 40-51.

พรพิไล นิยมถิ่น. (2558). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี).

พนิดา สุทธิประภา, เรวดี สมทรัพย์, & มะลิวรรณ อังคณิตย์. (2561). การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการด้านการดูแลผู้ป่วยสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *36*(1), 244-253.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, ลัดดาวัลย์ เตชางกูร, & นวลใย พิศชาติ. (2560). ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, *28*(2), 154-167.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, & อารี ชีวเกษมสุข. (2563). การดูแลไร้รอยต่อเพื่อคุณภาพในการจัดการองค์กร ทรัพยากรมนุษย์ และคุณภาพทางการพยาบาล. ใน หน่วยที่ 15, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 4)*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 4)*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

สุปราณี สันติธรรมวิทย์. (2560). *การจัดการพยาบาล: การบริหารองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: องค์การเผยแพร่.

สุภางค์, จ. (2542). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล, ว. (2549). แบบตรวจสอบรายการประเมิน: วิธีวิทยาและเครื่องมือประเมิน. ใน สุวิมล ว่องวาณิช (บก.), *การประเมินอภิมาน: วิธีวิทยาและการประยุกต์ใช้* (หน้า 49-76). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ*. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ 18 มิถุนายน 2565].

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, & สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2555). *สรุปการดำเนินงานโครงการต่อเนื่องการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์.

อารี, ช. (2555). การประเมินคุณภาพการพยาบาล. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการคุณภาพการพยาบาล (หน่วยที่ 10, หน้า 13-15). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Adelson, K., Paris, J., Horton, J. R., Hernandez-Tellez, L., Ricks, D., Morrison, R. S., et al. (2017). Standardized criteria for palliative care consultation on a solid tumor oncology service reduces downstream health care use. *American Society of Clinical Oncology*, 13(5), e431–e438.

Anne, V., Coraline, J., Pierre, F., Sabrina, C., Christophe, V., Steven, C., & Cecile, D. (2010). Seamless care with regard to medications between hospital. *Fgov.be*. https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/seamless-care-with-regard-to-medications-between-hospital-and-home

Association of Directors of Social Services. (2018). Seamless services to improve outcomes for people. *The Welsh NHS Confederation*.

Cancer Research UK. (2019). How can we best incentivise world class cancer services in England? Incisive Health for Cancer Research UK.

Donabedian, A. (1997). The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 121*(11), 1145.

Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care: 1964–1984. *Evaluation & the Health Professions, 8*(3), 243–265.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly, 83*(4), 691–729.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6), 1201–1210.

Hanae, I. E. H. (2013). Quality of care between Donabedian model and ISO9001:2008. *International Journal for Quality Research, 7*(1), 17–30.

Hunter, J., Ussher, J., Parton, C., Kellett, A., Smith, C., Delaney, G., & Oyston, E. (2018). Australian integrative oncology services: A mixed-method study exploring the views of cancer survivors. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 18*(1), 153. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2209-6

Keeves, J. P. (Ed.). (1988). *Educational research, methodology and measurement: An international handbook*. Pergamon.

Hill, J. (2005). Seamless care: The challenge between primary and secondary care systems. *Integrated Care Journal of Diabetes Nursing, 9*(4), 139–144.

MacKinnon, N. J. (2007). Seamless care systems. https://www.researchgate.net/publication/317013655

Peate, I., & Wild, K. (2017). *Nursing practice knowledge and core* (2nd ed.). Wiley Blackwell.

Sanprasan, P., Wattradul, D., Jamsomboon, K., Puapairoj, V., Techangkul, L., & Yuyue, Y. (2016). Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 26*(1), 119–132. (in Thai)

Shearer, N. B. C., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A. M. (2010). Empowerment interventions for older adults. *Western Journal of Nursing Research, 34*(1), 24–

51.

Sirikhetkon, S., & Amornsiriphong, S. (2020). Model development of a seamless health service system for a multidisciplinary health area: Cardiovascular disease. *International Journal of Innovation, Creativity and Change, 12*(11), 648. https://www.ijicc.net/images/vol12/iss11/121124_Sirikhetkon_2020_E_R.pdf

Stephens, N. (2005). Complex care packages: Supporting seamless discharge for children and families. *Paediatric Nursing, 17*(7), 30+. https://link.gale.com/apps/doc/A137036922/AONE?u=anon~a3f9bda4&sid=googleScholar&xid=817991ed

Strategy Planning Office, Ministry of Public Health. (2013). Strategy, outcome indicators and guideline of data collection in Ministry of Public Health fiscal year 2013. Available from http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf (in Thai)

Spehar, A. M., Campbell, R. R., Cherrie, C. C., Palacios, P., Scott, D., Baker, J. L., Bjornstad, B., & Wolfson, J. (2005). Seamless care: Safe patient transitions from hospital to home. *Agency for Healthcare Research and Quality (US).* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20459/

Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2014). *Focus groups: Theory and practice* (3rd ed., Vol. 20). Sage Publications.

Thai Cardio-Thoracic Nurses' Association. (2013). Report: The project of developing cardiovascular nursing network fiscal year 2013. Nonthaburi: Thai Cardio-Thoracic Nurses' Association. (in Thai)

The Agree Next Steps Consortium. (2009). Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II (AGREE II) Instrument. http://www.agreetrust.org

Xie, W., Zhao, Z. H., Yang, Q. M., & Wei, F. H. (2015). The efficacy of the seamless transfer of care model for patients with cerebral apoplexy in China. *International Journal of Nursing Sciences, 2*(1), 52–57. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000137

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
2. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์	กองการพยาบาล สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
3. ดร.สมภพ อาจชนะศึก	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
4. แพทย์หญิงกมลทิพย์ สกุลชัยสถาพร	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
5. พยาบาลวิชาชีพ วรุณศิริ ปราณีธรรม	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

ที่ อว 0602.26/๑๗๔๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ประกาย จีโรจน์กุล

ด้วย นางรภัทภร เพชรสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์สู่ชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการทำวิจัยที่นักศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ให้กับนักศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620

ที่ อว 0602.26/ ๐๗๔๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๙ สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์

ด้วย นางรภัทภร เพชรสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์สู่ชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการทำวิจัยที่นักศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ให้กับนักศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโรงพยาบาล

กรมการแพทย
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

รหัสโครงการ : LEC 6607

ผู้วิจัย : นางรภัทภร เพชรสุข

หน่วยงานที่สังกัด : สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กำหนด จำนวน 1 ชุด
2. แบบฟอร์มนำส่งค่าธรรมเนียมและหลักฐานการชำระเงิน จำนวน 1 ชุด
3. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
4. ประวัติ ความรู้ความชำนาญของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 ชุด
5. ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Information Sheet) จำนวน 1 ชุด
6. แบบฟอร์มใบยินยอม (Informed Consent Form) จำนวน 1 ชุด
7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
8. ใบผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในการประชุมครั้งที่ 3/2566 วันที่ 9 มีนาคม 2566 ณ ห้องประชุมสิทธิกร บุญอิม แต่ให้นำรูปแบบที่พัฒนามาเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ก่อนทำการศึกษาระยะที่ 3

(นางสาวมาณิดา พิทักษ์)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

หมายเลขรับรอง : LEC 6607
วันที่ให้การรับรอง : วันที่ 9 มีนาคม 2566
วันหมดอายุใบรับรอง : วันที่ 8 มีนาคม 2567

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
11 / 1 ถนนพหลโยธิน ต.ทะเลชุบศร อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000 โทร. (036) 621800 ต่อ 329, โทรสาร (036) 421679 Email : lbchrtae@gmail.com

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมฯ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทร 0 3642 2515 ต่อ 329

ที่ สธ 0315.2(40.1)/ 113 **วันที่** 29 มีนาคม 2567

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นางรภัทภร เพชรสุข

ตามที่ผู้วิจัยได้ยื่นเอกสาร ขอต่ออายุโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย ฯ โครงการวิจัยเรื่อง **"การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน"** รหัสโครงการวิจัย LEC 6607

บัดนี้ ได้บรรจุในวาระการประชุมคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ ครั้งที่ 3/2567 วันที่ 27 มีนาคม 2567 วาระที่ 3 เพื่อ**อนุมัติและรับทราบ** แล้ว และท่านจะต้องส่งรายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการทราบครั้งต่อไป ภายในวันที่ 26 มีนาคม 2568 ก่อนโครงการของท่านจะหมดอายุการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยใน วันที่ 26 มีนาคม 2568 หรือแจ้งปิดโครงการเมื่อการดำเนินงานวิจัยสิ้นสุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการต่อไป

(นางสาวมาณิดา พิทักษ์)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

รหัสโครงการ : LEC 6607

ผู้วิจัย : นางรภัทภร เพชรสุข

หน่วยงานที่สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัยตามที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กำหนด จำนวน 1 ชุด
2. แบบนำส่งค่าธรรมเนียมการยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จำนวน 1 ชุด
3. ไฟล์ข้อมูลโครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 1 ชุด

ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในการประชุมครั้งที่ 3/2567 วันที่ 27 มีนาคม 2567 ณ ห้องประชุมสิทธิกร บุญฉิม

(นางสาวมาณิดา พิทักษ์)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

หมายเลขรับรอง : LEC 6607
วันที่ให้การรับรอง : วันที่ 27 มีนาคม 2567
วันหมดอายุใบรับรอง : วันที่ 26 มีนาคม 2568

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
11 / 1 ถนนพหลโยธิน ต.ทะเลชุบศร อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000 โทร. (036) 621800 ต่อ 329, โทรสาร (036) 421679 Email : lbchrtag@gmail.com

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No. .....23/2565.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์สู่ชุมชน

รหัสโครงการ : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางรภัทภร เพชรสุข

สถานที่ทำวิจัย : ในประเทศไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่า มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ให้การรับรอง : .....09/12/2565..... วันที่หมดอายุการรับรอง : .....09/12/2566.....

ที่ อว 0602.26/ 143

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี

ด้วย นางรภัทภร เพชรสุข รหัสนักศึกษา 2625100025 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์สู่ชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้บริหาร พยาบาลและญาติผู้ใช้บริการ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620
โทรศัพท์ นางรภัทภร เพชรสุข มือถือ 061-4658224

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๒๒

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ด้วย นางรภัทภร เพชรสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อยู่ระหว่างดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารี ชีวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อโดยตรงกับ นางรภัทภร เพชรสุข หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖-๑๔๖๕-๘๒๒๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

หนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ขอให้ท่านโปรดอ่านเอกสารนี้โดยละเอียด หากมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยที่ .....

ชื่อโครงการ

(ภาษาไทย) "การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน"

(ภาษาอังกฤษ) "The Development of a Seamless Health Service Model for Breast Cancer Patients from Hospital to Community"

ชื่อผู้วิจัย นางรภัทภร เพชรสุข

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โทรศัพท์ 061-4658224

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ผู้ให้ทุน -

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล

2 เพื่อสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1 ได้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ

3 ได้รูปแบบของการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพราะท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะ 1-2
2. รู้ภาษาไทยและสื่อสารได้
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันจนไม่สามารถร่วมงานวิจัยต่อไปได้
2. ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ก่อนสิ้นสุดการวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. บุคลากรลาออกก่อนสิ้นสุดการวิจัย

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

สำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย 1 มกราคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566

สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ

การสนทนากลุ่ม

ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ซึ่งการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

การสนทนากลุ่ม และการตอบแบบบันทึก อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจในการตอบ และเสียเวลาในการตอบแบบบันทึก และการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การช่วยเหลือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ให้ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางรภัทภร เพชรสุข มือถือ 061-4658224 สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

มีค่าตอบแทนหรือไม่ -ไม่มี-

ค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบเอง -ไม่มี-

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ร่วมโครงการวิจัยทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลนั้นจะรับรู้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมโครงการวิจัย เท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ ข้อมูลส่วนตัวของท่าน อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น อาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้

ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อาคารปฏิบัติการชั้น 4 โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทร 036-422515 ต่อ 329

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ..... วันที่ .....

( )

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่ .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เลขที่ อาสาสมัคร .....

ข้าพเจ้า ..... ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน"

หัวหน้าโครงการวิจัย นางรภัทภร เพชรสุข ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ข้าพเจ้า **ได้ทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการโดยตลอด อีกทั้งยัง**ได้รับคำอธิบาย**และตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทน**จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา 1-2 ชั่วโมง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกเก็บรักษาตามมาตรฐานการทำวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า และรับทราบว่าทางโครงการจะมีการเก็บรักษาข้อมูลของท่านจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นระยะเวลา 5 ปี หลักจากนั้นแบบสอบถามหรือแบบเก็บข้อมูลที่ท่านได้ให้ข้อมูลไว้ จะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือผู้แทน ได้ที่อาคารรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 4 โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทร 036-422515 ต่อ 329

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(นางรภัทภร เพชรสุข)
ผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

ชุดที่ 2 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบ

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

แนวทางการสนทนากลุ่ม

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชน มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ

1. สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
2. แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ผู้รับผิดชอบ	นาง รภัทภร เพชรสุข
ระยะเวลาดำเนินการ	ระหว่างเดือน 24 มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2566
สถานที่ในการจัดโครงการ	ห้องประชุมพอเพียง โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1. เตรียมการ

1.1 เตรียมแนวคำถาม สำหรับการสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดโดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขและปรับปรุงเนื้อหานำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องภายในของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

1.2 การเตรียมเนื้อหา โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจในประเด็นที่เข้าศึกษาอย่างชัดเจน

1.3 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยเตรียมความพร้อมโดยทำการศึกษาประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา เตรียมอุปกรณ์สำหรับการบันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจกับเครื่องมือเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากอุปกรณ์ดังกล่าว

1.4 การเตรียมสถานที่ สถานที่สำหรับการสนทนากลุ่มเป็นห้องประชุมพอเพียง ของ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นห้องประชุมขนาดกลางที่มีความเหมาะสมด้านบรรยากาศการประชุม ที่ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ให้เข้ามองการสนทนาได้

1.5 การเตรียมผู้ร่วมสนทนากลุ่ม มีการคัดเลือกผู้ร่วมสนทนากลุ่มโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุม และเป็นไปตามบริบทขององค์กรให้มากที่สุด

ข้อมูลผู้ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 14 คน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลหน่วยประสานงานส่งต่อ 1 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 3 คน และผู้ดูแล จำนวน 3 คน ดังตารางแสดงด้านล่าง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม	ระดับการศึกษาสูงสุด	ตำแหน่งงาน	ประสบการณ์การทำงาน	การอบรมการพยาบาลผู้ป่วย
D1	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	แพทย์	16 ปี	-
N1	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	25 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 3 เดือน
N2	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	หลักสูตร 10 วัน
N3	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	23 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
N4	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
N5	ปริญญาโท สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ	หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล	22 ปี	ประกาศนียบัตร อบรม 4 เดือน
N6	ปริญญาโท บริหารทางการพยาบาล	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม	17 ปี 4 เดือน	ประกาศนียบัตร อบรม 4 เดือน
N7	ปริญญาโท วทม โรคติดเชื้อและระบาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	24 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม	อายุ	ระดับการศึกษาสูงสุด	ความสัมพันธ์	ระยะเวลาที่ป่วย	ประสบการณ์การดูแล
P 1	75	ประถมศึกษาปีที่ 4		4 ปี	-
P2	63	มัธยมศึกษาปีที่ 3		1 ปี 10 เดือน	
P3	67	ประถมศึกษาปีที่ 6		1 ปี 2 เดือน	
R 1	76	มัธยมศึกษาปีที่ 3	สามี	-	4 ปี
R 2	18	กำลังศึกษา ปวช	หลานชาย		1 ปี 2 เดือน
R 3	48	ปริญญาโท	บุตรชาย		1 ปี 10 เดือน

2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม

หลังจากนักวิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้วิจัยและผู้ร่วมวงสนทนามาพบกัน พูดคุยบรรยากาศทั่วไป เพื่อสร้างความผ่อนคลาย จากนั้นนักวิจัยจึงเริ่มดำเนินการกลุ่ม ตามลำดับ ดังนี้

2.1 เริ่มสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการเริ่มสนทนากลุ่มและแนะนำตนเอง กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม

2.2 ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา บันทึกเสียง และบอกข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์การสนทนาของผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูล และแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

2.3 บอกบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนา ดำเนินการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา

2.4 ให้ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตนเองต่อกลุ่ม

2.5 ใช้คำถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ

2.6 เชื่อมโยงการสนทนาเข้าสู่แนวคำถามตามลำดับ โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การให้บริการโรคมะเร็ง รูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลในปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยผู้ดำเนินการสนทนาสังเกตปฏิกิริยา ผู้ร่วมสนทนา รับฟัง ซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาเพื่อการวิเคราะห์

3. สรุปการสนทนากลุ่ม

3.1 กล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ยืนยันถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มที่นำไปสู่การวิเคราะห์เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจาก

โรงพยาบาลสู่ชุมชน มอบของสมนาคุณ และปิดการสนทนากลุ่ม

3.2 เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

แนวคำถาม	**คำตอบจากกลุ่ม**	**สังเกตปฏิกิริยา**
เกริ่นนำ โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 112,392 คนต่อปี และมีแนวโน้มป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าโรคมะเร็งยังคงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทั่วโลกทั้งกลุ่มประเทศรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ การจะบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องใช้กระบวนการวิจัยและต้องเน้นการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2007; World Health Assembly, 2017) การบริการสุขภาพยังพบว่ามีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่น ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่หนาแน่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เกิดความแออัด ต้องรอคอยนาน ความคาดหวังของผู้ใช้บริการมีมากขึ้น การบริการจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือชุมชนขาดความเชื่อมโยงอย่างเป็นรูปธรรม การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจะช่วยให้กระบวนการการบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ราบรื่น ปลอดภัย มีความต่อเนื่อง ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น กระบวนการบริการสั้นลง ส่งผลให้ทุกภาคส่วนได้ประโยชน์จากการทำวิจัยครั้งนี้ **คำถามหลัก** 1. ท่านคิดว่าการให้บริการสุขภาพโรคมะเร็งปัจจุบันของโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นอย่างไร **คำถามรอง**		

แนวคำถาม	คำตอบจากกลุ่ม	สังเกตปฏิกิริยา
1.1 การบริการของโรงพยาบาลมีขั้นตอนอย่างไร 1.2 การให้บริการเป็นอย่างไร 1.3 การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาลเป็นอย่างไร 1.4 ท่านได้รับการบริการจากโรงพยาบาลนี้เป็นอย่างไร **แนวคำตอบ** **1.1 ด้านโครงสร้าง** 1.1.1 โรงพยาบาลอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมทรัพยากรต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 1.1.2 กำลังดำเนินการแนวทางการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน **1.2 ด้านกระบวนการ** 1.2.1 การดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย 1.2.2 การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย 1.2.3 การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย 1.2.4 การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน 1.2.5 การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย 1.2.6 การสื่อสารระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย **1.3 ด้านผลลัพธ์** ผลที่เกิดจากได้รับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 1.3.1. ระยะเวลาการรับบริการ 1.3.2. ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย		
เกริ่นนำ จากประเด็นที่กล่าวเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพโรคมะเร็งปัจจุบันของโรงพยาบาลแห่งนี้ ดังนั้นหากมีการจัดบริการทำเป็นรูปแบบการบริการ		

แนวคำถาม	คำตอบจากกลุ่ม	สังเกตปฏิกิริยา
สุขภาพแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาตัวอยู่ที่บ้าน เป็นการเปลี่ยนผ่านการดูแลอย่างต่อเนื่องปลอดภัย มีการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยให้กับทีมบริการสุขภาพ โดยมีการติดต่อประสานงานการส่งต่อด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนส่งผลให้เกิดความรวดเร็วในการให้บริการ (Spehar, A. M. and el, 2005) **คำถามหลัก** 2. ท่านคิดว่ารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนควรเป็นอย่างไร **คำถามรอง** 2.1 รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อควรมีลักษณะอย่างไร 2.2 แนวทางการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อควรเป็นอย่างไร 2.3 ผลที่ได้จากการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจะมีผลต่อท่านอย่างไร **แนวคำตอบ** **2.1 ด้านโครงสร้าง** 2.1.1 มีแนวทางในการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์สู่ชุมชน 2.1.2 มีทรัพยากรต่าง ๆ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 2.1.3 ขั้นตอนการบริการมี 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล 2.1.4 แบบฟอร์มที่ใช้ ได้แก่ แบบฟอร์มการวางแผนการจำหน่าย และแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย 2.1.5 มีวิธีการสื่อสารโดยประสานงานทางไลน์ **2.2 ด้านกระบวนการ** การปฏิบัติตามแนวทางในการบริการแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 2.2.1 มีกระบวนการวางแผนการจำหน่าย		

แนวคำถาม	คำตอบจากกลุ่ม	สังเกตปฏิกิริยา
2.2.2 แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่าย (ใช้ในระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) 2.2.3 ความรวดเร็วในการจำหน่ายผู้ป่วย (ระยะเวลาการจำหน่าย) 2.2.4 การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย **2.3 ด้านผลลัพธ์** 2.3.1 ระยะเวลาการรับบริการ แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วงที่ 2 ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล 2.3.2 ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย		

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

คำชี้แจง สำหรับผู้ตอบแบบประเมิน

แบบประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. อายุ อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ปริญญาตรี ☐ 2) ปริญญาโท

☐ 3) ปริญญาเอก ☐ 4) อื่น ๆ .....

3. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....ปี.....เดือน

ข้อต่อไปสำหรับพยาบาล

4. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน .....ปี

5. ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน.....ปี.....เดือน

6. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่วงที่ผ่านมา

☐ 1) เคย ☐ 2) ไม่เคย

2

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อฯ

คำชี้แจง

1. จำนวนข้อคำถามประกอบด้วย 16 ข้อย่อย
2. โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

7	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุดว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 85.8-100.0)
6	หมายถึง	เห็นด้วยมากว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 71.5-85.7)
5	หมายถึง	เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 57.2-71.4)
4	หมายถึง	เฉยๆว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 42.9-57.1)
3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 28.6-42.8)
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมากว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 14.3-28.5)
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยมากที่สุดว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อนั้น ๆ	(ร้อยละ 0.0-14.2)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น						
	7	6	5	4	3	2	1
ก. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย							
1) มีการระบุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน							
2) มีการกำหนดกลุ่มพยาบาลที่ใช้รูปแบบรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน							
3) มีการระบุผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน							
ข. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย							
4) มีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน							
5) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน							
ค. มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ							
6) มีวิธีการพัฒนารูปแบบโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ได้แก่ แพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ							
7) มีการพัฒนารูปแบบเพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาที่พบจริง							
8) มีการพัฒนารูปแบบด้วยกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเหมาะสมกับประเด็นที่พบจริง							
9) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง							

3

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น						
	7	6	5	4	3	2	1
ง. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ							
10) มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน							
11) มีขั้นตอนที่ง่ายต่อการนำไปใช้							
จ. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้							
12) มีการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้รูปแบบ เช่น แนวทางการปฏิบัติ (Guideline) การสื่อสารทาง Line OA เป็นต้น							
13) มีการกำหนดวิธีและเกณฑ์การประเมินผล จากการใช้รูปแบบ							
14) มีการกำหนดศักยภาพพยาบาลในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างชัดเจน							
ฉ. มิติด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ							
15) ให้ผู้ร่วมกลุ่มสนทนาแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบได้อย่างอิสระ							
16) ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มสามารถเสนอแนะแนวทางการพัฒนาที่แตกต่างจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีได้							

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

ตารางวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทีมสุขภาพ ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 8 คน แพทย์รักษาโรคมะเร็ง 1 คน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 7 คน และการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เป็นผู้ใช้บริการ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 คน และญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 14 คน

ข้อมูลพื้นฐานผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม	ความสัมพันธ์	ระดับการศึกษาสูงสุด	ตำแหน่งงาน	ประสบการณ์การทำงาน	การอบรมการพยาบาลผู้ป่วย
ทีมสุขภาพ	D	-	คณะแพทยศาสตร์	คลินิกเคมีบำบัด เฉพาะทาง	16 ปี	-
	N 1	-	-ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	25 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 3 เดือน
	N 2		-ปริญญาโท สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ	หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล	22 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
	N 3		-ปริญญาโท วทม โรคติดเชื้อและระบาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	24 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
	N 4		-ปริญญาโท บริหารทางการพยาบาล	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม	17 ปี 4 เดือน	ประกาศนียบัตร อบรม 4 เดือน
	N 5		-ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน
	N 6		-ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	24 ปี	หลักสูตร 10 วัน
	N 7		-ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26 ปี	ประกาศนียบัตร อบรม 4 เดือน
ผู้ป่วยและญาติ	P 1		-ประถมศึกษาปีที่ 4	อายุ 75 ปี	-	-
	P 2		-ประถมศึกษาปีที่ 6	อายุ 64 ปี		
	P 3		-ประถมศึกษาปีที่ 4	อายุ 78 ปี		
	R 1	สามี	มัธยมศึกษาปีที่ 3	อายุ 76 ปี	-	-

การสนทนากลุ่ม	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม	ความสัมพันธ์	ระดับการศึกษาสูงสุด	ตำแหน่งงาน	ประสบการณ์การทำงาน	การอบรมการพยาบาลผู้ป่วย
	R 2 R 3	หลานชาย บุตรชาย	กำลังศึกษา ปวช ปริญญาโท	อายุ 18 ปี อายุ 48 ปี		

หมายเหตุ: D, N คือทีมสุขภาพที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น N ใช้แทนทีมสุขภาพที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 เป็นต้น

P, R คือผู้ป่วยและญาติที่ถูกสัมภาษณ์ เช่น P ใช้แทนผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 และ R ใช้แทนญาติผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1 เป็นต้น

การสนทนากลุ่มทีมสุขภาพ สถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
จาก แบบสอบถาม ส่วนบุคคล		จากการสอบถามประสบการณ์การทำงานของทีมสุขภาพ ทุกคนผ่านการอบรมเฉพาะทาง และมีประสบการณ์การทำงาน โดยแพทย์ทำงานมา 16 ปี พยาบาลคนที่ 1 ทำงานมา 25 ปี พยาบาลคนที่ 2 ทำงานมา 22 ปี พยาบาลคนที่ 3 ทำงานมา 24 ปี พยาบาลคนที่ 4 ทำงานมา 17 ปี พยาบาลคนที่ 5 ทำงานมา 26 ปี พยาบาลคนที่ 6 ทำงานมา 24 ปี และพยาบาลคนที่ 7 ทำงานมา 26 ปี	บุคลากรทุกคน ได้รับการอบรม และมี ประสบการณ์		โครงสร้าง: บุคลากร
		คำถาม: สถานการณ์ปัจจุบันของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล			
684-688	**N 2:**	ให้บริการแบบโรงพยาบาลตติยภูมิด้านโรคมะเร็งคือให้บริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง ตรวจวินิจฉัย การรับส่งต่อจากเครือข่ายมารักษาโรคมะเร็ง และและให้บริการด้านวิชาการแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบ สำหรับในส่วนของการตรวจวินิจฉัยมีเครื่องมือการวินิจฉัยที่ทันสมัยและครบถ้วนสำหรับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง มีเครื่องมือการรักษามีให้บริการรักษาทั้งรังสี เคมี ผ่าตัด และ	แพทย์ขาดแคลนบางสาขา	บุคลากร	โครงสร้าง: บุคลากร

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		เครื่องมือพิเศษ โดยมีแพทย์เฉพาะทางแทบทุกสาขา ยกเว้น มะเร็งในเด็ก มะเร็งโลหิต		ทีมสุขภาพ มีจำกัด	
725-726	D:	เออ ก็คือที่โรงพยาบาลลพบุรี ก็ยังขาดแพทย์บางสาขาอยู่ ซึ่งมีความจำเป็นในการตรวจวินิจฉัย เช่น พยาธิแพทย์ ที่สำคัญคือ พยาธิแพทย์ไม่มี			
728-729	D:	ถ้าเกิดเป็น แพทย์แผนกอื่นโดยมากก็จะ ค่อนข้างครบ แต่ว่าปริมาณจำนวนแพทย์อาจจะยังไม่ค่อยเพียงพอกับจำนวนคนไข้ที่มารับบริการ			
731-732	D:	ครับ แล้วก็พยาบาลก็คงขาดด้วยเช่นกัน ก็คงสถานการณ์คงเหมือนกับหลายๆ ที่เหมือนกับโรงพยาบาลมะเร็งหลายที่อะไรอย่างเนี่ย	พยาบาลขาดแคลน		
374	N 6:	บุคลากรของเราก็จำกัด			
123-125	N 2:	คือ โดยช่องทางอย่างที่น้องเขาบอกตอนแรกค่ะ เขาก็พยายามติดตามคนไข้หลากหลายช่องทางเพราะว่ามันแล้วแต่ว่าบริบทคนไข้ด้วย แล้วน้องก็รับผิดชอบคนเดียว ส่วนมากเลยก็คือคนไข้สามารถติดต่อเบอร์โทรเนอะติดต่อได้ทุกคน	พยาบาล ประสานงาน ส่งต่อมีไม่เพียงพอ		
869-870	D:	ผมไม่เคยเข้าไปดูเลยว่า ว่ามันเป็นยังไง แต่รู้สึกว่าไม่น่าจะมีนะฮะ เพราะเราไม่ได้มีแอดมินเข้ามา ไม่มีเจ้าหน้าที่เข้ามา ที่มาดูแลตลอด 24 ชั่วโมง	ไม่มีแอดมิน รับผิดชอบ แอพพลิเคชัน		โครงสร้าง: บุคลากร
739-746	D:	ก็คงอาจจะแบ่งเป็น สอง กลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มแรกคือคนไข้ที่มาติดต่อด้วยตัวเอง walk in เข้ามา กับอีกกลุ่มหนึ่ง ก็คือว่าเป็นคนไข้ ซึ่ง คือที่โรงพยาบาลเราจะมีระบบแบบ refer ทางเครือข่าย ติดต่อกันทางเมล์ ก็จะมีคนมี	การให้บริการ ผู้ป่วยมีทั้งมา		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		โรงพยาบาลที่เข้าร่วมอยู่จำนวนหนึ่ง ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมเนี่ย คนไข้เราจะแบบก็จะ walk in เขาจะมี มีเอกสารมีอะไรถือมาเองแล้วก็มาพบมาพบแพทย์ที่แผนก refer ก่อนแล้วก็หลังจากนั้นก็จะทำการนัดเข้ามาพบกับหมอเฉพาะทางอีกทีหนึ่งอะไรเนี้ยแต่ถ้าเกิดเป็นระบบที่เป็นอีเมล์เนี่ย เราก็จะติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้ ทางอีเมล์ก่อนแล้วก็เราต้องการข้อมูลอะไรเนี่ยเราก็จะขอให้ทางต้นสังกัดเขา เขาเข้าทำการดำเนินการให้เรียบร้อยแล้วพอข้อมูลครบแล้ว เราก็นัดคนไข้มาเจอเราเลย	รับบริการโดยตรงและรับย้ายจากที่อื่น		โครงสร้าง: ขอบเขตการบริการ
402-403	N 6:	หน่วยรับ refer เขาจะมีหมอตรวจว่าจะไปไหน ตามขั้นตอน ดูเอกสารผลชิ้นเนื้ออะไรประกอบด้วยนะคะ			
684-688	N 2:	ให้บริการแบบโรงพยาบาลตติยภูมิด้านโรคมะเร็งคือให้บริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง ตรวจวินิจฉัย การรับส่งต่อจากเครือข่ายมารักษาโรคมะเร็ง และให้บริการด้านวิชาการแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบสำหรับในส่วนของการตรวจวินิจฉัยมีเครื่องมือการวินิจฉัยที่ทันสมัยและครบถ้วน สำหรับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง มีเครื่องมือการรักษามีให้บริการรักษาทั้งรังสี เคมี ผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ โดยมีแพทย์เฉพาะทางแทบทุกสาขา ยกเว้น มะเร็งในเด็ก มะเร็งโลหิต	ขอบเขตของการบริการตั้งแต่การคัดกรองมะเร็ง ถึงการส่งต่อ		โครงสร้าง: ขอบเขตการบริการ

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
404-407	N 3:	ก็ จริงๆก็มี กระบวนการชัดเจนนะคะ ถ้าเป็นคนไข้ผ่าตัดมา ก็ส่ง COC COC ก็จะมาตามดูภายในตามระยะเวลาที่แจ้งนะคะ แล้วก็นอกนั้นถ้ามีเรื่องอย่างอื่นไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกณฑ์เรื่อง palliative หรือ nutrition ก็consult ไปตามระบบค่ะ	กระบวนการบริการชัดเจน	ขอบเขตการบริการของโรงพยาบาล	
408-420	N 4:	เอ่อ คนไข้เนี่ยได้รับการ consult ครบถ้วนส่งต่อข้อมูลเรียบร้อยหรือเปล่าอะไรอย่างเงี้ย หลังจากนั้นก็จะเป็นการในกระบวนการที่อยู่กับเราก็คือพบ ถ้า case ไปตามระบบแล้ว ก็คือ เอ่อ อย่างที่บอกค่ะว่าก็จะยังมีอยู่ประเภทที่ว่าคนไข้ยังไม่แบบ ไม่อยากจะเปิดกับชุมชน เหมือนที่บูมบอกนะคะ ก็ยังมีอยู่ก็พยายามตรงนี้ก็ช่วยในการสร้างความมั่นใจให้เขาแล้วก็ที่สำคัญเลยเรื่องของการติดต่อตอนสื่อสารตอนนี้ไม่ค่อยมีปัญหาค่ะ อย่างสมมุติว่านอกจากจะเป็นข้อมูลแล้วบางทีก็ยังมีกลับมาที่ ward บ้าง เพราะว่า ด้วยความที่เป็นตึกสามัญนะคะ บางครั้งก็ไม่มีญาติเพราะฉะนั้นเวลาที่เราทำอะไรกับคนไข้ มันก็จะมีการสื่อสารกับญาติ คือระหว่างที่ดูคนไข้เนี่ย มีข้อมูลอะไรบางอย่างอยู่ที่ต้องสื่อสารทางญาติเนี่ย เขาก็จะมีเบอร์โทรเราแหละ นอกจากที่จะติดต่อบูรณ์แล้วบางครั้งอ่ะติดต่อกับเราได้ตลอดอย่างเงี่ยคะ แล้วก็เวลาเราจำหน่ายไปมีเบอร์โทรศัพท์ให้ค่ะก็สามารถติดต่อได้ นอกนั้นหลังๆเราก็ไม่ค่อยเจอภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดแล้ว ก็น่าจะเป็นเรื่องของการให้ข้อมูลเทคนิคต่างอะไรนานา เรื่องพวกนี้ก็จะไม่ค่อยไม่ค่อยเจอแล้ว แล้วจะเป็นเพื่อที่เทคโนโลยีเราก็สื่อสารอะไรมันก็ค่อนข้างดีขึ้น แต่ก็อาจจะมีบ้างเล็กน้อยอย่างที่บูนบอกนะคะ ที่ติดต่อสำรอง	มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวผ่านแอพลิเคชัน LBCH EASY	การสื่อสารผ่านแอพลิเคชัน	โครงสร้าง: การสื่อสาร

หมายเหตุ: COC ย่อมาจาก Continuity of care หมายถึง การดูแลอย่างต่อเนื่อง

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
408-420	**N 4:**	คนไข้เนี่ยได้รับการ consult ครบถ้วนส่งต่อข้อมูลเรียบร้อยหรือเปล่าอะไรอย่างเงี้ย หลังจากนั้นก็จะเป็นการในกระบวนการที่อยู่กับเราก็คือพบ ถ้า case ไปตามระบบแล้ว ก็คือ เอ่อ อย่างที่บอกค่ะว่าก็จะยังมีอยู่ประเภทที่ว่าคนไข้ยังไม่แบบ ไม่อยากจะเปิดกับชุมชน เหมือนที่บูมบอกนะคะ ก็ยังมีอยู่ก็พยายามตรงนี้ก็ช่วยในการสร้างความมั่นใจให้เขาแล้วก็ที่สำคัญเลยเรื่องของการติดต่อตอนสื่อสารตอนนี้ไม่ค่อยมีปัญหาค่ะ อย่างสมมุติว่านอกจากจะเป็นข้อมูลแล้วบางทีก็ยังมีกลับมาที่ ward บ้าง เพราะว่า ด้วยความที่เป็นตึกสามัญนะคะ บางครั้งก็ไม่มีญาติเพราะฉะนั้นเวลาที่เราทำอะไรกับคนไข้ มันก็จะมีการสื่อสารกับญาติคือระหว่างที่ดูคนไข้เนี่ย มีข้อมูลอะไรบางอย่างอยู่ที่ต้องสื่อสารทางญาติเนี่ย เขาก็จะมีเบอร์โทรเราแหละ นอกจากที่จะติดต่อบูรณ์แล้วบางครั้งอ่ะติดต่อกับเราได้ตลอดอย่างเงี่ยคะ แล้วก็เวลาเราจำหน่ายไปมีเบอร์โทรศัพท์ให้ค่ะก็สามารถติดต่อได้ นอกนั้นหลังๆเราก็ไม่ค่อยเจอภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดแล้ว ก็น่าจะเป็นเรื่องของการให้ข้อมูลเทคนิคต่างอะไรนานา เรื่องพวกนี้ก็จะไม่ค่อยไม่ค่อยเจอแล้ว แล้วจะเป็นเพื่อที่เทคโนโลยีเราก็สื่อสารอะไรมันก็ค่อนข้างดีขึ้น แต่ก็อาจจะมีบ้างเล็กน้อยอย่างที่บูนบอกนะคะที่ติดต่อสำรอง	มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวผ่านแอพลิเคชัน LBCH EASY	การสื่อสารผ่านแอพลิเคชัน	โครงสร้าง: การสื่อสาร

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
228-243	N 6:	อาจจะมีวิดีโอ แล้วก็เป็นคิวอาร์โค้ดเกี่ยวกับความรู้ต่างๆนะคะ ซึ่งยากลุ่ม ที่ให้ยาเคมีแต่ละกลุ่มเนี่ยมันก็หลากหลายกันไปเนาะ อันนี้จะมีแนวทางที่คนไข้ให้คำแนะนำกับคนไข้เหมือนกัน อาจจะขั้นตอนการมาปฏิบัติตัวในการเตรียมพร้อมให้ยาเคมี หรือขั้นตอนการมาตรวจเคมีหลากหลายไปนะคะ ส่วนเรื่อง เออ คนไข้เต้านมนะคะ คนไข้เต้านมที่ให้ยาเคมีของเรา เราจะให้คำแนะนำว่าพอตอนนี้เราไม่มีทีมว่าจะแบบจะโทรติดตามเยี่ยมขนาดนั้นนะครับ ก็จะแนะนำคนไข้หากมีอาการผิดปกติไม่ว่าจะอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงเคมีก็ตามก็สามารถเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านได้นะ หรือคุณก็ทักมาสอบถามบางทีเราก็จะแนะนำไปเลยว่าให้เข้าใกล้บ้านนะ เอาไลน์ถ้าหากเขาต้องการหากต้องการขอข้อมูลจากทางคนไข้ว่าคนไข้อยู่ระหว่างรักษาอะไร	การให้ความรู้ผ่านคิวอาร์โค้ด และแอพลิเคชัน		โครงสร้าง: การบริการผ่านแอพลิเคชัน

หมายเหตุ: LBCH Easy คือ แอพพลิเคชันของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ซึ่งจะสามารถเรียกดูข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสิทธิในการรับบริการ ข้อมูลการนัดหมาย คิวการรับบริการ ผลการตรวจ ประวัติการใช้ยา และประวัติการรักษา ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์พกพาต่างๆ

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ทางโรงพยาบาลเราก็มีแอพลิเคชั่น LBCH EASY ก็คือแนะนำให้คนไข้ลง เพราะอันนี้มันเป็นประโยชน์กับคนไข้มากเลย เพราะทุกอย่างที่ตัวของคุณหมอที่มันอยู่ใน มันจะลิงค์กันหมดเลย ทางโรงพยาบาลใกล้บ้านคุณต้องการทราบว่าเขาอยู่ระหว่างให้ยามารับสูตรวันไหน ให้ยาผลแลปเป็นยังไงคุณหมอสามารถดูในนั้นหมดได้เลย ซึ่งแต่ก่อนเนี่ยคนไข้ต้องนั่งรถมาขอประวัติจากเราเราถึงจะให้ประวัติไป เพราะว่าต้องเป็น คนไข้หรือญาติคนไข้ที่ต้องมีเซ็นยินยอมนะคะ ตอนนี้ก็สะดวกมากขึ้นอาจคนไข้ ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ถ้าหากคุณหมอ			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ต้องการประวัติคร่าวๆ เราเอาแอพพลิเคชัน LBCH EASY ให้ดู เขาก็สามารถดูแลคนไข้อย่างทันท่วงที ก็ช่วยกันระดับหนึ่ง			
574-575	N 4:	ถ้าคนไข้ มีโทรศัพท์ที่สามารถโหลด แอพพลิเคชัน LBCH เขาก็จะมีข้อมูลเขาได้รับการรักษาอะไร เอกซเรย์เป็นอะไรค่ะ ในแอพส่วนใหญ่ก็จะมี	มีแอพพลิเคชันเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษา		โครงสร้าง: การสื่อสาร
822-826	D:	อันนั้นก็จะมีแต่ละโรงพยาบาลมะเร็งเอง ก็จะมีพัฒนาแอพขึ้นมา แอพสำหรับเข้าไปดูประวัติตัวเอง แต่ก็ถือเป็นเฉพาะโรงพยาบาลมะเร็งของใครของมันเนี่ย ถ้าเกิดคุณมีสมาร์ทโฟน เขาจะสามารถเข้าถึงข้อมูลของเขาเองได้ เวลาแบบมีปัญหาไปโรงพยาบาลอื่น เขาก็สามารถเข้าแอพได้ แล้วก็เข้าไปดูประวัติ ก็จะมีประวัติการวิจัยฉัน investigation ประวัติการรักษา ได้ยาอะไรบ้างอะไรอย่างผลแลปอะไรแบบเนี่ย			
828-826	D:	แอพลิเคชัน LBCH ก็คือเป็นของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จริง ๆ ทุกโรงพยาบาลมีของตัวเองหมด			
831-837	D:	ใช่ แอพลิเคชัน LBCH ก็จะเป็นประวัติของเขาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเวลาเขาไปที่อื่น มีปัญหาอะไรก็สามารถที่จะเข้าแอพนี้ก็เปิดข้อมูลให้แพทย์ที่ดู ที่ที่ดูแลเขาอยู่ ณ ตอนนั้นก็สามารถเข้าไปอีกเข้าถึงข้อมูลของเราได้ว่าได้ยาเคมีอะไร สูตรอะไรไปบ้างอะไรอย่างเนี่ย ต้องมีสมาร์ทโฟน ถ้าเกิดคนไข้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน เขาก็ยังเข้าไม่ถึง ถ้าเกิดเข้าไป admit ก็ต้องขอประวัติจากเราไป ก็คือถ้าเขาเกิดต้องไป admit ในที่อื่น แล้วแพทย์เจ้าของไข้เขาต้องการประวัติการรักษา เขาต้อง ญาติก็ต้องมาขอประวัตินี้ แต่ถ้าเกิดเขามีแอพเนี่ยก็เปิดได้เลย ไม่ต้องมาที่เราก็ได้ ไม่ต้องเสียเวลา			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
182-203	N 6:	ใช่ๆ คะ ซึ่งแต่ละวันก็ประมาณนี้ค่ะ เฉลี่ยที่ 80 -120 รายต่อวัน ซึ่งเราจะมีคุณหมอออกตรวจจันทร์ถึงวันศุกร์เลยคะ มีจำนวนคุณหมออยู่แค่สองท่าน ซึ่งท่านหนึ่งออกตรวจจันทร์ถึงพฤหัสเป็นคุณหมอปิติค่ะ ส่วนอาจารย์อรัญท่านก็ออกตรวจเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาเข้ามาช่วยออกตรวจในวันจันทร์พุธศุกร์ครึ่งวันเช้านะคะ ซึ่งอาจารย์เข้าตรวจครึ่งวันเช้ามันก็ต้องเป็นการเร่งรีบอยู่แล้วในการให้การบริการของเราใช่ไหมคะ ซึ่งแนวทางของแผนกเคมีของเราเพื่อลดความแออัด แล้วก็มุ่งเจาะจงไปที่คนไข้ของคุณหมอปิติเพราะคุณหมอปิติท่านเป็นคุณหมอ ประจำอยู่ที่นี่ ซึ่งท่านสามารถตรวจได้ทั้งวัน แล้วก็จะนัดคนไข้ก็เลยมาแทนนัดเป็นภาคเช้า ภาคบ่าย ซึ่งภาคเช้านั้นนะเรา plan คนไข้ที่ได้ยาเคมี เพราะว่าในกลุ่มเนี้ยค่ะเขาต้องรับการตรวจเสร็จใช่ไหมคะ เขาต้องมาให้ยาเคมีซึ่งให้ยาเคมีแล้วแต่สูตรยาบางสูตรก็อาจจะครึ่งชั่วโมง 3 ชั่วโมง 5 ชั่วโมงซึ่งคนไข้จะได้ไม่เครียดด้านนี้ บางคนมาถึงมาจัดคิวแต่ก่อนมาจัดคิวแย่งจับคิวกัน แล้วก็พอตอนนี้รอจากการจัดคิวเทคโนโลยีของเราค่ะ ก็ไม่มีคิวแล้วคนไข้ก็มีภาคเช้านัดมาภาคเช้า คนไข้ก็จะมาตรวจมาตรวจภาคเช้าใช่ไหมคะสำหรับคนไข้ที่ให้ยาเคมีหรือต้องนอนโรงพยาบาล ส่วนภาคบ่ายนั้นเราจะนัดในกลุ่มที่จะต้องรับยาชนิดรับประทานไม่ว่าจะเป็นฮอร์โมนหรือยามุ่งเป้านะคะ เคมีเม็ดอะค่ะ เคมีเม็ดฮอร์โมน ยามุ่งเป้าต่างๆ แล้วก็ตรวจติดตามอาการนะ บางคนก็นัด 3 เดือน 6 เดือนค่ะ แล้วก็มีปรึกษาเคมีครั้งแรกสำหรับคนที่ consult มาใหม่ เราจะนัดเป็นกลุ่มภาคบ่ายคะก็ช่วยได้เยอะเลยนะคะ เพราะคนไข้ภาคบ่ายเขาก็ไม่ต้องมาแต่เช้า เพราะว่าสถานที่เราก็แออัดด้วย มีจำนวนที่นั่งเพียงแค่ 110 ที่นั่ง	มีการนัดตามเวลาเพราะมีเตียงจำกัด		โครงสร้าง: การบริการ

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		เท่านั้นคะ แต่ทางหน่วยงานเราก็ไม่ได้นิ่งนอนใจนะคะ ก็คือ พัฒนาควบคู่กันไปในการให้บริการนะคะ ก็มีการพัฒนาในหน่วยงาน คือ นัดภาคเช้าภาคบ่าย แล้วก็อีกสองปีเราplanที่จะย้ายห้องฉีด ย้ายไปอยู่ชั้น 6 ซึ่งในกลุ่มที่ว่า 80-120 เตียง ในกลุ่มที่ฉีดยาด้วยค่ะ ก็จะมีที่นั่งรอเยอะ เพราะห้องฉีดยาของเราจะอยู่ด้านใน ก็อีกสองปีก็ plan ที่จะย้ายไปอยู่ชั้น 6 ซึ่งปัจจุบันนี้เรามีเตียงฉีดยาแค่ 23 เตียง			
42-47	N 2:	ก็จะดูแลคนไข้ที่หลากหลาย อาจจะต้องมีการหยิบยืมมาตรฐานส่วนกลางมาใช้กับคนนี้ คนนี้อาจจะส่งศัลยกรรมมาค่ะ อย่างที่ตีกก็คือ ดูแลคนไข้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมานัดผ่าตัด ก็จะปฏิบัติตาม guideline ของ OPD ของเรา ก็จะคือแบบว่าก็ตั้งแต่แอดมิดเราทำอะไรอะไรอย่างเนี้ย ก็จะมีตัวชี้วัดกำกับด้วย แล้วก็หลังผ่าตัดก็จะมีการดูแลตามมาตรฐานการเหมือนกัน แล้วก็มีตัวชี้วัดกำกับ เพราะว่าก็จะมีการเก็บข้อมูลส่วนหนึ่ง คืนส่งให้ PCT brief ด้วยในเรื่องของการรวบรวมข้อมูลในเรื่องของการดูแลคนไข้ในกลุ่มนี้ที่ได้รับการผ่าตัดคะ	มีการดูแลรักษาผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Guideline)		โครงสร้าง: แนวทางการดูแลผู้ป่วย
53-61	N 2:	แล้วก็หลังผ่าตัดเสร็จก็จะมีในเรื่องของการสอนคนไข้ในเรื่องของการบริหารตามมาตรฐานของแพทย์ด้วย ในส่วนหนึ่ง แล้วก็ในเรื่องของการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มี D METHOD ด้วยค่ะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดภายใน 28 วัน ที่คนไข้อาจจะเป็นภาวะแทรกซ้อนหรืออะไรก็ตามเราก็จะดูแลค่ะ แล้วก็จะคอยติดตามการตัวชี้วัดตรงนี้ด้วยเช่นกันค่ะ แล้วก็ส่งต่อให้ COC ส่งข้อมูลในระบบ ในการตามเยี่ยมตั้งแต่หลังผ่าตัด แล้วก็กลับบ้าน ทาง COC เขาก็จะมีการ follow ข้อมูล พอมาถึง COC พอผ่าตัดเสร็จปุ๊บก็จะมีการ	วางแผนด้วย D-METHOD ในการวางแผนภายใน 3 วัน		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ส่งต่อมาในระบบ จะมีระบบ Consult ในโปรแกรมนะคะ เดียวก็จะลงไปดูภายใน 3 วัน ประกาศเวลาที่ 3 วัน			
674-676	N 4:	การรักษาของเราครบวงจร ทาง ward ให้การรักษาตามมาตรฐาน มีกระบวนการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้ระบบ paperless มีการประสานงานส่งต่อในระบบ	รักษาตามมาตรฐานแบบครบวงจร		
684-688	N 2:	ให้บริการแบบโรงพยาบาลตติยภูมิด้านโรคมะเร็งคือให้บริการตั้งแต่การรับส่งต่อจากเครือข่ายมารักษาโรคมะเร็ง และการคัดกรองมะเร็ง และให้บริการด้านวิชาการแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบ สำหรับในส่วนของการตรวจวินิจฉัยมีเครื่องมือการวินิจฉัยที่ทันสมัยและครบถ้วนสำหรับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง มีเครื่องมือการรักษามีให้บริการรักษาทั้งรังสี เคมี ผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ โดยมีแพทย์เฉพาะทางแทบทุกสาขา ยกเว้น มะเร็งในเด็ก มะเร็งโลหิต	มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยและครบถ้วน		โครงสร้าง: วัสดุอุปกรณ์
12-20	N 3:	คือ cancer anywhere คือ โดยทั่วไปเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในเพราะฉะนั้น บริบทของ OPD ข้างนอกเราก็จะไม่รู้คะ ว่าเป็น case ที่ว่าเขามาจากนอกเขตแล้วมา request ที่เราโดยตรง ตรงนี้ก็ไม่รู้เลย แต่ case ที่ดูแลในตึกส่วนใหญ่เนี่ย เป็น case ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจากโรงพยาบาลอื่นๆ เป็นส่วนใหญ่นะคะ ที่ได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลเรา เพื่อรักษาเฉพาะทางในเรื่องของรังสีรักษา เคมีบำบัด หรือฮอร์โมน ส่วน case ที่ walk in เข้ามาแล้ว แบบมีนัดคิวผ่าตัดที่เราเลยแล้วได้เกณฑ์ว่ารอคิวนัดภายใน 4 6 6 ผ่าตัดนี้คือ 4 week ตรงนี้ค่ะ เราไม่ทราบ แต่เขาบอกว่าถ้าเป็นคนไข้ที่มาเข้าคิวที่เราเลยเนี่ย รอคิว 4 week ของเราได้ตามเกณฑ์นะคะ ได้ แต่ถ้าเป็น case ที่เป็น	มีแนวทางการดูแลแบบตาม Service plan แบบ Cancer		โครงสร้าง: แนวทางด้านกระบวนการ

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		case ที่อื่น walk in เข้ามาแล้ว ได้รับการรักษาโดยรังสีหรือเคมี อาจจะไม่ได้ตามเกณฑ์ 4 6 6 โดยเฉพาะรังสีและเคมีบำบัดค่ะ	anywhere 4 รักษา 6 เคมี 6 รังสี		
22-26	N 4:	เป็นนโยบายของ service plan ค่ะ ที่นี้ service plan 4 6 6 เนี่ย หมายถึงว่าอย่างสมมุติ การเข้าตกลงกันใน service plan เรื่องมะเร็งนะคะ เขาก็จะกำหนดไว้ว่า 4 4 นี้คือ 4 สัปดาห์ 4 สัปดาห์นี้ คือ จะมีเกณฑ์ประมาณว่าตรวจตั้งแต่ผลตรวจ เจอผลตรวจอะไรอย่างเนี้ยค่ะ แล้วก็ได้รับการรักษาภายใน 6 สัปดาห์ รายละเอียดต้องๆ อาจจะต้องรบกวนพี่ไปหาอีกนิดหนึ่งคะ เพราะว่าแต่ละอันจะมี Criteria ที่ยิบย่อยเหมือนกันค่ะ			
30	N 2:	ตัวชี้วัดด้วยของประเทศ			
792-793	D:	ตั้งแต่มี cancer anywhere ใช่ไหม cancer anywhere ทำให้คนไข้เขาก็อาจจะสะดวกขึ้น ในแง่ว่าเขาอยากอยากไปรักษา			

หมายเหตุ: PCT ย่อมาจากคำว่า Patient Care Team หมายถึงทีมที่ดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

Cancer anywhere หมายถึง โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม

4 6 6 หมายถึง หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง จะต้องได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ หากต้องรับเคมีบำบัด ต้องได้รับภายใน 6 สัปดาห์ เช่นเดียวกับรังสีรักษา ที่ต้องได้รับภายใน 6 สัปดาห์ ด้วยเช่นกันตัวเลข 4-4-6 คือการวัดผลสัมฤทธิ์

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
1054	P 1:	ที่โรงพยาบาลนี้ ข้อแรกคือ หนึ่ง สะอาด	โรงพยาบาล สะอาด		โครงสร้าง: สถานที่
282-291	N 6:	ก็ปัจจุบันนี้เรามีระบบ cancer anywhere ถ้าหากว่าคนไข้คนไหนที่ผ่านระบบอีเมล์มา ถ้าหากจะกลับบ้าน อย่างหน่วยงานของเราเนี่ย เราก็จะมีจดหมายจากคุณหมอ จดหมายว่า อา ตอนนี้อะให้ยาเคมีครบแล้วนะ ทางประสานทางนู่น ก็มียา อย่างสมมุติบางราย จำเป็นต้องให้ยาต่อ หรือคนไข้สะดวกขอไปใกล้บ้านได้ไหม อย่างเช่นเมืองที่โรงพยาบาลต้นสังกัดอย่างพวกเครือข่ายพี่ๆที่ร่วมกับเราอะเนอะ อ่าบางโรงพยาบาลเขาก็อาจมียาต้านฮอร์โมน ซึ่งคุณหมอก็จะมีการให้ประสานนะคะ ว่าทางนู่นมียาชนิดนี้ไหม ถ้ามีก็โอเคตามที่คนไข้ร้องขอ อ่า ทีนี้คุณหมอมีจดหมายให้ไปแล้ว ทางเราก็ให้ความไปติดต่อพร้อมกับระบบอีเมล์เนี่ยเราจะมีเอกสารให้หน่วยอีเมลของเรา หน่วยrefer ของเราที่เป็นศูนย์ส่งต่อซึ่งเขาจะนำเอกสารต่างๆให้คนไข้สแกนให้ไปทางต้นสังกัดเพราะว่าเดียวจะมีคนไข้คนนี้นะ เอ่อชื่อนามสกุลนี้ยังไงคะ ตามต้นเอกสารที่เขาทั่วไปอ่ะค่ะ ว่าจะเดี๋ยวจะไปติดต่อซึ่งก็จะไปเจอกัน	Cancer anywhere การส่งข้อมูลผ่านอีเมล์		โครงสร้าง: แนวทางด้านการสื่อสาร

408-420	**N 4:**	การติดต่อตอนสื่อสารตอนนี้ไม่ค่อยมีปัญหาค่ะ อย่างสมมุติว่านอกจากจะเป็นข้อมูลแล้วบางทีก็ยังมีกลับมาที่ ward บ้าง เพราะว่า ด้วยความที่เป็นตึกสามัญนะคะ บางครั้งก็ไม่มีญาติเพราะฉะนั้นเวลาที่เราทำอะไรกับคนไข้ มันก็จะมีการสื่อสารกับญาติ คือระหว่างที่ดูคนไข้เนี่ย มีข้อมูลอะไรบางอย่างอยู่ที่ต้องสื่อสารทางญาติเนี่ย เขาก็จะมีเบอร์โทรเราแหละ นอกจากที่จะติดต่อบูรณ์แล้วบางครั้งอ่ะติดต่อกับเราได้ตลอดอย่างเงี้ยอาจารย์ แล้วก็เวลาเราจำหน่ายไปมีเบอร์โทรศัพท์ให้ค่ะก็สามารถติดต่อได้ นอกนั้นหลังๆเราก็ไม่ค่อยเจอภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดแล้ว ก็น่าจะเป็นเรื่องของการให้ข้อมูลเทคนิคต่างอะไรนานาเรื่องพวกนี้ก็จะไม่ค่อยไม่ค่อยเจอแล้ว แล้วจะเป็นเพื่อที่เทคโนโลยีเราก็สื่อสารอะไรมันก็ค่อนข้างดีขึ้น แต่ก็อาจจะมีบ้างเล็กน้อยอย่างที่บูรณ์บอกนะคะ ที่ติดต่อสำรอง	มีเบอร์โทรศัพท์ให้ผู้ป่วยติดต่อหลังจำหน่าย		โครงสร้าง: การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย

บรรทัดที่	**ลำดับคน**	**คำสนทนา**	**ดัชนีที่ 1**	**ดัชนีที่ 2**	**ตัวแปรที่ศึกษา**
1064	**P1:**	พยาบาลทำอะไรจะบอก ส่วนมากจะมีคนเข็นไป ผมก็ไม่ได้ไปหรอก	ทำกิจกรรมอะไรจะแจ้งผู้ป่วย		
1069	**P3:**	พอไปรับ เขาก็บอกว่าเรียกชื่อ เขาก็ไปฉายแสง			
319-334	**N 6:**	ในชุมชนเองนะคะ อย่างยกตัวอย่างนะคะ บางเคสใช่ไหมค่ะ บางทีทุกวันเนี่ยคนไข้บางทีก็อาจจะอยู่ในเลือดต่ำเกร็ดเลือดต่ำตรงเนี่ย หรือในบางกรณีคนไข้ที่ต้องฉีดยาต่อเนื่อง อย่างเม็ดเลือดขาวต่ำ หมอจะให้ฉีดยาพวกออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) ซึ่งเป็นยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว ซึ่งเราก็จะมี อ่า จดหมายพร้อมยา ไปให้คนไข้กลับบ้านไปเข็มโดสแรกฉีดที่เราแล้วเราจะมีคำแนะนำว่าให้ไป	มีจดหมายส่งตัว		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ฉีดโรงพยาบาลใกล้บ้านอีกสองเข็มนะ หมอให้ฉีด 3 เข็ม วันนี้ฉีด 1 เข็ม อีกสองเข็มไปฉีดใกล้บ้าน ซึ่งเราจะมีจดหมายพร้อม ก็จะมีบางรายที่ แล้วเราจะมีเบอร์โทรให้ติดต่อด้วยในจดหมายค่ะ ก็จะมีกรณีแบบนี้ โรงพยาบาลใกล้บ้านโทรมาหาเราเหมือนกัน โทรมาว่า ยาตัวนี้ ยาอะไร ซึ่งเราก็มีอยู่ว่ายาอะไร มันก็คือสามารถคุยกันได้ค่ะ เพราะว่าเราก็ไม่ได้ปิดกั้นก็โทรมาบางทีโรงพยาบาลใกล้บ้าน บางทีเขาก็ไม่รู้จักก็มีบ้างทีไม่รู้จักยากระตุ้นอะไร ซึ่งเราจะแนะนำคนไข้ไปด้วย เพื่อให้เขารู้ข้อมูลต่างๆเพื่อเดียวทำผิดพลาดก็จะไม่เกิดประโยชน์ เช่น ยาตัวนี้ห้ามแช่ แช่ช่องฟิทอะไรอย่างเนี่ย ให้ใส่น้ำแข็งช่องธรรมดานะ แล้วก็ฉีดก็จะมีทั้งพวกยาละลายลิ่มเลือดนะ ยาพวกกระตุ้นค่ะ บางทีบางโรงพยาบาลสมัยก่อนมีปัญหาบ่อยมากเลย โทรมาหาเราเสาร์อาทิตย์ยังดีที่น้องขึ้นเวรเข้าฉีดไปแล้วเข็มมันไม่ได้กะ ว่ายาตัวนี้ต้องฉีดอย่างไรยังไงอะไรอย่างเงี้ยหลากหลายเหมือนกัน ซึ่งเราก็ให้ข้อมูล คือเรามีเบอร์โทรศัพท์ให้กับคนไข้ไปด้วยติดไปในจดหมายก็ไม่มีปัญหา เพราะว่าเราจะมีสแตนด์บายเสาร์อาทิตย์ก็ยังมีน้องทำงาน ก็จะมีโทรประสานกันได้อยู่	และเบอร์ติดต่อให้หลังจำหน่าย		โครงสร้าง: การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย
1169	**P3:**	แต่ก็ดีนะ ใกล้วันนัด วันจะมาพยาบาลเขาก็โทรถาม	พยาบาลเตือนการตรวจตามนัด		
1172	**P1:**	ใช่ เขาโทรไปที่บ้านเลย			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
71-73	N 4:	ปัญหาเป็นเพราะว่าชุมชนส่ง อสม. ไปเยี่ยม แล้วบางพื้นที่ประกาศเสียงตามสาย แล้วก็เรื่องสิทธิผู้ป่วย ต้องถามคนไข้ก่อนว่า ยินยอมให้ส่งข้อมูลไหม ถ้าพยาบาลส่งข้อมูลไปรพ.สต. ก็จะมี อสม. กับพยาบาลไปเยี่ยมบ้านนะ	-เยี่ยมบ้านโดยใช้ อสม. -สื่อสารโดยใช้เสียงตามสาย	-การดูแล -การสื่อสาร	โครงสร้าง: การดูแลและการสื่อสาร
119-120	N 2:	ของ ward มีการตามตั้งแต่ ตามดูเยี่ยมที่บ้าน การทำงานด้านเอกสารเป็นแบบใช้ paperless	เอกสารเป็นแบบ paperless		โครงสร้าง: นโยบาย
1041-1044	R2:	ไม่ยุ่งยาก ตอนที่มาที่นี่ก็คือถือใบส่งตัวมา แล้วก็เค้าก็รับไว้ การให้บริการมีขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ถือใบส่งตัวมา ทางโรงพยาบาลก็ให้เจาะเลือด ตรวจอัลตร้าซาวด์ เอ็กซ์เรย์ใหม่ ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ คือถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น มารักษาผ่าตัดเต้านมที่นี่ มาตั้งแต่วันที่หนึ่งตอนเช้า ผ่าวันที่หนึ่งตอนเย็น	ใช้ใบส่งตัวมารับบริการ		กระบวนการ: ขั้นตอนการบริการ
1094	P1:	โรงพยาบาลบริการไว ตั้งแต่วันแรก	บริการรวดเร็วอย่างเป็นระบบ		
1045	R3:	มาครั้งแรกก็ต้องเอ็กซ์เรย์ใหม่อีกรอบหนึ่ง นัดมาใหม่ ตัดชิ้นเนื้อ ฟังผล แล้วนัดผ่าตัดเลย			
1039	P1:	อันนี้ก็ตามระเบียบ			
1040	P2:	ตามขั้นตอน			
1093	P3:	ดี แรกขึ้นไปเขาก็ช่างน้ำหนัก วัดความดันเลย			
1252-1253	P1:	โรงพยาบาลนี้เขาติดตามดี เพราะผมจะไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ นี้ผมไม่ได้ไปเพราะวันที่ 9 ติดเฝ้าไข้คนนี้	มีการติดตามผู้ป่วย		กระบวนการ: การบริการ

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
469-475	N 4:	กระบวนการตั้งแต่คนไข้เข้าตึกมาเริ่มรับการรักษาใช่ไหมคะ เราก็จะมีการรับคนไข้เข้าเตียงเข้าห้องเข้าเตียงเลยโดยมีการชั่งน้ำหนัก จากหน้าward ก็พาคนไข้ดูแลเข้าเตียงเรียบร้อยแล้วก็มีการประเมิน มี set OR เราก็ทำตามระบบตาม process ทั้งหมดจากหนึ่ง มาตรฐานในเรื่องของการดูแลตรงนี้ค่ะแล้วก็พอได้รับการผ่าตัดหลังผ่าตัดแล้วก็ดูแลตามมาตรฐานทุกอย่างก็จะมีตัวชี้วัดกำกับอยู่แล้วอ่ะค่ะ สุดท้ายแล้ว	มีการบริการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย		กระบวนการ: ขั้นตอนการดูแลแรกรับจนจำหน่าย
		ถ้าคนไข้แพทย์พิจารณาว่ากลับบ้านได้อะไรเงี้ยค่ะอันตรงนี้เราก็มี plan discharge ตั้งแต่แรกเราก็จะย้ำอีกครั้งหนึ่ง แล้วก็พอด้านการเงิน พอรู้ว่ามีออเดอร์ discharge เราก็จะมีการ อ่า ทุกวันนี้คือระบบมันจะเร็วขึ้น			
386-388	N 4:	แรกรับ อย่างของบริบทของหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบอยู่นะคะ ก็จะรับคนไข้ผู้ป่วยหญิงนะคะ อย่างคนไข้เต้านมเนี่ยคืออย่างที่กล่าวไปแล้วค่ะว่ามีทั้งฉายแสง ทั้งบริเวณหน้าอกเฉพาะทาง หรือว่า brain หรือว่า bone	มีการประเมินภาวะสุขภาพ		กระบวนการ: ขั้นตอนการดูแลแรกรับจนจำหน่าย (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
389-395	N 4:	คนไข้เข้ามาที่ตึกก็จะประเมินสภาพคนไข้นะคะ health assessment ตามแบบแผนของกอร์ดอนนะคะ ประเมิน PS ประเมินความเจ็บปวดนะคะ ประเมิน nutrition นะคะทุกอย่างรอบด้าน ถ้าเขามีปัญหาอย่างเช่น เคส bone metastatic เนี่ยค่ะ เขาจะมีปัญหาเรื่องปวด ถ้าเราประเมินได้มีอาการปวดเนี่ย อ่า เราก็จะรายงานแพทย์ แล้วถ้าแพทย์เขาให้ยาแล้วเนี่ยมันไม่สามารถที่จะแบบ control ได้ตามที่เป้าหมายเงี่ย ก็อาจจะต้อง Consult pain clinic ซึ่งเราก็มี pain clinic ที่คุณหมอวิสัญญีเนี่ยท่านเป็นประธานนะคะ อ่า แล้วก็กรณีเคส palliative หรือว่า brain metastatic คะ			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
148-149	**N 2:**	มีคะ มีบันทึกการวางแผนการจำหน่ายในระบบคอมพิวเตอร์แบบ checklist ในลักษณะ D METHOD	บันทึกการวางแผนการจำหน่ายในระบบคอมพิวเตอร์		
397-401	**N 4:**	อ่าหมอให้ consult palliative care นะคะ เพื่อ advance care plan นะคะ หรือว่า Family meetingก็จะประสานแล้วก็ส่ง consult ไปที่ทีม palliative นะคะ เขาจะมีทีม palliative care เนี่ย ลงมาที่ตึกเลยค่ะ แล้วก็มาดูแลมา พูดคุยกับคนไข้มา Family meeting กับคนไข้ ประมาณนี้ค่ะอาจารย์ ก็จะมีระบบระบบที่วางกันไว้นะคะ แต่ถ้าเป็นเคสศัลยกรรมเนี่ย ก็เนี่ยค่ะส่งต่อ	มีการประสานงานกับทีมประคับประคอง		

หมายเหตุ: PS ย่อมาจาก Pain score หมายถึง ระดับความเจ็บปวด

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
136	**N 4:**	D-METHOD ทาง ward ก็ทำ	มีการวางแผนการจำหน่ายตาม D-METHOD	มีการวางแผนการจำหน่ายทุกวัน	กระบวนการ: การวางแผนการจำหน่าย (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
137	**N 2:**	ทาง ward เขาต้องทำ ปกติแล้ว			
151	**N 3:**	ค่ะ เรามีติ๊กถามทุกวัน ถามแล้วก็มีการประเมินแผนทุกวัน			
154-155	**N 2:**	คนไข้ผ่าตัด mastectomy นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 7 ถึง 10 วัน โดยเฉลี่ย 10 วัน คะ การผ่าตัดเต้านมไม่ค่อยมีปัญหา	ระยะการรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม 7-10 วัน		
133-135	**N 3:**	ก่อนกลับบ้านคืนก่อนเราจะให้ข้อมูลเขาคะ ในเรื่องของการดูแลตัวเอง คือ ถ้าเขามีอาการหรือว่ามีอะไรที่ผิดปกติ ก็สามารถที่จะมาก่อนนัดได้ นอกจากที่มี	มีการวางแผนการจำหน่ายตาม		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ตามนัดตามที่ข้อมูล กรณีคนไข้ผ่าตัดเนี่ยนะคะเราก็จะมีคู่มือให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวแจกผู้ป่วยทุกรายนะคะ	D-METHOD		
476-486	**N 5:**	คือ เราก็จะส่งเบิกยาให้คนไข้ แล้วก็การคิดเงิน การคิดเงินคือในระบบมันจะง่ายขึ้นกว่าแต่ก่อนที่รวดเร็ว พอน้องเสมียนก็จะรวบรวมค่าใช้จ่าย เพราะว่ามันถูกบันทึกสะสมมาทุกวันที่สะสมในระบบอยู่แล้วนะคะ ทีนี้ก็ก็จะปริ้นท์ใบออกมาตรวจสอบซ้ำอะไรเงี่ย ก็จะไม่มีอะไร ได้ยาก็พร้อมคิดเงิน ถ้าคนไข้และญาติหรือญาติไปเคลียร์เงินเรียบร้อย แล้วก็จำหน่ายเลย อันดับแรกก็ลืมถามไปถามเขาว่าเขาสะดวกกลับตอนไหน หลังจากที่มีออเดอร์ discharge นะคะ ก็จะไปถามก่อนว่า อ่า สะดวกกลับเวลาไหนคะอะไรเงี่ย ถ้าเขาบอกว่าเช้านี้แหละ เราก็จะได้ตัดเวลาเพื่อคิดเงิน เพราะว่าถ้าเลยจากนั้นเวลาที่กำหนด จะถูกคิดเงิน ตามระบบนะคะ ระบบตรงนี้ถือว่ารวดเร็ว หลังจากที่ที่เขาได้อยากได้อะไร เราก็จะมีใบประเมินค่ะประเมินความพึงพอใจของคนไข้ทุกรายร้อยเปอร์เซ็นต์ค่ะ ก็จะมีการประมวลข้อมูลรวบรวมข้อมูลไปประมวลที่ศูนย์ HA ของเรา ในการ รายงานข้อมูลทุกเดือนนะคะ ว่าอัตราความพึงพอใจของภาพรวม IPD OPD เป็นยังไง แต่ว่าก่อนถึงมือเขาก็ดูทุกครั้ง เออ โอเคเขาก็เขียนชื่นชม	การจำหน่าย		กระบวนการ: ขั้นตอนการจำหน่าย (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
169-170	**N 4:**	ต้องถาม OPD แต่ว่าในส่วนของ ward นะ เวลาจำหน่ายทุกครั้งเราก็จะมีนัดหมายแล้วก็แนะนำเรื่องของวันนัดนะคะ และให้มาเวลาใกล้เวลาตามที่พิมพ์คะ			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
121-122	N 3:	COC ก็จะตาม ตามเกณฑ์ของ PCC ค่ะแต่ละโรคหลักค่ะ ว่าให้ส่งเยี่ยมนะ COC จะเป็นคนตาม	การติดตามผู้ป่วย		กระบวนการ: ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
36-42	N 3:	ส่วนใหญ่ที่ดูแลเป็น case รังสีค่ะ รังสี จะเป็น case อาจจะมาฉายแบบ local เนอะ ที่ chest wall คะ หรือเป็น case ที่ prognosis คือ Metastatic ไปที่ bone แล้วก็ brain นะคะ ในบริบทที่รับผิดชอบอยู่เป็น case รังสีและเคมีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนเคมีเนี่ย ก็ตอนนี้จะเป็น case one day จะให้ยาสูตร Paclitaxel มานอน 6 ชั่วโมงแล้วจำหน่าย ส่วนถ้าเป็นเคสศัลยกรรมเนี่ยจะไม่ได้อยู่ตึกหนูแหละ จะไปอยู่ตึกของคุณลาวัลย์นะคะ ถ้า Case กลุ่มผ่าตัดเนี่ยเขาจะมีไปถึงส่งต่อ ไป COC ซึ่งคุณสมบูรณ์ก็เป็นผู้รับผิดชอบ อันนี้ก็ ส่วนคุณวิลัยเนี่ยจะดูแลทุกอย่างเลยค่ะ รังสีเคมีและศัลยกรรมพิเศษนะคะ	การดูแลผู้ป่วยหากผ่าตัดจะส่งต่อไป COC		
748-752	D:	ครั้งแรกที่คนไข้มา ก็จะต่างกับคนไข้อีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเขาส่งตัวมาแต่ว่าโรงพยาบาลที่เขาส่งตัวมายังไม่ได้อยู่ในเครือข่ายที่ทางอีเมลเรา อย่างนี้เขาก็จะไม่ได้พบหมอตั้งแต่ครั้งแรก ไม่ได้พบหมอเฉพาะทางตั้งแต่ครั้งแรก เขาก็ต้องผ่านระบบหมอ referก่อน ซึ่งหมอ refer เขาก็จะเป็นคน screen ดูว่าข้อมูลอะไรครบหรือยังถ้ายังไม่ครบก็จะให้คนให้ดำเนินการให้ครบก่อนแล้วกลับมาพบ เราทีหลังอีกทีนึง	ผู้ป่วยที่มีใบส่งตัวแพทย์หน่วย refer เป็นผู้ตรวจ		กระบวนการ: แนวทางการรับย้ายและส่งต่อ
1041-1044	R2:	ไม่ยุ่งยาก ตอนที่มาที่นี่ก็คือถือใบส่งตัวมา แล้วก็เค้าก็รับไว้ การให้บริการมีขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ถือใบส่งตัวมา ทางโรงพยาบาลก็ให้เจาะเลือด	ขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ตรวจอัลตร้าซาวด์ เอ็กซ์เรย์ใหม่ ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ คือถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น มารักษาผ่าตัดเต้านมที่นี่ มาตั้งแต่วันที่หนึ่งตอนเช้า ผ่าวันที่หนึ่งตอนเย็น			
1112-1113	P3:	ก็เขาส่งมาฉายแสงคือเขาให้เคมีที่โน้นแล้วก็ส่งมาฉายแสงที่นี่ 16 ครั้ง เดี๋ยวพรุ่งนี้ครบแล้วแหละ	มีใบส่งตัวมาฉายแสง		
103-111	N 2:	ถ้าตามนโยบายแล้วเนี่ยจริงๆ เราจะต้องเยี่ยมพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธาณสุขในพื้นที่เพราะว่าถ้าด้วยบริบทของเราเองเนี่ย เราจะต้องเป็นผู้ถ่ายทอด ผู้ถ่ายทอดไม่ใช่ลงไปแบบเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยโดยตรง การดูแลผู้ป่วยโดยตรงของเราจะดูแลภายในโรงพยาบาล แต่พอออกข้างนอกปั๊บเนี่ย เราจะต้องไปถ่ายทอดความรู้ให้กับ รพ.สต. แล้วเพื่อที่จะให้ผู้ดูแลต่อจากเราได้โดยเนี่ยค่ะ อันนี้คือ บริบทหลักของเราเลย แต่ทีเนี่ยพอช่วงที่ผ่านมาเนี่ย ก็ยากอย่างที่น้องบอกค่ะ แบบประสานกับทางเขาก็ยากเลยนะคะ แต่บางทีก็ไปเนอะ ก็ไปแล้วแต่ว่า คือด้วยความที่มะเร็งเนี่ยเป็นแค่ส่วนหนึ่ง ของบทบาทหลักเขา ก็จะเป็นแบบนี้ แต่ที่นี้พอตอนหลังๆ บางทีเราก็เยี่ยมเอง อะไรเองค่ะ แต่ criteria ในการเยี่ยมเราก็จะมี เหมือนเหมือนกันนะ COC เองก็มี criteria ว่าเคสไหนที่ต้องส่ง COC	เยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่สาธาณสุข	มีเกณฑ์การส่งต่อเยี่ยมบ้าน	กระบวนการ: เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยส่งต่อ COC (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
439	N 4:	เขาบอกว่าเดี๋ยวแอดมินจ่ายเคสเอง	มีการส่งข้อมูล		กระบวนการ: การส่งต่อ
63-69	N 2:	ค่ะ ก็จะไปดูคนไข้ เพื่อเตรียมคนไข้กลับสู่ชุมชน ก็จะไปดูว่า ผู้ดูแลเป็นใครกลับไปอยู่กับใคร ดูแลแผลจะทำอย่างไร อยู่ใกล้สถานีอนามัยไหน อยู่ใกล้ รพช. ไหน เตรียมคนไข้เตรียมผู้ดูแลเสร็จ พอคนไข้ discharge ก็จะส่งข้อมูล			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		เข้าโปรแกรมของเราอาจจะใช้โปรแกรมตามพื้นที่เขต 4 แล้วจะเป็น smart COC เราก็จะส่งเข้า smart COC เขต 3 จะใช้ Thai COC เขต 5 ใช้ Thai COC คือส่งตามบริบทของพื้นที่ที่เขาใช้โปรแกรมนั้น เพื่อให้เขาง่ายต่อการเข้าไปดู ที่นี้ของคนไข้มะเร็งเต้านมเนี่ย ตามที่เก็บรวบรวมข้อมูลมา ก็จะยินยอมให้ส่งข้อมูล 50% เพราะว่าเขาไม่ต้องการ ไม่ต้องการให้ชุมชนเยี่ยม	ในระบบ		ผู้ป่วย
205-218	N 6:	ซึ่งเรา plan จาก 23 เป็น 30 เตียงก็อาจจะเพิ่มได้บ้างไม่มากก็น้อย ส่วนที่หน่วยนี้ก็ยังเป็นที่ตรวจหน่วยตรวจเหมือนเดิม ซึ่งปัจจุบันเรามี 110 ที่นั่งใช่ไหมค่ะ ก็จะขยับขยายทุบตรงห้องฉีดยาก็เพิ่มที่นั่งพักคอยเป็น 150 จาก110 เป็น 150 เพราะเป็นขยับขยายพื้นที่นะคะ ก็คงจะดีขึ้น ส่วนในเรื่องการดูแลของเราเป็นหน่วยให้ยาเคมีแบบ OPD ให้เสร็จก็กลับบ้านนะคะ ก็จะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนมากสูตรยาของเราไม่ต้องมีดูแลอะไรต่อเนื่องเหมือนพวก conorectal cancer ส่วนมากให้เสร็จก็กลับบ้าน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเราก็ให้คำแนะนำคนไข้เพื่อการดูแลตัวเอง แนะนำทุกราย เขาก็จะมีแนะนำจากเภสัชเฉพาะราย แล้วก็มีคุณพยาบาลแนะนำเรื่องผลข้างเคียงต่างๆนะคะ ส่วนทางเราก็มีไลน์ ไลน์กรุ๊ปไลน์ของเรา ซึ่งเวลาคนไข้มีปัญหาต่างๆ จากผลข้างเคียงที่เขาเกิดสามารถทักไลน์มาได้ ถ้าหากไม่เป็นเรื่องเร่งด่วนนะคะก็ทักไว้เราจะมีแอดมินตอบกลับ	ขยายบริการและมีไลน์แอพพลิเคชันประสานกับผู้ป่วย		* กระบวนการ: การสื่อสารกับผู้ป่วย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล)

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ภายใน 24 ชั่วโมงนะคะ เพราะบางทีเจ้าหน้าที่ว่างจากงานประจำก็จะมาตอบ บางทีน้องก็จะออนไลน์ไปด้วยทำงานก็สามารถตอบได้ เพราะคนไข้จะได้ไม่กังวล แล้วก็ส่วนเรื่องเร่งด่วนเราก็จะมีช่องทางอีกช่องทางหนึ่ง คือ โทรศัพท์มือถือมาหาได้เลย ก็คือคนที่ทำงานก็มีหน้าที่รับโทรศัพท์ไปด้วย อันนี้ค่ะถ้าเพื่อเรื่องเร่งด่วนก็สามารถติดต่อประสานเราได้			
1179	P2:	ใบนัดทางอ่างทอง อ่างทองเขาก็ส่งต่อไป	การส่งต่อ		กระบวนการ: การส่งต่อผู้ป่วย
1181	P1:	คือ ทางเนี่ย รพ ส่งใบนัดไปที่อ่างทอง			
547-549	N 6:	ประคับประคอง นี้ในเขตไง เขตลพบุรีนะคะ แต่ถ้าไปกว้างขนาดนั้นเรายังไม่มีทีมใหญ่ ในหน่วยเยี่ยมบ้านของเราอ่ะค่ะ ส่วนมากในการเยี่ยมบ้านเขาจะใช้แค่ประคับประคอง palliative มากกว่า ใช้ก็วิธี tele med	การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง		กระบวนการ: การติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่าย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล)
77-83	N 3:	ใช่ค่ะ เพราะว่าเราจะโทรเยี่ยมภายใน หนึ่ง สัปดาห์ เราจะประกันเวลาว่าหลังคนไข้ discharge เราจะส่งข้อมูลภายใน 5 วันทำการ แล้วเราก็จะโทรเยี่ยม หนึ่ง สัปดาห์ หนึ่ง ครั้ง 1-2 สัปดาห์ค่ะอาจารย์ ภายใน 14 วันแรก หลัง discharge หนึ่งครั้ง ในรายที่มีปัญหาก็จะตามต่อ แต่ของมะเร็งเต้านมนี้ไม่ไม่เจอปัญหาผลข้างเคียง เพราะว่า คนไข้จะกลับมาฟังผลที่หนึ่ง ก็ สอง สัปดาห์แล้วก็จะมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้ต้องเต้านมเทียมอะไรอย่างเนี่ยค่ะ ก็เพราะว่าเราจะรู้ว่าแค่กลับวันไหน ก็จะบอกว่าถ้ามาหาหมอ แวะมาหาพยาบาลด้วยนะคะ แผลเขาก็ว่าจะดีแล้วอะไรแล้ว เราก็จะสอนในการใช้เต้านมเทียม เพื่อออกสู่สังคม	มีการโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
86-89	N 3:	เราจะให้เบอร์โทรติดต่อ เพราะถ้ามีปัญหาโทรหาเราได้ตลอด เพราะว่าเราเป็นหน่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้านนะคะ แล้วเขาก็จะมีเบอร์เรา ตอนที่เราโทรไปเยี่ยมอยู่แล้วเขาจะเซฟ เราก็จะมีไลน์ แล้วก็สถานที่ที่เขาจะไปหาคุณหมอเราก็จะแนะนำอยู่รพช. นี้ ต้องไป รพ. ชุมชน หรือถ้าสะดวกตรงไหนก็ สถานที่ใกล้เคียง หน่วยบริการที่ช่วยเขาได้เนี่ย ก็เป็นแนวทางช่วยเหลือ	หลังจำหน่ายให้เบอร์โทรติดต่อและไลน์		กระบวนการ: การติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่าย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล)
91-93	N 3:	สมัยก่อนๆโควิดนะคะ ก็จะลงเยี่ยม เราจะเยี่ยมบ้านด้วยนะคะ เยี่ยมบ้านในจากพื้นที่ รัศมี 50 กิโลเมตรเราจะมีเยี่ยม หลังผ่าตัดเต้านม ก็จะไปติดตามการบริหารแขนที่บ้าน ไปดูแผล ดูเรื่องการบริหารแขน คุณภาพชีวิตกิจกรรมที่ใช้ใช้แขนเป็นยังไง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เยี่ยมบ้านภายในรัศมี 50 กิโลเมตร		
95-97	N 3:	เราไปเยี่ยมเอง แล้วก็จะชวน รพ.สต.ข้างๆ ที่อยู่ในพื้นที่นั้นไปด้วย แต่ส่วนใหญ่ก็จะไม่สะดวกบางพื้นที่ก็จะส่งอสม. มาพาเราเข้าบ้านค่ะ แต่แต่ด้วยข้อจำกัด ด้วยว่าคนไข้ ไม่ต้องการให้ชุมชนรู้ หรือบางทีคนไข้ให้เราจอดรถห้ามเอารถเข้าไปในซอยนะ แต่ว่าให้เยี่ยม	การเยี่ยมบ้านมีทั้งอสม. และรพ.สต.		
512	N 3:	ไปต่อไม่ได้ ปัญหาคือเราอยากไร้รอยต่อค่ะแต่ชุมชนมีภาระงานมากไม่สามารถต่อให้ได้	เจ้าหน้าที่ชุมชนมีภาระงานมาก	ทีมโรงพยาบาลอยากไร้รอยต่อ	
431-437	N 4:	ภายในไม่มีปัญหาค่ะ เพราะว่าช่องทางการสื่อสารเราชัด ในกระบวนการของการ consult การเข้าไปดูแลการสื่อสารกับทีม แต่ที่นี้ในกระบวนการที่เราออกข้างนอกเนี่ย แบบสมัยก่อนนะคะทำCOC ไปแล้วก็จะเราอยากให้เขาได้รับเยี่ยม เราก็จะโทรไป ส่งคนไข้ไปในระบบนะคะ เขาก็บอกว่าส่งทิ้งไว้เลย	ช่องทางการสื่อสารในระบบส่งต่อทำให้ไม่ทราบการติดตาม		

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ค่ะเงี่ย งานเขาเยอะนะคะ เหมือนเราไปจี้เขา ต่อมาต่อมาเราก็จะส่งคนไข้ พอเราคนไข้ออก เพราว่ามัน alert			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ก็ส่งไว้ในระบบ ก็จะไม่ได้โทรไปบอกเขาทุกครั้ง เพราะว่า ฟังเสียงแล้วเขาไม่ปลื้มอะ ส่งไว้ในระบบเลยค่า นี่ค่ะ แล้วก็อีกอย่างตัวชี้วัดของเรา แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเขา			
126-127	N 3:	การติดตามคนไข้ได้ 95 % ที่เหลือบางคนให้เบอร์ไว้ โทรกลับแต่มันเป็นติดต่อไม่ได้ก็โทรไปอีกเบอร์หนึ่งก็ไม่ได้เหมือนกัน ก็เลยเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ lost ไป	ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้		กระบวนการ: การประสานเยี่ยมบ้าน
940	P1:	การให้บริการที่นี่ดี ดีมาก	ให้บริการที่รวดเร็ว และใส่ใจผู้ป่วย		ผลลัพธ์: การบริการ
985	P3:	ดี			
986	R3:	ก็ดีครับ			
1017	P1:	ไม่ไม่ ไม่ได้ช้า			
1019	P1:	บอก เข้ามาปุ๊บเลย เขาสนใจคนไข้			
1029	P1:	นี้ว่า อยู่มาหลายโรงพยาบาล ที่นี่บริการดี พูดจาดี			
945	P2:	อยู่นี้ 7 วันบริการดี พยาบาลสนใจคนไข้			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ก็ส่งไว้ในระบบ ก็จะไม่ได้โทรไปบอกเขาทุกครั้ง เพราะว่า ฟังเสียงแล้วเขาไม่ปลื้มอะ ส่งไว้ในระบบเลยค่า นี่ค่ะ แล้วก็อีกอย่างตัวชี้วัดของเรา แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเขา			
126-127	N 3:	การติดตามคนไข้ได้ 95 % ที่เหลือบางคนให้เบอร์ไว้ โทรกลับแต่มันเป็นติดต่อไม่ได้ก็โทรไปอีกเบอร์หนึ่งก็ไม่ได้เหมือนกัน ก็เลยเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ lost ไป	ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้		กระบวนการ: การประสานเยี่ยมบ้าน
1041	R2:	มาครั้งแรกก็ต้องเอ็กซ์เรย์ใหม่อีกรอบหนึ่ง นัดมาใหม่ ตัดชิ้นเนื้อ ฟังผลแล้วนัดผ่าตัดเลย			
831-837	D:	ใช่ แอพลิเคชัน LBCH ก็จะเป็นประวัติของเขาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เวลาเขาไปที่อื่น มีปัญหาอะไรก็สามารถที่จะเข้าแอพนี้ก็เปิดข้อมูลให้แพทย์ที่ดู ที่ที่ดูแลเขาอยู่ ณ ตอนนั้นก็สามารถเข้าไปอีกเข้าถึงข้อมูลของเราได้ว่าได้ยาเคมีอะไร สูตรอะไรไปบ้างอะไรอย่างเนี่ย ต้องมีสมาร์ทโฟน ถ้าเกิดคนไข้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน เขาก็ยังเข้าไม่ถึง ถ้าเกิดเข้าไป admit ก็ต้องขอประวัติจากเราไป ก็คือถ้าเขาเกิดต้องไป admit ในที่อื่น แล้วแพทย์เจ้าของไข้เขาต้องการประวัติการรักษา เขาต้อง ญาติก็ต้องมาขอประวัตินี้ แต่ถ้าเกิดเขามีแอพเนี่ยก็เปิดได้เลย ไม่ต้องมาที่เราก็ได้ ไม่ต้องเสียเวลา	ผู้ป่วยบางรายไม่มีอุปกรณ์สื่อสาร		ผลลัพธ์: การสื่อสาร
1158	P1:	โอเค	ผู้ป่วยมีความ		
1162	P1:	ใส่ใจ ก็จะชมว่าพยาบาลที่สนใจ			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		ก็ส่งไว้ในระบบ ก็จะไม่ได้โทรไปบอกเขาทุกครั้ง เพราะว่า ฟังเสียงแล้วเขาไม่ปลื้มอะ ส่งไว้ในระบบเลยค่า นี่ค่ะ แล้วก็อีกอย่างตัวชี้วัดของเรา แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดเขา			
126-127	N 3:	การติดตามคนไข้ได้ 95 % ที่เหลือบางคนให้เบอร์ไว้ โทรกลับแต่มันเป็นติดต่อไม่ได้ก็โทรไปอีกเบอร์หนึ่งก็ไม่ได้เหมือนกัน ก็เลยเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ lost ไป	ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้		กระบวนการ: การประสานเยี่ยมบ้าน
1046	P2:	อย่างมาฉายแสงเนี่ย ฉายจริงเกินครึ่งชั่วโมง แต่ว่าไปรอเนี่ยนานกว่าฉายแสงอีก	พึงพอใจต่อการบริการ		ผลลัพธ์: ความพึงพอใจต่อการบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		2 คำถาม: ท่านคิดว่ารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนควรเป็นอย่างไร			
		2.1 คำถาม: รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อควรมีลักษณะอย่างไร			
694-699	N 2:	1.มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานประสานร่วมมือการรับ ส่งต่อ หรือดูแลอย่างชัดเจน มีนโยบายและรูปแบบในภาพของเครือข่ายที่ชัดเจน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2. การดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย ควรเป็นความร่วมมือตั้งแต่ ต้นน้ำถึงปลายน้ำ 3. มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานประสานร่วมมือการรับ ส่ง ต่อหรือดูแลอย่างชัดเจน 4. ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยทีมการประสานระบบส่งต่อ สหสาขาวิชาชีพ 5. มีความชัดเจน เข้มแข็ง ทั้งรูปแบบโครงสร้างการดำเนินงาน ความเข็มแข็งของข้อมูล และองค์ความรู้ของต้นทางหรือผู้ส่งต่อ	ให้มีนโยบายรูปแบบเครือข่ายประสานงานด้วยเทคโนโลยีมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน		โครงสร้าง: แนวทางในการบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่าย
858-865	D:	คิดว่าถ้าเป็นในรูปแบบของแอพอะไรแบบนี่ย น่าจะดี ก็คือไม่ต้องลงทุนมากแล้วก็ใช้ ได้ง่าย ถ้าออกแบบรูปแบบมาให้มันสามารถใช้ได้ง่าย มันก็จะมีประโยชน์มากขึ้น แล้วถ้าเกิดเป็นจริงมันควรจะเป็นแอพซึ่งรวมก็คืออาจจะมาจากกระทรวง คนออกมาแล้วก็ให้ทุกคนทุกโรงพยาบาลใช้ร่วมกันอะไรอย่างเนี้ย ก็น่าจะเป็นจริงนั้นเป็นรูปแบบนั้น ไม่ใช่เพราะว่าต่างคนต่างทำอะไรเนี้ยซึ่งมันก็ทำให้มีอุปสรรคว่ามันก็อาจจะเข้ากันไม่ได้อะไรเนี้ย แอพระหว่างโรงพยาบาลนี้กับโรงพยาบาลนี้ คนละแบบกันมันก็อาจจะเข้าถึงมาอาจจะ	ใช้แอพพลิเคชัน		โครงสร้าง: รูปแบบแอพพลิเคชัน

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		เข้าถึงเข้ากันไม่ได้ก็อาจจะกลายเป็นอุปสรรคอะไรเนี้ยคือถ้าเป็นแอพ รวมที่ออกแบบมาสำหรับทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ มันก็น่าจะดีดีดีที่สุดนะ คิดว่า			
905-907	D:	แอพพลิเคชั่นที่ใช้ในการประสานงานมันก็ต้องใช้คนนะครับ ซึ่งก็อาจเป็นไปได้ก็ดี แต่ก็ต้องใช้ต้องการคนเพิ่มบุคลากรเพิ่ม ในการที่แผนกจะไปเยี่ยมบ้านไปเลยเนี้ย ซึ่งถ้าเกิดแบ่งพยาบาลไปเขา ภาระงานเขาเยอะอยู่แล้ว อันนี้มีเยี่ยมบ้านอีก			
909	D:	จริง ๆ มันก็คล้ายๆกับ tele med เหมือนกัน			
509-511	N 4:	คือจริงๆ ถ้ามันทำได้จริงเจตนาตามกระบวนการมันเป็นอีกทางแต่ว่ามันก็จะมีบางจุดอย่างที่บูรณ์บอก คือโดยระบบเชื่อม ระบบ seamless care เนี่ย เชื่อว่าตั้งแต่กระบวนการตั้งแต่เราไปจนถึงปลายน้ำ			
516-519	N 4:	control ไม่ได้ ถ้ามันสามารถแก้ตรงจุดนี้ได้ มันจะทำให้ลดภาระทุกฝ่าย โดยที่ว่ามีคนไข้เป็นศูนย์กลางอะไรอย่างเนี่ยค่ะ แล้วก็ในเรื่องของ Knowledge เรื่องของอะไรทั้งตัวคนไข้ทั้งญาติทั้ง ทีมปลายน้ำอย่างเงี่ยค่ะ มันก็จะน่ามันก็จะทำให้ดีขึ้น แต่ถ้าถามย้อนไปตั้งแต่อดีตอ่ะ มันก็ดีกว่าอดีตขึ้นมาแต่ก็ยังปฏิเสธไม่ได้ว่ามันไม่ไร้ มันไม่มีรอยต่อมันก็ยังคงมีอยู่	ใช้แอพพลิเคชัน		โครงสร้าง: รูปแบบแอพพลิเคชัน
647	N5:	มันต้องเป็นโมเดล			
879-881	D:	การเชื่อมโยงส่งต่อคนไข้ มันก็น่าจะเป็นไปได้ ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารด้วย ก็อาจจะเป็นแบบคอลเซ็นเตอร์ของอะไรประจำโรงพยาบาล หรือว่าคอลเซ็นเตอร์ส่วนกลางของกระทรวงอะไรเงี่ย อันนี้ ไม่แน่ใจว่าต้องเป็นรูปแบบไหน	รูปแบบเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วย		โครงสร้าง: รูปแบบการส่งต่อ
701	N 4:	มีผู้รับผิดชอบในการส่งต่อ ติดตามผู้ป่วย ใช้ไลน์	ให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน		โครงสร้าง: บุคลากร

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
649	N 6:	พี่บูรณ์นี้เขาจะทำ เครือข่ายเนี่ยค่ะเยี่ยมบ้านอยู่แล้ว จะได้ง่าย	เครือข่าย		กระบวนการ: เครือข่าย
569-572	N 4:	จากที่ผ่านมาทำ telemedicine ก็มีปัญหาในเรื่องของผู้รับบริการอ่า ระบบอินเทอร์เน็ตไม่มีโทรศัพท์ใช้เข้าระบบไม่ได้อะไรอย่างเนี้ยค่ะ เพราะว่าอย่างคนไข้ที่เรารับอ่ะ จะเป็นคนไข้ที่ low เทคโนโลยีแล้วก็ไม่มีตังค์ที่จะคิดอะไรอย่างเนี้ยค่ะ telemedicine ก็ไม่สามารถจะทำได้หรือเปล่าญาติไม่อยู่ค่ะ หลานไปโรงเรียนก็ tele ไม่ได้	ผู้ป่วยบางรายไม่มีสมาร์ทโฟน		กระบวนการ: วิธีการสื่อสาร
851-856	D:	ก็คือเข้าถึงง่าย คนไข้ใช้ได้ง่าย แต่จริงๆ คือ ที่เป็นแอพนี้ก็ถือว่าก็ง่ายนะฮะ มันก็เพียงแต่ว่าคนไข้บางคนเขาอาจจะไม่มีสมาร์ทโฟนใช้ มันก็อาจจะลำบากหน่อย เดี๋ยวนี้สมาร์ทโฟนมันก็ราคาไม่ได้แพงมากก็มีให้ใช้อยู่ อาจจะเป็นอุปสรรค ก็คือ ในคนไข้สูงอายุอะไรเนี้ย ซึ่งก็ยังเป็นคนไข้ ส่วนใหญ่ของเรา บางทีเขาอาจจะไม่ได้มีความคุ้นเคยเนี้ยกับสมาร์ทโฟนอย่างเนี้ย ก็อาจจะยากหน่อย แต่จริง ๆ มันก็มันก็เรียนรู้กันได้ ไม่ได้เกี่ยวกับว่าทำไม่ได้เลยอะไรอย่างเนี้ย	ให้สามารถเข้าถึงง่าย และใช้ได้ง่าย		
1199	P 1:	สื่อสารเข้าใจง่ายดี	จัดให้มีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย สะดวก		
577	N 4:	ใบสรุปการรักษาหลังจำหน่ายสำคัญเพราะเวลาป่วยไปใกล้บ้านทางชุมชนจะได้รู้	ให้ใบสรุปการรักษากับผู้ป่วยหลังจำหน่าย		กระบวนการ: การจำหน่าย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล)
701	N 5:	ควรให้มีการส่งข้อมูลในระบบ และให้มี group line และมีใบสรุปการรักษาหลังจำหน่าย			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
707-708	N 5:	ควรมีใบสรุปการรักษาหลังจำหน่าย คิดว่าสำคัญเพราะเวลาผู้ป่วย ป่วยหรือมีปัญหาไป รพ ใกล้บ้าน ทางชุมชน รพ ในชุมชน จะได้รู้			
		2.2 คำถาม: แนวทางการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อควรเป็นอย่างไร			
703-705	N 2:	1. การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเครือข่ายการสื่อสารข้อมูลมาใช้เป็นเครื่องมือ 2. มีการพัฒนาฐานข้อมูลที่เอื้อต่อการเชื่อมต่อหรือส่งต่อกัน 3. มีการเสริมสร้างความรู้และมีแหล่งองค์ความรู้ ให้แก่เครือข่ายผู้รับดูแลต่อเนื่อง 4. ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยทีมการประสานระบบส่งต่อ สหสาขาวิชาชีพ 5. มีความชัดเจน เข้มแข็ง ทั้งรูปแบบโครงสร้างการดำเนินงาน ความเข็มแข็งของข้อมูล และองค์ความรู้ของต้นทางหรือผู้ส่งต่อ	นำเทคโนโลยีและเครือข่ายการสื่อสารมาใช้ พัฒนาฐานข้อมูล เสริมสร้างความรู้ ให้แก่เครือข่าย	นำเครือข่ายการสื่อสารข้อมูลมาใช้เป็นเครื่องมือ	โครงสร้าง: แนวทางการบริการ
872-873	D:	แต่ในอนาคต อาจจะต้องเป็นแบบ แชทบอทมั้ง ก็คือแบบเอา AI เข้ามาใช้มั้งฮะ ต้องมีคนมาคอยตอบเลย			
913-917	D:	ก็คือ เช่น คนไข้สบายดีแล้วก็อาจจะต้อง บางคนต้องกินยาฮอร์โมนหลายปี ก็เขาอาจจะไม่จำเป็นต้องมาพบเราก็ได้ แบบ tele med ถ้าอาการเขาดีปกติดีอาจจะไม่ต้องพบแพทย์ก็ได้ก็ประสานกันผ่านทาง รพ.สต. หรืออะไรอย่างเนี่ยก็ดีนะฮะ ซึ่งตอนนี้ที่โรงพยาบาลเราก็อยากให้ทำ telemedicine มากขึ้นอะไรอย่างเนี่ย เราก็จะมี มีแอปของเราอยู่ก็เป็น tele med แต่ว่าทำไปรายเดียว			
879-881	D:	มีแอดมินในการแบบว่าคนไข้กลับบ้านไปแล้ว แล้วแบบเกิดมีข้อสงสัยหรืออาจจะมีปัญหามีภาวะแทรกซ้อน ก็โอเคนะฮะ แต่ว่ามันก็ต้องมีงบประมาณให้เขาอ่ะ เช่น ค่าเวร แอดมิน ค่าอะไรเนี้ย ซึ่งมันก็ต้องใช้เงินนะฮะ ถ้ามีได้มันก็โอเค เหมือนเป็นคอลเซ็นเตอร์ประมาณนี้			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
707	N 4:	มีการประสานงานกับชุมชนก็ดีคะ	การประสานงาน รพสต	นำเครือข่ายมาใช้เป็นเครื่องมือ	
1215	P1:	เพราะว่าทางนี้คงไม่ได้ประสาน			
1217	P1:	ถ้าประสาน รพสต ก็ดี ถ้าเขาดูก็ดี			
1232	P3:	ตอนนี้ยังไม่มี			
1224	P2:	พอเราคือเราอยู่ใกล้เขา เรามีอะไรก็บอกเขา แล้วเขาก็บอกทางโรงพยาบาลอีกที ตอนนี้ผมอนามัยก็ดีอย่างหนึ่ง ให้เป็นเบาหวาน ทางวิเศษส่งยาไปให้ เขาก็เอายาไปให้เราที่บ้าน	การประสานงาน รพสต	นำเครือข่ายมาใช้เป็นเครื่องมือ	โครงสร้าง: แนวทางการบริการ
1229	P1:	ไม่ต้องมารพ. เบาหวานคนพอเยอะ			
1231	P1:	ดี ส่งยาให้ยันบ้าน แต่ตอนนี้ไม่มี			
1249	P1:	ให้ ครบวงจรเลย	จัดให้มีบริการครบวงจร		
577	N 4:	ใบสรุปการรักษาหลังจำหน่ายสำคัญเพราะเวลาป่วยไปใกล้บ้านทางชุมชนจะได้รู้	ให้ใบสรุปการรักษากับผู้ป่วยหลังจำหน่าย		กระบวนการ: การจำหน่าย (ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)
640-645	N 6:	ใช่ๆค่ะ เพื่อความปลอดภัยซึ่งเอาใกล้ไว้ก่อน ก็ไม่อยากมาไกล บางบ้านอยู่กำแพงเพชร เพชรบูรณ์คนไข้เรา บางคนก็หลายคนหลายความคิดด้วยนะ บางคนก็ไม่รู้ว่าเอาโรงพยาบาลอื่นเขาดูแลได้ไหม หรือมานี้ก็ไม่ทัน ระหว่างทางไม่อยู่แล้ว เพื่อความปลอดภัย แต่คนไข้เขาก็ต้องการคำชี้แนะ หรือการปรึกษาทางด้านนี้นะ เพราะมันมีด้านนี้เดี๋ยวนี้มันวิวัฒนาการของเราเทคโนโลยีของเราก็	นำแอพพลิเคชันไลน์มาใช้		กระบวนการ: วิธีดำเนินการดำเนินงาน (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล)จัดให้มีการติดตามผู้ป่วยทาง group line

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
		พร้อมแล้วคนไข้ทุกวันนี้ใช้โทรศัพท์ที่สามารถเล่นไลน์ได้			
1246	P1:	ประสานผ่านมือถือ ดีนะ ก็ไม่ต้องมาเอง ไม่ต้องมาเองเสียเวลา			
1247	P2:	มีลูกสาวอยู่			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
909	D:	โอเค ประสานงาน โทรให้ทาง รพ.สต อสม. ไปแทน อย่างนั้นรูปแบบนั้นก็น่าจะโอเคนะ	การประสานงานกับ รพสต.		กระบวนการ: การติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่าย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล) จัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน
635-638	N 7:	ถ้าพูดถึง ถ้าทำได้มันโอเคกับชุมชนที่เขาส่งของเขาเป็นโรงพยาบาลต้นสังกัดแล้วก็คนไข้ขิงเราก็หลากหลาย ตามที่หน่วยของเราเป็นศูนย์โซนนี้ ก็จะมีหลากหลายฝ่ายถ้าทำได้ว่าโอเค เพราะว่าเขาสามารถปรึกษาจากทางในกรุ๊ปไลน์นั้นได้ ทั้งผู้ป่วย ตัวเจ้าหน้าที่เอง เพราะว่าทุกอย่างเพราะเขาก็ต้องการปรึกษาคนที่ใกล้ที่สุด			
1060	P1:	แต่ รพสต ไม่เคยมีการประสานงานนะ ถ้ามีก็ดี			กระบวนการ: การติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่าย (ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล) จัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน
1222-1223	P1:	พอเราคือเราอยู่ใกล้เขา เรามีอะไรก็บอกเขา แล้วเขาก็บอกทางโรงพยาบาลอีกทีตอนนี้ทางอนามัยก็ดีอย่างหนึ่ง ให้เป็นเบาหวาน ทางวิเศษส่งยาไปให้ เขาก็เอายาไปให้เราที่บ้าน	การประสานงานกับ รพสต.		
512	N 3:	ไปต่อไม่ได้ ปัญหาคือเราอยากไร้รอยต่อต่อค่ะแต่ชุมชน (รพสต.) มีภาระงานมาก ไม่สามารถต่อให้ได้			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
514	N 4:	ใช่ค่ะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เราแบบไป complaint ไม่ได้			
		2.3 คำถาม: ผลที่ได้จากการให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจะมีผลต่อท่านอย่างไร			
710	**N 2:**	1. ติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพมากขึ้น 2. ทำงานได้ครอบคลุมปัญหามากขึ้น	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเกิดผลดีต่อสุขภาพและลดค่าใช้จ่าย		ผลลัพธ์: รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
711	**N 4:**	รับผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลง			
1222-1223	**P1:**	พอเราคือเราอยู่ใกล้เขา เรามีอะไรก็บอกเขา แล้วเขาก็บอกทางโรงพยาบาลอีกทีตอนนี้ทางอนามัยก็ดีอย่างหนึ่ง ให้เป็นเบาหวาน ทางวิเศษส่งยาไปให้ เขาก็เอายาไปให้เราที่บ้าน			
889-895	**D:**	ก็น่าจะดีนะครับ อย่างน้อยคนไข้ก็มีความสะดวกมากขึ้น แล้วก็ ถ้ามีเจ้าหน้าที่หรือว่ามีคอลเซ็นเตอร์ หรือว่ามีแอดมิน คอยตอบก็น่าจะแบ่งเบาภาระของหมอพยาบาลไปได้ ในการตอบปัญหา หรือว่าไขข้อข้องใจเบื้องต้นสำหรับคนไข้ คนไข้ก็ไม่ต้องมาพบเราก่อนนัด โดยที่อาจจะไม่จำเป็นต้องมาพบเราก็ได้เลย เพราะผ่านแอดมิน บางทีแบบเป็นปัญหานิดๆหน่อยๆ เขาสงสัยเขาก็ต้องมาพบเรา ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่มีอะไรเลย เขาแค่ต้องการความมั่นใจ ต้องการคำยืนยันว่าไม่มีปัญหาอะไร ซึ่งถ้าเกิดเป็นรูปแบบ สามารถที่จะมีการทำได้เนี่ย ถามตอบได้ผ่านแอพ มันก็น่าจะดีขึ้น แล้วก็น่าจะสะดวกขึ้นคนไข้ก็ได้ประโยชน์	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเกิดผลดีต่อสุขภาพและลดค่าใช้จ่าย		ผลลัพธ์: ผู้ป่วยไม่เสียเวลา สะดวก ไม่ต้องมาพบก่อนนัดโดยไม่จำเป็น
923	**D:**	ก็ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายนู่นนี่นั่น เดี่ยวนี้เดินทางก็ลำบาก ค่ารถก็แพง ถ้ามีได้ ก็โอเค			

บรรทัดที่	ลำดับคน	คำสนทนา	ดัชนีที่ 1	ดัชนีที่ 2	ตัวแปรที่ศึกษา
1199	P1:	สื่อสารง่ายดี	สื่อสารได้ง่าย		ผลลัพธ์: การสื่อสารสะดวก
1244	P1:	ดีนะ ก็ไม่ต้องมาเอง ไม่ต้องมาเองเสียเวลา			
917-920	D:	ก็คือ หนึ่ง คนก็ต้องมีสมาร์ทโฟน และเขาก็สะดวก เวลาก็ต้องสะดวกตรงกับเรา แล้วก็ต้องมีสมาร์ทโฟน ซึ่งต้องมีกล้องมีอะไรด้วย ก็อาจจะต้องมี ถ้าเกิดเป็นผู้สูงอายุ ถ้าเกิดเขาไม่ได้ใช้เอง ไม่ได้เป็นอ่ะต้องให้อาศัยญาติ อาศัยลูกอาศัยอะไรช่วยช่วยทำให้อะไรเนี้ย แต่ถ้าเกิดมีได้ก็ดีนะฮะ มันก็เพิ่มความสะดวกให้กับคนไข้แล้วก็เราด้วย			

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางรภัทภร เพชรสุข

วัน เดือน ปี เกิด 26 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2510

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา 2529 -2532 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเตียน

2542 -2544 การจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2547 -2552 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การจัดการบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ

มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช