

**THE DEVELOPMENT OF THE ESSENTIAL LIVING SKILLS  
FOR SUCCESSFUL AGING AMONG THAI URBAN ELDERS**

**AIM-ON CHARRURANGSRI**

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF  
DOCTOR OF PHILOSOPHY (POPULATION EDUCATION)  
FACULTY OF GRADUATE STUDIES  
MAHIDOL UNIVERSITY  
2012**

**COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY**

Thesis  
entitled  
**THE DEVELOPMENT OF THE ESSENTIAL LIVING SKILLS  
FOR SUCCESSFUL AGING AMONG THAI URBAN ELDER**

.....  
Mrs. Aim-on Charrurangsri  
Candidate

.....  
Assoc. Prof. Praphaphan Un-Ob,  
Ed.D.  
Major advisor

.....  
Prof. Sasipat Yodpet,  
M.SW.  
Co-advisor

.....  
Assoc. Prof. Archanya Ratana-Ubol,  
Ed.D.  
Co-advisor

.....  
Lect. Jitsuda Limkriengkrai,  
Ph.D.  
Co-advisor

.....  
Prof. Banchong Mahaisavariya,  
M.D., Dip Thai Board of Orthopedics  
Dean  
Faculty of Graduate Studies  
Mahidol University

.....  
Asst. Prof. Teeradej Chai – Aroon, Ph.D.  
Program Director  
Doctor of Philosophy Program in  
Population Education  
Faculty of Social Sciences and  
Humanities  
Mahidol University

Thesis  
entitled  
**THE DEVELOPMENT OF THE ESSENTIAL LIVING SKILLS  
FOR SUCCESSFUL AGING AMONG THAI URBAN ELDER**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University  
for the degree of Doctor of Philosophy (Population Education)

on  
May 30, 2012

.....  
Mrs. Aim-on Charrurangsri  
Candidate

.....  
Assoc. Prof. Supavan Phlainoi,  
Ed.D.  
Chair

.....  
Assoc. Prof. Praphaphan Un-Ob,  
Ed.D.  
Member

.....  
Prof. Sasipat Yodpet,  
M.S.W.  
Member

.....  
Assoc. Prof. Archanya Ratana-Ubol,  
Ed.D.  
Member

.....  
Asst. Prof. Kiriboon Jongwutiwes,  
Ph.D.  
Member

.....  
Lect. Jitsuda Limkriengkrai,  
Ph.D.  
Member

.....  
Prof. Banchong Mahaisavariya,  
M.D., Dip. Thai Board of Orthopedics  
Dean  
Faculty of Graduate Studies  
Mahidol University

.....  
Assoc. Prof. Wariya Chinwanno, Ph.D.  
Dean  
Faculty of Social Sciences and Humanities  
Mahidol University

## ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my immense gratitude first and foremost to my dissertation committee for their guidance and support, namely the chairperson Associate Professor Dr. Praphaphan Un-ob, Professor Sasipat Yodpet, Associate Professor Dr. Archanya Ratana-Ubol, Dr. Jitsuda Limkriengkrai, Associate Professor Dr. Supavan Phlainoi, as well as Assistant Professor Dr. Kiriboon Jongwutiwas. Their kindness, patience and advice throughout the course of this research project has contributed tremendously to the successful completion of this dissertation.

Much appreciation also goes to every Faculty member in the Population Education Programme for their sharing of knowledge and advice. As the designated experts, Assistant Professor Dr. Wirathep Pathumcharoenwattana, Associate Professor Watthana Srisatwaja, and Assistant Professor Dr. Poonsuk Wechawithan, have provided the researcher with invaluable suggestions on the preparation of the questionnaire survey as well as the model programme of activities for the elderly.

This research project would not have been possible without participation of the elderly members of the two seniors' clubs at Phranangklaio Hospital and Pak Kret Hospital, the researcher feels indebted to their sharing time and opinions during the in-depth interviews and the subsequent questionnaire survey. In particular, Sanong Jullakathappa and Shongporn Saisuphan have kindly assisted the researcher throughout the process of data collection as well as offered several thoughtful comments and advice.

Last but not least, I would like to thank all of my teachers and friends for their moral support. If there are to be any merits in this work, I would like to dedicate them to my parents, husband, and family members who have been the inspiration and driving force through all these years.

Aim-on Charrurangsri

การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

A MODEL DEVELOPMENT OF REFERRAL SYSTEM AT GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTER

ธยา ศิระวัฒนชัย 5337551 PPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมชาติ ไตรภักยา, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน), กำธร ตันดิวิทยาพันธ์, พ.บ., ว.ว.(วิสัญญีวิทยา)

#### บทคัดย่อ

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสาธารณสุขหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง โดยมีการส่งต่อข้อมูลอาการและเอกสารสำคัญ เพื่อการรับบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาของทุกประเทศ อันเกิดจากความไม่พร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่ ระบบขั้นตอนที่ซับซ้อนยุ่งยาก การวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง การทดลองนี้ เพื่อพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ สิ่งที่ทดลองคือ รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น นำไปทดลองที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นเวลา 3 เดือน ในช่วง 1 มิถุนายน 2555 ถึง 31 สิงหาคม 2555 โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ งานส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดในช่วง 1 เดือน ก่อนทดลอง 12 ครั้ง และในช่วง 1 เดือนหลังทดลอง 12 ครั้ง ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่เป็นผู้บริหาร 13 คน ผู้ปฏิบัติงาน 72 คน และผู้ป่วยหรือญาติ 24 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึกเหตุการณ์ แบบบันทึกการประชุม เปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้วยค่าสถิติพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา ค่าสถิติที่ ค่าสถิติแปรที่ ค่าสถิติวิลค็อกซัน และค่าสถิติแมนวิทน์นัย ที่ระดับแอลฟา 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 6.72 เป็น 10.47 ครั้ง/10,000 คน-วินาที อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 7.73 เป็น 12.92 ครั้ง/10,000 บาท; ความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวันเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 98.51 เป็น 98.61 ความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เพิ่มขึ้น ( $p < 0.001$ ) ความพึงพอใจ ทั้งของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย/ญาติ เพิ่มขึ้น ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , และ  $p = 0.048$  ตามลำดับ); ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งต่อผู้ป่วยลดลงจาก 135 เหลือเพียง 52.5 นาที ต้นทุนในการให้บริการลดลงจาก 3,017.91 เป็น 2,318.33 บาท/รายรูปแบบงานส่งต่อที่พัฒนาขึ้น ได้นำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนหลัก และจัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วย ที่ช่วยให้การปฏิบัติงานส่งต่อชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง; บรรยากาศการทำงานเสมือนทีมครอบครัวเดียวกัน; การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย; และการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้เสนอแนะให้ดำเนินการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยควรศึกษาให้ครอบคลุมทั้งแนวไปและกลับ; พัฒนาระบบ IT ให้ครอบคลุมทั้งระบบ; พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับภาคเอกชน; พัฒนาระบบการรับปรึกษาหารือระหว่างโรงพยาบาล พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อแบบไร้สังกัด; จนได้รูปแบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นตัวอย่างของการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยที่ไม่ยุ่งยากและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การส่งต่อผู้ป่วย / การพัฒนาแบบ / งานประจำสู่การวิจัย / วิจัยพัฒนาเชิงทดลอง / คู่มือการปฏิบัติงาน

**A MODEL DEVELOPMENT OF REFERRAL SYSTEM AT GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTER**

THASA SIRAWATTANACHAI 5337551 PPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMCHART TORUGSA, M.D., M.P.H., THAI BOARD OF PREVENTIVE MEDICINE, KOMTHRON TANTIVITTAYATAN, M.D., THAI BOARD OF ANESTHESIOLOGY

**ABSTRACT**

The referral system is for the transferring of the patients from one health service institute to another health service institute along with the important information related to the condition of the patients for further investigation and continuing treatment. Emphasis is placed on the safety of the patients, every country faces this problem, due to the unreadiness of the personnel, equipment, facilities, or the difficulties & complexity of the system. This experimental development research, one group pre-test and post-test design was aimed at improving the referral system using existing resources. The experimental intervention was a working model developed by the researcher. It was implemented in the Golden Jubilee Medical Center for a period of 3 months during 1<sup>st</sup> June – 31<sup>st</sup> August 2012. The model had been adjusted on a regular basis by Management by Participation. The studied samples were the total of referred patients in 1 month during a pre-test period of 12 cases, and a post-test period of 12 cases including 13 administrators, 72 providers, and 24 patients/relatives. Data were collected from referral record forms, questionnaires, observation forms, incident record forms, and meeting records. Comparative analysis of the performances was by using descriptive statistics, content analysis; statistical t, paired t, Wilcoxon Signed Rank and Mann Whitney U at alpha 0.05.

The study found that after the experiment, the ratio of productivity/labor-forced was increased from 6.72 to 10.47 cases/10,000 man-second, the ratio of productivity/labor-cost was increased from 7.73 to 12.92 cases /10,000 baht, the correctness rate of preparation before daily operation was increased from 98.51% to 98.61%, the correctness rate using the standard procedure was increased ( $p < 0.001$ ), the satisfaction of administrators, providers and patients/relatives was increased ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$  and  $p = 0.048$  consecutively), average referring time used was decreased from 135 to 52.5 minutes, unit cost of service was decreased from 3,017.91 to 2,318.33 baht/case. The developed model applied related academic principles, using existing resources and was documented clearly. It was composed of 9 main activities. A work manual of operation was written to increase the consistency of the referral activities. The keys to success were the participation of all concerned personnel, the family-like working atmosphere, R2R, and the administrative support. Continuous improvement, comprehensive study (both forward and backward referring). IT integration into the system, networking with the private sector, developing inter-hospital consultation, and developing unlimited referrals were all recommended to get a better model to be a demonstrate able example of a highly efficiency R2R without difficulty.

**KEY WORDS: REFERRAL SYSTEM / MODEL DEVELOPMENT / R2R /  
EXPERIMENTAL DEVELOPMENT RESEARCH / R&D /WORK MANUAL**

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญรูป.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational).....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objective).....	5
คำถามการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis).....	6
ข้อตกลงในการทำวิจัย.....	7
ตัวแปรในการวิจัย (Research Variable).....	7
นิยามศัพท์ในการวิจัย (Definition of Terms).....	8
นิยามตัวแปรในการวิจัย (Definition of Variable).....	9
ขอบเขตการวิจัย (Scope of Research).....	17
กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework of Research).....	18
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย.....	19
2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัย.....	25
2.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการวิจัย.....	27
2.4 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป/ระเบียบวิจัยเฉพาะ/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b> วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 แบบการวิจัย.....	52
3.2 ประชากร (Reference Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Samples).....	53
3.3 การดำเนินการวิจัย.....	54
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments of Research).....	56
<b>บทที่ 4</b> ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น.....	61
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น.....	77
ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการสร้างเสนอแนวทางพัฒนา รูปแบบใหม่.....	93
ส่วนที่ 4 คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย.....	94
<b>บทที่ 5</b> อภิปรายผล.....	95
<b>บทที่ 6</b> สรุปผลการวิจัย.....	111
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	123
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	138
บรรณานุกรม.....	153
ภาคผนวก.....	160
ประวัติผู้วิจัย.....	227

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคลทั้งหมดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ..... 77
4.2	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ..... 78
4.3	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้ปฏิบัติงาน) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ..... 79
4.4	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้บริหาร) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ..... 81
4.5	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U Test 82
4.6	เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ ไปดำเนินการ... 85
4.7	เปรียบเทียบอัตราการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน/เวรของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ ไปดำเนินการโดยใช้ค่าสถิติ t-test 87
4.8	เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test..... 87
4.9	เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและครบถ้วนของกิจกรรมการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการโดยใช้ค่าสถิติ t-test..... 88
4.10	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test และ Mann Whitney U Test..... 89
4.11	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจและด้านต้นทุนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ paired t-test และค่าสถิติ t-test..... 90

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.12	สรุปการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้.....	91
6.1	เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U.....	114
6.2	เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการ บริการงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test.....	115
6.3	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ t-test, paired t-test และ Mann Whitney U Test.....	116

## สารบัญรูป

รูป		หน้า
2.1	องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ.....	26
2.2	ระดับของระบบบริการสุขภาพไทย.....	27

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า	
4.1	ผังการไหลเวียนของงานส่งต่อผู้ป่วย.....	72
4.2	รูปแบบเดิมงานการส่งต่อ (Refer out).....	73
4.3	รูปแบบใหม่เบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) งานการส่งต่อ (Refer out).....	74
4.4	รูปแบบใหม่ก่อนดำเนินการ (รูปแบบที่ 2) งานการส่งต่อ (Refer out).....	75
4.5	รูปแบบใหม่สุดท้ายหลังดำเนินการ (รูปแบบที่ 3) งานการส่งต่อ (Refer out).....	76

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational)

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในยุคปัจจุบัน ก่อเกิดนวัตกรรมที่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขสากล (Universal Public Health System) มีการปรับปรุงและพัฒนาบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชากรนานาชาติ (WHO, 2007) เพื่อบรรลุถึงการมีสุขภาพะที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ของประชากรทั้งปวง (รัฐธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลก: Constitution of the World Health Organization มาตรา 1, 2491) โดยเน้นถึงคุณประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นสำคัญ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) เพื่อให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข (คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 3) โดยยึดถือเอา “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549: 105) ซึ่งภาครัฐจำเป็นต้องบริหารจัดการและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน (Public Health Service Standard: PHSS) และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (Equity) ถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งปัจจุบันจัดตามระบบการแบ่งเขตรับผิดชอบ (Regional System of Health Care) โดยกำหนดให้ประชาชนไปเข้ารับบริการในเขตที่อยู่ของตนเป็นหลัก (Hill Burton, 1946) สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรให้สถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เกิดการเชื่อมโยงการให้บริการทั่วทุกภาคส่วน ให้เป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) โดยมีนโยบายหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน 3) ระบบการส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550) เกิดการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาลซึ่งมีกรอบแนวคิดพื้นฐานในหมวด 4 กล่าวว่า “การเข้าถึงบริการผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการรับไว้หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น 100%” (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่หนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกที่หนึ่ง เพื่อประโยชน์ในด้านการคุ้มครองผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและมีความปลอดภัยสูงสุด (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8, 2545) เน้นการให้บริการตามลำดับชั้นความสำคัญ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งแนวไปและกลับ โดยแต่ละส่วนงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ภายใต้การประสานงานที่ดี (วิยะดา จุฑาศรี, 2543) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์ และเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน (WHO, 2010)

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจะเห็นได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกิจวัตรประจำวันกับโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งทั่วโลก ด้านปริมาณ จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยระดับประเทศปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบว่าร้อยละของผู้ได้รับการส่งต่อในทุกระดับเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 4.98 5.06 5.15 (สาหร่าย เรืองเดช, สำนักนโยบายและแผน สปสช. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2552) และจากสถิติสัดส่วนเป็นการส่งต่อผู้ป่วยนอก (1 : 10000) ในปี พ.ศ.2549-2551 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.230 0.233 0.239 ตามลำดับ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ด้านคุณภาพบริการ สถานบริการมีระดับขีดความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน เกิดความไม่สมดุลในคุณภาพการบริการ (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552) ขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคนอื่น, 2546: 1-2) ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความซับซ้อนสูงยากต่อการรักษา ควรได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งการเข้าถึงโอกาสดังกล่าวเป็นไปได้ยากลำบากโดยเฉพาะตามชนบทห่างไกล การสื่อสารและการคมนาคมไม่สะดวก ขาดโอกาสแม้กระทั่งการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำ ระบบส่งต่อ (Referral system) จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อให้มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546: 50-56) ด้านเวลาในการบริการ พบว่า ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อนและเข้มงวดต้องใช้เวลาในการดำเนินงานนาน โอกาสในการเข้าถึงบริการล่าช้า (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2550) จากระยะทางในการเดินทางทั้งจากสภาพการจราจรที่ไม่เอื้ออำนวย ขาดความชำนาญด้านพื้นที่และวัฒนธรรมหรือธรรมเนียมปฏิบัติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (วิณา จิระแพทย์, 2550) ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ดังหวัง ภายใต้สิทธิประโยชน์ตามสโลแกนเดิม “30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ สโลแกนใหม่ว่า “บัตรเดียวรักษาทั่วไทย” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545: 25) โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการสถานพยาบาลได้ตามความต้องการของตนเอง (สปสช) อีกทั้งยังมีการประกาศ

รับรองสิทธิผู้ป่วย ของแพทยสภาและสภาสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ตามสิทธิที่สำคัญ 4 ข้อ ได้แก่ 1) สิทธิที่จะรู้ข้อมูลเพียงพอต่อการประกอบการตัดสินใจ 2) สิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการรับบริการ 3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยหรือคุณภาพจากการบริการ 4) สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายจากการบริการ (สุรชาติ ณ หนองคาย, 2540) ส่งผลต่อความต้องการของผู้ป่วยที่จะให้ส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่ต้องการเพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การเดินทางสะดวกสบาย โดยไม่คำนึงถึงระบบ กฎ ระเบียบ สิทธิต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย อัตราการฟ้องร้องด้านกฎหมาย ทั้งผู้ป่วยที่ต้องแบกรับความเสี่ยงการรักษา เนื่องจากแพทย์ก็ไม่ต้องการเสี่ยงในการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงจึงทำให้ภาวะ “การส่งต่อ” คนไข้ไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมมากกว่าเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า (สัมพันธ์ คมฤทธิ, 2554) ด้านเศรษฐศาสตร์ พบว่า ความไม่พร้อมทางด้านทรัพยากร เช่น อาการของผู้ป่วยที่พบสามารถตรวจรักษาโดยแพทย์ทั่วไปที่ผ่านมาตรฐานการเรียนการสอนจากข้อกำหนดของแพทยสภาแล้ว แต่ปัญหาข้อจำกัดด้านความพร้อมของทีมงานที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (สินธุ์ชัย แก้วกิตติชัย, 2544: 17 อ้างใน สมชาติ โตรักษา, 2548: 579) และภาระงานของบุคลากรแต่ละตำแหน่งเพิ่มมากขึ้นจากสถิติอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยในปี 2552 พบว่า แพทย์ 1: 3, 324 และพยาบาลวิชาชีพ 1: 624 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พร้อม ด้านอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ หรือแม้กระทั่ง อุปสรรคด้านการสื่อสาร ขันตอนระบบการให้บริการ (ณัฐปียา วิไลสวัสดิ์, 2550) ก่อให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสถานบริการ (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552) ว่า “ทำไม” จึงต้องส่งต่อผู้ป่วย “ทำไม” ไม่ดูแลผู้ป่วยเองหรือ แม้กระทั่งการไม่ยินยอมไปรับการรักษาต่อตามระบบเพราะกลัวปัญหาความยุ่งยากในการใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่าย (จिरพงษ์ อุทัยศิลป์, 2547: 12)

จากปัญหาที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วย ส่งผลกระทบในหลายส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว สูญเสียโอกาสในการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการที่เป็น ผู้ป่วยต้องแบกรับความเสี่ยงจากการรักษา เนื่องจากศักยภาพของแพทย์หรือโรงพยาบาลไม่พร้อมในการดูแลรักษา อาจเกิดความเสียหายสูงจากการรักษาจึงทำให้เกิด ภาวะ “การส่งต่อ” คนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่แพทย์/ผู้ป่วยคาดหวังว่ามีความพร้อมมากกว่า (สัมพันธ์ คมฤทธิ, 2554) โดยเฉพาะในกรณีที่อยู่ในระยะวิกฤตอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หรือเกิดความพิการทุพพลภาพ (นงนุช และคณะ, 2550) ทำให้เป็นภาระที่ยิ่งใหญ่ต่อครอบครัว สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแล เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวันอีกทั้งยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมด้วย ผู้ให้บริการ คือ ทีมสหสาขาทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ถูกตำหนิจากผู้ป่วยและครอบครัว สังคม ผู้บริหาร อัตราการฟ้องร้องด้าน

กฎหมายซึ่งถือเป็นแรงกดดันที่ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความเครียด ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากผู้ป่วยมีช่องทางร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ง่าย โดยเฉพาะถ้า “พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการ” ผ่านออกมาบังคับใช้คู่กับ “พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค” หน่วยงาน ขาดศรัทธา และความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการจากผู้รับบริการส่งผลให้ไปใช้สถานพยาบาลอื่น ๆ ทดแทน กระทั่งต่อการดำเนินกิจการและภาพลักษณ์ขององค์กร ประเทศชาติ เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและงบประมาณของประเทศเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม และไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้

ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกซึ่งเป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นในปี 2545 และเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2549 โดยจัดเป็นสถาบันทางการแพทย์ 1 ใน 4 แห่ง ของมหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มีการให้บริการโรงพยาบาลทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยตั้งเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) รองรับบริการผู้ป่วย 400 เตียง ปัจจุบันเปิดรองรับบริการผู้ป่วยได้จริง 38 เตียง (หอผู้ป่วยใน, 2554) ตั้งอยู่ติดกับถนนพหลโยธินสาย 4 จังหวัดนครปฐม จากสถิติมีจำนวนผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2552-2553 มีจำนวนทั้งหมด 174, 670 คน และ 237, 472 คน คิดเป็นอัตราจำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.95 และในปี 2553 อัตราการเจริญเติบโตของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 10 (สถิติของงานนโยบายและแผนศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, 2553) และยังพบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2552-2553 จำนวนทั้งหมด 322 คน และ 472 คน คิดเป็นอัตราจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46.6 จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นจัดได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งรูปแบบเดิมของระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมามีความยุ่งยาก ซับซ้อน การไม่มีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน ล่าช้าในการดำเนินงานจากข้อมูลพบว่านานที่สุดคือ 7 ชั่วโมง/ราย (ข้อมูลจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2552) ไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (งานพัฒนาคุณภาพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, 2554)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดอย่างหนึ่งคือการทำ Root Cause Analysis (RCA) หมายถึง การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2551) ซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหามาได้ตรงประเด็นตามเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยเริ่มต้นจากการวางระบบงานที่ดีตามหลักการบริหาร และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการวางแผนงานส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม เกิดกระบวนการ

ทำงานใหม่ได้รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่สมบูรณ์ ครอบคลุมส่งผลให้สถานพยาบาลต้องมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน (ทวิศักดิ์ รูปสิงห์, 2550)

ดังนั้นการบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน หรือต้องส่งต่อเมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วยหรือญาติโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2550) จะทำให้เกิดความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติของทีมบุคลากรซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการจัดบริการ คือส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการ (ชาญวิทย์ และคณะ, 2548)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จึงเกิดแนวคิดที่ต้องการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการส่งต่อของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้มีมาตรฐานครอบคลุมการบริการให้มีศักยภาพสูงยิ่งขึ้นสู่การเป็นเลิศ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะเริ่มวางรูปแบบงานส่งต่อที่ดีและเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติโดยการท้าวิจัยจากงานประจำ (R2R) อันก่อให้เกิดคุณค่าที่สำคัญที่สุดคือ “ความรู้จากการปฏิบัติ” “ความรู้โดยผู้ปฏิบัติ” “ความรู้เพื่อผู้ปฏิบัติทำประโยชน์แก่ผู้อื่น” เป็นการพัฒนางานประจำของคนทีละเล็กละน้อยต่อเนื่องไม่หยุดยั้งจนสามารถพัฒนางานนั้นได้เป็น “หลัก” หรือ “หลักการ” (วิจารณ์ พานิช, 2553 อ้างในจรรยาพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ, 2553: 4) ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อด้วยการท้าวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริง ๆ (สมชาติ โตรักษา, 2548) โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ อีกทั้งยังเป็นต้นแบบ (Role Model) ที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objective)

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ของงานส่งต่อผู้ป่วย ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างรูปแบบเดิม กับ รูปแบบใหม่ ในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ด้านปริมาณงาน
- 2.2 ด้านคุณภาพงาน
- 2.3 ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ
- 2.4 ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ
- 2.5 ด้านเศรษฐศาสตร์ในการส่งต่อผู้ป่วย

3. ศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการในการสร้างแนวทางและพัฒนา รูปแบบใหม่เบื้องต้น นำรูปแบบใหม่ที่ได้ไปทดลองใช้ดำเนินการในสถานการณ์จริง ให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

### คำถามการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานใหม่ ของงานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่มี ประสิทธิภาพ รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ เป็นอย่างไร

### สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

ผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตามรูปแบบใหม่ที่ได้ พัฒนาขึ้น ดีกว่า รูปแบบเดิม โดยพิจารณาจาก

1. อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้น
2. อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
3. อัตราความถูกต้องในการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันเพิ่มขึ้น
4. อัตราความถูกต้องในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
5. อัตราการความถูกต้องของการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
6. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยต่อรายลดลง
7. ความพึงพอใจของผู้บริหารที่มีต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
8. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

9. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มีต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
10. ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยลดลง

### ข้อตกลงในการทำวิจัย

1. ด้านปริมาณงาน ผู้วิจัยศึกษาในประเด็น เรื่อง อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย และอัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย
2. ด้านคุณภาพงาน ผู้วิจัยศึกษาในประเด็น เรื่อง อัตราความถูกต้องในการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน อัตราความถูกต้องในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย อัตราการความถูกต้องของการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย
3. ด้านเวลา ผู้วิจัยศึกษาในประเด็น เรื่อง ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยถึงนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทาง
4. ด้านเศรษฐศาสตร์ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในประเด็น เรื่อง ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยศึกษาโดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรกลุ่มเดียวกัน เฉพาะหน่วยงานภายในศูนย์การแพทย์ที่มีงานส่งต่อผู้ป่วย ภายในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

### ตัวแปรในการวิจัย (Research Variable)

**ตัวแปรต้น (Independent Variable)** คือ การดำเนินงานตามรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ โดยมีตัวแปรภายในของแต่ละรูปแบบเป็น 5 ด้าน คือ

1. รูปแบบการดำเนินงานของงานส่งต่อผู้ป่วย
2. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย
3. วิธีปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินงาน
4. วิธีการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงาน
5. สิ่งแวดล้อมขณะดำเนินงาน

**ตัวแปรตาม (Dependent Variable)** คือ ผลการดำเนินงานตามรูปแบบของงานส่งต่อผู้ป่วย จำแนกเป็น ตามรูปแบบเดิม และ ตามรูปแบบใหม่ โดยมีตัวแปรภายในของแต่ละรูปแบบเป็น 5 ประเด็น คือ

1. ปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วย
2. คุณภาพงานการส่งต่อผู้ป่วย
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจของผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย
5. ต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย

### **นิยามศัพท์ในการวิจัย (Definition of Terms)**

1. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก หมายถึง สถาบันทางการแพทย์ ในสังกัดของมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยจำนวน 400 เตียง ที่ตั้งอยู่ติดกับถนนพุทธมณฑลสาย 4 มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขในด้านการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู แบบแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือกผสมผสาน รวมทั้งงานบริการด้านทันตกรรมแบบครบวงจร ตามระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. ผู้ป่วยที่ต้องมีการส่งต่อ (Refer) หมายถึง ผู้ป่วยจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยตรวจโรคทั่วไป 1, 2 หน่วยไตเทียม หน่วยแพทย์ทางเลือกผสมผสาน หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูและหน่วยทันตกรรม แล้วมีข้อบ่งชี้จากแพทย์ผู้ดูแลวินิจฉัยว่า เกินขอบเขตที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกจะให้การดูแลรักษาได้ จำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วย/ญาติ มีความประสงค์จะขอย้ายโรงพยาบาล

2.2 ผู้ป่วยที่เข้ามานอนพักรักษาตัวเพื่อรับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกของหอผู้ป่วยใน 1, 2 แล้วมีข้อบ่งชี้จากแพทย์ผู้ดูแลวินิจฉัยว่า เกินขอบเขตที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จะให้การดูแลรักษาได้ จำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วย/ญาติ มีความประสงค์จะขอย้ายโรงพยาบาล

3. งานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก หมายถึง งานหรือกิจกรรมการดำเนินงานทั้งหลายที่นำมาใช้ปฏิบัติในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามลำดับเหตุการณ์ จำแนกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- 3.1 การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ก่อนเกิดเหตุการณ์ส่งต่อผู้ป่วย
- 3.2 การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนกระทั่งผู้ป่วย ออกจากหน่วยงานที่มีกิจกรรมงานส่งต่อผู้ป่วย
- 3.3 การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากหน่วยงานที่มีกิจกรรมงานส่งต่อจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง
- 3.4 การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทาง จนถึงการประเมินติดตามผลหลังการส่งต่อ อย่างน้อย 1 วัน
4. การทำวิจัยการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Continuous and Sustainable Working Improvement: R&D for CSWI) หมายถึง การทำวิจัย R&D เพื่อมุ่งเน้นให้งานนั้น ๆ ดียิ่งขึ้น และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืนตลอดไป
5. ปัญหาและอุปสรรค หมายถึง ข้อบกพร่องหรือข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นในระบบการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ส่งผลต่อการไม่สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์
6. ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและโอกาสในการพัฒนา หมายถึง การแสดงความรู้สึกริक्तอย่างอิสระเสรีของประชากรที่ศึกษา ที่มีต่อการปรับปรุง และแก้ไขปัญหาในงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

## นิยามตัวแปรในการวิจัย (Definition of Variable)

1. รูปแบบ หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (Working Model) เป็นลักษณะองค์ประกอบของรูปแบบ (Composition of model) และวิธีปฏิบัติของงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goal) ของการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย:-

1.1 หลักการของรูปแบบ (Principle of Model) หมายถึง สิ่งที่น่ามาใช้เป็นหลักการและแนวทางในการดำเนินงานทั้งหลายของรูปแบบตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 3 กลุ่ม คือ หลักวิชาการบริหารทั่วไป หลักวิชาการบริหารสาธารณสุข หลักวิชาการบริหารอื่น ๆ เช่น หลักการติดต่อสื่อสาร ฯลฯ

1.2 โครงสร้างของรูปแบบ (Structure of Model) หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย โครงสร้างด้านคน (Man) ด้านเงิน (Money) ด้านของ (Material) ด้านระบบงาน (Management) และมาตรฐานการปฏิบัติงานที่น่ามาใช้จริงในช่วงเวลาที่

ดำเนินงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ทั้งก่อนและหลังนำรูปแบบใหม่ที่ปรับปรุงพัฒนา มาทดลองใช้

1.3 วิธีการนำรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยไปดำเนินงาน (Implementation of Model) หมายถึง กระบวนการในการนำรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด

2 วิธีปฏิบัติในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ไปดำเนินงานจริง ในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน โดยวัดค่าแบบมาตรวัดระดับสัดส่วน (Ratio Scale) เป็นอัตราความถูกต้องของการปฏิบัติในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย

3 สิ่งแวดล้อมในขณะดำเนินงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เคมีและทางสังคม เช่น อุณหภูมิ แสงสว่าง กลิ่น เสียง รวมถึงนโยบาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และบรรยากาศองค์การ ฯลฯ ที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ไปดำเนินงานจริง ในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน โดยวัดค่าแบบมาตรวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นข้อมูลสิ่งแวดล้อมในขณะดำเนินงานของรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย

4 การดำเนินงานตามรูปแบบการบริการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการนำรูปแบบไปดำเนินงานจริงอย่างเป็นระบบครบวงจร ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประกอบด้วย กิจกรรม 9 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การเตรียมพร้อมก่อนให้บริการประจำวัน/แวร ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการให้บริการ ด้านเงินที่ต้องใช้ในการให้บริการ และด้านวิธีการปฏิบัติในการให้บริการ

4.2 การเตรียมความพร้อมก่อนจะเริ่มมีงานส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้น ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการให้บริการงานส่งต่อ ด้านข้อมูล และด้านเอกสารที่ต้องใช้ในการให้บริการ

4.3 การต้อนรับผู้รับบริการอย่างประทับใจตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ ด้านสถานที่ สะอาด ปลอดภัย โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ให้บริการ ด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และด้านสิ่งสนับสนุนการให้บริการเช่น อาหาร การติดต่อสื่อสาร ฯลฯ

4.4 การให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะเฉพาะแก่ผู้มารับบริการ อย่างเหมาะสม ทันทีที่ได้แก่ ด้านการให้บริการอย่างกระฉับกระเฉงว่องไว การบรรเทาความรู้สึก กระวนกระวายใจ ด้วยความห่วงใย ฯลฯ

4.5 การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้น จนครบถ้วนตามกระบวนการ และตามความต้องการของ ผู้มารับบริการ อย่างถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสมตามหลักวิชาการตามแต่ สภาพการณ์ ได้แก่

4.5.1 ด้านบริการหลักการเตรียมผู้ป่วยก่อนการนำส่ง การเตรียมข้อมูลและเอกสารสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล การตอบกลับ การส่งต่อผู้ป่วย การประเมินผลหลังการส่งต่อผู้ป่วย

4.5.2 ด้านบริการเสริมการประสานงานขอรถพยาบาลจากที่อื่น

4.5.3 ด้านบริการเฉพาะการจัดเตรียมความพร้อมของรถพยาบาล การจัดเตรียมบุคลากรทีมส่งต่อ

4.6 การให้บริการงานส่งต่อก่อนผู้ป่วยจะกลับออกไป ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก ด้านการเดินทางต่อ การนำส่งโดยรถพยาบาล

4.7 การดำเนินการหลังจากผู้มารับบริการกลับออกไปแล้วอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ด้านการลงบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน สมบูรณ์

4.8 การให้บริการติดตามหลังจากผู้ป่วยและญาติกลับออกไปแล้วอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ด้านการติดตามผลการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

4.9 การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน/เวร ได้แก่ ด้านการเก็บข้อมูล เอกสาร/อุปกรณ์ กลับสู่สภาพเดิมตามปกติ พร้อมใช้งานในครั้งต่อไป

5 ผลการดำเนินการในรูปแบบระบบการบริการ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานตามรูปแบบของระบบการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งก่อน และ หลัง การทดลอง โดยเปรียบเทียบใน 5 ด้าน รวม 8 ตัวชี้วัด ได้แก่

5.1 ด้านปริมาณงาน หมายถึง ปริมาณงานที่ทำในงานส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก วัดค่าเป็นมาตรวัดระดับสัดส่วน (Ratio Scale) เป็นอัตราส่วนปริมาณงาน โดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย คือ

5.1.1 อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ 10,000 คน-วินาที

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ A = อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วย ต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ 10, 000 คน-วินาที หน่วยวัดเป็น ครั้งต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ 10,000 คน-วินาที

B = จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการงานส่งต่อในแต่ละครั้ง  
ในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

C = จำนวนแรงงานผู้ให้บริการที่ใช้ทั้งหมดแต่ละครั้งใน  
ช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้คือ 10,000

5.1.2 อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ยต่อ  
ค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ 10,000 บาท

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ A = อัตราส่วนปริมาณงานการส่งต่อผู้ป่วย ต่อ  
ค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ 10,000 บาท หน่วยวัดเป็น ครั้งต่อค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ  
10,000 บาท

B = จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการงานส่งต่อในแต่ละครั้ง  
ในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

C = จำนวนค่าแรงงานผู้ให้บริการในแต่ละครั้งในช่วง  
เวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้ คือ 10,000

5.2 ด้านคุณภาพงาน หมายถึง ความถูกต้องของการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย  
วัดค่าเป็นมาตรวัดระดับสัดส่วน (Ratio Scale) เป็นอัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อน  
เริ่มปฏิบัติงานประจำแต่ละวัน ความถูกต้องของขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ไม่เกิด  
ภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาขณะส่งต่อ โดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย คือ

5.2.1 อัตราความถูกต้องในการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติ  
งานประจำวัน

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ A = อัตราความถูกต้องในการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน มีหน่วยวัดเป็น %

B = จำนวนรายการการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน ที่ตรวจพบว่าถูกต้องในแต่ละครั้งที่ทำ ในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

C = จำนวนรายการการเตรียมพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันทั้งหมดที่ตรวจสอบความถูกต้องในแต่ละครั้ง ทั้งหมดในช่วงที่วัดผลการดำเนินงาน

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 100

5.2.2 อัตราความถูกต้องในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ A = อัตราความถูกต้องในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย มีหน่วยวัดเป็น %

B = จำนวนรายการการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าถูกต้องในแต่ละครั้งที่ทำในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

C = จำนวนรายการการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ที่ตรวจพบว่าถูกต้องในแต่ละครั้ง ทั้งหมดในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 100

5.2.3 อัตราความถูกต้องของการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ A = อัตราความถูกต้องของการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยมีหน่วยวัดเป็น %

B = จำนวนรายการการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าถูกต้องในแต่ละครั้งที่ทำในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

$C$  = จำนวนรายการการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบว่า  
 ถูกต้องในแต่ละครั้ง ทั้งหมดในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

$D$  = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 100

5.3 ด้านระยะเวลาที่ใช้ หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อ  
 ผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาว่าต้องดำเนินงานส่งต่อ จนกระทั่งสิ้นสุด วัดค่าเป็นมาตรวัด  
 ระดับสัดส่วน (Ratio Scale) เป็นระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกกิจกรรม  
 การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย คือ

5.3.1 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times D}{\sum C}$$

เมื่อ  $A$  = ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย มี  
 หน่วยวัดเป็น นาทีต่อคน

$B$  = ระยะเวลาเป็นนาทีตั้งแต่เริ่มมีกระบวนการส่งต่อ  
 ผู้ป่วยจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

$C$  = จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ในช่วงเวลาที่วัดผลการ  
 ดำเนินงาน

$D$  = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 1

5.4 ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง ระดับความคิดเห็นในเชิง  
 บวกของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ที่มีต่อผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์  
 การแพทย์กาญจนาภิเษก วัดค่าเป็นมาตรวัดอันดับ (Ordinal scale) โดยการนำ Likert's scale 3 มา  
 ประยุกต์สองชั้นให้เป็นระดับช่วง (Interval Scale) 11 ระดับ ดังนี้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดให้มีคะแนน	= 0
ระดับความพึงพอใจน้อยให้มีคะแนนช่วง	= 1, 2, 3
ระดับความพึงพอใจปานกลางให้มีคะแนนช่วง	= 4, 5, 6
ระดับความพึงพอใจมากให้มีคะแนนช่วง	= 7, 8, 9
ระดับความพึงพอใจมากที่สุดให้มีคะแนน	= 10

โดยใช้แบบสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร คือ

5.4.1 ความพึงพอใจของผู้บริหารที่มีต่อผลการดำเนินงาน  
ส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times I}{C \times D}$$

เมื่อ A = ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้บริหารที่มีต่อผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย มีหน่วยวัดเป็น คะแนน

B = คะแนนความพึงพอใจของผู้บริหารแต่ละคนที่มีต่อการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

C = คะแนนเต็มความพึงพอใจของผู้บริหารแต่ละคนรวมทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

$$D = \text{ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้} = 1$$

5.4.2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีต่อการดำเนินงาน  
ส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times I}{C \times D}$$

เมื่อ A = ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่มีต่อผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย หน่วยวัดเป็น คะแนน

B = คะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการแต่ละคนที่มีต่อการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

C = คะแนนเต็มความพึงพอใจของผู้ให้บริการแต่ละคนรวมทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

$$D = \text{ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ ในที่นี้} = 1$$

5.4.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติที่มีต่อการได้รับ  
บริการส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum B \times 100}{C \times D}$$

เมื่อ A = ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยหรือญาติที่มีต่อผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย หน่วยวัดเป็น คะแนน

B = คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติแต่ละคนที่มีต่อการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

C = คะแนนเต็มความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติแต่ละคนรวมทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 1

5.5 ด้านต้นทุน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหมด วัดค่าเป็นมาตรวัดระดับสัดส่วน (Ratio Scale) เป็นต้นทุนในการให้บริการ โดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย คือ

5.5.1 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตรคำนวณ } A = \frac{\sum (B+C)}{D}$$

เมื่อ A = ต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย มีหน่วยวัดเป็น บาท ต่อ ราย

B = ค่าใช้จ่าย (ค่าแรงของบุคลากร/ค่าเสื่อม/ค่าวัสดุ ฯลฯ) ที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

C = ค่าใช้จ่าย (ค่าแรงของบุคลากร/ค่าเสื่อม/ค่าวัสดุ ฯลฯ) ที่ใช้ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งรวมทั้งหมดในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงาน

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อเปรียบเทียบ ในที่นี้ = 1

ทั้งนี้ขอขยายความหมายของค่า B, C, D ที่นำมาแทนค่าในสูตรดังนี้

B = ปริมาณที่ได้ในแต่ละครั้ง

เป็นค่าจำนวนปริมาณของสิ่งที่เป็นตัวหลักของดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานนี้ ที่วัดได้ในแต่ละครั้ง เช่น จำนวนปริมาณงาน จำนวนปริมาณความถูกต้อง จำนวนปริมาณวินาทีที่

ใช้ในการปฏิบัติงาน จำนวนปริมาณแรงงานที่ใช้ จำนวนปริมาณคะแนนความพึงพอใจ จำนวนปริมาณค่าใช้จ่าย จำนวนปริมาณผลได้ จำนวนปริมาณกำไร ฯลฯ จำนวนปริมาณนี้ จะเป็นตัวกำหนดหน่วยวัดของดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน และถ้าในช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงานนั้น มีการกระทำมากกว่า 1 ครั้ง ก็จะนำจำนวนปริมาณที่ได้ในแต่ละครั้ง มารวมกัน ตามเครื่องหมาย

$\Sigma$  ซึ่งแปลว่าผลรวม ที่ระบุไว้ในสูตรคำนวณ

C = ปริมาณทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

เป็นค่าจำนวนปริมาณของสิ่งที่เป็นตัวหลักในการกำหนดอัตรา หรืออัตราส่วน ของดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานในช่วงเวลานั้น เช่น จำนวนปริมาณคนที่ทำ จำนวนปริมาณวันที่ทำ จำนวนปริมาณเวลาเป็นวินาทีที่ใช้ในการจัดบริการทั้งหมด จำนวนปริมาณแรงงานเป็น “คน-วินาที” ที่จัดเตรียมไว้ในการให้บริการทั้งหมด จำนวนปริมาณคะแนนเต็มของความพึงพอใจทั้งหมด จำนวนปริมาณต้นทุน จำนวนปริมาณเวลาของคนที่สามารถปฏิบัติงานได้ จำนวนปริมาณเวลาของเครื่องมือเครื่องจักร (Machine-second) ที่สามารถปฏิบัติงานได้

D = ค่ามาตรฐานที่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบ

เป็นค่าตัวเลขที่กำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบค่าของดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน ให้มีฐานเดียวกัน ค่าตัวเลขนี้ อาจเป็น 1 เพื่อเป็น อัตราส่วนต่อ 1; อาจเป็น 100 เพื่อเป็น อัตราส่วนต่อ 100 หรือ ร้อยละ; อาจเป็น 1,000 เพื่อเป็น อัตราส่วนต่อ 1,000 เช่น อัตราเกิด อัตราตาย; อาจเป็น 10,000 เพื่อเป็น อัตราส่วนต่อ 10,000; เป็นต้น

### ขอบเขตการวิจัย (Scope of Research)

การวิจัยพัฒนาเชิงทดลองครั้งนี้ ทำการศึกษารูปแบบงานการส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีเป้าหมายที่จะศึกษาเฉพาะ หน่วยงานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยตรวจโรคทั่วไป 1 หน่วยตรวจโรคทั่วไป 2 หน่วยไตเทียม หน่วยกายภาพบำบัดและฟื้นฟู หอผู้ป่วยใน 1 หอผู้ป่วยใน 2 และหน่วยแพทย์ทางเลือก รูปแบบเดิม ช่วง Pre-test 1-30 พฤษภาคม 2555 โดยนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเป็นเวลา 3 เดือน ช่วงมิถุนายน 2555 - สิงหาคม 2555 ดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ และระยะ Post-test 1-30 กันยายน ในด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา สิ่งแวดล้อม กฎ ระเบียบ นโยบายและการหมุนเวียนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เป็นจริงเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

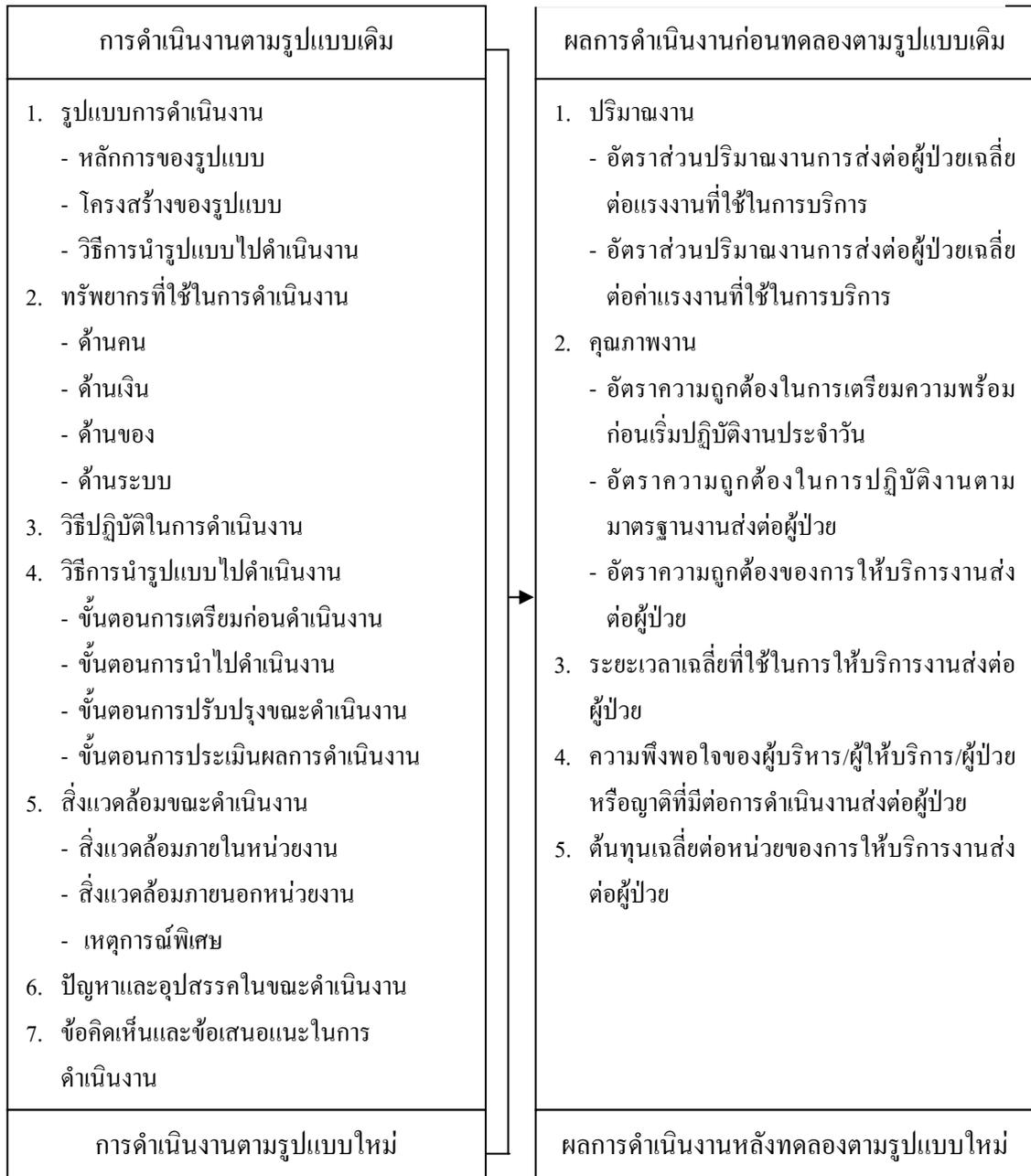
### กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework of Research)

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม

#### การดำเนินงานตามรูปแบบ

#### ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยจำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 2.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย
- 2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัย
- 2.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการวิจัย
- 2.4 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป/ระเบียบวิจัยเฉพาะ/งานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง

### 2.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย

#### 2.1.1 ความหมายของงานส่งต่อผู้ป่วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2550) กำหนดนโยบายหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน 3) ระบบการส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข (2545: 4) กล่าวไว้ว่า งานส่งต่อ หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งเพื่อไปรับการรักษาต่อที่อื่นอีกสถานที่หนึ่ง โดยสถานบริการสาธารณสุขเป็นผู้นำส่ง และต้องมีการติดต่อสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น และประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการล่วงหน้า เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขที่รับผู้ป่วยไว้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อได้อย่างสะดวก ถูกต้อง ปลอดภัยรวมถึงการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) กำหนดกรอบแนวคิดพื้นฐานในหมวด 4 กล่าวว่า “การเข้าถึงบริการผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการรับไว้หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น 100%”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2550: 395) กล่าวว่าไว้ว่า งานส่งต่อ หมายถึง การเชื่อมโยงการให้บริการทางด้านสุขภาพของแต่ละระดับเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสนับสนุนความสามารถในการเข้าถึงบริการตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง “ผู้ป่วย” และ “ข้อมูล” ปัญหาทางด้านสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ โดยต้องเป็นการส่งต่อสองทิศทางคือ ส่งไป-ส่งกลับด้วย

**สรุป งานส่งต่อ** หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งไปและกลับระหว่างสถานบริการสาธารณสุขที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เพื่อขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขที่คาดว่าผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลผู้ป่วยต่อได้อย่างสะดวก ถูกต้อง ปลอดภัยรวมถึงการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม มีการประสานงานการส่งให้เกิดความต่อเนื่องทั้งข้อมูลปัญหาทางด้านสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

### 2.1.2 ความเป็นมาของงานส่งต่อผู้ป่วย

จากหลักฐานบันทึกคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ทะเบียนและสถิติการแพทย์กองทัพบก เมื่อปี 2507 พรเพชร ปัญญาปิยะกุล และคณะ (2548: 6) พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยกระทรวงกลาโหมจัดระบบส่งต่อทหารกลับเข้ารับการรักษาในเมืองหลวง และ โครงสร้างระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2506 จนมีแบบฟอร์มรับ-ส่งผู้ป่วยที่ใช้มาจนถึงปัจจุบัน (วงศ์ โดยพิลา, 2535: 9) และมีการปรับปรุงพัฒนาตามลำดับ เพื่อให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นแกนหลักที่สำคัญ เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### **ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS)**

ประเทศที่พัฒนา เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย มีระบบการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะที่เรียกว่า รถพยาบาล (Ambulance) มานานกว่าร้อยปีแต่การจัดระบบการช่วยเหลือเริ่มต้นในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.1928 โดย Julian Wise ร่วมกับอาสาสมัครชื่อ Roanoke Life Saving and First Aid Crew ทำหน้าที่ออกช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ขนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะที่มีอยู่ส่งโรงพยาบาลจนเป็นที่ยอมรับของหน่วยราชการท้องถิ่นที่สนใจและให้การสนับสนุนซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการกู้ภัยและ EMS จนหลายประเทศได้นำแนวคิดดังกล่าวมาไปประยุกต์ใช้ โดยมีเป้าหมายคือการให้การักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็วมีคุณภาพ อันส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต พิกัด หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลลดลง

ประเทศไทยริเริ่มในปี พ.ศ.2480 โดยมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงส่งโรงพยาบาล บุคลากรที่เป็นอาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ไม่มีอุปกรณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ในปี พ.ศ.2513 มีการก่อตั้งมูลนิธิร่วมกตัญญูซึ่งมีการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันกับมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง นอกเหนือจากหน่วยกู้ภัยแล้วมีหลายหน่วยงานพยายามริเริ่มให้บริการ EMS แต่ประสบปัญหาจากกฎระเบียบของทางราชการ ทำให้การช่วยเหลือล่าช้าไม่มีประสิทธิภาพ ต่อมาปี พ.ศ.2520 กรมตำรวจจัดตั้งศูนย์รถพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ร้องขอมาทางโทรศัพท์ โดยการรวมศูนย์รถพยาบาลเข้ากับศูนย์ส่งกลับซึ่งเดิมทำหน้าที่ลำเลียงผู้บาดเจ็บจากสงคราม

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ ได้เริ่มจัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลราชวิถีเป็นแห่งแรกในปี พ.ศ.2532 เปิดดำเนินการบางส่วนในปี พ.ศ.2536 พร้อมทั้งบรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแพทย์พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) โดยเริ่มจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พ.ศ.2536 ต่อมากรุงเทพมหานครโดยวชิรพยาบาล ได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2537 ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่าง ๆ และกรมการแพทย์ได้เปิดศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร”อย่างเป็นทางการเมื่อ 10 มีนาคม 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บในพื้นที่ระยะไม่เกิน 15 นาที รอบโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งต่อมาได้มีการขยายพื้นที่บริการ จัดตั้ง “ศูนย์กู้ชีพนเรนทร” โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในปีถัดไป และได้มีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์กับกรุงเทพมหานครมีการจัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่และมีโทรศัพท์แจ้งเหตุ คือ 1669 และ 1554 ปัจจุบันภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีการบริหารจัดการและดำเนินการจัดสรรงบประมาณในอัตรา 18.09 บาทต่อหัวประชากร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ-สปสช., 2555: 24)

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรต้องพิจารณาองค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ จัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่สะดวกต่อการแจ้ง ต่อการเรียก ต่อการถ่ายทอดข้อมูล ต่อการช่วยเหลือที่รวดเร็วเหมาะสม การบริหารจัดการหน่วยบริการที่ต้องไปดูแลหรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นทุกพื้นที่ต้องมี ปัจจุบันใช้ระบบศูนย์รับแจ้งเหตุ ซึ่งประชาชนสามารถแจ้งเหตุได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ปฏิบัติงานโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สามารถให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ได้

2. ระบบการสื่อสาร คือจัดให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ควรมีความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลส่งถึงกันได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีช่องทางสำรองในกรณีที่การติดต่อสื่อสารในช่องทางหลักขัดข้อง ปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิดเปิดแบบ VHF ที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์

3. บุคลากรและการอบรม ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในระบบว่าจะกำหนดให้ใครทำอะไรตอนไหนอย่างไร ยึดบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมีการวางแผนในอนาคตเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งได้มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดี เป็นผู้มีความสำคัญในการฝึกอบรม การบริหารจัดการมาตรฐานระบบและประเมินผลบทบาทของบุคลากร

- พยาบาล ทำหน้าที่ เป็นผู้ให้บริการระดับสูง (ACLS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้ประชาชนทั่วไป พยาบาลที่ปฏิบัติงานนี้ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการ การลำเลียงขนย้ายการสื่อสารและการอบรมการช่วยฟื้นชีพขั้นสูง

- เวชกรฉุกเฉินในประเทศไทย มี 2 ระดับ ได้แก่ 1) เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-Basic) เป็นหลักสูตรที่พัฒนามาจากของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง 6 รุ่น จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2) เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate) หรือเรียกว่า เจ้าพนักงานกู้ชีพ ผ่านหลักสูตร 2 ปี สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้และมีบทบาทสำคัญในการช่วยหน่วยปฏิบัติงานระดับสูง

- ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First responder) ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิงหรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกๆ ที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ ควรผ่านหลักสูตรการอบรมพื้นฐานการปฐมพยาบาล ของกรมการแพทย์

4. กฎและระเบียบ ควรมีเพื่อควบคุมและรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ซึ่งอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข กฎระเบียบ และข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และ พ.ศ.2545 ฉบับที่ 2) ( ของกลุ่มงานกฎหมายและคดีกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พ.ศ.2548 และการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย กฎหมายในหลักการด้านสิทธิผู้ป่วย )Human right) ทางการแพทย์ สิทธิของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการควรรับทราบและเข้าใจในสิทธิพื้นฐานโดยผู้ให้บริการต้องตระหนักและเคารพไว้เสมอ คือ สิทธิผู้ป่วยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- สิทธิตามหลักสำนักงานประกันสังคม
- สิทธิตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน

(กพ)

- ระเบียบและข้อบังคับของศูนย์การแพทย์กาญจนา-

ภิเยก

5. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ตามแต่ละบริบทของพื้นที่ โดยต้องมีหลักการหรือเกณฑ์เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ มีคณะกรรมการกลางของแต่ละองค์กรในการปรับปรุงรายละเอียดให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

6. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาโดยตรง ดังนั้นการควบคุมสั่งการอย่างเป็นระบบผ่านทางวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ หรือผ่านทางเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order

7. การประเมินผล เป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย การออกปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ Advanced Life Support และ Basic Life Support

### 2.1.3 ความสำคัญของงานส่งต่อผู้ป่วย

ประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ.2545 กล่าวว่า ีว่า ระบบการงานส่งต่อภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงการรับ-ส่งต่อจากหน่วยบริการแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละแห่งมีระดับขีดความสามารถแตกต่างกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทดตติภูมิ และตติภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสมมีคุณภาพใกล้เคียงกันตามสภาพความรุนแรงและความซับซ้อนของการเจ็บป่วย ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขของโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการบริหารจัดการเครือข่ายการส่งต่อ ให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

1. สามารถส่งต่อจากหน่วยปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการที่รับส่งต่อภายใน 60 นาที

2. มีบริการส่งต่อทั้งไปและกลับภายในเครือข่ายหน่วยบริการ

3. จัดให้มียานพาหนะรับส่ง โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม

4. มีการส่งต่อเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจชั้นสูตรต่าง ๆ

5. การส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม

6. มีการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ

7. ยานพาหนะที่ใช้ในการรับ-ส่งต่อมีทั้งการใช้รถพยาบาล เรือ แพขนานยนต์ และเฮลิคอปเตอร์ ซึ่งยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้องตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ.2545 มีดังนี้

มีเปลนั่งและนอนสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การนำส่งโดยรถพยาบาล การจัดเตรียมความพร้อมของรถพยาบาล การจัดเตรียมบุคลากรทีมส่งต่อ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่เวรเปล การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ

8. พาหนะที่ใช้ลำเลียงหรือขนส่งในพื้นที่ปฏิบัติการทางบก และอุปกรณ์ขนย้ายลำเลียง ประกอบด้วย เตียงผู้ป่วยชนิดมีล้อ สามารถปรับศีรษะขึ้นลงได้ในระดับ 45-60 องศา มีสายยึดตรึงผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ตำแหน่ง มีเปลตัก (Scoop) แผ่นรองหลังขนาดยาว (Long Spinal Board) เปลือกคอชนิดแข็ง (Hard Collar) เปลือกตามแขน ขา พร้อมสายรัดตรึงที่ยึดศีรษะ

8.1 มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็น ได้แก่ ชุดใส่ท่อช่วยหายใจ ชุดช่วยหายใจ ชุดให้ออกซิเจน ชุดให้สารละลายทางหลอดเลือด เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องวัดความดัน หนูฟัง และเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

8.2 มีอุปกรณ์สื่อสารกับสถานพยาบาลระหว่างเดินทาง

8.3 มีขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรที่จะทำหัตถการได้โดยสะดวกพอควร

8.4 ยานพาหนะต้องได้รับอนุญาตตามประกาศและข้อกำหนดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

8.5 ยานพาหนะต้องมีความมั่นคงแข็งแรงและมีความสะดวกสบายต่อผู้ป่วยในการเดินทางไม่ทำให้โรคหรืออาการรุนแรงมากขึ้น

8.6 ยานพาหนะได้รับการบำรุงรักษาเหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างปลอดภัยและมีการควบคุมการติดเชื้อ

9. การเรียกเก็บค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อ ได้ระบุหลักเกณฑ์และอัตรา การจ่ายค่าชดเชยเพื่อการบริการสาธารณสุข ในหมวดของแนวทางปฏิบัติขอรับค่าใช้จ่าย กรณีมีการ ใช้รถพยาบาลหรือเรือในการนำส่งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายจริงเกิน 500 บาท สามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยได้ในอัตรากิโลเมตรละ 2 บาท (ประกาศปี 2548) และปรับเป็นกิโลเมตรละ 4 บาท ในปี 2551 โดยคำนวณตามระยะทางไป กลับของกรมทางหลวงในเส้นทางที่สั้นและตรง

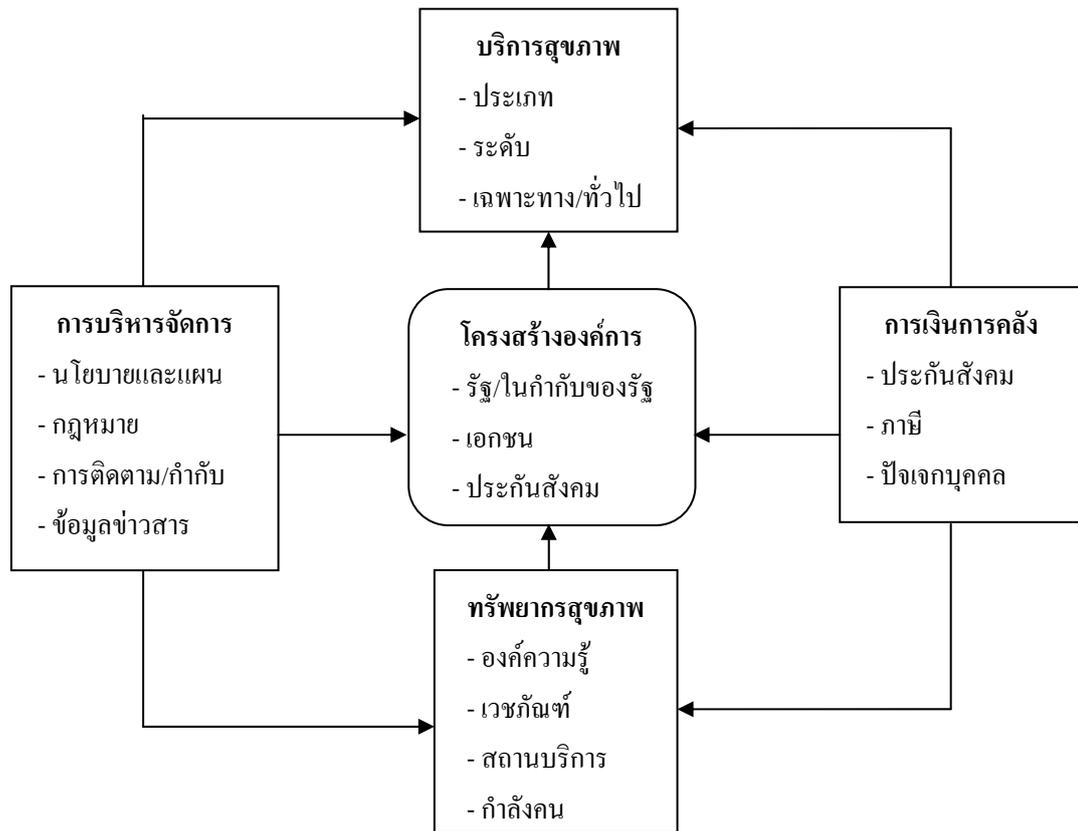
## 2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัย

ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2552) กล่าวว่า iva การส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อขอรับบริการ ทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและรับ การส่งต่อ ส่วนการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการสาธารณสุข หมายถึง “การส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับจากสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ” ซึ่งได้ให้เหตุผลความสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

สถานบริการสาธารณสุข มีระดับขีดความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน ปัญหา ความขัดแย้งด้านภาระงานของสถานบริการสาธารณสุขไม่สมดุล โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อ ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการประสานงานการส่งต่อให้เกิดความเข้าใจและ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการพัฒนาโครงสร้างการส่งต่อตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ เป็นระบบสนับสนุนบริการสุขภาพไทย ซึ่งกำหนดให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่ง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสค.) ในด้านความครอบคลุมทางการบริการ (Coverage) คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Quality of life) การเข้าถึงบริการของประชาชนดีขึ้น (Accessibility)

สมชาติ โตรักษา (2548:528) กล่าวว่า iva ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ และ แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้น สามารถจำแนกออกได้เป็น 7 ด้าน คือ ปัญหาอุปสรรค ด้านองค์การ ปัญหาอุปสรรคด้านทีมงานผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการและดำเนินการ ปัญหา อุปสรรคด้านผู้ปฏิบัติงานชุดเดิม ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ปฏิบัติงานชุดใหม่ ปัญหาอุปสรรคด้าน ลักษณะงานที่ต้องการให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคด้านเวลา และ ปัญหา อุปสรรคด้านอื่น ๆ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2548: 239) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพเมืองค์ประกอบ 5 ส่วน คือ 1) ทรัพยากรสุขภาพ 2) การบริหารจัดการ 3) โครงสร้างองค์การ 4) การเงินการคลัง 5) บริการสุขภาพ ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ

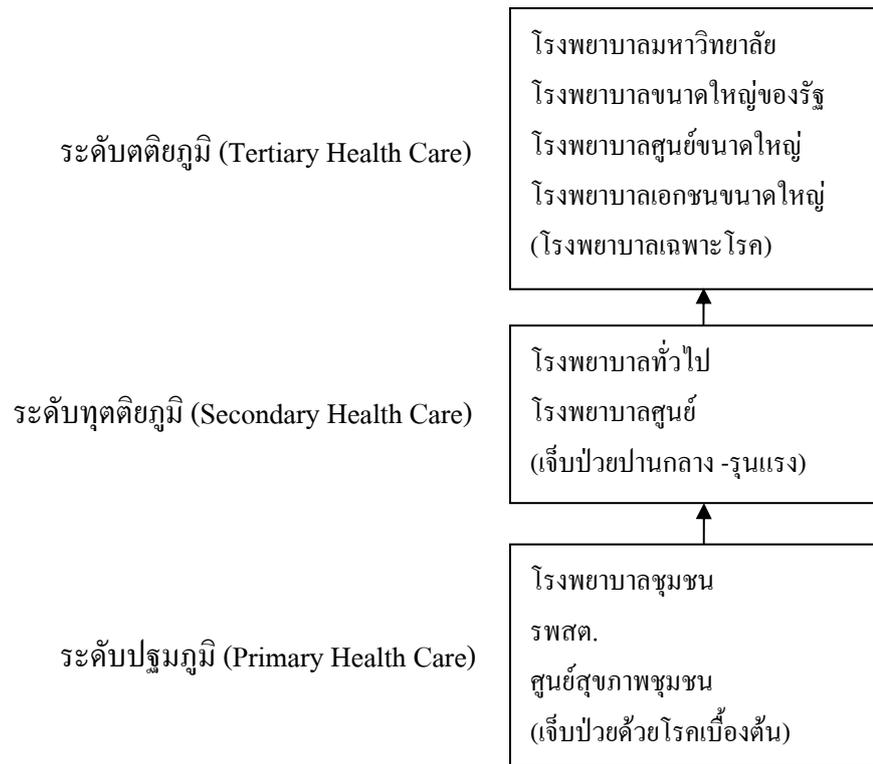
ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กระทรวงสาธารณสุข (2545:315) กล่าวถึงการจัดบริการสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำแนกสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์

ระดับทุติยภูมิ (Secondary Health Care) ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญทั่วไปและเฉพาะสาขา

ระดับตติยภูมิ (Tertiary Health Care) ดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้และทักษะชำนาญงานในระดับสูง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะสาขาอย่างครบถ้วน



**รูปที่ 2.2** ระดับของระบบบริการสุขภาพไทย

**ที่มา:** สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สมชาติ โตรักษา (2548:517,533) กล่าวไว้ว่า การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง(Continuing is a working process.) คือ กระบวนการ ที่ทำให้ “งาน” ทั้งหลาย เกิดความต่อเนื่องกันระหว่าง การดำเนินงานในรอบที่ผ่านมา กับ การดำเนินงานรอบต่อไป อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด คุ่มค่ากับสิ่งที่ได้ลงทุนลงแรงไปแล้วและช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนยิ่ง ๆ ขึ้นไป กิจกรรมนี้มุ่งที่จะ “เชื่อมต่อ” ให้การดำเนินงานของงานต่าง ๆ ที่จะต้องมีการดำเนินงานต่อ ๆ ไป เนื่องจากเป็นงานที่เป็นภารกิจหลักที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารหน่วยงาน องค์การ และประเทศชาติ

**2.3** วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการวิจัย

2.3.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต้น

2.3.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม

### 2.3.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต้น คือ การดำเนินการตามรูปแบบ

รูปแบบการดำเนินงาน

ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

วิธีปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินงาน

วิธีการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงาน

สิ่งแวดล้อมขณะดำเนินงาน

#### รูปแบบการดำเนินงาน

ความหมายของรูปแบบ

พัฒน์ สุขจันทร์ (2531: 117) อ้างใน กนกวรรณ สิ้นลักษณะทิพย์ (2553: 54) ให้ความหมายรูปแบบว่า หมายถึง ตัวแบบ ในการหาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมและแสดงถึงคุณสมบัติของสิ่งที่แทนที่อย่างถูกต้อง

ศิริรัตน์ จันทระโน (2537: 11) อ้างใน สมชาย พรหมมณี (2541: 10) ให้ความหมายรูปแบบว่า หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ตามหลักการ 2 ประการ คือ 1) หลักการของรูปแบบ 2) โครงสร้างของรูปแบบ รวมถึงวิธีปฏิบัติของกิจกรรมต่าง ๆ

สมชาติ โตรักษา (2548: 285) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หมายถึงรูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย (Working Model) คือ ลักษณะ องค์ประกอบของรูปแบบ (Composition of model) วิธีปฏิบัติของงานหนึ่งงานใด เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goal) ของการดำเนินงานนั้น (Working Model is the Principles, the Structure, the Characteristics, the Components, and the Implementation Methods of a work that lead to its ultimate goal) ซึ่งประกอบด้วย หลักการ 3 ประการ ได้แก่ หลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ

**1. หลักการของรูปแบบ (Principle of model)** หมายถึง (สิ่งที่นำมาใช้เป็นหลักการและแนวทางในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ซึ่งประกอบด้วยหลักวิชาการ (Academic Principles) จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ

*1.1 หลักวิชาการด้านการบริหารทั่วไป (Principles of Management)* จำแนกได้เป็น 7 หลักการ คือ

1) หลักการบริหารองค์การตาม POSDCoRB Model ของกูลิคและเออร์วิค (Gulick and Urwick) ได้สรุปกระบวนการบริหารงานตามขั้นตอน 7 ประการ ซึ่งเป็นหลักของผู้บริหาร ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดระเบียบองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสาน (Coordinating) การรายงาน (Reporting) และการงบประมาณ (Budgeting)

สมชาติ โตรักษา (2548: 3-6) ได้ให้ความหมายของการบริหาร ว่าหมายถึง กระบวนการที่ทำให้ “งาน” สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและสูงยิ่ง ๆ ขึ้นไป (Management is The Working Process to Achieve the most Efficiency Outcome of Work and the Better) การบริหารเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ (Science & Art) คือ เป็นศาสตร์ เนื่องจากมีหลักวิชาการ ที่ระบุแน่นอนชัดเจน สามารถพิสูจน์ได้ และเป็นศิลป์ เนื่องจากการนำไปใช้ให้เกิดผลที่ดีนั้นต้องอาศัยการฝึกฝน ทดลองใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดความชำนาญ สามารถนำไปใช้ได้ทันทีตามสถานการณ์ที่เหมาะสม เกิดความสง่างามเป็นที่ชื่นชมต่อผู้เกี่ยวข้องและผู้พบเห็น ความสำคัญของการบริหารจำแนกเป็น 5 ประการ คือ

การบริหาร เป็นสิ่งจำเป็นในทุกองค์การ ในงานทุกชนิด ทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนตนและส่วนรวม

การบริหารช่วยให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เป้าหมาย (Goal) เป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ กล่าวคือได้ผลของการดำเนินงานที่ดี ได้แก่ ได้ปริมาณงานดี ได้คุณภาพงานดี เป็นที่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพสูง (ประโยชน์สูงสุด)

วัตถุประสงค์ (Objective) สิ่งที่ต้องการจะทำ กล่าวคือ “ต้องการทำงาน” โดยต้องระบุ 4W 1H ได้แก่ ต้องการทำงานอะไร (What) ต้องการทำงานที่ไหน (Where) ต้องการทำงานเมื่อไร (When) ต้องการทำงานกับใคร (Who) ต้องการทำงานอย่างไร (How)

การบริหาร ช่วยให้ “เกิดและรักษาสมดุล” ระหว่างความต้องการ วัตถุประสงค์และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Stake-holder)

การบริหาร ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

การบริหาร เป็นวิชาชีพ (Professional)

ปิยธิดา ศรีเดช (2552: 1) กล่าวว่าไว้ว่า การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในอันที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์เดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ได้แก่ คน เงิน สิ่งของ และวิธีการปฏิบัติงาน อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดโดยผ่านการวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำการปฏิบัติ (Leading) การควบคุมงาน (Controlling)

เฮนรี ฟาโย (Henri Fayol, 1983: 39) อ้างใน สมชาติ โตรักษา (2545: 3) นักวิชาวุฒิสถาพรกรรมชาวฝรั่งเศสคนแรก ที่ประมวลหลักการบริหารจนเป็นระบบ ได้กล่าวไว้ว่า การบริหารเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันทำระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานขององค์กรนั้น ๆ ไม่ใช่งานที่เป็นสิทธิขาดหรือความรับผิดชอบของผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียวและการบริหารเป็นการศึกษาถึงศาสตร์ (administrative sciences) ที่เกี่ยวกับการบริหารทุกชนิด ทั้งการบริหารงานภาครัฐหรือภาคเอกชน ซึ่งมีลักษณะเป็นสากล (Universal) มีหลักการสำคัญตามแนวความคิด ดังนี้

1. หลักเกี่ยวกับหน้าที่การจัดการ (Management Function) กระบวนการจัดการ ประกอบด้วย หน้าที่ 5 ประการ ที่เรียกชื่อย่อว่า POCCC ได้แก่

1) การวางแผน (Planning) หมายถึง ภาระหน้าที่ของผู้บริหารที่ต้องคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน โดยกำหนดเป็นแผนการปฏิบัติงานหรือวิธีการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางของการทำงานในอนาคต

2) การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง ภาระหน้าที่ของผู้บริหารที่จำเป็นต้องจัดให้มีโครงสร้างของงานตามอำนาจหน้าที่ เพื่อให้ทรัพยากรต่าง ๆ อยู่ในส่วนประกอบที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จได้

3) การบังคับบัญชาสั่งการ (Commanding) หมายถึง ภาระหน้าที่ในการสั่งงานต่าง ๆ ของผู้ได้บังคับบัญชา ซึ่งทำให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี โดยที่ผู้บริหารจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดี และมีความเข้าใจในบุคลากร

4) การประสานงาน (Coordinating) หมายถึง ภาระหน้าที่ในการเชื่อมโยงงานของทุกฝ่ายให้เข้ากันได้และกำกับให้ไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน

5) การควบคุม (Controlling) หมายถึง ภาระหน้าที่ในการกำกับดูแลให้สามารถประกันได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัตินั้นสอดคล้องและเหมาะสมกับแผนงานที่ได้วางไว้

2. ผู้บริหารต้องมีคุณลักษณะ ความสามารถทางร่างกาย จิตใจ ไหวพริบการศึกษาหาความรู้เทคนิคในการทำงานและประสบการณ์ต่าง ๆ

3. หลักจัดการ (Management Principles) ที่ใช้ในการบริหารมี 14 ประการ ซึ่งใช้สำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้บริหารได้แก่

1) หลักการด้านอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ (Authority & Responsibility)

2) หลักการมีผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียว (Unity of Command)

- 3) หลักการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Unity of Direction)
- 4) หลักการชี้แจงสายงานการบังคับบัญชา (Scalar Chain)
- 5) หลักการแบ่งงานกันทำ (Division of Work or Specialization)
- 6) หลักเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline)
- 7) หลักการถือประโยชน์ส่วนบุคคลเป็นรองประโยชน์ส่วนรวม (Subordination of Individual to General Interest)
- 8) หลักการให้ผลประโยชน์ตอบแทน (Remuneration)
- หลักการรวมอำนาจไว้ส่วนกลาง (Centralization)
- หลักความมีระเบียบเรียบร้อย (Order)
- หลักความเสมอภาค (Equity)
- หลักความมีเสถียรภาพของการว่าจ้างทำงาน (Stability of Tenure)
- หลักของความคิดริเริ่ม (Initiative)
- หลักของความสามัคคี (Esprit de Corps)

ไซมอน (Simon) ได้ให้ความหมายของการบริหารว่าหมายถึง ศิลปะในการกระทำให้สิ่งต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัติจนเป็นผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ผู้บริหารตัดสินใจเลือกแล้ว

เบอ์นาร์ด (Barnard) ได้ให้ความหมายของการบริหารว่าหมายถึง การทำงานของคณะบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ร่วมปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

Sergiovanni ได้ให้ความหมายของการบริหารว่าหมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

2) หลักการบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ (Management by Objective: MBO)

สมยศ นาวิการ (2545: 4) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับหลักการบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ (MBO) ว่าถูกสร้างขึ้นโดยนักวิชาการชื่อปีเตอร์ เอฟ ดรักเกอร์ (Peter F.

Drucker) ในหนังสือชื่อ The Practice of Management Drucker ได้ชี้ให้เห็นว่าทุกองค์การต้องมีเป้าหมาย เพื่อนำทางคนที่บริหารองค์การ ร่วมประสานเป้าหมายของทุกคนเข้ากับเป้าหมายขององค์การ ส่งเสริม สนับสนุนการทำงานเป็นทีม โดย สมยศ นาวิการ (2545: 62-64) กล่าวว่า เป้าหมายมีความจำเป็นในทุกด้านของการปฏิบัติงานที่สำคัญต่อความอยู่รอดและความเจริญรุ่งเรืองของ “ธุรกิจ” การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ หมายถึง การปฏิบัติงานที่เน้นเป้าประสงค์เป็นหลักสำคัญ แบ่งได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ การวางแผน การกระทำ การควบคุม ควรจะถูกสร้างให้มั่นคงสอดคล้องกับ 3 ขั้นตอน คือ การกำหนดเป้าหมาย การบรรลุเป้าหมาย และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในระบบ MBO ควรจะประสานทั้งการติดต่อสื่อสาร 2 ทาง คือจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริหารจากออกคำสั่งเป็นการให้ข้อเสนอแนะและควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในกลุ่มสมาชิก โดยอาศัยความเป็นผู้นำของผู้บริหารในการคิดริเริ่มการกระทำ และความคาดหวังของการเป็นผู้ตามของผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชา โดยขึ้นอยู่กับโอกาสและเวลา

ทองหล่อ เดชไทย (2549: 58) กล่าวว่าไว้ว่า ความพยายามทำงานทุกอย่างให้สำเร็จ โดยยึดถือวัตถุประสงค์เป็นหลักสำคัญ การที่จะได้มาซึ่งวัตถุประสงค์นั้นขึ้นอยู่กับผู้บริหารที่ต้องตัดสินใจในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีการวางแผนดำเนินงานและติดตามประเมินผลของความสำเร็จ

### 3) หลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Management)

Fred E. Fiedler (1967) ได้เสนอแนวความคิดการบริหารเชิงสถานการณ์ (Situational Management Theory) หรือทฤษฎีปฏิบัติการ (Contingency Theory) ซึ่งถือเป็นทฤษฎีการบริหารที่ขึ้นอยู่กับสภาพข้อเท็จจริง ด้วยแนวคิดที่ว่าทางเลือกทางออกที่จะไปสู่การแก้ปัญหาทางการบริหารถือว่าไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด หากแต่สถานการณ์ต่างหากที่จะเป็นตัวกำหนดว่าควรจะหยิบใช้การบริหารแบบใดในสถานการณ์เช่นนั้น หลักคิดง่าย ๆ ของการบริหารเชิงสถานการณ์นั้นถือว่าการบริหารจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ สถานการณ์จะเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจและรูปแบบการบริหารที่เหมาะสม และผู้บริหารจะต้องพยายามวิเคราะห์สถานการณ์ให้ดีที่สุด

### 4) หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participation: MBP)

เป็นการบริหาร โดยการจูงใจให้ผู้ร่วมงานในองค์การ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) ถือเป็น

การสร้าง ความผูกพัน (Commitment) ระหว่างหัวหน้าและลูกน้องให้เกิดความรับผิดชอบร่วมมีพร้อมใจในงาน ด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Bateman and Snell, 1999: 325) ตามแนวความคิดพื้นฐาน (Basic Assumption)

ธงชัย สันติวงษ์ (2543: 138) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม คือการที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการ ใช้วิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีส่วนร่วมในการบริหารงาน เช่น การให้มีส่วนร่วม ในการวางแผน ให้ข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและอิสระกับบุคคลที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมาย และนโยบายที่มอบหมายไว้ให้ การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ที่ตนเองได้รับการยกย่อง ซึ่งจะทำให้พวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

สมยศ นาวิก (2544: 80) กล่าวไว้ว่า การให้ความสำคัญกับบุคคลและกลุ่มงานนั้นส่งผลต่อการบริหาร โดยให้คนงานเข้ามามีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นักทฤษฎีสมาคมเดิมเชื่อว่า ทุกคนสามารถปรับปรุงงานของตนเองได้ ถ้าให้โอกาสแก่บุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

สมเดช สีแสง (2547: 229) อ่างในกนกรรณ สันลักษณะทิพย์ (2553: 57) ได้ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการบริหารที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการบริหารกิจการ ภายในขอบเขตหน้าที่ของตน ถือว่าเป็นการบริหารที่ดี และเหมาะสมที่สุดกับคุณสมบัติของมนุษย์ในปัจจุบัน การบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ถือเป็นหลักการที่สำคัญ ของการบริหารแบบใหม่ที่เรียกว่า “การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร” (Total Quality Control หรือ TQC)

5) หลักการบริหารในรูปกรรมการ (Management by Committee)

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ข: 331-338) ได้ให้ความหมายของคณะกรรมการ ว่าหมายถึง กลุ่มคณะของคนที่ยอมรับร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อพิจารณาปัญหาต่าง ๆ ภายองค์กร กลุ่มของคณะกรรมการนี้อาจรวมกันขึ้นในลักษณะที่ไม่เป็นทางการก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติ คณะกรรมการที่ตั้งขึ้นมักมีการจัดตั้งอย่างเป็นทางการ เพื่อรวมเอาบุคคลจากฝ่ายต่าง ๆ มาช่วยพิจารณาและแก้ไขปัญหาเฉพาะอย่าง หรือปัญหาทั่วไป ภายในองค์กร

ระวีง เนตรโพธิ์แก้ว (2542: 4) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการบริหารงานในระบบประชาธิปไตย โดยวิธีเลือกตัวแทนมาปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็น

ที่องค์กรต้องเลือกตัวแทน มาทำหน้าที่ผู้บริหาร และตัวแทนอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการ เพื่อประสานร่วมมือในการสนับสนุนแก้ไขปัญหาและให้ข้อเสนอแนะต่อองค์กร

#### 6) หลักการบริหารโรงพยาบาล

สมชาติ โตรักษา (2546: 1) กล่าวว่าไว้ว่า โรงพยาบาลมาตรฐาน คือ โรงพยาบาลที่มีลักษณะโครงสร้าง องค์ประกอบ ทรัพยากร และระบบงาน ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการทั้งหลายด้านการบริหารโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างและเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เพื่อเป็นมาตรฐานสากลสำหรับโรงพยาบาลทั้งหลาย ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพสูง

สมชาติ โตรักษา (2548: 49) กล่าวว่าไว้ว่า หลักของระบบงาน (Principle of Working System) ในการทำงานใดงานหนึ่ง มีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ 1) ใช้งานเป็นศูนย์กลาง 2) แต่ละงานจำแนกเป็น 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนงานบริการ ระบบงานพัฒนาบริการ และระบบบริหารจัดการ 3) จัดทำระบบงานทั้ง 4 ระบบให้ชัดเจนตามลักษณะของระบบงานที่ดี 4) ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน และควบคุม ให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ 5) พัฒนาระบบงานให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

ปิยธิดา ตรีเดช (2552: 6-7) กล่าวว่าไว้ว่า ระบบ หมายถึง ชุดขององค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในวิถีทางซึ่งมีอิทธิพลต่อกัน รวมกันเข้าเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ระบบนั้นตั้งอยู่ ระบบมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจเป็นตัวของตัวเองมิได้เกิดจากผลรวมของส่วนอื่น ๆ มักมีขอบเขตแบ่งแยกจากสิ่งแวดล้อม ระบบแบ่งแยกเป็น 2 ชนิด 1) ระบบปิดมักเสื่อมลง: Run Down 2) ระบบเปิดช่วยให้บรรลุถึงสิ่งที่พึงประสงค์ได้หลายวิธี สรุปความว่า ระบบมิใช่เพียงแต่ผลรวมของส่วนต่าง ๆ แต่รวมถึงปฏิกริยาระหว่างส่วนต่าง ๆ ซึ่งแนวคิดเรื่องระบบได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการในทุก ๆ สาขา

การบริหารงานสมัยใหม่ วิธีหนึ่งที่สามารถบริหารจัดการได้ดีและเป็นที่ยอมรับที่สุด คือ ทฤษฎีเชิงระบบ ที่จะช่วยสร้างสมดุลในระบบสุขภาพได้นอกและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และเป็นเนื่องจากการบริการด้านสุขภาพมีอิทธิพลจากปัจจัยภายในระบบเปิด จึงต้องพยายามรักษาสมดุลให้ได้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

#### 7) หลักการพัฒนาองค์กร (Organization Development)

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่าไว้ว่า การพัฒนาองค์กรประกอบด้วยลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยมีการ

วางแผนอย่างเป็นระบบ 2) เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบเบ็ดเสร็จ โดยผู้ชำนาญพยายามที่จะทำการพัฒนาองค์การทั้งระบบ 3) เน้นการทำงานเป็นกลุ่ม 4) เป็นการเปลี่ยนแปลงระยะยาว 5) เป็นความร่วมมือของผู้ที่ทำการเปลี่ยนแปลง 6) เน้นวิธีการดำเนินงานและการวิจัยปฏิบัติการ

สุรชาติ ฅ หนองคาย (2553) กล่าวไว้ว่า ทรัพยากรมนุษย์ถือว่ามีค่ามากในการพัฒนาองค์การให้มีประสิทธิภาพ โดยมีปัจจัยหลายประการที่ต้องใช้ประกอบในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ความท้าทายที่ผู้บริหารองค์การภาครัฐต้องเผชิญคือ การปรับเปลี่ยนองค์การให้สามารถแสดงบทบาทจนบรรลุเป้าหมายการเป็นหน่วยงานที่มีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยหนึ่งในหลายวิธีการพัฒนาเพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวคือ วิธีจัดการความรู้เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 11 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

## 1.2 หลักวิชาการด้านการบริหารงานสาธารณสุข

ทองหล่อ เดชไทย (2549) กล่าวไว้ว่า งานด้านการบริหารสาธารณสุขมักมีแรงกดดันจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสภาวะการณ์ที่มีความสลับซับซ้อนมากมายหลายด้าน เช่น ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรทางการสาธารณสุขตามหลัก 4M ด้านการบริหารจัดการจากภาครัฐที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันของประชาชน ด้านสิทธิผู้ป่วยที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้การปฏิบัติงานของวิชาชีพทางสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคและความเครียดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้บริหารเพราะต้องสามารถบริหารจัดการให้ได้ตามความต้องการทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นเป้าประสงค์หลักที่สำคัญที่สุดตามความคาดหวังของสังคม

สมชาติ ไตรภักษา (2551: 1) กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เป็นแนวทางที่จะพัฒนาองค์การให้มีประสิทธิภาพ หรือเรียกว่า High Performance Organization ซึ่งบ่งบอกถึงองค์กรที่มีผลการปฏิบัติงานสูง โดยใช้เป็นมาตรฐานในการบริหารระบบราชการของประเทศไทย (2550) โดย ก.พ.ร. ได้ใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาส่วนราชการ โดยการนำแนวคิด และหลักเกณฑ์รางวัลคุณภาพ Malcom Baldrige National Quality Award (MBNQA) ที่เป็นมาตรฐานสากลจากประเทศสหรัฐอเมริกา มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของประเทศไทย เพื่อต้องการพัฒนาขีดสมรรถนะความสามารถให้ได้มาตรฐานและยกระดับการบริหารงานของส่วนราชการ ให้เทียบเท่ากับมาตรฐานระดับสากลซึ่งสอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 11

### 1.3 หลักวิชาการเฉพาะ (Specific Principles)

มาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 กำหนดระเบียบขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อย ดังนี้

1. ต้องมีใบนำส่งตามแบบฟอร์มที่กำหนด (สบ.08) ให้นำไปพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการส่งต่อ เว้นเสียแต่ว่าในกรณีรีบด่วนสามารถนำส่งแบบฟอร์มตามไปภายหลัง

2. การนำส่งผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือมีการติดต่อสื่อสารประสานงานก่อนล่วงหน้า ก็ต้องปฏิบัติตามข้อ 1

3. กรณีผู้ป่วยอาการวิกฤตหรือเร่งด่วน ควรแจ้งให้สถานบริการปลายทางที่เป็นผู้รับผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

4. การขนส่งผู้ป่วยอาการวิกฤตโดยใช้รถพยาบาลของสถานพยาบาลเองก็อาจกระทำได้ โดยเสียค่าบริการตามสมควร ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้ น้อยให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานบริการ

5. เมื่อได้รับผู้ป่วยพร้อมใบนำส่งเรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบส่งใบตอบรับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กำหนด และใบแจ้งผลการรักษา (สีชมพู) ให้ส่งกลับไปยังสถานพยาบาลเดิม เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว แต่ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกให้ส่งใบแจ้งผลการรักษา (สีชมพู) คืนทันที

6. การส่งใบสถานบริการผู้ส่งถึงสถานบริการเดิม ในกรณีไม่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องให้ส่งกลับทางไปรษณีย์ ยกเว้น รพสต. สสข. อสม. ให้ส่งผ่านทาง สสอ. แต่ในกรณีมีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องในใบแจ้งผลการรักษา ให้ส่งไปพร้อมกับ (สีชมพู) ผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง

7. กรณีที่สถานบริการผู้รับมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อยังสถานบริการอื่นให้ปฏิบัติ ดังนี้

7.1 ภายในจังหวัดเดียวกันถ้าไม่เขียนใบส่งต่อใหม่ ให้สถานบริการผู้ส่งต่อลงบันทึกในแบบฟอร์มเดิมว่าได้ผ่านแล้ว และลงทะเบียนในไว้เป็นหลักฐาน

7.2 ออกนอกเขตจังหวัดให้ทำใบส่งตัวขึ้นใหม่ทุกราย และแจ้งให้สถานบริการผู้รับทราบล่วงหน้าด้วยว่า ผู้ป่วยรายนั้นรับมาจากสถานบริการไหนเมื่อไร แล้วส่งใบแจ้งผลการรักษา (สีชมพู) คืนสถานบริการที่ส่งผู้ป่วยครั้งแรก ตามข้อ 6

## การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

กรองไค อุณหสูต (2552) อ้างใน ทิพวรรณ หนูทอง (2553: 21) ได้ให้ความหมายของการจำแนกผู้ป่วย (Triage) เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วย หรือเพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหาหลัก ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม จำแนกได้ดังนี้

1. ภาวะฉุกเฉินมาก (Emergency) เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ถ้ารีรออาจส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต เช่น หัวใจหยุดเต้น มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ช็อค หมดสติ ฯลฯ

2. ภาวะรีบด่วน (Urgent) เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มแรก ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ท้องร่วง มีบาดแผลเลือดออกมาก ถูกพิษจากสัตว์ กัด ต่อย ฯลฯ

3. ภาวะไม่รีบด่วน (Non Urgent) เป็นภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องใช้บริการฉุกเฉิน เช่น เจ็บคอ ปวดศีรษะ บาดแผลถลอก ฯลฯ

มาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยงาน ตามสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และคุณภาพบริการ (Quality of Service) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

**2. โครงสร้างของรูปแบบ (Structure of model)** หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยและสามารถเชื่อมโยงทรัพยากรทั้งหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด ได้แก่

2.1 โครงสร้างด้านคน หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติในรูปแบบ

พิจารณา 5 ด้าน คือ

- จำนวนบุคลากรที่ใช้ในรูปแบบ
- ลักษณะบุคลากรแต่ละคน ทั้งลักษณะทั่วไปและลักษณะเฉพาะ
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

- ความเชื่อมโยงบุคลากรให้สามารถทำงานด้วยกันได้อย่างเหมาะสม

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคคล

2.2 โครงสร้างด้านของ หมายถึง ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ที่ใช้ในรูปแบบพิจารณาในด้าน

- จำนวนที่มีใช้ในรูปแบบ

- ลักษณะทั่วไปและลักษณะเฉพาะ

- ต้นทุน

- การใช้งาน

- การบำรุงรักษาและซ่อมแซม

2.3 โครงสร้างด้านเงิน หมายถึง เงินและค่าใช้จ่ายทั้งหลายที่มีใช้ในรูปแบบ โดยพิจารณาในด้านจำนวนที่มีใช้ในรูปแบบ

- ลักษณะและวิธีการที่ได้มา

- ระเบียบ เงื่อนไข และวิธีการ ในการใช้และควบคุม

- ความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงเงิน และวิธีการที่

เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน

2.4 โครงสร้างด้านระบบงาน จำแนกออกเป็น 4 ระบบได้แก่

1) ระบบงานบริการ 2) ระบบงานสนับสนุนงานบริการ 3) ระบบงานพัฒนางานบริการ 4) ระบบงานบริหารจัดการ โดยแต่ละระบบจะพิจารณางานใน 3 ด้าน คือ

- ลักษณะของระบบงาน

- วิธีปฏิบัติของระบบงานและของแต่ละกิจกรรม

- ความสัมพันธ์ของระบบงานทั้ง 4 ระบบและการ

เชื่อมต่อกับระบบงานอื่น ระบบงานบริหารจัดการ

**3. วิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation of Model)** หมายถึง กระบวนการนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาไปใช้ดำเนินงานจริงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อองค์กร โดยใช้ทีมงานหรือทีมพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย

3.1 วิธีสร้างและพัฒนารูปแบบ (Model Setting & Improve)

โดยใช้แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา (Action Research for Development) แบ่งได้เป็น 7 ขั้นตอน คือ

1) วิเคราะห์รูปแบบเดิม  
 2) สร้างและ/หรือพัฒนารูปแบบใหม่  
 3) ตรวจสอบ ความตรงตามโครงสร้าง เนื้อหา ของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิชาการบริหาร 2) ด้านงานที่จะสร้างและ/หรือพัฒนาผู้ปฏิบัติ 3) ด้านการบริหารองค์การที่จะนำรูปแบบไปใช้แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้บริหาร

4) ตรวจสอบ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง โดยผ่านการพิจารณาจากผู้บริหารและทีมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องก่อนลงมือดำเนินงานจริง

5) นำรูปแบบไปดำเนินงาน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับไปปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด

6) มีการปรับปรุง แก้ไข รูปแบบขณะดำเนินงานเป็นระยะ ตามความเหมาะสม เร่งด่วน โดยผ่านการพิจารณาจากผู้บริหารและทีมปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุก 1 เดือน ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรก ต่อไปจะพิจารณา ปรับปรุง แก้ไข ทุก 3, 6, 12 เดือนตามความเหมาะสม

7) เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาไปดำเนินงานครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้แล้ว ให้วิเคราะห์ตัวรูปแบบ การดำเนินงานตามรูปแบบ ผลการดำเนินงานทั้งหลายที่ได้ ตั้งแต่เริ่มต้นมาปรับปรุง แก้ไข จนได้รูปแบบที่เหมาะสมและสมบูรณ์ที่สุด

### 3.2 วิธีการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงาน (Model Implementing)

มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ขั้นตอนการเตรียมการก่อนดำเนินงาน คือ
  - เตรียมผู้บริหารองค์การและหน่วยงาน
  - เตรียมทีมงานที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้
  - ร่างแผนปฏิบัติงาน (Operation plan) นำเสนอต่อทีมงาน เพื่อพิจารณาช่วยปรับปรุงแก้ไข โดยครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างครบถ้วน
  - เสนอแผนปฏิบัติงานเพื่อขออนุมัติจากผู้บริหาร
  - แจกจ่ายแผนที่ได้รับการอนุมัติ ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง

- 2) การนำไปดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้
- 3) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 4) การวิเคราะห์ผลการนำรูปแบบไปดำเนินงาน และจัดทำรูปแบบใหม่ของการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ให้เหมาะสม และสมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น
- 5) สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำรายงานผลการนำรูปแบบไปดำเนินงานฉบับสมบูรณ์
- 6) การปรับปรุงและพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (continous Model Developing) โดยนำผลที่ได้จากการดำเนินงานทั้งหลาย มาใช้ปรับปรุงและพัฒนาแบบ ให้มีความเหมาะสม ทันสมัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ๆ ขึ้นไป และอย่างต่อเนื่องตลอดไป

### **ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน**

องค์ประกอบของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

บรรยงค์ โตจินดา (2542: 30) กล่าวว่าไว้ว่า ทรัพยากรหรือปัจจัยสำคัญทางการบริหารตามหลัก 4M ได้แก่ คน(Man) เงิน (Money) ของ(Material) ระบบงาน (Management) หรือปัจจัยดำเนินงาน ได้แก่ Human Resource, Financial Resource, Physical Resource, Information Resource

สมชาติ โตรักษา (2548: 414-415) กล่าวว่าไว้ว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (Resources Utilized) แยกได้เป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านคน เช่น จำนวนแรงงานที่ใช้ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงเป็นตัวเงินได้โดยเทียบกับอัตราค่าจ้างหรือเงินเดือน 2) ด้านเงิน เช่น จำนวนเงินที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินแต่สามารถเปลี่ยนเป็นตัวเงินได้ 3) ด้านของ เช่น จำนวนของที่ใช้ไป ทั้งที่หมดไปหรือเสื่อมสภาพ 4) ด้านเวลา เช่น จำนวนเวลาที่ใช้ไปในการดำเนินงาน 5) ด้านวิชาการและการบริหาร เช่น ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ นโยบาย เป็นต้น

### **วิธีปฏิบัติที่ใช้ในการดำเนินงาน**

สมยศ นาวิการ (2538: 80) กล่าวว่าไว้ว่า ระเบียบวิธีปฏิบัติงานเป็นแผนงานอย่างหนึ่งที่มีแนวทางในการกระทำให้เป็นแบบอย่างเดียวกัน ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งในการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนว่าต้องกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้เกิดความสำเร็จในเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง (2542 ง: 2) กล่าวว่าไว้ว่า มาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ หมายถึง ข้อความที่อธิบายแนวทางปฏิบัติและ/หรือวิธีการดำเนินงาน โดยครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลซึ่งถือเป็นเรื่องที่ยึดเป็นข้อกำหนดปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกระดับ

สมชาติ โตรักษา (2548) หลักการดำเนินงาน (Principle of Working) ประกอบด้วย สิ่งที่ใช้ในการดำเนินงาน (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ผลที่ได้จากการดำเนินงาน (Outcome) กระบวนการนำข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

### วิธีการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงาน

สมยศ นาวิการ (2538: 332) กล่าวไว้ว่า อุปสรรคสำคัญของการนำนโยบาย ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบใหม่ นำมาซึ่งการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในองค์กร จำแนกได้ 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความไม่แน่นอนของผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง 2) ความไม่เต็มใจที่จะสูญเสียผลประโยชน์ที่มีอยู่ 3) สมาชิกในองค์กรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถรู้ถึงจุดอ่อนของข้อเสนอที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลง

ธงชัย สันติวงษ์ (2535 ก: 343) กล่าวไว้ว่า ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงมักอยู่คู่กับการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้บริหารที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรจะต้องมีความละเอียด รอบคอบและพิถีพิถันในลำดับขั้นตอนการบริหารจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่จะดำเนินงานโดยความราบรื่น ซึ่งมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ 1) การใช้แรงจูงใจ (Motivation) 2) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (Participation) 3) การใช้อำนาจ

### สิ่งแวดล้อมขณะดำเนินงาน

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ก: 25) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกองค์กรที่จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประสิทธิภาพขององค์กร

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่น ๆ (2539: 53) กล่าวไว้ว่า สิ่งแวดล้อมขององค์กรประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม เทคโนโลยี 2) สิ่งแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรโดยตรง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ลูกค้า คู่ค้า คู่แข่งขัน ผู้ร่วมทุน เป็นต้น 3) สิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น เจ้าของกิจการ ผู้ถือหุ้น ผู้ร่วมงาน ลูกจ้าง เป็นต้น

**2.3.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรตาม** คือ ผลการดำเนินการตามรูปแบบ สมชาติ โตรักษา (2548: 414-415) กล่าวไว้ว่า หลักการตามลักษณะของดัชนีชี้วัดที่ดีและพึงประสงค์ (Desirable Indicators) คือ เป็นสิ่งที่เป็นจริง (Fact) เป็นรูปธรรม (Objectivity) วัดค่าเป็นตัวเลขได้แน่นอน (Consistency) มีความเที่ยงตรงในการวัด (Validity) มีความน่าเชื่อถือ (Reliability) มีอำนาจในการแยกความแตกต่างสูง (Discrimination power) มีความสะดวกในการเก็บข้อมูล (Convenience)

สามารถใช้ได้ทั่วไป (Universal) จากหลักการวิเคราะห์สถานการณ์ (Principle of Situational Analysis) สามารถนำมาใช้เป็นหลักในการกำหนดการดำเนินงานของงานใดงานหนึ่งซึ่งมีผลการดำเนินงาน 6 ประการ คือ ผลงาน ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน ผลตอบแทนที่ได้จากการดำเนินงาน ความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลที่เป็นจริง

สมชาติ ไตรรักษา (2548: 230-231) กล่าวว่าไว้ว่า ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ควรใช้อัตรา หรืออัตราส่วน (Rate หรือ Ratio) หรือ ค่าเฉลี่ย มากกว่าจะใช้เพียงจำนวนนับ (Number) ของผลการดำเนินงานที่ทำได้ จำนวนที่ได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ด้าน Inputs ด้าน Processes เช่น ร้อยละของกิจกรรม ที่ทำได้ ร้อยละของอุปสรรคข้อขัดข้องที่เกิดขึ้น ร้อยละของความผิดพลาดของการดำเนินงาน ด้าน Outcomes ที่เป็นผลการดำเนินงานทางตรง แบ่งผลการดำเนินงานทางตรงเหล่านี้ ออกได้เป็น 8 กลุ่ม คือด้านปริมาณงาน คุณภาพงาน ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน หรือมารับบริการ แรงงานที่ใช้ในการดำเนินงาน ต้นทุนในการดำเนินงานประสิทธิผลของงาน

ประสิทธิภาพของงาน ด้าน Outcomes ที่เป็นผลทางอ้อม ด้านประสบการณ์ ที่ได้รับจากการดำเนินงาน

ในการวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยพิจารณาใน 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) ด้านปริมาณงาน
- 2) ด้านคุณภาพงาน
- 3) ด้านระยะเวลาและแรงงาน
- 4) ด้านความพึงพอใจ
- 5) ด้านเศรษฐศาสตร์

#### **ด้านปริมาณงาน (Quantity of Performance)**

บรรยงค์ ไตจินดา (2542: 207) กล่าวว่าไว้ว่า ปริมาณ คือ จำนวนของผลผลิต

สมชาติ ไตรรักษา (2543: 417) กล่าวว่าไว้ว่า ดัชนีชี้วัดด้านปริมาณงาน (Quantity Performance Indicators) จะวัดที่ปริมาณของเนื้องาน โดยจะวัดเป็นกลุ่มอัตราหรืออัตราส่วนที่ได้จากการดำเนินงานมี 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอัตราหรืออัตราส่วนปริมาณงานต่อช่วงเวลา เช่น อัตราผู้มารับบริการเฉลี่ย 250 คนต่อวัน 2) กลุ่มอัตราหรืออัตราส่วนปริมาณงานต่ออัตรากำลัง เช่น อัตราผู้มารับบริการเฉลี่ย 5.2 คนต่ออัตรากำลังของผู้ให้บริการ 1 คนต่อวัน 3) กลุ่มอัตราหรืออัตราส่วนปริมาณงานต่อแรงงานที่ใช้ เช่น อัตราส่วนผู้มารับบริการเฉลี่ย 6.7 คนต่อแรงงานของผู้ให้บริการที่ใช้ 10,000 คน-วินาที 4) กลุ่มอัตราหรืออัตราส่วนปริมาณงานต่อค่าใช้จ่าย เช่น อัตราส่วนผู้มารับบริการเฉลี่ย 8.5 คนต่อค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน 10,000 บาท ซึ่งอาจเป็นค่าใช้จ่ายเฉพาะด้านหรือ

เฉพาะรายการ เช่น เฉพาะค่าแรง หรือ เฉพาะค่าแรงรวมกับค่าของ หรือ เป็นค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดก็ได้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเก็บข้อมูลของเรา และ/หรือการนำดัชนีชี้วัดไปเปรียบเทียบกับใคร หรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานใด

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2538: 21-22) ประยุกต์หลักของ Wasler (1970), WHO (1990) กล่าวไว้ว่า ชั่วโมงการพยาบาล (Nursing Care Hour) หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการ จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ ชั่วโมงการพยาบาลที่แปรผัน เป็นเวลาการทำงานที่เกิดจากการให้การพยาบาลโดยตรง และชั่วโมงการพยาบาลที่คงที่ เป็นชั่วโมงการพยาบาลที่เกิดขึ้นเพื่อการบริหารจัดการที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทแตกต่างกันตามความหนักเบาของผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาล ซึ่งต้องนำมาคาดการณ์อัตราค่าจ้างเพื่อกำหนดดัชนีปริมาณภาระงาน (Workload Index)

#### **ด้านคุณภาพงาน (Quality of Performance)**

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคนอื่น ๆ (2543: 5) กล่าวไว้ว่า คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นที่พึงพอใจของผู้รับผลงาน

สมชาติ ไตรรักษา (2548: 418) กล่าวไว้ว่า ดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพงาน (Quality Performance Indicators) จะวัดที่คุณภาพของเนื้องาน ที่ได้จากการดำเนินงาน ซึ่งสามารถวัดเป็นตัวเลขได้อย่างชัดเจน แนนอนมี 5 กลุ่ม คือ วัดความถูกต้อง (Accuracy) ของเนื้องาน วัดความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด (Conformity or Correctness) วัดผลการใช้งานหรือความทนทาน (Utilization) วัดความครบถ้วน (Completeness) ของผลงาน วัดคุณภาพโดยรวม (Overall Quality) วัดผลของกิจกรรมหรืองานทั้งหลายโดยรวมของหน่วยงานหรือองค์การนั้น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) กล่าวไว้ว่า คุณภาพการพยาบาลในภาพรวมส่งผลให้พยาบาลได้พัฒนาบทบาทตนเองให้ทันต่อความเจริญก้าวหน้าและทันต่อความเปลี่ยนแปลง เพราะระบบการประกันคุณภาพจะสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

#### **ด้านระยะเวลาและแรงงาน**

กรณิกา ดันติกันกพร (2541: 59) กล่าวไว้ว่า การบริหารเวลาเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมที่สำคัญได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จและมีคุณค่า ซึ่งถือเป็นผลกำไรที่ได้จากการบริหารเวลาที่ยิ่งใหญ่มากที่สุด

สมชาติ โตรักษา (2548: 420-42) กล่าวว่า ดัชนีชี้วัดด้านเวลา และแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (Time & Labor - Force Consumed) จำแนกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มดัชนีชี้วัดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (Time Consumed) 2) กลุ่มดัชนีชี้วัดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน (Rapidness) 3) กลุ่มดัชนีชี้วัดความทันเวลา (Timeliness) 3) กลุ่มดัชนีชี้วัดด้านแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (Labor-Force Consumed)

### **ด้านความพึงพอใจ**

สมชาติ โตรักษา (2548: 422-424) กล่าวว่า ให้ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน (Satisfaction) แยกได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านผู้บริหาร (Owner Satisfaction) 2) ด้านผู้ให้บริการ (Provider Satisfaction) 3) ด้านผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) 4) ด้านประชาชน/ชุมชน (Community Satisfaction)

Herzberg (อ้างถึงในจูไรรัตน์ เข้มพลอย, 2550: 68) ได้เสนอทฤษฎีสองปัจจัย ว่าเป็นทฤษฎีการจูงใจบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วย ความสำเร็จ การยอมรับ เนื้องาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้า และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ขาดหายไปทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ได้แก่ นโยบายการบริหาร การนิเทศงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพการทำงาน

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (อ้างถึงในกนกวรรณ สันลักษณะทิพย์, 2551) กล่าวว่า ให้ความพึงพอใจในบริการ คือภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่เป็นผลมาจากการประเมิน เปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในรับที่สอดคล้องกับความคาดหวังเอาไว้ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของการบริการ ประเมินคุณภาพการบริการที่บ่งชี้ความสำเร็จของงาน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### **ด้านเศรษฐศาสตร์**

สมชาติ โตรักษา (2548: 422-424) กล่าวว่า ให้ความผลตอบแทนที่ได้จากการดำเนินงาน (Benefits) แยกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านเป็นตัวเงิน (Monetary Benefits) ด้านที่ไม่เป็นตัวเงิน (Non-Monetary Benefits) ซึ่งความคุ้มค่าของการดำเนินงานจะวัดที่มูลค่าของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จำแนกเป็น 6 กลุ่ม คือ 1) ค่าใช้จ่ายของการดำเนินงาน (Cost) 2) ต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินงาน (Unit Cost) 3) ผลตอบแทนของการดำเนินงาน (Benefit) 4) ผลกำไรของการดำเนินงาน (Profit) 5) การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (Resources Utilized) 6) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานตามทรัพยากรที่มีอยู่ (Efficiency & Effectiveness)

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 ก: 8) กล่าวถึงความสามารถของผู้บริหารในการรู้จักวิธีการจัดระบบการทำงานหรือการปฏิบัติงาน ที่สามารถก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อการผลิตหรือการทำงานจนได้ผลสูงสุด

ปิยธิดา ตรีเดช (2540: 65) กล่าวไว้ว่า ต้นทุน หมายถึง จำนวนเงินหรือค่าใช้จ่ายที่ผู้ผลิตสินค้าหรือบริการต้องจ่ายไป เพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยหรือวัตถุดิบ หรือบริการเพื่อใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543: 33-35) กล่าวไว้ว่า ต้นทุนที่นิยมใช้ในปัจจุบันแบ่งได้หลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการใช้งานการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจสามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ต้นทุนทางตรง (Direct cost) 2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) การแบ่งประเภทของต้นทุนโดยพิจารณาวิธีการประเมินต้นทุนในแต่ละปี แบ่งได้ดังนี้ ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนดำเนินการ

## 2.4 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป/ระเบียบวิจัยเฉพาะ/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.4.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยทั่วไป

ปรีวัตร เขื่อนแก้ว (2548) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงทดลอง เป็นกระบวนการค้นหาความรู้ความจริงโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์โดยศึกษาจากสาเหตุไปหาผล ถึงความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการทดลองที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่ได้รับการควบคุมอย่างรัดกุม เพื่อศึกษาว่าเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่จัดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุที่แท้จริงของผลหรือปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพปกติ กับที่เกิดขึ้นในสภาพที่ได้รับการควบคุมตามเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นความจริงต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการอธิบาย ทำนาย และควบคุมได้

บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ (2540: 131) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงทดลองเป็นการค้นหาข้อเท็จจริงซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างเหตุ และผล (cause and effect relationship) ที่เกิดขึ้นภายใต้ภาวะการควบคุม

บุศรี วงศ์รัตนะ และองอาจ นัยพัฒน์ (2551: 2) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงทดลอง คือการวิจัยที่มีการจัดกระทำตัวแปรที่ต้องการศึกษาว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริงหรือไม่ ให้กับผู้ทดลองแล้วสังเกตผลที่เกิดขึ้น โดยมีการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ต้องการศึกษาให้อยู่ในสภาพคงที่

Best and Kahn (1995: 133) กล่าวว่า การวิจัยเชิงการทดลอง เป็นกระบวนการหรือวิธีการที่มีระบบและมีเหตุและผลสำหรับหาคำตอบในคำถามที่ว่า “ถ้าทำสิ่งนี้ภายในเงื่อนไขที่

ควบคุมไว้อย่างดี จะเกิดผลอะไรขึ้น (If this is done under carefully controlled conditions, what will happen?)”

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลองมี 2 ประเภท คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดกระทำ (Treatment) ในการทดลอง และกลุ่มควบคุม (Control group) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจัดให้มีลักษณะเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้รับการจัดกระทำ คงปล่อยให้เป็นไปตามสภาพธรรมชาติ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลองมี 4 ชนิด คือ

1. ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ (Independent variable) ซึ่งเป็นตัวแปรทดลองหรือตัวแปรจัดกระทำที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อที่จะทำการทดลองว่าเป็น “สาเหตุ” หรือไม่ ตัวแปรอิสระนี้บางทีเรียกว่า ตัวแปรการทดลอง (Experimental variable) หรือตัวแปรจัดกระทำ
2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ซึ่งเป็นตัวแปรเกณฑ์หรือตัวแปรผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยต้องการทราบว่าเป็น “ผล” ที่เกิดจาก “สาเหตุ” หรือไม่ โดยจะเป็นตัวแสดงผล (Results) หรือผลลัพธ์ (Outcome)
3. ตัวแปรเชื่อมโยง (Intervening variable) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ตัวแปรสอดแทรก เกิดขึ้นจากกระบวนการทางจิตวิทยาาระหว่างดำเนินการทดลอง จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรชนิดนี้ได้และมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาด้วย จากการที่ตัวแปรนี้เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม จึงอาจเรียกว่า ตัวแปรภายในก็ได้ เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล การปรับตัว การจูงใจ เป็นต้น
4. ตัวแปรแทรกซ้อนหรือตัวแปรภายนอก (Extraneous variable) เป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นและอาจมีอิทธิพลต่อผลการทดลอง โดยที่ผู้วิจัยไม่ต้องการให้เกิดขึ้นหรือไม่ต้องการทราบตัวแปรชนิดนี้นักวิจัยสามารถกำหนดวิธีการควบคุมได้ จึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ตัวแปรควบคุม (Control variable)

รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) เป็นรูปแบบที่ดัดแปลงมาจาก Time Series Design เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งใช้ช่วงแรกที่เก็บข้อมูลก่อนการทดลองเป็น “Baseline Period” และช่วงหลังที่เก็บข้อมูลหลังการทดลองเป็น “Treatment Period” โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและจดบันทึกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงขณะทำการทดลอง

สมชาติ โตรักษา (2548: 248) กล่าวไว้ว่า การออกแบบการประเมินผล (Design of Evaluation) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อน-หลัง การดำเนินงานโครงการ (One Group Before-and-After Design) การประเมินผลแบบนี้ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากเป็นโครงการที่ทำในพื้นที่เดียว ไม่มีพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันที่จะนำมาใช้เปรียบเทียบได้ หรือ ไม่มีพื้นที่ใดยอมเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ ในกรณีนี้ ให้ใช้คำว่า พื้นที่ควบคุม (Control Group) แทนคำว่าพื้นที่เปรียบเทียบ จะช่วยทำให้สามารถเพิ่มโอกาสที่จะมีพื้นที่ที่ยอมเป็นพื้นที่เปรียบเทียบให้ เพราะคำว่า “ควบคุม (Control)” มีความหมายในทางที่เหนือกว่า แต่คำว่า “เปรียบเทียบ (Compare)” มีความหมายในทางที่จะต้องไปแข่งขันกับผู้ที่อาจจะเหนือกว่าเรา

#### 2.4.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิจัยเฉพาะ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (2530: 588) กล่าวไว้ว่า การพัฒนา หมายถึง ความเจริญ การทำให้เจริญ

สมชาย พรหมมณี (2541: 11) กล่าวไว้ว่า การพัฒนา หมายถึง การปฏิบัติที่กำหนดไว้ เพื่อให้ระบบที่กระทำเกิดการเปลี่ยนแปลง มีความเจริญก้าวหน้าดีขึ้น เหมาะสมกับสภาพการณ์ ตามที่ได้กำหนดจุดมุ่งหมายขององค์กรนั้น ๆ

สรุป การพัฒนา คือ การปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งแล้วทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) ให้เจริญก้าวหน้าดียิ่งขึ้นตามความเหมาะสมแต่ละสภาพการณ์ขององค์กรนั้น ให้เป็นที่พึงพอใจ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งได้แก่ การจัดหาความรู้ให้บุคลากร สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรในองค์กร

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540: 269-270) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จะช่วยในการแก้ปัญหาทางการปฏิบัตินำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายรวมสุดท้ายของการพัฒนาองค์กร รวมถึงประสิทธิภาพขององค์กร

กัลยา วานิชย์บัญชา (อ้างถึงในจุไรรัตน์ แยมพลอย, 2550: 70) กล่าวไว้ว่า วัตถุประสงค์ของการวางแผนการทดลอง เพื่อให้สามารถวัดหรือเปรียบเทียบผลของสิ่งทดลอง (Treatment) โดยใช้หน่วยทดลอง (Experimental unit)

สมชาติ โตรักษา (2548) กล่าวไว้ว่า การวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) เป็นการทําวิจัย ด้วยการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้ความรู้ทั้งหลายที่มีอยู่ ทั้งที่ได้รับจากการทําวิจัยและจากการลงมือปฏิบัติจริง เพื่อการริเริ่มสร้างสรรค์ หรือการพัฒนาผลิตภัณฑ์/กระบวนการผลิต หรือกระบวนการทำงานใหม่ ๆ เป็นการวิจัยที่มีการดำเนินงานในสภาพการณ์ที่เป็นจริง ที่ผู้วิจัย

ไม่สามารถควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทุก ๆ ตัว ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่ใช้ วัน-เวลาที่ทำ สถานที่ บุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น

สมชาติ โตรักษา (2548) กล่าวว่าไว้ว่า การทำงานประจำให้เป็นผลงานทางวิชาการ (Routine to Academic) คือ กระบวนการที่ทำให้งานประจำเป็นผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับหน่วยงาน องค์กรและประเทศชาติ

สมชาติ โตรักษา (2548: 545) กล่าวว่าไว้ว่า การวิจัย หมายถึง การศึกษาค้นคว้าเพื่อหาความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ และการพัฒนา หมายถึง การทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง “ดีขึ้น” อย่างเป็นระบบ ดังนั้นการวิจัยและพัฒนา จึงหมายถึง การศึกษาค้นคว้าเพื่อหาความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ โดยผู้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีในเรื่องนั้น ด้วยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่สามารถพิสูจน์และยืนยันความน่าเชื่อถือของสิ่งนั้นได้ ซึ่งหมายรวมถึงว่า การวิจัยและพัฒนา ที่มุ่งเน้นให้ “งาน” ใด ๆ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Continuous & Sustainable Working Improvement is A R&D which aims to develop any works to be the continuous and sustainable working improvement) มีความหมายสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การวิจัยที่เกิดการพัฒนานี้มุ่งเน้นการพัฒนา “งาน” ไม่ว่าจะงานใด ๆ ก็ตามเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทุก ๆ งาน
2. การวิจัยที่เกิดการพัฒนานี้มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ครบวงจร
3. การวิจัยที่เกิดการพัฒนานี้มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง จึงต้องวางระบบงานที่ชัดเจน เอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ เหมาะสมกับงานและองค์กร
4. การวิจัยที่เกิดการพัฒนานี้มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน จึงต้องวางระบบงานและกระบวนการดำเนินงานที่มั่นคง เข้มแข็ง สามารถคงอยู่ได้ตลอดไป
5. การวิจัยที่เกิดการพัฒนานี้มุ่งเน้นให้ “งานทั้งหลาย” ขององค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้หลักแนวทางในการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดการปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำวันเป็นจุดเริ่มต้น

สรุป การวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เป็นการทำงานอย่างเป็นระบบใช้ความรู้จากหลักวิชาการ ผสมผสานกับประสบการณ์ มากำหนดเป็นกระบวนการทำงานใหม่ และนำไปใช้ในสภาวะการณ์จริง และมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ น่าจะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

### 2.4.3 วรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมพร ลอยความสุข (2539: ก) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องการพัฒนากาหนดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ได้ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า การดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีประสิทธิภาพดีขึ้น บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และมีการปฏิบัติงานถูกต้องตามหลักวิชาการมากขึ้น ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการพัฒนางานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านโป่งเพิ่มมากขึ้น

เขาวนิตย์ คมขำ (2539: ก) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องรูปแบบการดำเนินงานประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเด็ก ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 6 เดือน โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านปริมาณ ด้านคุณภาพก่อน และหลังการดำเนินการ พบว่า ผลการดำเนินงานทั้งด้านปริมาณ ด้านคุณภาพสูงขึ้น ระดับพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารสูงขึ้น

นิคม เจริญดี (2540: ก) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องรูปแบบการดำเนินงานฝ่ายบริหารงานทั่วไป โดยการประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลอัมพา พ.ศ.2539 ทดลองปฏิบัติ เป็นเวลา 3 เดือน วัดผลการดำเนินงานด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มีประสิทธิภาพสูงกว่ารูปแบบเดิม

ศรีสง่า คุ่มพิทักษ์ (2542: ก) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาไท 1 พ.ศ.2542 ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน ในหอผู้ป่วย 3 แห่ง วัดผลการดำเนินงานด้านความถูกต้องทางกฎหมาย ความพึงพอใจ ความคล่องตัวในการบันทึก พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระหว่างแบบฟอร์มเดิมกับแบบฟอร์มใหม่ มีความแตกต่างกันเฉพาะด้านความคล่องตัวในการบันทึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้บริหารทางการแพทย์ มีความแตกต่างกันเฉพาะด้านความครบถ้วน และความคล่องตัวในการบันทึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภารดี รัตนเจษฎา (2545: v) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่องการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2547 ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังการดำเนินงาน ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมประจำเวรก่อนเริ่มปฏิบัติงานในด้านบุคลากร และด้านเอกสาร เพิ่มขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนกระทั่งได้พบแพทย์ลดลง ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการเวรตึกเพิ่มขึ้น ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และต้นทุนในการให้บริการไม่เพิ่มขึ้น

พรทิพย์ บุญกันทะ (2547: v) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่องการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2547 ชนิด 2 กลุ่ม ก่อนหลัง

การดำเนินงาน ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน พบว่ารูปแบบการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพสูง และเหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง อัตราส่วนจำนวนครั้งของการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อปริมาณแรงงานเจ้าหน้าที่ 1,000 คน/นาทีก เพิ่มขึ้น อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมประจำเวรก่อนเริ่มปฏิบัติงาน การดูแลเสมหะในเวรตึก งานทำความสะอาดปากและฟันของเวรเช้า บ่าย ดึก เพิ่มขึ้น อัตราการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ระดับความพึงพอใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

จุไรรัตน์ แยมพลอย (2549: ง) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ.2549 ได้ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า รูปแบบใหมดีกว่ารูปแบบเดิม มีระบบงานชัดเจน เป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีวิธีปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ มีการกำกับติดตามประเมินผลที่ดีสามารถนำผลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบใหม่ด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน อัตราความถูกต้องในการเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูล ถูกต้องมากขึ้น อัตราส่วนปริมาณงานกับแรงงานที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการก่อนจำหน่ายและการให้ข้อมูลลดลง ความพึงพอใจของผู้บริหารเพิ่มขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการข้อมูลก่อนจำหน่ายลดลง

วารณี โสไกร และคณะ (2550) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบบริการนำส่งและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจังหวัดแพร่ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 2) การหาแนวทางการแก้ไขและจัดลำดับความสำคัญของแนวทางแก้ไขปัญหาและจัดทำคู่มือ 3) การทดสอบแนวทางการแก้ไขปัญหาและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ ดำเนินการ 2 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งโดยระบบ EMS และส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง มายังโรงพยาบาลแพร่ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน และแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ วิเคราะห์และแสดงผลเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบใหม่มีการกำหนดงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มีการจัดเตรียมความพร้อมของทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินงานสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานคู่มือการนำส่งศักยภาพและคุณภาพในการนำส่งสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 85 มีการประสานงานในระบบเครือข่ายถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการประสานงานผู้ป่วยวิกฤตสำเร็จภายใน 30 นาที ร้อยละ 98.9 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งโรงพยาบาลมีแนวโน้มการได้รับการปฐมพยาบาลและการดูแลขณะนำส่งสูงขึ้น รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นรูปแบบที่ดีและเหมาะสมกับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดแพร่

บันเทิง เถียงกลาง และชะลอม นุพันธ์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่อง การพัฒนาโปรแกรม EPCU เพื่อจัดการข้อมูลและรายงานของสถานีนามัย กรณีศึกษา: สถานีนามัย บ้านหนองโคลน อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยศึกษาวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า โปรแกรม EPCU ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในระดับนามัยได้สะดวก ข้อมูลมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นตามเงื่อนไขที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานและการบริหารงานของสถานีนามัยทั้งหลายได้ตามทรัพยากรที่มีอยู่

สนธยา ตึกประโคน (2552) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยกับแรงงานนอกระบบ สถานีนามัยตะลุงเก่า ตำบลโคกม้า อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานปี 2552 ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ โดยการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ตรวจสอบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน และการให้ความรู้สุขศึกษากับแรงงานนอกระบบ พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

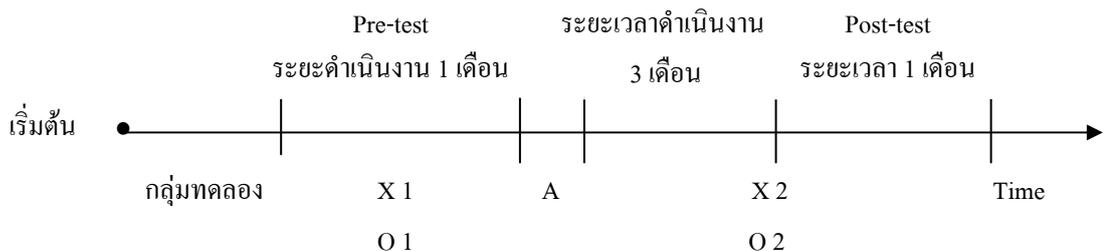
กนกวรรณ สีนลักษณะทิพย์ (2553) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เรื่อง การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พ.ศ.2553 โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง เป็น - ระยะเวลา 3 เดือน พบว่ารูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เน้นการนำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องเน้นหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ตามทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ ด้วยการกำหนดลักษณะ องค์ประกอบหลักของรูปแบบให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน โดยไม่เพิ่มภาระงานและเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน มีผังการไหลของงานเป็นลายลักษณ์อักษรตามมาตรฐาน 9 ขั้นตอน มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขด้วยแนวคิดเชิงบวกสม่ำเสมอ ความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานและด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติสูงขึ้น

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยใน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อปรับปรุงพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สูงขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 แบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One group Pre test - Post test Design) สิ่งที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่พัฒนาขึ้นในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยในกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2555 - เดือนกันยายน 2555 จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ร่วมกับการศึกษา ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการในการพัฒนารูปแบบใหม่ จากสถานการณ์จริงโดยการทดลองนี้ทำให้ได้รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ซึ่งผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยประสานงานไปถึงสำนักงานผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยมีแผนภูมิแสดงแบบของการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิแสดงแบบของการวิจัย

X1 = การดำเนินงานตามรูปแบบเดิม

X2 = การดำเนินงานตามรูปแบบใหม่

O1 = ผลการประเมินตามตัวชี้วัดก่อนการทดลอง

O2 = ผลการประเมินตามตัวชี้วัดหลังการทดลอง

A = การนำผลการประเมินที่ได้จากพื้นที่ก่อนการทดลองมาปรับปรุงในรูปแบบใหม่ก่อนดำเนินงาน

### พื้นที่วิจัย

พื้นที่ที่ใช้ทดลองได้แก่ หน่วยงานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกที่เปิดให้บริการผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยตรวจโรคทั่วไป 1 หน่วยตรวจโรคทั่วไป 2 หน่วยไตเทียม หน่วยกายภาพบำบัดและฟื้นฟู หอผู้ป่วยใน 1 หอผู้ป่วยใน 2 และหน่วยแพทย์ทางเลือกและผสมผสาน

## 3.2 ประชากร (Reference Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Samples)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ

### 3.2.1 ประชากรด้านงาน

1) ประชากรหลักที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวนครั้ง ของงานการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยวัดผลทางการศึกษา ได้แก่ ช่วง Pre-test 1-30 พฤษภาคม 2555 (1 เดือน) จำนวน 12 ครั้ง และช่วง Post-test 1-30 กันยายน 2555 (1 เดือน) 12 ครั้ง โดยแต่ละครั้ง เริ่มตั้งแต่เริ่มต้นการส่งต่อจนถึงสิ้นสุดกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยรายนั้น ๆ

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดที่มีบริการที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก แล้วเข้าเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำการดำเนินงานรวม 24 ราย แบ่งเป็น ช่วง Pre-test 12 ราย และ Post-test 12 ราย

### 3.2.2 ประชากรด้านบุคลากร

ประชากรทั้งหมดผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่

ผู้บริหาร ได้แก่ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานสื่อสารองค์กร หัวหน้างานวิศวกรรมบริการและยานยนต์

หัวหน้างานการเงินการคลัง หัวหน้างานเภสัชกรรม หัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ หัวหน้างานรังสีเทคนิค หัวหน้าหน่วยตรวจโรคทั่วไป 1, 2 หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยใน รวมจำนวน 13 คน

ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ได้แก่ แพทย์ทั่วไป 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 19 คน ผู้ช่วยพยาบาล 21 คน พนักงานธุรการ 5 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 10 คน พนักงานขับรถพยาบาล 7 คน รวมจำนวน 72 คน

ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก แล้วแพทย์ผู้ดูแลวินิจฉัยว่า จำเป็นต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่นในช่วง Pre-test คือ ตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤษภาคม 2555 จำนวน 12 ราย และในช่วง Post-test คือ ตั้งแต่วันที่ 1-30 กันยายน 2555 จำนวน 12 ราย

### 3.3 การดำเนินการวิจัย

วิธีการรวบรวมข้อมูล (Data collection method) ใช้การบันทึกข้อมูลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึกเหตุการณ์ แบบบันทึกการประชุม และใช้การตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร โดยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น จากการวิเคราะห์รูปแบบเดิมเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ช่วงเดือนกันยายน 2554-มีนาคม 2555 โดยผู้วิจัย

1) ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี หลักวิชาการ เอกสารงานวิจัย รวมทั้งความรู้ ทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องกับงานการส่งต่อผู้ป่วย

2) ศึกษารูปแบบเดิมของงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ โดยสรุปแล้วนำเสนอแนวทางโอกาสในการพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (รูปแบบที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมพร้อมก่อนการทดลอง ช่วงเดือนเมษายน 2555 โดยผู้วิจัย

1) การขออนุมัติดำเนินการพัฒนารูปแบบใหม่ต่อผู้บริหาร ซึ่งจะนำมาใช้เป็นแบบอย่าง (Role model) ในการทดลองปฏิบัติเพื่อเป็นการเรียนรู้และถ่ายทอดออกเป็นขั้นตอนการไหลของงาน (Flow Chart) โดยการปรับปรุงมาจากรูปแบบเดิม

2) ขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานส่งต่อผู้ป่วย ต่อผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3) เตรียมทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการลงบันทึกในเอกสารที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายละเอียดในเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บข้อมูล “ก่อน” การทดลอง เป็นเวลา 1 เดือน ช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2555 โดยผู้วิจัย

1) ติดต่อขอความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านทางหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วย

2) เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยก่อนการทดลองใช้รูปแบบใหม่ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข ให้ดียิ่งขึ้นเป็นรูปแบบใหม่ที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 3 เดือนตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2555 - 31 สิงหาคม 2555 โดยผู้วิจัย

1) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยจากการบันทึก เอกสารที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการปฏิบัติงานจริง เหมือนกับก่อนการทดลองตลอดระยะเวลาที่ ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบใหม่

2) มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและติดตามประเมินความก้าวหน้าในระหว่างการดำเนินการใช้รูปแบบใหม่ทุก 30 วัน รวม 3 ครั้ง ซึ่งจะได้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เป็นเวลา 1 เดือน ช่วงวันที่ 1-30 กันยายน 2555 โดยผู้วิจัย

1) ทำการเก็บข้อมูลเหมือนกับก่อนการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกและสอบถามชุดเดียวกัน เป็นเวลา 1 เดือน ช่วงวันที่ 1-30 กันยายน 2555

2) เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยหลังการทดลองใช้รูปแบบใหม่ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์และสรุปผล ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2555 - 30 พฤศจิกายน 2555 โดยผู้วิจัย

1) นำข้อมูลทั้งหมดมาเปรียบเทียบก่อน- หลังการทดลองใช้รูปแบบใหม่

2) นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปผลการทดลองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม จากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นรูปแบบสุดท้ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด สำหรับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (รูปแบบที่ 4) เพื่อเป็นผลวิจัยตามวัตถุประสงค์

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments of Research)

1. รูปแบบใหม่ของงานการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ หลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โดยมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมของงานส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ของแต่ละครั้งที่มีผู้มารับบริการในแต่ละคน ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละคน ตั้งแต่ก่อนเริ่มงานส่งต่อ ผู้ป่วยจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ

2.2 ข้อมูลเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุด ของการทำกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละกิจกรรม

2.3 ข้อมูลวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของการใช้อุปกรณ์แต่ละชิ้น ในการปฏิบัติกิจกรรม

2.4 ข้อมูลผู้ปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของแต่ละคนในการปฏิบัติกิจกรรม

2.5 ข้อมูลผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม ทั้งผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

3. แบบตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของกิจกรรม

3.1 แบบตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ประจำวันเวร

3.2 แบบตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานของงานส่งต่อผู้ป่วย

3.3 แบบตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบผสม คือ มีทั้งแบบสอบถามปลายปิดและแบบสอบถามปลายเปิดอยู่ในแบบสอบถามชุดเดียวกัน ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความพึงพอใจต่องานการส่งต่อผู้ป่วย เปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ด้วยมาตรวัดอันดับ โดยนำแบบ Likert's scale มาประยุกต์สองชั้น ให้เป็น Interval scale แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 11 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	น้อย			ปานกลาง			มาก			มากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงงานการส่งตัวผู้ป่วยให้พัฒนายิ่งขึ้น

วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในด้านความตรงตามโครงสร้าง/เนื้อหา (Content Validity) โดยส่งไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ทำการทบทวนตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข เกณฑ์การตัดสินพิจารณาจากความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 จึงจะถือได้ว่ามีความตรง จึงจะนำไปใช้ดำเนินการทดลอง โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ PCT ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ด้วย

#### 5. การดำเนินงานวิจัย การสร้าง ทดลองใช้ และการพัฒนารูปแบบใหม่

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมการก่อน Pre-test ช่วงเวลาดังแต่เริ่มคิดทำวิจัย จนเขียนโครงร่างวิจัยเสร็จ ได้รับการอนุมัติจากศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก และคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว (เอกสารรับรองที่ COA. No. MUPH 2012-131 ตามภาคผนวก จ) ซึ่งจะได้ออกแบบใหม่เบื้องต้นของงานส่งต่อผู้ป่วย

ระยะที่ 2: ช่วงเวลาที่วัดผลการดำเนินงานก่อนการทดลอง (Pre-test)

ระยะที่ 3: ช่วงเวลาในการนำผลที่ได้จากการดำเนินงานก่อนการทดลอง มาปรับปรุงรูปแบบใหม่ก่อนเริ่มต้นทำการทดลองจริง

ระยะที่ 4: ช่วงเวลาในการดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบใหม่ 3 เดือน

ระยะที่ 5: ช่วงเวลาในการวัดผลดำเนินงานหลังการทดลอง (Post-test)

ระยะที่ 6: ช่วงเวลาในการรวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลการวิจัยจนเขียนรายงานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ จนได้รูปแบบใหม่ของงานส่งต่อผู้ป่วยที่ดี เหมาะสมและสมบูรณ์ที่สุดเป็นรูปแบบสุดท้าย

#### 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

##### 6.1 การเตรียมการเก็บข้อมูล

- 1) ขออนุญาตเข้าทำการศึกษาวิจัย จากผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
- 2) ประสานงานขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกผ่านรองผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
- 3) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล

4) รวบรวมข้อมูล Pre-test เตรียมตัวผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย ในการชี้แจงทำความเข้าใจถึงแนวคิดและวัตถุประสงค์หลักในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้รายละเอียด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องครบถ้วน

5) เตรียมทรัพยากรและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

6) เตรียมระบบงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ชัดเจน สะดวก และเอื้อต่อการปฏิบัติงาน

#### 6.2 การดำเนินการเก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบเดิมของงานส่งต่อผู้ป่วย  
2) การเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมรูปแบบเดิมของงานส่ง ต่อผู้ป่วยตามรายละเอียดในเครื่องมือการวิจัย

3) การเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการ ส่งต่อผู้ป่วยก่อนการทดลองใช้รูปแบบใหม่ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

#### 6.3 การดำเนินการเก็บข้อมูลระยะดำเนินงาน (Implementation)

1) ประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่ง ต่อผู้ป่วย เพื่อชี้แจงและกำหนดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ใหม่

2) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมงานส่งต่อ ผู้ป่วย มีการสังเกต และสอบถามความคิดเห็นในระหว่างการปฏิบัติงานจริง เอกสารที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามรายละเอียดในเครื่องมือการวิจัยเหมือนกับ ก่อนการทดลอง ตลอดระยะเวลาที่ ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบใหม่

3) มีการติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และปรับปรุงการใช้รูปแบบใหม่ทุก 30 วัน จำนวน 3 ครั้ง

#### 6.4 การดำเนินการเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลอง (Post- test)

1) ประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงาน ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อกำหนดเวลา ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล Post- test

2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเหมือนกับก่อนการทดลอง โดยใช้เอกสารแบบบันทึก และสอบถามชุดเดียวกัน

3) เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการส่งต่อ ผู้ป่วยหลังการทดลองใช้รูปแบบใหม่ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

### 6.5 การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

- 1) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปดำเนินการวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดที่อาจยังมีอยู่
- 2) นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาเข้าสู่กระบวนการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ข้อมูลทั่วไปของลักษณะพื้นที่ที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ใช้สถิติพรรณนา

7.2 ผลการสร้างรูปแบบใหม่ของระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปดำเนินการใช้วิธีพรรณนาด้านความเหมาะสมของ หลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้

7.3 ผลการนำรูปแบบใหม่ของระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปดำเนินการ ใช้วิธีพรรณนาเรื่อง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างทำการทดลองดำเนินงาน

7.4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U Test

7.5 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานรูปแบบงานการส่งต่อผู้ป่วยก่อน-หลังทดลอง ในข้อมูลที่มีการกระจาย ปกติ ด้วยสถิติ t-test และในข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

7.6 เปรียบเทียบข้อมูลความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยก่อน-หลังทดลอง ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ใช้วิธีพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.7 เปรียบเทียบข้อมูลความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของรูปแบบงานการส่งต่อผู้ป่วยก่อน-หลังทดลองในข้อมูลที่มีการกระจายปกติ ด้วยสถิติ paired t-test และในข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ ด้วยสถิติ Wilcoxon Singed Rank test

## 8. การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

8.1 นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง ใช้รูปแบบใหม่

8.2 นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยมาวิเคราะห์และสรุปผลการทดลองเป็นรูปแบบสุดท้าย ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นผลวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้รูปแบบใหม่ที่สมบูรณ์ที่สุด เหมาะสมกับบริบทของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

9. ระยะเวลาในการทำวิจัย (Duration of Research)

เริ่มตั้งแต่ตกลงทำวิจัยเรื่องนี้จนกระทั่งเขียนรายงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ในเดือนกันยายน 2554 - เดือนพฤศจิกายน 2555 รวมใช้ระยะเวลา 15 เดือน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ผู้วิจัย เก็บข้อมูลการทดลองจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกกิจกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ รวม 3 ชุด ตามช่วงเวลาที่ทำการทดลองเป็น 2 ช่วง ได้แก่

ช่วง Pre-test (1-30 พฤษภาคม 2555) เก็บข้อมูลจาก แบบบันทึกข้อมูลด้านบุคลากรของหน่วยงาน 12 ฉบับ แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน 12 ฉบับ แบบบันทึกกิจกรรมความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร 12 ฉบับ แบบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ แบบบันทึกกิจกรรมของงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ ผู้ปฏิบัติ 72 ฉบับ ผู้บริหาร 13 ฉบับ รวมทั้งหมด 157 ฉบับคิดเป็น 100%

ช่วง Post-test (1-30 กันยายน 2555) เก็บข้อมูลจาก แบบบันทึกข้อมูลด้านบุคลากรของหน่วยงาน 12 ฉบับ แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน 12 ฉบับ แบบบันทึกกิจกรรมความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร 12 ฉบับ แบบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ แบบบันทึกกิจกรรมของงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย 12 ฉบับ ผู้ปฏิบัติ 70 ฉบับ ผู้บริหาร 13 ฉบับ รวมทั้งหมด 155 ฉบับคิดเป็น 100%

โดยจะนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการสร้างเสนอแนวทางพัฒนารูปแบบใหม่

ส่วนที่ 4 คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย

## ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

ผลการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่  
**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบเบื้องต้น** (แผนภูมิที่ 2: รูปแบบที่ 1) ดำเนินการดังนี้

### 1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์

โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมามาทั้งจากเอกสารสถิติต่าง ๆ การสังเกต ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุ จากผลการวิเคราะห์พบว่า ร้อยละ 82.05 ของงานการส่งต่อผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยด้านอายุรกรรม ที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ Triage 1 (Emergency) และ Triage 2 (Urgency) ซึ่งผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยยังต้องปรับปรุงและพัฒนา ได้แก่ ด้านคุณภาพ ความถูกต้อง ความครบถ้วนของการเตรียมความพร้อม ด้านสถานที่ วัสดุและอุปกรณ์ ความชัดเจนด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบ และความล่าช้าในการให้บริการงานส่งต่อทั้งกระบวนการภายในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกและการประสานงานติดต่อกับโรงพยาบาลปลายทาง รวมถึงความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในงานการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร โดยมีสาเหตุ ดังนี้

1) ธรรมชาติของงาน งานส่งต่อผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากภาระงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องรับผิดชอบสูงมากในหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาขณะรอประสานงานและระหว่างการนำส่งโดยรถ Ambulance เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย ด้านการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก ทั้งนี้เพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีประสบการณ์และทักษะความสามารถด้านการประเมินผู้ป่วยอย่างทันที่ ความชำนาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การทำงานเป็นทีม รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก พบว่าสถานพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจนแตกต่างจากศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกที่เป็นโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ส่งผลให้ระบบเครือข่ายการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่ดี การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับโรงพยาบาลในเครือมหิดล ทั้งนี้เพื่อให้การบริการงานส่งต่อสำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความพึงพอใจ

2) ระบบงาน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการทำงานที่ซับซ้อน แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความยาก-ง่ายในการประสานงานส่งต่อ อีกทั้งระบบการทำงานยังไม่ชัดเจน ขาดการเตรียมพร้อมด้าน เครื่องมืออุปกรณ์ สถานที่ ขาดคู่มือ

การปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนบางขั้นตอนมีความสำคัญสูงต้องประสานงานกับหน่วยงานภายนอกหลายขั้นตอน ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรอคอย

3) ด้านบุคลากร ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติซึ่งมีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการสูงทั้งด้านความรวดเร็ว ถูกต้อง ความเหมาะสม หากผู้ให้บริการมีความชำนาญในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการให้บริการแตกต่างกันด้วย แม้ว่าผู้บริหารทุกระดับจะมีการประชุมร่วมเมื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาระบบการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิผลที่ดีได้

4) ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ พบว่าแต่ละหน่วยงานภายในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อมีการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นเพื่อรองรับสถานการณ์อย่างถูกต้องแต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จากการวิจัยพบว่ายังขาดเครื่องมือในการสื่อสารส่งต่อข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลและขาดการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

5) ด้านเวลา พบว่ามีปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการประสานงานส่งต่อมาก ซึ่งบางครั้งต้องมีการประสานงานส่งต่อนอกเวลาราชการทำให้ผู้ปฏิบัติงานประสบปัญหาความไม่พร้อมของทีม และยานพาหนะในการนำส่งซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานทำให้เกิดความยุ่งยากและไม่ชัดเจน

6) ด้านงบประมาณ ได้รับการจัดสรรจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น และจัดทำโครงการที่ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากร เพื่อพัฒนาหน่วยงาน มีการจัดจ้างเพื่อปรับปรุงพื้นที่ในด้านการให้บริการ

7) ด้านสภาพแวดล้อม เนื่องจากหน่วยงานหลักที่มีงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งมีพื้นที่ในการให้บริการเป็นห้องโลกรวม 4 เตียง มีม่านปิดกั้นระหว่างเตียง มีห้อง CPR 1 ห้อง หากมีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมๆกันและมีความจำเป็นต้องนอนรอสังเกตอาการภายในห้องฉุกเฉินจะส่งผลให้เกิดความแออัดของสถานที่ บางครั้งจะมีเสียงดัง และควุ่นวายไม่เป็นสัดส่วน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสิทธิผู้ป่วยและส่งผลต่อการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย ญาติ และผู้ปฏิบัติงาน ส่วนหอผู้ป่วยในชั้น 2 เป็นห้องเดี่ยว 16 ห้อง เมื่อเกิดเหตุการณ์บริเวณห้องที่ห่างจาก Nurse Station ทำให้ประสบปัญหาความไม่สะดวกในการติดต่อประสานงาน

8) ด้านสถานที่ ไม่มีหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องนอนรอร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ในห้องฉุกเฉินซึ่งต้องใช้เวลาใน

การรอดติดต่อประสานงานนาน ทำให้เตียง ไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วย รายที่ต้องส่งต่อเป็น โรคติดต่อทางอากาศ เช่น วัณโรคส่งผลให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ นอกจากนี้ขีดสถานที่สำรองในการดูแลขณะรอส่งต่อ เมื่อมีการเคลื่อนย้ายเตียงให้เหมาะสมตาม สถานการณ์ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้บริการได้

## 1.2 การสร้างรูปแบบเบื้องต้น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้วิจัยใช้หลักการของรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยนำมาใช้ดำเนินการตั้งแต่ เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โดยมีองค์ประกอบหลักของรูปแบบ 3 ประการ ได้แก่ หลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ จากดังนี้

1) หลักการของรูปแบบ (Principle of model) มีการใช้ หลักการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ระหว่างรูปแบบเดิมที่ไม่ได้รวบรวมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน กับรูปแบบ ใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนหลักการที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมอย่างครบถ้วน และรวบรวมบันทึกเป็นลาย ลักษณ์อักษรเขียนเป็นคู่มือ Version 1 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการ เรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้

(1) การกำหนดโครงสร้างด้านสถานที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบงานบริการงานส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ในหน่วยงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

(2) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ให้ชัดเจน เน้นระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดทำคู่มือที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย (รายละเอียดภาคผนวก ข) เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

(3) การกำหนดกิจกรรมและระยะเวลาในการ ให้บริการติดตามผลการดำเนินงานหลังจากเสร็จสิ้นงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(4) การกำหนดผังการไหลเวียนของงานส่งต่อผู้ป่วย โดยเริ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการประจำวัน/เวร การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การต้อนรับผู้ป่วยอย่างประทับใจตั้งแต่แรกรับ การให้บริการ เร่งด่วนตามลักษณะเฉพาะแก่ผู้มารับบริการ การให้บริการตามลำดับขั้นตอนจนครบถ้วนตาม กระบวนการ การให้บริการก่อนส่งผู้ป่วยออกไปยังสถานพยาบาลอื่น การดำเนินการหลังจากผู้ป่วย ออกไปแล้ว การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน/เวร ตามลำดับ

2) โครงสร้างของรูปแบบ (Structure of model) ได้แก่ ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย คือ โครงสร้างด้านคน โครงสร้างด้านเงิน โครงสร้างด้านของ และโครงสร้างด้านระบบงาน ซึ่งสามารถเชื่อมโยงทรัพยากรต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด โครงสร้างของรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกๆฝ่าย มีการจัดทำคู่มือเป็นลายลักษณ์อักษร มีการนิยามภาระงาน หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานอย่างครบถ้วน ชัดเจน ภายใต้อุปกรณ์ประกอบสำคัญ คือ

(1) โครงสร้างด้านคน หมายถึง การทำให้งานการส่งต่อผู้ป่วยเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยอาศัยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แสดงศักยภาพตามที่ตนเองมีอยู่อย่างสุดความสามารถ เพื่อสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) โครงสร้างด้านเงิน หมายถึง การทำให้งานการส่งต่อผู้ป่วยเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยอาศัยหลักการดำเนินงานจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์การ

(3) โครงสร้างด้านของ หมายถึง การทำให้งานการส่งต่อผู้ป่วยเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยอาศัยหลักการบริหารจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างครบถ้วน เพียงพอต่อการใช้งาน และสามารถจัดหามาใช้ทดแทนอย่างทันท่วงทีกรณีมีการชำรุดเสียหาย มีการบำรุงรักษาที่ดี

(4) โครงสร้างด้านระบบงาน หมายถึง การทำให้งานการส่งต่อผู้ป่วยเกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยอาศัยหลักการบริหารงานที่ช่วยกำหนดแนวทางให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันสามารถดำเนินไปได้อย่างเป็นระเบียบ สอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน อย่างต่อเนื่อง ชัดเจน สมบูรณ์และครบวงจรภายใต้จุดมุ่งหมายเดียวกัน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย

i. จุดเริ่มต้นของระบบงาน (Starting Point) เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรม มีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานการส่งต่อผู้ป่วย ครบถ้วน ครอบคลุมในทุกด้าน มีการตรวจสอบความพร้อมลงในแบบฟอร์มเพื่อใช้สื่อสาร เป็นหลักฐานในที่อย่างชัดเจน

ii. กิจกรรมของระบบงาน (Activities & Sequence) เป็นการจัดลำดับขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มกิจกรรมแรกของการให้บริการเน้นการบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยปลอดภัย และประทับใจ จนจบสิ้นกระบวนการสุดท้าย รวมถึงการ

ให้บริการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปแล้ว โดยใช้เวลา ผู้ป่วย/ญาติ และการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย เป็นแกนหลัก ในการประสานกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกันอย่างราบรื่น ก่อให้เกิดความประหยัดทรัพยากร และเวลา

iii. จุดสุดท้ายของระบบงาน (Ending Point) เป็นกิจกรรมสุดท้ายเมื่อระบบงานนั้น ๆ เสร็จสิ้นลง มีการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆภายหลังการใช้งาน ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตามมาตรฐานที่กำหนด จัดแบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ระบบงานยังคงดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง และกรณีที่ ระบบงานหยุดดำเนินการ

iv. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System) เป็นระบบที่ช่วยให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารต่อกันอย่างทั่วถึง ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และสามารถนำข้อมูลทั้งหลายไปใช้ได้สะดวก ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การ

v. การติดตาม ประสานงานและการควบคุม (Monitoring & Coordinating & Controlling) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้กิจกรรมทั้งหลายของระบบงานสามารถดำเนินการไปได้อย่างสอดคล้องกัน โดยติดตามให้รู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม แต่ละช่วงเวลา ขณะใดขณะหนึ่งอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน มีการประสานงานให้กิจกรรมดำเนินการไปได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีและถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการควบคุมให้กิจกรรมทั้งหลายดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและมุ่งเน้นผู้ป่วยปลอดภัยเป็นหลักสำคัญ

3) วิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation of Model) โดยมีกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมที่ดีของผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบในแต่ละขั้นตอนนั้นมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมากที่สุดก่อนนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เต็มกำลังความสามารถจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการพัฒนางาน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การดำเนินการในครั้งนี้ประสบผลความสำเร็จ เกิดความภูมิใจกับการพัฒนางานร่วมกันอย่างลงตัว จึงช่วยพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์มากขึ้น อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้บริหาร ได้แก่ ฝ่ายแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบงานบริการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแบ่งวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการได้เป็น 3 ระยะ คือ

(1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้นำเสนอหลักการที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยให้กับผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ได้แก่ คณะกรรมการ

PCT Med -Surg ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนผู้ปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ได้รับการชี้แจงถึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบงานส่งต่อผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามมาตรฐานหลักที่ สรพ.มุ่งเน้น ทีมบริหาร จากฝ่ายแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ฯลฯ ซึ่งให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมาประชุมร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์จากข้อมูลที่มีร่วมกับการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย มีข้อความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการนำมาปรับปรุงได้เป็นรูปแบบเบื้องต้น

(2) ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในงานการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน จะนำประเด็นเข้าสู่ที่ประชุมตามลำดับความรุนแรงและความสำคัญของปัญหา ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นปัจจุบันและมีประสิทธิภาพ เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วย/ญาติ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร จึงสามารถพัฒนารูปแบบใหม่ให้สมบูรณ์และเหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมากยิ่งขึ้น ขึ้นตามลำดับ

(3) ระยะสรุปและประเมินผล มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการวัดผลการดำเนินงาน ครบทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านคุณภาพ ด้านปริมาณ ด้านระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการ ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง และด้านต้นทุนต่อหน่วยที่ใช้ในการให้บริการ ซึ่งผลการดำเนินงานหลังการทดลอง พบว่า รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับหน่วยงานและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน (แผนภูมิที่ 3: รูปแบบที่ 2) ดำเนินการดังนี้**

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย นำเสนอต่อทีมผู้บริหารผ่านการประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น PCT Med- Surg ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดความสอดคล้องและเหมาะสมสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งผลจากการประชุม ร่วมกันมีการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบวัสดุ ครุภัณฑ์ โดยจัดสรรให้เพียงพอ ครบถ้วนต่อการใช้งาน มีการจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้งาน มีผู้รับผิดชอบตามกำหนดเวลาอย่างชัดเจน

2.2การจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามความสำคัญของงาน โดยกำหนดขั้นตอนอย่างครบถ้วน เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดผลการดำเนินการพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเดียวกัน

2.3 ด้านเอกสาร ปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสอบวัสดุ ครุภัณฑ์ แบบฟอร์มการมอบหมายงาน (Assignment) ประจำวัน/เวร แบบฟอร์มข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล มีคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถศึกษาเพิ่มเติมและใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.4การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการเป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการประจำวัน/เวร

- มีการมอบหมายงานตามใบ Assignment อย่างชัดเจนเป็นประจำทุกวัน/เวร ลงในแบบฟอร์มที่ปรับปรุงขึ้นใหม่
- มีการวางแผนทางปฏิบัติในการตามทีมที่ปรึกษาโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า
- มีแผนรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า

2) การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มมีงานส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้น

- มีการวางแผนร่วมประชุมกันภายในทีมก่อนเริ่มงานทุกวัน/เวร
- ตรวจสอบด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ด้านบุคลากรด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง และรถพยาบาลที่ใช้ในการส่งต่อ ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและพร้อมใช้งาน

3) การต้อนรับผู้ป่วยอย่างประทับใจตั้งแต่แรกรับ

- กล่าวคำทักทาย ต้อนรับอย่างสุภาพ ด้วยกริยาที่นุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส ซึ่งพบได้น้อยมากและไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีมาตรฐานต่างคนต่างปฏิบัติตามแต่ลักษณะบุคคล มีการสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วยผิดคน ซึ่งถือเป็นนโยบายสำคัญหนึ่งในสามของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เรื่อง Hospital Wide Safety goal (HWSG)

- ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประจักษ์ประ  
มิตร ตามนโยบายระดับบริหารซึ่งไม่สามารถถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

4) การให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะเฉพาะของผู้มารับ  
บริการ

- ให้การดูแลประเมินอาการผู้ป่วยทันทีตามความเร่ง  
ด่วนของอาการ

- ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกครั้งเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ใน  
การประเมินผู้ป่วย

- การปฏิบัติตามมาตรฐานตามแนวทางการปฏิบัติ  
CPG/CNPG อย่างทันท่วงที

- ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น  
การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่ต้องส่งต่อ

5) การให้บริการตามลำดับขั้นตอนจนครบถ้วนตามกระบวนการ  
- ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้  
ในการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ การลงบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Progress note) การบันทึกข้อมูล  
ลงในใบส่งต่อผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ห้อง X-Ray การเบิกจ่ายยา/เวชภัณฑ์ทาง  
การแพทย์ ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น

6) การให้บริการก่อนส่งผู้ป่วยออกไปยังสถานพยาบาลอื่น  
- การให้ข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ถึงขั้นตอนและ  
ความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วย

- การติดต่อกับห้องยา และการเงิน ก่อนจะออกจาก  
โรงพยาบาล (Discharge) และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ

- การเตรียมความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ภายใน  
รพพยาบาลก่อนเคลื่อนย้าย

- การเปลี่ยนเตียงเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาลใน  
การนำส่ง

- การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง  
อย่างปลอดภัย

7) การดำเนินการหลังจากผู้มารับบริการกลับออกไปแล้ว

- จัดเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้เรียบร้อยและพร้อมใช้  
สำหรับต้อนรับผู้ป่วยรายต่อไป

- ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการลงบันทึกทางการพยาบาล เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน สมบูรณ์

8) การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน/เวร

- สรุปผลการดำเนินงานประจำวัน/เวร กรณีที่ต้องมีการส่งเวรต่อเนื่อง มีขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลอย่างมีระบบ ถูกต้อง ครบถ้วน

- มีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยประจำทุกเดือน ทำ RCA เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ในประเด็นสำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้

9) การให้บริการติดตามผลการดำเนินงานหลังจากเสร็จสิ้นงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- หัวหน้าเวรผู้รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งบางครั้งหัวหน้าเวรที่รับผิดชอบในรายนั้น ๆ ไม่ได้ขึ้นเวรทำให้เกิดช่องว่างในการติดตามผลการส่งต่อ

**ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานขั้นสุดท้าย (แผนภูมิที่ 4.4: รูปแบบที่**

3) ดำเนินการ ดังนี้

หลังการทดลองใช้รูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 2) เป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินงาน มาปรับปรุงให้ได้รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่วิจัยมากที่สุด โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

3.1 ปรับปรุงแก้ไขคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทาง การปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย จากรูปแบบเดิมที่มีขั้นตอนซับซ้อนยุ่งยาก ให้เป็นรูปแบบใหม่ (แผนภูมิที่ 4.4: รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบสุดท้าย) ที่ชัดเจน ซึ่งจะ ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2 กำหนดผังการไหลเวียน ของงานการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน

3.3 การจัดเตรียมความพร้อมของงานด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ด้านเอกสารต่างๆและด้านบุคลากร จากรูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 2) มีการปรับปรุงได้คืออยู่แล้ว แต่ควรมีการปรับปรุงในการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพทุกส่วนงาน

3.4 จัดทำแผ่นพับเพื่อชี้แจงแนะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญให้กับผู้ป่วย และญาติ ได้ศึกษาเป็นความรู้ เพราะการชี้แจงข้อมูลในระหว่างดำเนินงานส่งต่อนั้นผู้ป่วยและญาติ อาจไม่มีสมาธิ ไม่มีเวลาเพียงพอ ที่จะรับฟังข้อมูล เพราะผู้ป่วยและญาติมีความกังวลกับอาการ ขณะนั้น

3.5 ด้านเอกสาร ใช้ระบบสารสนเทศซึ่งเป็นจุดแข็งขององค์กรในพื้นที่ วิจัยมาช่วยในการลงบันทึก เก็บรวบรวมสถิติ เพื่อความสะดวกในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อการปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.6 ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ควรจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน อันจะส่งผลถึงคุณภาพในการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะรถพยาบาลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด ทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานให้ สามารถทำงานได้ง่าย สะดวกยิ่งขึ้น

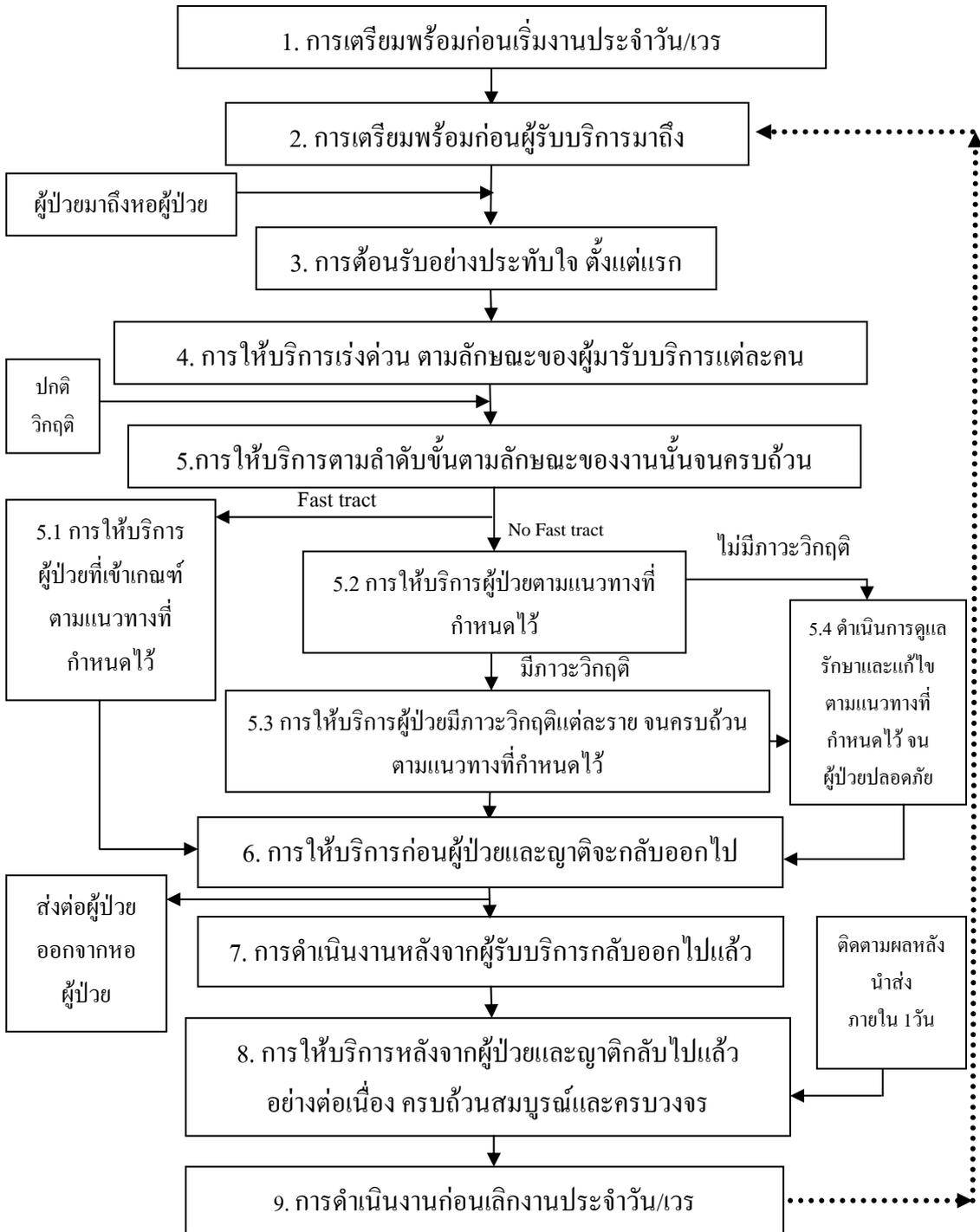
3.7 การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดเวทีประชุมร่วมกันระหว่าง ผู้เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบท ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

3.8 การเตรียมความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ ด้านยานพาหนะ ด้านเอกสาร และด้านการติดต่อสื่อสารให้มีความกระชับ ชัดเจน สามารถ นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

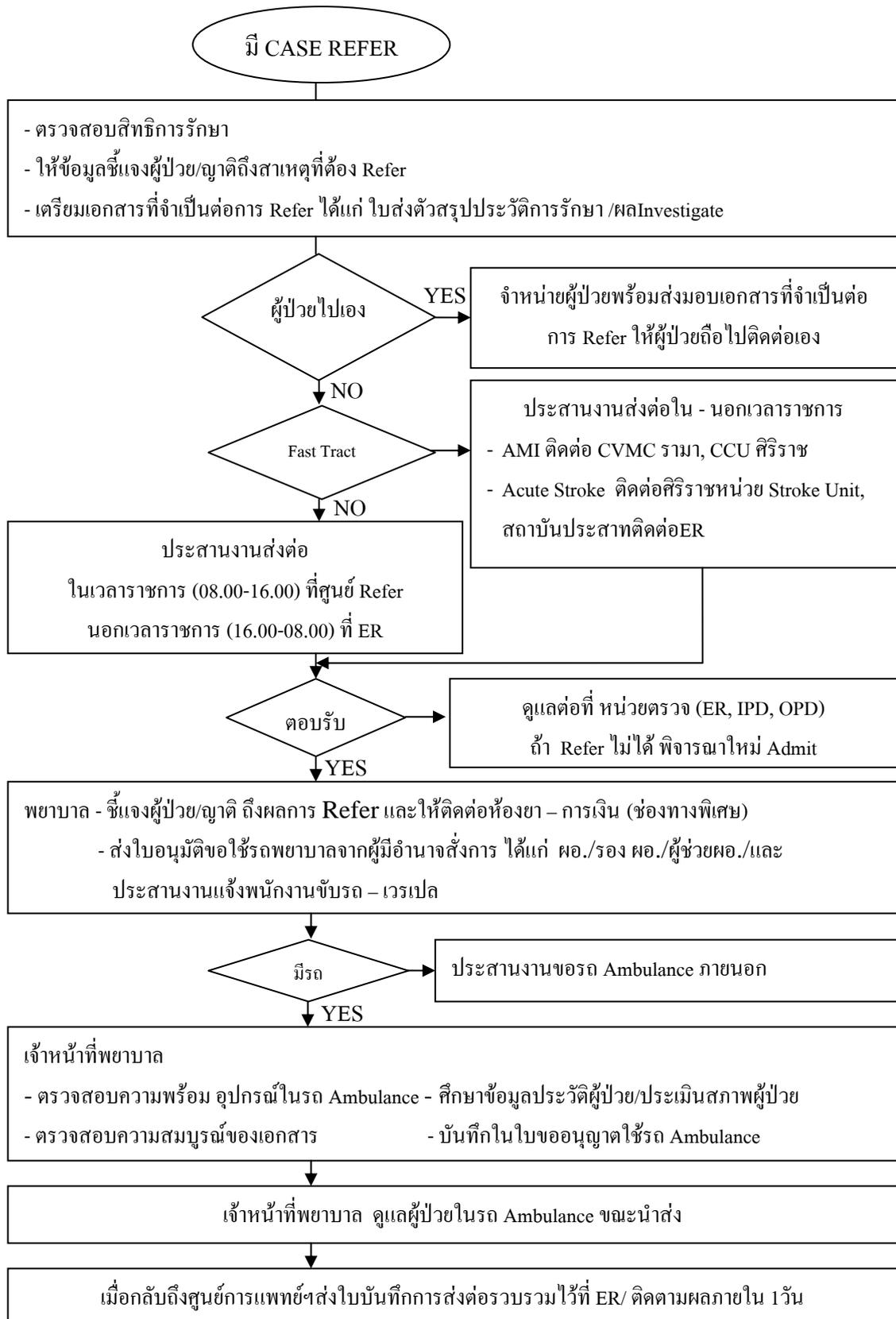
3.9 การปรับปรุงพัฒนาการให้บริการต้อนรับ การให้บริการก่อนการส่ง ต่อ การให้บริการเร่งด่วนตามอาการ การให้บริการขณะนำส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการหลังการส่งต่อ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจ ยิ่งขึ้น

3.10 การประเมินคุณภาพการส่งต่อ โดยพิจารณาจาก การติดตามผลการ ส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานจากเวชระเบียน

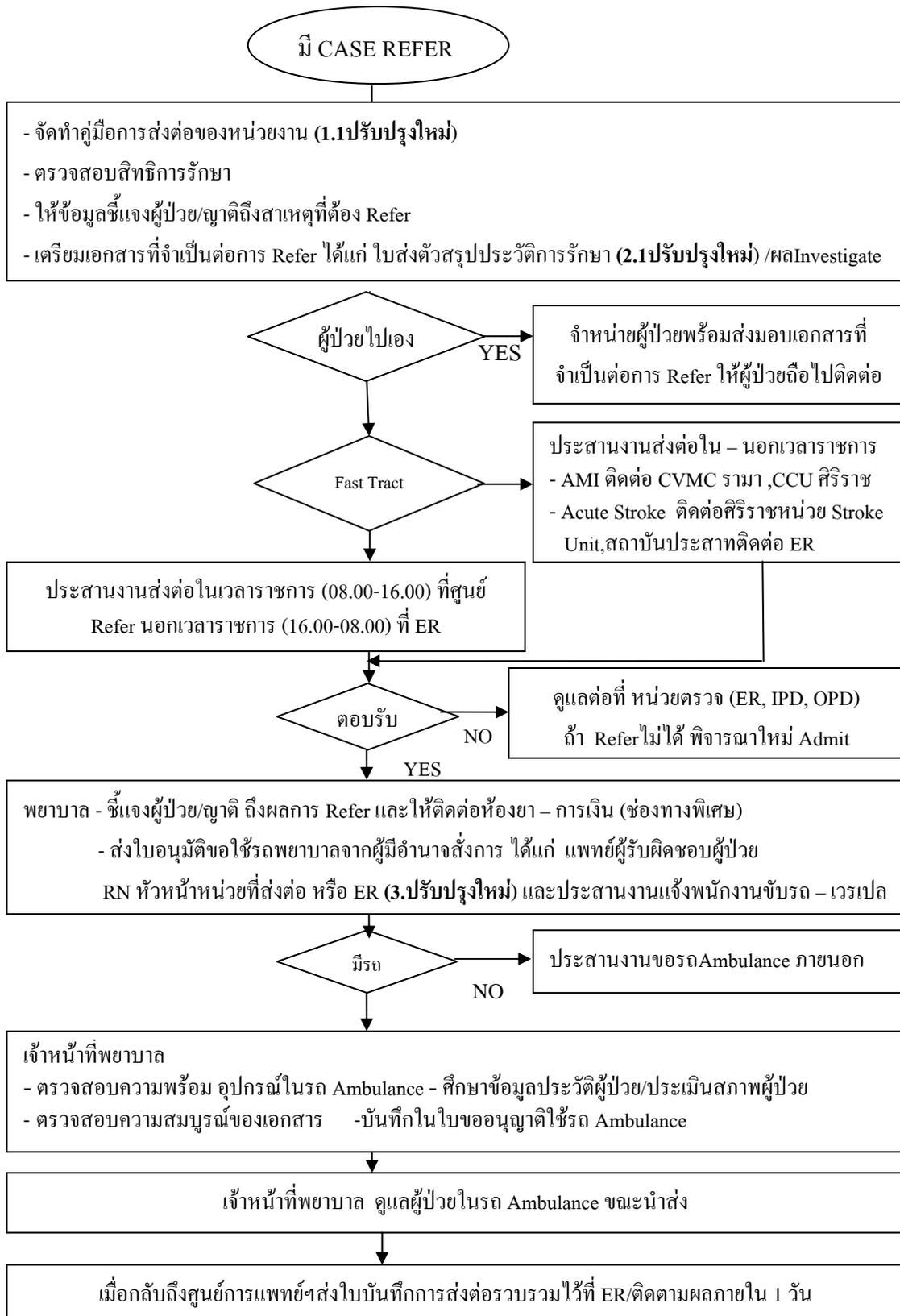
ผังการไหลเวียนของมาตรฐานของงานบริการงานส่งต่อผู้ป่วย 9 ขั้นตอน



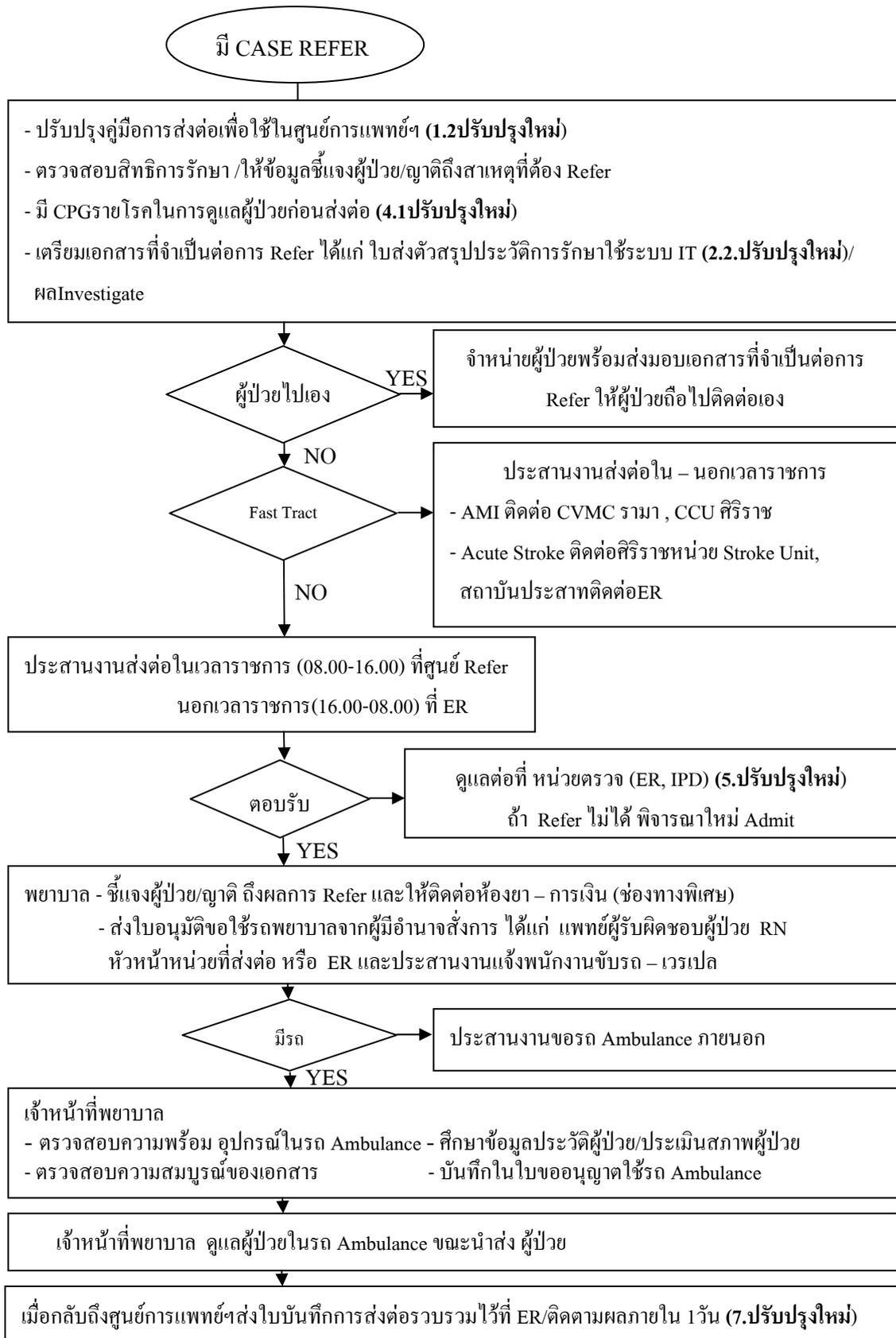
แผนภูมิที่ 4.1 ผังการไหลเวียนของงานการส่งต่อผู้ป่วย



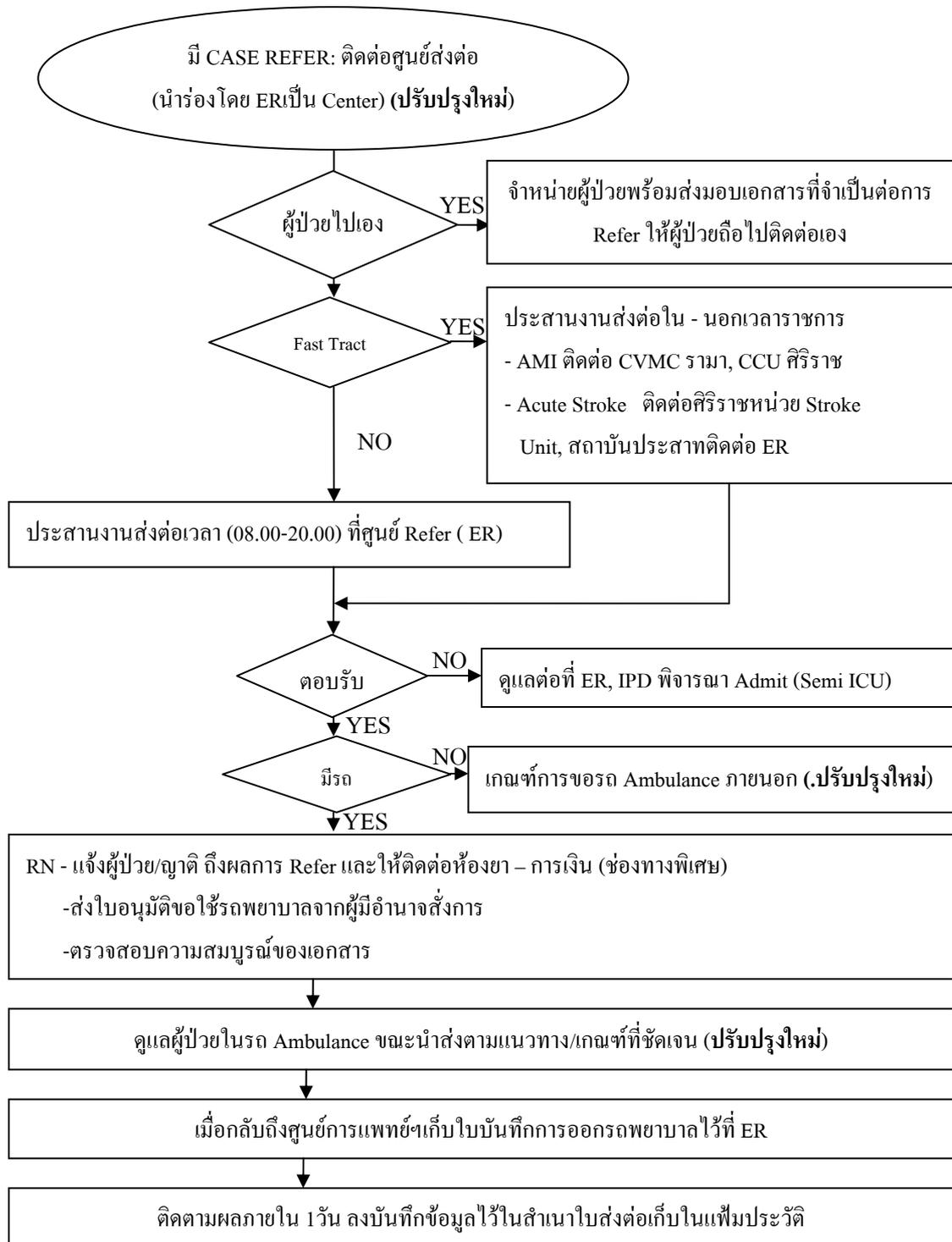
แผนภูมิที่ 4.2 รูปแบบเดิมของงานการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out)



แผนภูมิที่ 4.3 รูปแบบใหม่เบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) งานการส่งต่อ (Refer out)



แผนภูมิที่ 4.4 รูปแบบใหม่ก่อนดำเนินการ (รูปแบบที่ 2) งานการส่งต่อ (Refer out)



แผนภูมิที่ 4.5 รูปแบบใหม่สุดท้ายหลังดำเนินการ (รูปแบบที่ 3) งานการส่งต่อ (Refer out)

## ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบตามสมมติฐานตามประเด็นหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

2.1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

2.2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

2.3 สรุปผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคลทั้งหมดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (N=85)		หลังการทดลอง (N=83)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตำแหน่ง				
แพทย์	15	17.60	17	20.50
พยาบาล	18	21.20	15	18.10
ผู้ช่วยพยาบาล	22	25.90	21	25.30
ธุรการ	5	5.90	5	6.00
เวรเปล	10	11.80	10	12.00
พนักงานขับรถ	7	8.20	7	8.40
อื่น ๆ	8	9.40	8	9.60
2. สถานะ				
ผู้บริหาร	13	15.30	13	15.70
ผู้ปฏิบัติงาน	72	84.70	70	84.30

จากตารางที่ 4.1 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการมีจำนวน 85 คน พบว่ามากที่สุดเป็นระดับผู้ปฏิบัติงานจำนวน 72 คน (ร้อยละ 84.70) รองลงมาเป็นระดับผู้บริหารมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 15.3) และในระดับผู้ปฏิบัติงานพบว่าเป็นผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดจำนวน 22 คน (ร้อยละ 25.90) รองลงมาเป็นพยาบาลจำนวน 18 คน (ร้อยละ 21.20) และธุรการมีน้อยที่สุดจำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.90) ส่วนหลังดำเนินการมีจำนวน 83 คน พบว่ามากที่สุดเป็นระดับผู้ปฏิบัติงานจำนวน 70 คน (ร้อยละ 84.30) รองลงมาเป็นระดับผู้บริหารมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 15.70) และในระดับผู้ปฏิบัติงานพบว่าเป็นผู้ช่วยพยาบาลมากที่สุดจำนวน 21 คน (ร้อยละ 25.30) รองลงมาเป็นแพทย์จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.50) และ ธุรการมีน้อยที่สุดจำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.00) สาเหตุที่จำนวนแพทย์ก่อนการทดลองน้อยกว่าหลังการทดลองเนื่องจากแพทย์ที่ศึกษาต่อกลับมาปฏิบัติงานทำให้หลังการทดลองมีแพทย์เพิ่มขึ้น ส่วนพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลก่อนการทดลองมากกว่าหลังการทดลอง เนื่องจากมีการลาออกขณะเก็บข้อมูลช่วงหลังดำเนินการ

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (n=72 คน)		หลังการทดลอง (n=70 คน)	
เวรเช้า (เวลา 08.00-16.00 น.)	แพทย์	1	แพทย์	1
	พยาบาล	2	พยาบาล	2
	ผู้ช่วยพยาบาล	2	ผู้ช่วยพยาบาล	2
	เสมียน	1	เสมียน	1
	เวรเปล	10	เวรเปล	10
	พนักงานขับรถ	1	พนักงานขับรถ	1
	รวม	17	รวม	17
เวร OT (เวลา 16.00-20.00 น.)	แพทย์	2	แพทย์	2
	พยาบาล	2	พยาบาล	2
	ผู้ช่วยพยาบาล	2	ผู้ช่วยพยาบาล	2
	เสมียน	1	เสมียน	1
	เวรเปล	3	เวรเปล	3
	พนักงานขับรถ	1	พนักงานขับรถ	1
	รวม	11	รวม	11

**ตารางที่ 4.2** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (n=72 คน)		หลังการทดลอง (n=70 คน)	
เวร Day (เวลา 08.00-20.00 น.)	แพทย์	1	แพทย์	1
	พยาบาล	4	พยาบาล	4
	ผู้ช่วยพยาบาล	6	ผู้ช่วยพยาบาล	6
	เสมียน	2	เสมียน	2
	เวรเปล	10	เวรเปล	10
	พนักงานขับรถ	1	พนักงานขับรถ	1
	รวม	24	รวม	24
เวร Night (เวลา 08.00-20.00 น.)	แพทย์	1	แพทย์	1
	พยาบาล	3	พยาบาล	3
	ผู้ช่วยพยาบาล	4	ผู้ช่วยพยาบาล	4
	เสมียน	0	เสมียน	0
	เวรเปล	0	เวรเปล	0
	พนักงานขับรถ	1	พนักงานขับรถ	1
	รวม	9	รวม	9

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อัตรากำลังของกลุ่มทดลองที่ขึ้นปฏิบัติระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ ได้แก่ เวรเช้า เวร OT เวร Day เวร Night ไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 4.3** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้ปฏิบัติงาน) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (N=72)		หลังการทดลอง (N=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานะ				
แพทย์	11	15.28	13	18.57
พยาบาลวิชาชีพ	17	23.61	14	20.00

**ตารางที่ 4.3** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้ปฏิบัติงาน) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับ หลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (N=72)		หลังการทดลอง (N=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยพยาบาล	22	30.56	21	30.00
ธุรการ	5	6.94	5	7.14
เจ้าหน้าที่เวรเปล	10	13.89	10	14.29
พนักงานขับรถ	7	9.72	7	10.00
เพศ				
ชาย	25	34.72	26	37.14
หญิง	47	65.28	44	62.86
อายุ				
อายุเฉลี่ย (ปี)	31.5	-	31	-
อายุน้อยสุด(ปี)	23	-	23	-
อายุสูงสุด(ปี)	55	-	55	-
ช่วงอายุ 20 - 30 ปี	32	44.44	34	48.57
ช่วงอายุ 31 - 41 ปี	35	48.61	32	45.71
ช่วงอายุ 41 - 50 ปี	4	5.56	3	4.29
ช่วงอายุ 51 - 60 ปี	1	1.39	1	1.43
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน				
0 - 1 ปี	11	15.28	15	15.71
มากกว่า 1 - 3 ปี	29	40.28	22	31.43
มากกว่า 3 - 5 ปี	15	20.83	15	21.43
มากกว่า 5 ปี	17	23.60	18	25.71
ระดับการศึกษา				
มัธยม	4	5.56	4	5.71
อนุปริญญา	35	48.61	34	48.57
ปริญญาตรี	28	38.89	26	37.14
สูงกว่าปริญญาตรี	5	6.94	6	8.57

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติ ก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ ไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยก่อนดำเนินการมีจำนวน 47 (ร้อยละ 65.28) มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 20 - 40 ปี จำนวน 67 คน (ร้อยละ 93.06) ด้านระยะเวลาส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 61คน คิดเป็นร้อยละ 84.72 ด้านการศึกษาเป็นอนุปริญญาถึงปริญญาตรีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 และหลังดำเนินการมีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 62.85 ด้านระยะเวลาส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี และ 66 คน คิดเป็นร้อยละ 94.29 และ 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57 และด้านการศึกษาเป็นอนุปริญญาถึงปริญญาตรี 60 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้บริหาร) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (N=13)		หลังการทดลอง (N=13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง				
รองผู้อำนวยการฯ	2	15.38	2	15.38
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ	1	7.69	1	7.69
หัวหน้าฝ่าย	1	7.69	1	7.69
หัวหน้างาน/หน่วย	9	69.23	9	69.23
สถานะ				
แพทย์	4	30.77	4	30.77
พยาบาลวิชาชีพ	3	23.08	3	23.08
อื่น ๆ	6	46.15	4	46.15
เพศ				
ชาย	7	53.85	7	53.85
หญิง	6	46.15	6	46.15
อายุเฉลี่ย	36	-	36	-
อายุต่ำสุด	28	-	28	-
อายุสูงสุด	56	-	56	-
ช่วงอายุ 20 - 30 ปี	3	23.08	3	23.08
ช่วงอายุ 31 - 41 ปี	5	38.46	5	38.46

**ตารางที่ 4.4** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล (ผู้บริหาร) ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง (N=13)		หลังการทดลอง (N=13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ 41 - 50 ปี	3	23.08	3	23.08
ช่วงอายุ 51 - 60 ปี	1	7.69	1	7.69
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน				
0 - 1 ปี	0.00	0.00	0.00	0.00
มากกว่า 1 - 3 ปี	1	7.69	1	7.69
มากกว่า 3 - 5 ปี	5	38.46	5	38.46
มากกว่า 5 ปี	7	53.85	7	53.85

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ก่อนกับหลังดำเนินการเป็นผู้บริหารกลุ่มเดียวกัน มากที่สุดเป็นผู้บริหารระดับต้น ได้แก่ หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยจำนวน 9 คน (ร้อยละ 69.23) รองลงมาเป็นผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 30.77) โดยมีสถานะเป็นแพทย์และพยาบาลจำนวน 7 คน (ร้อยละ 54) และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 46.15) อายุสูงสุด 56 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี มีอายุเฉลี่ย 36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31 - 41 ปี (ร้อยละ 38.46)

**ตารางที่ 4.5** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U Test

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนทดลอง (n=12)		หลังทดลอง (n=12)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.671
ชาย	7	58.3	4	33.33	
หญิง	5	41.7	8	66.67	

**ตารางที่ 4.5** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U Test (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนทดลอง (n=12)		หลังทดลอง (n=12)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุเฉลี่ย (ปี)	60.5	-	66	-	0.712
อายุต่ำสุด(ปี)	31	-	20	-	
อายุสูงสุด(ปี)	88	-	90	-	
20 - 40 ปี	2	16.67	2	16.67	
41 - 60 ปี	4	33.33	3	25.00	
61 - 80 ปี	5	41.67	4	33.33	
มากกว่า 80 ปี	1	8.33	3	25.00	
ความรุนแรงของอาการ					0.682
Emergency	7	58.33	6	50.00	
Urgency	5	46.67	6	50.00	
ประเภทผู้ป่วย					
อายุรกรรม	11	91.67	10	83.33	
ศัลยกรรม	1	8.33	2	16.67	
สิทธิผู้ป่วย					0.421
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4	33.33	5	46.67	
ประกันสังคม	2	16.67	0	0.00	
ต้นสังกัด	3	25.00	5	46.67	
เงินสด	3	25.00	2	16.67	
หน่วยงานที่ส่งต่อ					
หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	10	83.33	10	83.33	
หอผู้ป่วยใน	2	16.67	2	16.67	
ระยะเวลาที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วย					
1 - 60 นาที	2	16.67	8	66.67	
61 - 120 นาที	4	33.33	3	25	
121 - 180 นาที	5	46.67	0	0.00	

**ตารางที่ 4.5** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U Test (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนทดลอง (n=12)		หลังทดลอง (n=12)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
181 - 240 นาที	1	8.33	0	0.00	
241 - 300 นาที	0	0.00	0	0.00	
มากกว่า 300 นาที	0	0.00	1	8.33	
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ส่งต่อผู้ป่วย	135 นาที	-	52.50 นาที	-	0.033
ระยะเวลาต่ำสุดที่ส่งต่อผู้ป่วย	20 นาที	-	15 นาที	-	
ระยะเวลาสูงสุดที่ส่งต่อผู้ป่วย	240 นาที	-	360 นาที	-	

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายจำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) หลังดำเนินการผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) เพศของผู้ป่วยระหว่างก่อนกับหลังทดลอง ไม่มีความแตกต่าง ( $p = 0.671$ ) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีการส่งต่อก่อนกับหลังดำเนินการคือ อายุ 60.50 และ 66 ปี ไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.712$ ) อายุต่ำสุด 31 ปี และ 20 ปี อายุสูงสุด 88 ปี และ 90 ปี ด้านความรุนแรงตามอาการไม่แตกต่าง ( $p = 0.682$ ) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Emergency 7 คน และ 6 คน (ร้อยละ 58.33 และ 50.00 ตามลำดับ) เป็นผู้ป่วย Urgency 5 คน และ 6 คน (ร้อยละ 41.67 และ 50.00 ตามลำดับ) เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 11 คน และ 10 คน (ร้อยละ 91.67 และ 83.33 ตามลำดับ) เป็นผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 1 คน และ 2 คน (ร้อยละ 8.33 และ 16.67 ตามลำดับ) เป็นผู้ป่วยจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 10 คน หอผู้ป่วยใน 2 คน (ร้อยละ 91.67 และ 8.33 ตามลำดับ) ด้านสิทธิการรักษาระหว่างก่อนและหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการไม่มีความแตกต่าง ( $p = 0.421$ ) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 คน และ 5 คน สิทธิประกันสังคม 2 คน สิทธิต้นสังกัด 3 คน และ 5 คน สิทธิเงินสด 3 คน และ 2 คน ด้านระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการส่งต่อก่อนกับหลังดำเนินการแตกต่างกัน ( $p = 0.033$ ) คือ 135 นาที และ 52.5 นาที เวลาต่ำสุดที่ใช้ 20 นาที และ 15 นาที เวลาสูงสุด 240 นาที และ 360 นาที ช่วงเวลาก่อนดำเนินการที่ใช้มากที่สุดคือ 121-180 นาที จำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 41.67) และช่วงเวลาหลังดำเนินการที่ใช้มากที่สุด 60-120 นาที จำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 66.67) โดยมีการส่งต่อผู้ป่วย 1 รายที่ใช้เวลา 360 นาที เนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิต้นสังกัดและเป็นผู้ป่วยวิกฤตต้อง Admit ICU ซึ่งโรงพยาบาลรัฐบาลไม่มีเตียงรองรับ ทำให้ต้องเสียเวลาในการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอื่น ๆ หลายแห่ง

**ตารางที่ 4.6** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ ไปดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	รัฐบาล/มหิดล เงินรายได้	รัฐบาล/มหิดล เงินรายได้
1. งบประมาณ	รัฐบาล/มหิดล เงินรายได้	รัฐบาล/มหิดล เงินรายได้
2. ด้านวัสดุอุปกรณ์ยานพาหนะ		
2.1 เครื่องวัดความดันโลหิต	3 เครื่อง	3 เครื่อง
2.2 ปรอทวัดไข้อัตโนมัติ	4 เครื่อง	4 เครื่อง
2.3 เครื่องวัด BP (NIBP) + O <sub>2</sub> Sat	8 เครื่อง	8 เครื่อง
2.4 EKG	4 เครื่อง	4 เครื่อง
2.5 Defibrillator	4 เครื่อง	4 เครื่อง
2.6 Infusion pump	2 เครื่อง	2 เครื่อง
2.7 รถ Emergency	7 คัน	7 คัน
2.8 Oxygen Flow meter	18 คัน	18 คัน
2.9 Respirator	3 เครื่อง	3 เครื่อง
2.10 รถ Ambulance	1 คัน	1 คัน
2.11 เครื่องตรวจ DTX	10 เครื่อง	10 เครื่อง
2.12 Set หัตถการที่จำเป็น		
- Set เจาะปอด	2 Set	2 Set
- Set แทง Line	0 Set	1 Set
- Set สวนปัสสาวะ	12 Set	12 Set
3. แบบฟอร์มเอกสาร		
3.1 แบบบันทึกทางการแพทย์	พร้อม	พร้อม
3.2 ชุดรับใหม่ผู้ป่วย (Progress note)	พร้อม	พร้อม
3.3 Nursing Note	พร้อม	พร้อม
3.4 สมุดทะเบียนผู้ป่วย	พร้อม	พร้อม
3.5 แบบประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤต	พร้อม	พร้อม
3.6 ใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วย	พร้อม	พร้อม
3.7 ใบนำส่ง Fax หน่วยรับ - ส่งผู้ป่วย	พร้อม	พร้อม

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ ไปดำเนินการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
3.8 ใบบันทึกข้อความ	พร้อม		ยกเลิกใช้งาน	
3.9 แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล	พร้อม		พร้อม	
4. สถานที่				
4.1 พื้นที่ภายในหน่วยงาน	พร้อม		พร้อม	
4.2 เตียงรองรับผู้ป่วย	พร้อม		พร้อม	
4.3 พื้นที่ nurse station	พร้อม		พร้อม	
4.4 พื้นที่ Treatment	พร้อม		พร้อม	

จากตารางที่ 4.6 พบว่า งบประมาณของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการไม่แตกต่างกัน โดยได้รับการจัดสรรจากมหาวิทยาลัยมหิดลและจากภาครัฐ

ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการ มีจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน ผ่านการคัดเลือกรับเหมาช่วงในการบริหารจัดการระบบการให้บริการ ดูแล ซ่อมแซม บำรุงรักษาโดยบริษัทภายนอกภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยเครื่องมือทางการแพทย์ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

ด้านแบบฟอร์มเอกสารที่เกี่ยวข้องของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยก่อนดำเนินการมีการสำรองเอกสารที่จำเป็นต่อการใช้งานมากกว่าหลังดำเนินการ ได้แก่ใบบันทึกข้อความซึ่งหลังดำเนินการไม่ต้องใช้ และใบส่งตัวประวัติการรักษาก่อนดำเนินการใช้ระบบ ให้แพทย์เขียนอย่างเดียว แต่หลังดำเนินการมีการใช้ระบบสารสนเทศเชื่อมโยงกับระบบ SSB ที่ทางศูนย์การแพทย์ใช้งานอยู่แล้ว ทำให้สามารถพิมพ์ใบส่งตัวดังกล่าวผ่านทางระบบสารสนเทศได้ทันที

ด้านสถานที่และยานพาหนะของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกันทั้งโครงสร้างทางกายภาพและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน รถ Ambulance ที่ใช้ในการนำส่งผู้ป่วยมีเพียง 1 คัน จำนวนเตียงผู้ป่วยของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ไม่แตกต่างกัน

## 2.2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบอัตราการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน/เวรของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test

ผลการดำเนินงาน	Pre-test (n=12)		Post-test (n=12)		P-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
1. ด้านบุคลากร	97.22	6.488	97.22	6.488	1.000
2. ด้านวัสดุอุปกรณ์	92.31	0.000	100.00	0.000	<0.001
3. ด้านเอกสารแบบฟอร์มตามรายการ	100.00	0.000 <sup>a</sup>	100.00	0.000 <sup>a</sup>	-
4. ด้านสถานที่	100.00	0.000 <sup>a</sup>	100.00	0.000 <sup>a</sup>	-

a = cannot be computed because the standard deviations of both group are 0

จากตารางที่ 4.7 พบว่า อัตราการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน/เวรของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ ไม่แตกต่างกัน ด้านบุคลากร ด้านเอกสารแบบฟอร์ม ด้านสถานที่แตกต่างกันด้านวัสดุอุปกรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง (N=12) หลังทดลอง (N=12)				P-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
1. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน	58.35	37.943	81.08	37.551	0.154
2. การเตรียมพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง	85.41	22.508	97.91	7.216	0.090
3. การต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรก	63.33	30.550	96.67	11.547	0.003
4. การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการ	68.75	35.555	87.50	19.943	0.129
5. การให้บริการตามลำดับขั้นตอนลักษณะของงานนั้นจนครบถ้วน	86.11	10.854	88.91	8.943	0.498

**ตารางที่ 4.8** เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง (N=12) หลังทดลอง (N=12)				P-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
6. การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไปจากบริการของเรา	77.08	24.905	97.91	7.216	0.016
7. การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้ว	76.67	18.748	95.00	17.320	0.021
8. การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปจากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจร	68.33	24.802	90.00	23.354	0.038
9. การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน	66.67	24.618	87.50	25.000	0.052

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย ก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการมีความแตกต่างกัน ได้แก่ การต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า  $p=0.003$  การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไปจากบริการของเราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า  $p=0.016$  การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า  $p=0.021$  การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปจากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า  $p=0.038$

**ตารางที่ 4.9** เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและครบถ้วนของกิจกรรมการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง (N=12) หลังทดลอง (N=12)				P-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
1. การต้อนรับผู้ป่วย	95.14	7.489	97.20	6.539	0.481
2. การให้บริการเร่งด่วนทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง	87.51	16.539	86.60	8.001	0.866
3. การจัดทำเวชระเบียน	93.05	13.206	97.22	9.624	0.387

**ตารางที่ 4.9** เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและครบถ้วนของกิจกรรมการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง (N=12) หลังทดลอง (N=12)				P-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
4. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	87.50	21.157	95.13	11.497	0.284
5. การให้บริการตามลำดับจนครบถ้วน	87.81	11.282	91.65	18.257	0.542
6. การให้บริการก่อนผู้ป่วยกลับออกไป	89.36	11.225	97.23	6.461	0.050
7. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย	16.67	38.924	16.67	38.924	1.000

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ความถูกต้องและครบถ้วนของกิจกรรมการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 4.10** เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test และ Mann Whitney U Test

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
<b>1. ด้านปริมาณงาน</b>							
1.1 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	12	6.72	15.551	12	10.47	23.120	0.645
1.2 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 บาท	12	7.73	8.045	12	12.92	10.083	0.177
<b>2. ด้านคุณภาพงาน</b>							
2.1 อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติ งานประจำวัน/เวร	12	98.51	2.721	12	98.61	2.780	0.962

**ตารางที่ 4.10** เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test และ Mann Whitney U Test (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
2.2 อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วย	12	72.30	9.617	12	91.38	5.815	<0.001
<b>3. ด้านระยะเวลา</b>							
3.1 ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย (นาที/ราย/เวร)	12	135.00	62.643	12	52.50	85.555	0.033 <sup>b</sup>

b = ใช้ค่าสถิติ Mann Whitney U Test

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผลการดำเนินงานก่อนกับหลังการนำรูปแบบไปดำเนินการมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ด้านคุณภาพงาน เรื่อง อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  และด้านระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.033$  ก่อนดำเนินการ 135 นาที/ราย หลังดำเนินการ 52.5 นาที/ราย

**ตารางที่ 4.11** เปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจและด้านต้นทุนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ paired t-test และค่าสถิติ t-test

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
<b>4. ด้านความพึงพอใจ</b>							
4.1 ผู้บริหาร	13	5.85	0.801	13	7.38	0.650	<0.001
4.2 ผู้ปฏิบัติงาน	72	6.57	1.694	70	6.97	1.049	<0.001
4.3 ผู้ป่วยหรือญาติ	12	6.17	1.267	12	7.58	1.975	0.048 <sup>c</sup>

**ตารางที่ 4.11** เปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจและด้านต้นทุนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ paired t-test และค่าสถิติ t-test (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
<b>5. ด้านเศรษฐศาสตร์</b>							
5.1 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย (บาท/ราย) ลดลง	12	3017.91	1058.497	12	2318.33	1453.941	0.042 <sup>c</sup>

c = ใช้ค่าสถิติ t-test

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจก่อนกับหลังการนำรูปแบบไปดำเนินการมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจผู้บริหาร (p-value <0.001) ผู้ปฏิบัติงาน (p-value<0.001) ผู้ป่วยหรือญาติ (p-value = 0.048) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 และผลการดำเนินงานด้านต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย (บาท/ราย) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value (0.042) <0.05

### 2.3 สรุปผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

**ตารางที่ 4.12** สรุปการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐาน	ผลการวิจัย	ผลการพิสูจน์สมมติฐาน	P-value	ตารางอ้างอิงที่
<b>1. ด้านปริมาณงาน</b>				
1.1 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 คน/วินาที เพิ่มขึ้น	ไม่แตกต่าง	Reject	0.645	4.10

**ตารางที่ 4.12** สรุปการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตาม  
สมมติฐานที่ตั้งไว้ (ต่อ)

สมมติฐาน	ผลการวิจัย	ผลการพิสูจน์ สมมติฐาน	P-value	ตาราง อ้างอิงที่
1.2 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อค่าแรงงาน ที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 บาท เพิ่มขึ้น	ไม่ แตกต่าง	Reject	0.177	4.10
<b>2. ด้านคุณภาพงาน</b>				
2.1 อัตราความถูกต้องของการเตรียมความ พร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน/ เวร เพิ่มขึ้น	ไม่ แตกต่าง	Reject	0.962	4.10
2.2 อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตาม มาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	Accept	<0.001	4.10
<b>3. ด้านระยะเวลา</b>				
3.1 ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ใน การบริการงานส่งต่อผู้ป่วย (นาที่/ราย/ เวร) ลดลง	ลดลง	Accept	0.033	4.10
<b>4. ด้านความพึงพอใจ</b>				
4.1 ผู้บริหาร เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	Accept	<0.001	4.11
4.2 ผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	Accept	<0.001	4.11
4.3 ผู้ป่วยหรือญาติ เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	Accept	0.048	4.11
<b>5. ด้านเศรษฐศาสตร์</b>				
5.1 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการ งานส่งต่อผู้ป่วย (นาที่/ราย) ลดลง	ลดลง	Accept	0.042	4.11

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
ยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ได้แก่ ด้านคุณภาพงาน เรื่อง อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐาน  
งานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในการบริการ  
งานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.033$  ด้านความพึงพอใจผู้บริหาร ( $p < 0.001$ ) ผู้ปฏิบัติงาน

( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยหรือญาติ ( $p = 0.048$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.42$

### ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการสร้างเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่

ผลการวิจัย พิจารณา ปัญหาและอุปสรรคใน 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ในระยะก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรค คือ ไม่มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นแบบเดียวของศูนย์ ใช้เวลาดำเนินการนาน และกรณี Refer ไม่ได้ส่ง Admit ไม่มี ICU จนท. ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ยอมไป Refer ไม่มีช่องทางสื่อให้ผู้บริหารรู้ปัญหาที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดทำคู่มือ เพื่อใช้เป็น Procedure ของ GJ ควรติดตามผลหลัง Refer

พิจารณาจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร หาแนวทางกรณี Refer ไม่ได้

แนวทาง และวิธีการ ในการพัฒนา คือ เริ่มนำเข้า PCT ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน เสนอจัดทำคู่มือ

แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ นำข้อตกลงที่ได้จาก PCT เป็นเกณฑ์ในการดำเนินการ เช่น CPG เกณฑ์การพิจารณา จนท. ออก ambulance

2. ในระยะขณะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ปฏิบัติงานยังขาดทักษะความรู้ในการนำไปใช้ การตาม Consult แพทย์ยังมี Gap บางครั้งผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจบริบทของศูนย์ฯ

ข้อเสนอแนะ คือ มีระบบพี่เลี้ยงในการดำเนินการ Refer ให้มีความสำคัญกับคู่มือและร่วมกันปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

แนวทาง และวิธีการ ในการพัฒนา คือ ใช้คู่มือเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน ผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ในบริการเร่งด่วนตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามผลหลังการส่งต่อ พัฒนาระบบ IT เข้าระบบ SSB มีระบบการตาม จนท. รถ ambulance on call

3. ในระยะหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแล้ว

ปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยสิทธิติดสังกัด refer ไม่ได้ เป็นภาระกับครอบครัว การ Consult staff ไม่ครบทุกระบบ

ข้อเสนอแนะ คือ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้รับบริการรู้ถึง นโยบาย บริบทที่แท้จริงของศูนย์มีระบบการ Consult ระหว่าง ร.พ. ในเครือข่ายมหิดล

แนวทาง และวิธีการ ในการพัฒนา คือ ทีมที่เกี่ยวข้อง เช่นงานสื่อสารองค์กรช่วยชี้แจง ผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจศักยภาพในการเปิดให้บริการของศูนย์การแพทย์ และเสนอให้ผู้บริหาร พิจารณาเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน

แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ นำเข้า PCT เป็นระยะ โดยตัวแทนนำผลข้อตกลงถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติหน้างาน มีการปรับปรุงคู่มือจนสมบูรณ์

ปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จ

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่นำมาสู่ความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่อบอุ่นเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน โดยการพัฒนางานที่ทำเป็นประจำให้เป็นงานวิจัยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดียิ่งขึ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหาร ซึ่งในระยะแรกที่มีการเปลี่ยนแปลง พบปัญหาอุปสรรคในด้านการสื่อสารภายในทีมยังไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนส่งผลกระทบต่อการนำไปปฏิบัติมีข้อติดขัดที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทศูนย์การแพทย์อยู่ตลอด ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น กรณีที่พบปัญหาไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลภาครัฐได้ตามสิทธิการรักษา ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความไม่พอใจ จากความไม่เข้าใจหรือกับภาระอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเข้าสู่ที่ประชุมเพื่อร่วมกันพิจารณาหาแนวทางข้อกำหนดถึงวิธีการทำงานที่ดี ช่วยลดความกดดันสร้างความมั่นใจในการให้บริการยิ่งขึ้น

**ส่วนที่ 4 คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย**

ในการจัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำงานได้ง่าย มีความชัดเจน อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดของคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยไว้ใน ภาคผนวก ข

## บทที่ 5

### อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างรูปแบบเดิม กับรูปแบบใหม่ เสนอรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารงานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ด้วยการทำวิจัยจากงานประจำ เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) แบบชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One group Pre test - Post test Design)

เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วย เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ในช่วง Pre-test วันที่ 1-30 พฤษภาคม 2555 และช่วง Post-test วันที่ 1-30 กันยายน 2555 พื้นที่ทดลองที่มีงานส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้นจริง ในช่วง Pre-test ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย หอผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย รวม 12 ราย และ ช่วง Post-test ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย หอผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย รวม 12 ราย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก แล้วต้องดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้บริหาร ได้แก่ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน/หน่วย รวมจำนวน 13 คน ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ชูรการ พนักงานเวรเปล พนักงานขับรถพยาบาล ในช่วง Pre-test รวมจำนวน 72 คน และ ช่วง Post-test จำนวน 70 คน ผู้ป่วยหรือญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก แล้วแพทย์ผู้ดูแลวินิจฉัยว่า จำเป็นต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น จำนวนกลุ่มละ 12 คน ร่วมกับการศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ โดยทำวิจัยการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Continuous and Sustainable Working Improvement: R&D for CSWI) เพื่อมุ่งเน้นให้งานนั้น ๆ ดียิ่งขึ้น และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืนตลอดไป โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

6.1 ผลการพัฒนา รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

- 6.2 การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
- 6.3 ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ/วิธีการสร้างเสนอแนวทางพัฒนารูปแบบใหม่
- 6.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้/สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

## 6.1 ผลการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

พิจารณาได้จากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีรูปแบบการดำเนินงานที่ดี การมี การดำเนินงานตามรูปแบบที่ดี การมีกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมที่ดี ซึ่งสรุป ได้ดังนี้

### 1. การมีรูปแบบการดำเนินการที่ดี

รูปแบบการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงขึ้นใหม่ มีการดำเนินการ อย่างเป็นระบบ เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ทำให้การดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล มีการกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ครบถ้วน สมบูรณ์ มากยิ่งขึ้นตามมาตรฐานการให้บริการ เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และ องค์กร สอดคล้องกับหลักการบริหารโรงพยาบาล ด้านโครงสร้างของระบบของสมชาติ โตรักษา (2548: 286) ส่งผลถึงคุณภาพในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยมีคุณภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้อง กับงานส่งต่อผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูลเดิมเป็นหลักพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ ซึ่งจะ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างตรงประเด็น ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินสูงขึ้น สอดคล้องกับ แนวคิดของ สมชาติ โตรักษา (2548: 78, 117) และผู้วิจัยได้ค้นคว้าหลักวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ทำให้กระบวนการ ปฏิบัติงานชัดเจน สะดวก เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญใน ระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของวิชา จิระแพทย์ (2550: 3 )

### 2. มีการดำเนินการตามรูปแบบที่ดี

การพัฒนารูปแบบการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบเดิม และนำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นองค์ประกอบร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานใน

ปรับปรุงการสร้างเป็นรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น เกิดแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นที่มีความชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานเข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานที่สะดวกมากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยสอดคล้องตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (2545: 4) ที่กล่าว ให้สถานบริการสาธารณสุขที่รับผู้ป่วยไว้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อได้อย่างสะดวก ถูกต้อง ปลอดภัยรวมถึงการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ใต้นั้น สถานบริการสาธารณสุขผู้นำส่งและต้องมีการติดต่อสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น และประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการล่วงหน้าสองทิศทาง คือส่งไป-ส่งกลับด้วย สอดคล้องกับคำกล่าวของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2550: 395)

เมื่อได้รูปแบบใหม่มาใช้ในพื้นที่ทดลองแล้ว จะมีการประชุมเพื่อประเมินผลรูปแบบที่ใหม่โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารหน่วยงานแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแนวทางใหม่ในอันที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายเดียวกัน โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องตามแนวความคิดของ ปิยธิดา ตรีเดช (2552: 1) จึงทำให้การพัฒนาปรับปรุงเป็นไปอย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นอย่างดี เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ ในการดำเนินงานจะได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที โดยมีคณะกรรมการให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบ สอดคล้องตามแนวความคิดของสมเดช สีแสง (2547: 229) อังในกนกวรรณ สิ้นลักษณะทิพย์ (2553: 57) กล่าวไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการบริหารที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับ ได้มีส่วนร่วมในการบริหารกิจการ ภายในขอบเขตหน้าที่ของตน ถือว่าเป็นการบริหารที่ดี และเหมาะสมที่สุดกับคุณสมบัติของมนุษย์ในปัจจุบัน ซึ่งถือเป็นหลักการที่สำคัญ ของการบริหารแบบใหม่ที่เรียกว่า “การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร” (Total Quality Control หรือ TQC) สุดท้ายได้คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย มาใช้เป็นเครื่องมือให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน สอดคล้องตามแนวความคิดของ สมยศ นาวิการ (2538: 80) ที่กล่าวว่า ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน เป็นแผนอย่างหนึ่งที่มีแนวทางของการกระทำ ให้เป็นแบบอย่างเดียวกัน

การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่นั้น ผู้วิจัยเน้นการบริหารงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานการส่งต่อของการสาธารณสุขระดับสากล ตามนโยบาย กฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข (2545: 315) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2548: 239) กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ที่ได้แก่ ทรัพยากรสุขภาพ การบริหารจัดการ โครงสร้างองค์กร การเงินการคลัง บริการสุขภาพ ดังนั้นการบริหารจัดการที่ดีอย่างมีระบบจะส่งผลต่อการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องตามแนวคิดของ สุรชาติ ฅ หนองคาย (2553) กล่าวไว้ว่าทรัพยากรมนุษย์ ถือเป็นปัจจัยที่มีความ สำคัญในการพัฒนา

องค์การให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการดำเนินการ ความท้าทายที่ผู้บริหารองค์การภาครัฐต้องเผชิญคือ การปรับเปลี่ยนองค์การให้สามารถแสดงบทบาทจนบรรลุเป้าหมายการเป็นหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการที่ดี โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินการ โดยไม่มีการขงงบประมาณในด้านใดเพิ่มเติม ตามแนวคิดของ สมชาติ โตรักษา (2548: 414) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มุ่งสู่โรงพยาบาลมาตรฐาน ตามแนวคิดของ สมชาติ โตรักษา (2546: 1) ได้กล่าวไว้ว่า โรงพยาบาลที่มีลักษณะโครงสร้าง องค์ประกอบ ทรัพยากร และระบบงาน ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการทั้งหลายด้านการบริหารโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างและเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ เพื่อเป็นมาตรฐานสากลสำหรับโรงพยาบาลทั้งหลาย ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพสูง

### 3. มีกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นเป็นตอนต่อเนื่อง โดยใช้หลักของระบบงาน (Principle of Working System) ตามแนวคิดของ สมชาติ โตรักษา (2548: 49) ที่กล่าวว่า การทำงานใดงานหนึ่ง มีหลักสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) ใช้งานเป็นศูนย์กลาง 2) แต่ละงานจำแนกเป็น 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนงานบริการ ระบบงานพัฒนาบริการ และระบบบริหารจัดการ 3) จัดทำระบบงานทั้ง 4 ระบบให้ชัดเจนตามลักษณะของระบบงานที่ดี 4) ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน และควบคุม ให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ 5) พัฒนาระบบงานให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป จนกระทั่งได้รูปแบบสุดท้ายที่ครบถ้วน สมบูรณ์เหมาะสมกับพื้นที่ทดลองมากที่สุด ในทุกขั้นตอนที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาจากมติที่ประชุมร่วมของคณะกรรมการผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทดลอง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานส่งต่อผู้ป่วย ทำให้รูปแบบที่พัฒนาเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ โดยการใช้หลักการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) โดยการจูงใจให้ผู้ร่วมงานในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถือเป็น การสร้างความผูกพัน (Commitment) ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความรับผิดชอบร่วมมีอารมณ์ในงาน ด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Bateman and Snell, 1999: 325) ตามแนวความคิดพื้นฐาน (Basic Assumption) รวมถึงใช้คู่มือที่ร่วมกันตรวจสอบเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานจริง เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาองค์การให้มีประสิทธิภาพ บ่งบอกถึงองค์การที่มีผลการปฏิบัติงานสูง ตามแนวคิดของ สมชาติ โตรักษา (2551: 1)

ผลการดำเนินงานที่แสดงว่า รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีการใช้หลักวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

ส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี สอดคล้องกับสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2548) ที่กล่าวไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ทรัพยากรสุขภาพ การบริหารจัดการ โครงสร้างองค์การ การเงินการคลัง บริการสุขภาพ ดังนั้นการบริหารจัดการที่ดีอย่างมีระบบจะส่งผลต่อการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมีประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ ของผลการดำเนินงาน สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

### 1) ด้านปริมาณงาน

พบว่า อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที และอัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อค่าแรงงานที่ใช้ในงานส่งต่อผู้ป่วย 10,000 บาท หลังการดำเนินการรูปแบบใหม่เพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบเดิม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่มุ่งก่อนเริ่มพัฒนารูปแบบใหม่ เพื่อทำ RCA (Root Cause Analysis) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยใช้เครื่องมือ 5W ตามแนวคิดของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งแง่บวกและแง่ลบจนได้พัฒนาเป็นรูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ที่เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกระดับหนึ่งมาใช้เป็นพื้นฐานของการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองระยะ Pre-test 1 เดือน อีกทั้งระยะเวลาในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบใหม่เบื้องต้นจนเป็นรูปแบบใหม่สุดท้ายมีระยะเวลาห่างกันแค่ 3 เดือนซึ่งทำให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน และจากลักษณะงานที่มีซับซ้อนหลากหลายของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกันก่อให้เกิดความยุ่งยากในการให้บริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะการต้องติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลภายนอกซึ่งไม่สามารถควบคุมได้เมื่อได้รับการตอบรับหรือปฏิเสธการส่งต่อจากผู้ที่ได้รับผิดชอบ ส่งผลต่อปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วขอบเขต ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติ เพราะเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยและญาติที่จะให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามสิทธิ์การรักษาและตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2552) กล่าวไว้ว่า การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสาธารณสุขนั้นควรมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและรับการส่งต่อ ทั้งไปและกลับจากสถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ เพราะเหตุผลสำคัญที่ทำให้มีข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับขีดความสามารถในการให้บริการที่แตกต่างกัน ความไม่สมดุลด้านภาระงาน เพื่อเป็นการสร้างส่งเสริม สนับสนุนการประสานงานการส่งต่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิ โดยระบบสนับสนุนบริการสุขภาพไทย กำหนดให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งของโรงพยาบาล ในด้านความครอบคลุมทางการบริการ (Coverage) คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Quality of life) การเข้าถึงบริการของประชาชนดีขึ้น (Accessibility)

อีกทั้งผู้วิจัยมีการวิเคราะห์สภาวะการณ์ในแต่ละครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วยของแต่ละเวรแล้วนำมาเปรียบเทียบกับอัตราค่าจ้างที่ใช้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างอัตราค่าจ้างและปริมาณภาระงานที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2542: 21) กล่าวว่าไว้ว่าชั่วโมงการพยาบาล (Nursing Care Hour) หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท ประเมินความรุนแรง ตามความหนักเบา สอดคล้องกับทิพวรรณ หนูทอง (2553: 21) ที่กล่าวว่า การประเมินผู้ป่วยโดยจำแนกตามความรุนแรงของอาการ (Triage) เป็นการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหาหลักในการให้การดูแลรักษาเบื้องต้นอย่างทันทั่วทั้งที่ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และความต้องการการบริการหลักเกณฑ์ชั่วโมงการพยาบาลนี้นำมาคาดการณ์อัตราค่าจ้างเพื่อกำหนดดัชนีปริมาณภาระงาน (Workload Index) เป็นเกณฑ์ในการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้าง

## 2) ด้านคุณภาพของงาน

พบว่า อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันหลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบเดิมมีการเตรียมความพร้อมที่คืออยู่แล้วแต่หลังการทดลองมีการตรวจสอบการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในทีมผู้ปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่เวรเปล และบุคลากรทางการพยาบาล แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล (ตารางที่ 4.2) มีขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้น จนตลอดระยะเวลาการดำเนินการ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละตำแหน่งงานอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรในแต่ละวัน/เวร ง่าย สะดวกในการปฏิบัติและการตรวจสอบ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ถือเป็นการบริหารงานที่มีการวางแผนงานก่อนเริ่มให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสภาวะการณ์ทุกประเภทที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของสมชาติ โตรักษา (2548: 119) ที่กล่าวว่า การวางแผนคือ กระบวนการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะทำในอนาคต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิด เป็นกิจกรรมที่ต้องทำก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เป็นการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะทำว่า จะทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร กับใคร ด้วยวิธีใด และจะใช้ทรัพยากรเท่าไร โดยมุ่งบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูงสุดตามจำนวนและศักยภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา (Dynamic) จึงเปลี่ยนแปลงได้ให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงอยู่เสมอ

ในด้านวัตถุประสงค์ (ตารางที่ 4.6) คือ Set แห่ง line มีการจัดเตรียมได้ครบถ้วน พร้อมใช้งานเพิ่มขึ้น จากรูปแบบใหม่เบื้องต้นที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดระบบงานบริการตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน ด้านอุปกรณ์ ยานพาหนะ ที่จำเป็นต่อการเคลื่อนย้ายในงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.7) มีการปรับเปลี่ยนให้มีความพร้อมเพิ่มขึ้น รวมถึงด้านเอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลในการติดต่อสื่อสารระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ พบว่ารูปแบบใหม่มีการนำระบบสารสนเทศที่มีอยู่มาช่วยเหลือนับสนับสนุนประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยลดภาระในการเขียนเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งต่อ ช่วยให้การประสานงานส่งต่อทำได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น สอดคล้องกับบอโณทัย จันแก้ว (2550: 27) ที่กล่าวว่าระบบการส่งต่อที่นำระบบสารสนเทศมาใช้เพื่อเชื่อมโยงรายละเอียดข้อมูลการตรวจรักษาของผู้ป่วยทั้งในอดีต ปัจจุบันอย่างครบถ้วน ช่วยลดเวลาในการลงบันทึกในกระดาษ ลดความผิดพลาด เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการติดต่อประสานงาน ลดขั้นตอนในการเตรียมเอกสารใบส่งต่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อข้อมูลให้สามารถส่งต่อเอกสารข้อมูลได้อย่างครบถ้วน สะดวกในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2550: 395) กล่าวไว้ว่า งานส่งต่อเป็นการเชื่อมโยงการให้บริการทางด้านสุขภาพของแต่ละระดับเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสนับสนุนความสามารถในการเข้าถึงบริการตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง “ผู้ป่วย” และ “ข้อมูล” ปัญหาทางด้านสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างสถานบริการแต่ละระดับโดยต้องเป็นการส่งต่อสองทิศทางคือส่งไป-ส่งกลับด้วย ส่วนในด้านสถานที่ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ไม่แตกต่างกัน แต่เน้นในเรื่องการดูแลรักษาความสะดวก เพื่อรักษาสภาพที่ดีให้ใช้งานได้อย่างยาวนาน

และพบว่า อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย หลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีการกำหนดขั้นตอนกระบวนการให้บริการที่ใช้มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยตามหลักวิชาการต่างๆ และจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในงานส่งต่อผู้ป่วยเขียนเป็นคู่มือเป็นลายลักษณ์อักษร ไว้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง (2542 ง: 2) กล่าวไว้ว่า มาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ หมายถึงข้อความที่อธิบายแนวทางปฏิบัติและ/หรือวิธีการดำเนินงาน โดยครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลซึ่งถือเป็นเรื่องที่ยึดเป็นข้อกำหนดปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกระดับ และมีการกำหนดรายละเอียดผังการไหลของงาน (Work Flow) แสดงถึงโครงสร้างและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในงานสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างสมบูรณ์ มุ่งถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ สอดคล้องกับสุวรรณ อาจคงหาญ

(2551: 16) กล่าวไว้ว่า กระแสงานหรือ Work Flow เป็นการกำหนดการทำงานร่วมกันของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้เป้าหมายสูงสุดของงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งสามารถติดตาม ตรวจสอบ และเรียกดูรายงานในแต่ละขั้นตอนได้ มีการกำหนดระบบงานบริการมาตรฐาน 9 ขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน คือ การเตรียมพร้อมก่อนให้บริการประจำวัน/เวร การเตรียมความพร้อมก่อนจะเริ่มมีงานส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้น การต้อนรับผู้รับบริการอย่างประทับใจตั้งแต่แรกเริ่ม การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการแต่ละคน การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้น จนครบถ้วนตามกระบวนการ การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไปจากบริการของเรา การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้ว การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปจากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจร การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน สอดคล้องกับ สมชาติ โตรักษา (2548: 418) กล่าวไว้ว่า ดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพงาน (Quality Performance Indicators) จะวัดที่คุณภาพของเนื้องาน ที่ได้จากการดำเนินงาน ซึ่งสามารถวัดเป็นตัวเลขได้อย่างชัดเจน แน่นนอน มี 5 กลุ่ม คือ วัดความถูกต้อง (Accuracy) ของเนื้องาน วัดความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด (Conformity or Correctness) วัดผลการใช้งานหรือความทนทาน (Utilization) วัดความครบถ้วน (Completeness) ของผลงาน วัดคุณภาพโดยรวม (Overall Quality) วัดผลของกิจกรรมหรืองานทั้งหลาย โดยรวมของหน่วยงานหรือองค์กรนั้น

### 3) ด้านระยะเวลาที่ใช้

พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย (นาทิต/ราย) หลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่ ลดลง (ตารางที่ 4.10) โดยได้ปริมาณงานและคุณภาพงานเพิ่มขึ้นที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีการลดขั้นตอนภายใน มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่สะดวกชัดเจน ครบถ้วนเพิ่มขึ้น ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยทุกระดับสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ดี เป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับทวิศักดิ์ รูปสิงห์ (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การเริ่มต้นจากการวางระบบงานที่ดีตามหลักการบริหาร และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในงาน ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นตามเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้มีการวางแผนงานส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม เกิดกระบวนการทำงานใหม่ได้รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่สมบูรณ์ ครบวงจรส่งผลให้สถานพยาบาลต้องมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามยังพบว่ายังมีการดำเนินตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นต้องใช้เวลาานาน 360 นาที ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากระดับอาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรงจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในห้องผู้ป่วยอาการหนักทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลตรวจสอบจนมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยสูงสุดในการนำส่งสถานพยาบาลปลายทาง

สอดคล้องกับ กรองไค อุณหสูต (2552) อังใน ทิพวรรณ หนูทอง (2553: 21) ที่กล่าวว่า การจำแนกผู้ป่วย (Triage) เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วย หรือเพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหาหลัก ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม อีกทั้งต้องติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลปลายทางก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้ถูกต้องตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยของ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ที่กำหนดระเบียบขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อยซึ่งศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกยังไม่มีระบบที่จัดสถานพยาบาลมารับการส่งต่ออย่างชัดเจนทำให้เกิดความล่าช้าซึ่ง ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ สอดคล้องกับ ปิยธิดา ตรีเดช (2553) ที่กล่าวว่า ปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นตัวกวนสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการ

#### 4) ด้านความพึงพอใจ

พบว่า ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน หลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทดลองมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงงานเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยเป็นแกนหลักสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการทุก ๆ ขั้นตอนอย่างเป็นระบบด้วยความเต็มใจ สอดคล้องกับ วิจารย์ พานิช (2553: 4) ที่กล่าวว่า ความรู้จากการปฏิบัติ ความรู้โดยผู้ปฏิบัติ ความรู้เพื่อผู้ปฏิบัติทำประโยชน์แก่ผู้อื่น เป็นการพัฒนางานประจำของคนทีละเล็กทีละน้อยต่อเนื่องไม่หยุดยั้งจนสามารถพัฒนางานนั้นได้เป็น “หลัก” หรือ “หลักการ” เกิดการบริการที่มีคุณภาพ อีกประการหนึ่งจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ผสมผสานกับหลักวิชาการจนเกิดรูปแบบที่ลงตัวที่สุด ซึ่งผลประโยชน์หลักสูงสุดสู่ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมชาติ โตรักษา (2548: 541) ที่กล่าวไว้ว่า กระบวนการที่ช่วยสร้างสรรค์ ส่งเสริม สนับสนุน ให้นำความรู้ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล มาพัฒนาเป็นความรู้ขององค์กร เป็นสิ่งที่มุ่งเน้นในกระบวนการบริหารความรู้ขององค์กรในปัจจุบัน กล่าวคือ การที่ผู้บริหารเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการบริหารงาน โดยเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ มีการกระจายอำนาจตัดสินใจ ไม่ใช่อำนาจหน้าที่มากจนเกินไป จะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะดึงดูดให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประสิทธิผลการดำเนินงาน ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น โดยการจูงใจเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของผู้บริหาร ที่จะทำให้การดำเนินงานทั้งหลายสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูง ผู้บริหารต้องการ

ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคน ทุ่มทความรู้ความสามารถทั้งหมดอย่างสุดกำลังให้กับการทำงาน ดังนั้นผู้บริหารต้องให้การดูแลเอาใจใส่ อย่างใกล้ชิดด้วยความเต็มใจ สิ่งต่างๆเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการจูงใจที่ดีสอดคล้องกับ Hrebiniak and Alutto (1972: 555) ที่กล่าวไว้ว่า ความผูกพันต่อองค์กรของผู้ปฏิบัติงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการตัดสินใจ อีกทั้งมีการเก็บข้อมูลในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับข้อเสนอแนะไปปรับปรุงระบบงานบริการของโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าหลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (ตารางที่ 4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ปรับปรุงรูปแบบใหม่ให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ามาใช้บริการให้มากที่สุด สอดคล้องกับ จิตตินันท์ เศษะคุปต์ (อ้างถึงในกนกวรรณ สิ้นลักขณทิพย์, 2551) กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจในบริการ คือภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่เป็นผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในรับที่สอดคล้องกับความคาดหวังเอาไว้ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของการบริการ ประเมินคุณภาพการบริการที่บ่งชี้ความสำเร็จของงาน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 5) ด้านเศรษฐศาสตร์

พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย หลังการดำเนินการตามรูปแบบใหม่ลดลง (ตารางที่ 4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่าและเหมาะสมมีการจัดระบบการปฏิบัติงานที่ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในงานดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่องาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดที่สุด ผู้วิจัยเน้นการออกแบบงานอย่างเป็นระบบเพื่อให้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อทุกๆขั้นตอนสามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสม เป็นส่วนช่วยในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ได้รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่สมบูรณ์ที่สุด สอดคล้องกับสมชาติ โตรักษา (2548: 422) ที่กล่าวไว้ว่า ความคุ้มค่าของการดำเนินงานจะวัดที่มูลค่าของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ได้แก่ ต้นทุน (Cost) ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) และสอดคล้องกับอนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543: 33) ที่กล่าวว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (Direct medical costs) เป็นค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการต่อครั้ง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการลงทุน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ผลตอบแทนการดำเนินงาน (Benefit) ผลกำไร (Profit) การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (Resources Utilized) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานด้วยทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ (Efficiency & Effectiveness)

## 6.2 การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกครั้งนี้ เนื่องมาจากผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยในอดีตที่ผ่านมายังมีข้อควรปรับปรุงพัฒนา ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดเพื่อการพัฒนาแบบงานส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยเลือกที่จะเริ่มวางรูปแบบงานส่งต่อที่ดีและเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติโดยการทำวิจัยจากงานประจำ (R2R) อันก่อให้เกิดคุณค่าที่สำคัญที่สุดคือ “ความรู้จากการปฏิบัติ” “ความรู้โดยผู้ปฏิบัติ” “ความรู้เพื่อผู้ปฏิบัติทำประโยชน์แก่ผู้อื่น” เป็นการพัฒนางานประจำของตนที่ละเอียดละออน้อยต่อเนื่องไม่หยุดยั้งจนสามารถพัฒนางานนั้นได้เป็น “หลัก” หรือ “หลักการ” (วิจารณ์ พานิช, 2553 อ้างในจรรยาพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ, 2553: 4) การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนา (Action Research for Development) ตามแนวคิดของสมชาติ โตรักษา (2548: 545) กล่าวไว้ว่า การวิจัยหมายถึง การศึกษาค้นคว้าเพื่อหาความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาหมายถึง การทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง “ดีขึ้น” อย่างเป็นระบบ ดังนั้นการวิจัยและพัฒนา จึงหมายถึง การศึกษาค้นคว้าเพื่อหาความจริงในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นระบบ โดยผู้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีในเรื่องนั้น ด้วยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่สามารถพิสูจน์และยืนยันความน่าเชื่อถือของสิ่งนั้นได้ ซึ่งหมายรวมถึงว่า การวิจัยและพัฒนา ที่มุ่งเน้นให้ “งาน” ใดๆ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริง ๆ สอดคล้องกับปริวัตร เชื้อนแก้ว (2548) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงทดลอง เป็นกระบวนการค้นหาความรู้ความจริงโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์โดยศึกษาจากสาเหตุไปหาผล ถึงความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการทดลองที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่ได้รับการควบคุมอย่างรัดกุม เพื่อศึกษาว่าเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่จัดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุที่แท้จริงของผลหรือปรากฏการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยจะต้องใช้วิธีการสังเกตเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพปกติ กับที่เกิดขึ้นในสภาพที่ได้รับการควบคุมตามเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นความจริงต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการอธิบาย ทำนาย และควบคุมได้

ผู้วิจัยเริ่มต้นดำเนินการศึกษาวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบเดิม เพื่อค้นหาประเด็นที่ควรเปลี่ยนแปลงและเป็นโอกาสในการเริ่มวางแผนพัฒนารูปแบบใหม่จากหลักการโครงสร้างของรูปแบบเดิม สอดคล้องกับ Fred E. Fiedler (1967) ได้เสนอแนวความคิดการบริหารเชิงสถานการณ์ (Situational Management Theory) หรือทฤษฎีปฏิบัติการ (Contingency Theory) ซึ่งถือเป็นทฤษฎีการบริหารที่ขึ้นอยู่กับสภาพข้อเท็จจริง ด้วยแนวคิดที่ว่าทางเลือกทางออกที่จะไปสู่การแก้ปัญหาทางการบริหารถือว่าไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด หากแต่สถานการณ์จะเป็นตัวกำหนดว่าควรจะหยิบ

ใช้การบริหารแบบใดในสถานการณ์เช่นนั้น หลักคิดง่าย ๆ ของการบริหารเชิงสถานการณ์ นั้นถือว่าการบริหารจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ สถานการณ์จะเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจ และรูปแบบการบริหารที่เหมาะสม และผู้บริหารจะต้องพยายามวิเคราะห์สถานการณ์ให้ดีที่สุดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย ผู้บริหารองค์การศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกได้ให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับธงชัย สันติวงษ์ (2543: 138) กล่าวไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม คือการที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการ ใช้วิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงาน เช่น การให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ให้ข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและอิสระกับบุคคลที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมาย และนโยบายที่มอบหมายไว้ให้ การมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ที่ตนเองได้รับการยกย่อง ซึ่งจะทำให้พวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยใช้หลักวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ สอดคล้องกับ สมชาติ โตรักษา (2548: 517, 533) กล่าวไว้ว่าการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Continuing is a working process) คือ กระบวนการ ที่ทำให้ “งาน” ทั้งหมด เกิดความต่อเนื่องกัน ระหว่างการดำเนินงานในรอบที่ผ่านมากับการดำเนินงานรอบต่อไป อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด คุ่มค่ากับสิ่งที่ได้ลงทุนลงแรงไปแล้วและช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ๆ ขึ้นไป กิจกรรมนี้มุ่งที่จะ “เชื่อมต่อ” ให้การดำเนินงานของงานต่างๆ ที่จะต้องมีการดำเนินงานต่อ ๆ ไป เนื่องจากเป็นงานที่เป็นภารกิจหลักที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารหน่วยงาน องค์การ และประเทศชาติ จึงทำให้ได้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบสุดท้ายที่สมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบทของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมากที่สุด จัดทำคู่มือเป็นลายลักษณ์อักษรและใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย เกิดความชัดเจน มีความสะดวกและเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับ สมยศ นาวิการ (2538: 80) กล่าวไว้ว่า ระเบียบวิธีปฏิบัติงานเป็นแผนงานอย่างหนึ่งที่มีแนวทางในการกระทำให้เป็นแบบอย่างเดียวกัน ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งในการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนว่าต้องกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้เกิดความสำเร็จในเป้าหมาย อันส่งผลต่อคุณภาพการบริการ เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง (2542 งบ: 2) กล่าวไว้ว่า มาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ หมายถึง ข้อความที่อธิบายแนวทางปฏิบัติและ/หรือวิธีการดำเนินงาน โดยครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลซึ่งถือเป็นเรื่องที่ยึดเป็นข้อกำหนดปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกระดับ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยทุกฝ่ายเกิดความพึงพอใจ

### 6.3 ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ/วิธีการสร้างเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบใหม่

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบ คือ ผู้ปฏิบัติงานต้องร่วมกันหาวิธีการดำเนินงานด้วยตัวเอง และทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ของแต่ละคนแตกต่างกัน ที่เป็นดังนี้ เนื่องจากไม่มีต้นแบบที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน สอดคล้องกับ พัฒน์ สุขจำนง (2531: 117) อ้างในกนกวรรณ สันลักษณะทิพย์ (2553: 54) ที่ว่า การหาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม และแสดงถึงคุณสมบัติของสิ่งที่แทนที่อย่างถูกต้อง จะเป็นตัวแบบที่ดี

ด้านปัญหาอุปสรรค ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ ผู้ปฏิบัติงาน ขาดทักษะ ความชำนาญในการนำไปปฏิบัติจริง ส่งผลต่อการติดต่อประสานงาน Refer ได้ล่าช้า หรือ Refer ไม่ได้ ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก การไม่มีเครือข่ายระบบส่งต่อทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ประสบการณ์ ความสามารถส่วนตัวในการ Refer สอดคล้องกับ สินธุ์ชัย แก้วกิติชัย (2544: 17 อ้างใน สมชาติ โตรักษา, 2548: 579) กล่าวไว้ว่า ข้อจำกัดด้านความพร้อมของทีมงานที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อุปสรรคด้านการสื่อสาร ขั้นตอนระบบการให้บริการที่ซับซ้อนก่อให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสถานบริการ สอดคล้องกับ ชัยชน โลว์เจริญกุล (2550) กล่าวไว้ว่า ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อนและเข้มงวดต้องใช้เวลาในการดำเนินงานนาน โอกาสในการเข้าถึงบริการล่าช้า

ด้านปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จของงานส่งต่อผู้ป่วย คือ การบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยใช้หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับโดยให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นแนวโน้มในการพัฒนาที่ชัดเจน สอดคล้องกับ สมชาติ โตรักษา (2548) ที่ว่ากระบวนการนำรูปแบบที่ดีไปดำเนินการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การสร้างรูปแบบเบื้องต้น การทดลองนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ และการสรุปผลการทดลองจนได้ เป็นรูปแบบสุดท้ายที่เหมาะสม สมบูรณ์ที่สุด สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ด้านการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า คู่มือการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยที่ปรับปรุงขึ้นโดยการมีส่วนร่วม ของผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ จนได้คู่มือฉบับสมบูรณ์ เหมาะสมกับงานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกได้ใช้เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติงานตาม Workflow ได้เกิดความเข้าใจอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันสามารถดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความสับสนที่เป็นดังนี้ เนื่องจากผู้ปฏิบัติสามารถนำคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีความชัดเจน ถูกต้องตามบริบทของศูนย์การ

แพทย์กาญจนาภิเษก สอดคล้องกับ สมยศ นาวิการ (2538: 80) ที่กล่าวไว้ว่า ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน เป็นแผนอย่างหนึ่งที่มีแนวทางของการกระทำให้เป็นแบบอย่างเดียวกัน ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งในการให้คำแนะนำอย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนว่าต้องกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้เกิดความสำเร็จในเป้าหมาย

ด้านการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า แนวคิด หลักการ และวิธีการ ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานวิจัย สามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วย ได้เป็นอย่างดี ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานตั้งแต่เริ่มต้น จนจบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ วิจารย์ พานิช (2553: 4) ที่ว่า ความรู้จากการปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติ เพื่อผู้ปฏิบัติทำประโยชน์แก่ผู้อื่น เป็นการพัฒนาประจำของตนที่ละเล็กละน้อยต่อเนื่อง ไม่หยุดยั้งจนสามารถพัฒนางานนั้นเป็นหลักการ เกิดการบริการที่มีคุณภาพ

ด้านการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น ที่เป็นดังนี้เนื่องจากการมีเครือข่ายช่วยให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม ส่งผลต่อความปลอดภัย ลดความเสี่ยง สอดคล้องกับ วราณี โสไกร และคณะ (2550) ที่ศึกษาวิจัย เรื่อง “การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบนำส่งและการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ จ. แพร่” พบว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบที่ดีและเหมาะสมกับเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลอื่น ๆ ใน จ. แพร่

ด้านการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่ามีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก ร.พ. ของรัฐเพียงเติมไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับ ทองหล่อ เศษไทย (2549) ที่ว่างานด้านการบริหารสาธารณสุขมักมีแรงกดดันจากปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสภาวะการณ์ที่มีความสลับซับซ้อนหลายด้าน เช่น ข้อจำกัดด้านทรัพยากรทางการสาธารณสุขตามหลัก 4M

## 6.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ / สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

### 6.4.1 สำหรับพื้นที่ทดลอง คือศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

1) ควรมีการควบคุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานรอบด้าน ทั้งระยะสั้น ทุก ๆ 3 เดือน เพื่อพิจารณาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ทั้งด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ระยะเวลาและต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินงานแต่ละครั้ง รวมถึงด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในงานว่ามีผลในแง่บวกหรือแง่ลบแตกต่างกันอย่างไร เพื่อจะได้สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาได้อย่างทันที่

2) ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งแนวไปและแนวกลับ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้น ควรทำการศึกษาวิจัยการรับย้ายผู้ป่วย เพื่อให้ครบถ้วนครอบคลุมทั้งสองทาง จนกระทั่งได้รูปแบบการรับส่งต่อผู้ป่วยเป็นรูปแบบสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จนสามารถเป็นรูปแบบตัวอย่างของการพัฒนางานรับส่งต่อของโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไปทั้งในระดับชุมชน ระดับประเทศ

3) ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลของทั้งองค์กร เพื่อจะทำได้ให้นำข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน มาใช้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ วางแผนการปฏิบัติงานอย่างมีทิศทางที่มีประสิทธิภาพ

4) นำผลที่ได้จากการพัฒนาและสร้างรูปแบบใหม่ในงานส่งต่อผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่น ๆ ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### 6.4.2 สำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ

1) งานส่งต่อผู้ป่วยเป็นงานที่เกิดขึ้นในทุกๆ โรงพยาบาลมากน้อยตามแต่บริบท ดังนั้นการนำรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแล้วไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม อันจะเป็นประโยชน์ยิ่งแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วน อีกทั้งยังเป็นต่อยอดในการพัฒนางานส่งต่อให้ยั่งยืนต่อไป

2) สำหรับโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครปฐมและละแวกใกล้เคียงทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ควรส่งเสริมและให้ความสำคัญกับงานส่งต่อร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อสร้างเครือข่ายในการให้บริการที่เข้าถึงประชาชน เกิดประโยชน์สูงสุด

#### 6.4.3 สำหรับกระทรวงสาธารณสุข

1) ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้นำรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นไปเป็นตัวอย่างเพื่อประยุกต์ใช้ใน โรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

2) ควรนำแนวทางและวิธีการในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเผยแพร่ในการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกันแต่ละสิทธิการรักษา ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นองค์กรที่ดูแลรับผิดชอบด้านการให้บริการงาน

ส่งต่อโดยตรง ควรเก็บข้อมูลภาพรวมของทั้งประเทศเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาที่พบและกำหนดเป็นนโยบายเพื่อพัฒนาบริการสำหรับประชาชนต่อไป

#### 6.4.4 สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การทำวิจัยในเรื่องงานการส่งต่อผู้ป่วยในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ควรทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Continuous & Sustainable Working Improvement: R&D for CSWI) อย่างไม่หยุดนิ่งให้ครอบคลุมรายละเอียดทุก ๆ ด้าน ทั้งอิงตามมาตรฐานหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและตามบริบทที่เหมาะสมของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีการติดตามประเมินผล ควบคุมคุณภาพในการดำเนินการ โดยมีดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานที่สามารถวัดได้ทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพการให้บริการ เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สภาวะการณ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

2) ควรนำหลักการวิจัยพัฒนางาน (Research and Development: R&D) ไปประยุกต์ใช้กับงานอื่นในระบบการให้บริการของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกทั้งงานบริการพยาบาลโดยตรง หรืองานการสนับสนุนด้านอื่น ๆ เพื่อให้มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนไปด้วยกันเป็นทีมสหสาขา อันจะนำมาซึ่งผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับบริการ ผู้ปฏิบัติงานผู้บริหาร และองค์กรที่มีประสิทธิภาพของประเทศชาติต่อไป

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

#### บทนำ

งานส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขเป็น 1 ใน 3 ของนโยบายหลักของประเทศ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการ ตามมาตรฐานการพยาบาลหมวด 4 ที่เน้น “การเข้าถึงบริการผู้ป่วย ให้ได้รับการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการรับไว้หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น 100%” (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) เน้นการให้บริการตามลำดับที่มีความเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกันสองทางทั้งแนวไปและกลับ (วิยะดา จุฑาศรี, 2543) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจและได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550)

การส่งต่อผู้ป่วยในปี 2549-2551 พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.98 เป็น 5.06 และ 5.15 ตามลำดับ (สาหร่าย เรืองเดช, 2552) มีปัญหาเกิดขึ้นตลอดเวลา เนื่องจาก ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เข้มงวด ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานมาก โอกาสในการเข้าถึงบริการล่าช้า (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2550) ความไม่สะดวกในการรับบริการ การขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของสถานพยาบาลนั้น ๆ (อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ, 2546) ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล (วิณา จิระแพทย์, 2550) อีกประการหนึ่งคือการส่งต่อไปรักษา เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยหรือญาติ อาทิเช่น เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ และ ความยุ่งยากในการใช้บริการ (จิรพงษ์ อุทัยศิลป์ และคนอื่น ๆ, 2547) รวมทั้งปัญหาด้านการสื่อสารของการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลจากระบบและการรายงานของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2548) ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ชัดเจน

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล เปิดให้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยใน 38 เตียง มีการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มจาก 322 คน ในปี พ.ศ.2552 มาเป็น 472 คน ในปี 2553 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.6) จากการร่วมกันวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ขาดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (งานพัฒนาคุณภาพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, 2554)

ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย (ข้อมูลจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2552) ประกอบกับขาดเครือข่ายการส่งต่อ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือญาติ ต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยิ่ง ๆ ขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมุ่งมั่นที่จะศึกษาและพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกด้วยการประยุกต์แนวคิด หลักการ และวิธีการ ของการทำวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) ของสมชาติ โตรักษา (2548: 545) ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงด้วยทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน ให้เหมาะสม ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เกิดวิธีการที่จะปรับปรุงพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วย ให้มีความสมบูรณ์ ครบวงจร มีคุณภาพอย่างยั่งยืน (ทวิศักดิ์ รูปสิงห์, 2550)

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

## วัสดุและวิธีการ

เป็นวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง การทดลอง (One group Pre test - Post test Design) สิ่งที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น นำไปทดลองที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นเวลา 3 เดือน ในช่วง 1 มิถุนายน 2555 ถึง 31 สิงหาคม 2555 โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ งานส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดในช่วง 1 เดือน ก่อนทดลอง 12 ครั้ง และในช่วง 1 เดือน หลังทดลอง 12 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 24 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง ในผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้บริหาร 13 คน ผู้ปฏิบัติงาน 72 คน และผู้ป่วยหรือญาติ 24 คน รวมทั้งสิ้น 192 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึกเหตุการณ์ แบบบันทึกการประชุม เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ด้วยค่าสถิติพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา ค่าสถิติ Chi-Square ค่าสถิติที ค่าสถิติเพียร์ที ค่าสถิติวิลค็อกซัน และค่าสถิติแมนวิทน์นียู ที่ระดับแอฟฟ้า 0.05

การสร้างและพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเดิมที่ทำอยู่ ให้ทราบจุด/ประเด็น ที่ควรปรับปรุงแก้ไข และแนวทางการปรับปรุง/แก้ไข 2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเบื้องต้นให้ถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เหมาะสมกับพื้นที่ที่จะดำเนินการทดลอง และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 3) การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการทดลอง; ระยะเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2555; ระยะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดำเนินการทดลอง 3 เดือน และระยะเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2555 4) การสรุปผลการทดลอง โดยนำข้อมูลทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง มารวบรวมวิเคราะห์ และสรุปเป็น “รูปแบบสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วย” ที่พัฒนาขึ้น

## ผลการวิจัย

ขอเสนอ เป็น 5 ประเด็น คือ

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
3. การสร้างและพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย
4. รูปแบบสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วย
5. คู่มืองานส่งต่อผู้ป่วย

### 1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่าง ก่อน กับ หลัง การทดลอง

ในส่วนของผู้ให้บริการ พบว่า หลังการทดลอง ผู้บริหารไม่เปลี่ยนแปลง คือ มีจำนวน 13 คน; ผู้ปฏิบัติงาน ลดลงจาก 72 คน เหลือ 70 คน โดยแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 15 คน เป็น 17 คน เนื่องจากแพทย์ที่ศึกษาต่อกลับมาปฏิบัติงาน แต่จำนวนพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ลดลงจาก 40 คน เหลือเพียง 36 คน เนื่องจากมีการลาออก

ผู้ป่วยจำนวน 12 คน เท่ากัน เพศไม่แตกต่างกัน ( $p=0.671$ ) อายุเฉลี่ยก่อนทดลอง 60.5 ปี หลังทดลอง 66 ปี ( $p=0.712$ ) อายุต่ำสุดและสูงสุดก่อนทดลอง คือ 31 ปี และ 88 ปี หลังทดลอง คือ 20 ปี และ 90 ปี ด้านความรุนแรงตามอาการที่ต้องส่งต่อไม่แตกต่างกัน ( $p=0.682$ ) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม จากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิทธิการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p=0.421$ ) ดังตาราง 6.1

**ตารางที่ 6.1** เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ Chi-Square และ Mann Whitney U

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (N=12)		หลังทดลอง (N=12)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.671
ชาย	7	58.3	4	33.33	
หญิง	5	41.7	8	66.67	
อายุเฉลี่ย(ปี)	60.5	-	66	-	0.712
อายุต่ำสุด(ปี)	31	-	20	-	
อายุสูงสุด (ปี)	88	-	90	-	
20 - 40 ปี	2	16.67	2	16.67	
41 - 60 ปี	4	33.33	3	25.00	
61 - 80 ปี	5	41.67	4	33.33	
มากกว่า 80 ปี	1	8.33	3	25.00	
ความรุนแรงของอาการ					0.682
Emergency	7	58.33	6	50.00	
Urgency	5	46.67	6	50.00	
ประเภทผู้ป่วย					0.421
อายุรกรรม	11	91.67	10	83.33	
ศัลยกรรม	1	8.33	2	16.67	
สิทธิผู้ป่วย					
UC	4	33.33	5	46.67	
ประกันสังคม	2	16.67	0	0.00	
ต้นสังกัด	3	25.00	5	46.67	
เงินสด	3	25.00	2	16.67	
หน่วยงานที่ส่งต่อ					
ER	10	83.33	10	83.33	
หอผู้ป่วยใน	2	16.67	2	16.67	

## 2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อน กับ หลัง การทดลอง

หลังการทดลอง ความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย สูงขึ้นทั้ง 9 กิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรก ( $p=0.003$ ) การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไป ( $p=0.016$ ) การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้ว ( $p=0.021$ ) และการให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปจากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจร ( $p=0.038$ ) ดังตาราง 6.2

ตารางที่ 6.2 เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ โดยใช้ค่าสถิติ t-test

การปฏิบัติตามมาตรฐาน การบริการงานส่งต่อผู้ป่วย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	(N=12)		(N=12)		
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	
1. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน	58.35	37.943	81.08	37.551	0.154
2. การเตรียมพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง	85.41	22.508	97.91	7.216	0.090
3. การต้อนรับอย่างประทับใจตั้งแต่แรก	63.33	30.550	96.67	11.547	0.003
4. การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับ บริการ	68.75	35.555	87.50	19.943	0.129
5. การให้บริการตามลำดับขั้นตอนลักษณะของ งานนั้นจนครบถ้วน	86.11	10.854	88.91	8.943	0.498
6. การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไป จากบริการของเรา	77.08	24.905	97.91	7.216	0.016
7. การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไป แล้ว	76.67	18.748	95.00	17.320	0.021
8. การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไป จากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจร	68.33	24.802	90.00	23.354	0.038
9. การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน	66.67	24.618	87.50	25.000	0.052

ด้านผลการดำเนินงาน พบว่า หลังการทดลอง ปริมาณงานมากขึ้น คุณภาพงานดีขึ้น ความพึงพอใจ ทั้งของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย/ญาติ เพิ่มขึ้น ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , และ  $p = 0.048$  ตามลำดับ) ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งต่อผู้ป่วยลดลงจาก 135 เหลือเพียง 52.5 นาที ต้นทุนในการให้บริการลดลงจาก 3,017.91 มาเป็น 2,318.33 บาท/ราย ดังตารางที่ 6.3

**ตารางที่ 6.3** เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ t-test, paired t-test และ Mann Whitney U Test

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
<b>1. ด้านปริมาณงาน</b>							
1.1 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อ แรงงานที่ใช้ในการให้บริการ ผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	12	6.72	15.551	12	10.47	23.120	0.645
1.2 อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อ ค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ ผู้ป่วย 10,000 บาท	12	7.73	8.045	12	12.92	10.083	0.177
<b>2. ด้านคุณภาพงาน</b>							
1.1 อัตราความถูกต้องของการเตรียม ความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ประจำวัน (ร้อยละ)	12	98.51	2.721	12	98.61	2.780	0.962
1.2 อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติ ตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ)	12	72.30	9.617	12	91.38	5.815	<0.001
<b>3. ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ</b>							
1.1 ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการ ที่ใช้ในการบริการงานส่งต่อ ผู้ป่วย (นาที)	12	135.00	62.643	12	52.50	85.555	0.033 <sup>b</sup>

ตารางที่ 6.3 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ t-test, paired t-test และ Mann Whitney U Test (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	n	$\bar{X}$	SD.	n	$\bar{X}$	SD.	
<b>4. ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง</b>							
4.1 ผู้บริหาร	13	5.85	0.801	13	7.38	0.650	<0.001 <sup>c</sup>
4.2 ผู้ปฏิบัติงาน	72	6.57	1.694	70	6.97	1.049	<0.001 <sup>c</sup>
4.3 ผู้ป่วยหรือญาติ	12	6.17	1.267	12	7.58	1.975	0.048
<b>5. ด้านเศรษฐศาสตร์</b>							
1.1 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย (บาท/ราย)	12	3017.91	1058.497	12	2318.33	1453.941	0.042

b ใช้ค่าสถิติ Mann Whitney U; c ใช้ค่าสถิติ paired t

### 3. การสร้างและพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย

3.1 การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเดิมที่ทำอยู่ พบว่า ขาดคู่มือการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน; ใช้เวลาดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยนาน; ไม่มี ICU; จนท. ไม่เพียงพอ; ผู้ป่วยไม่ยอมไป Refer; ขาดช่องทางสื่อให้ผู้บริหารรู้ปัญหาที่แท้จริง ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดทำคู่มือ ควรติดตามผลหลัง Refer พิจารณาจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร หาแนวทางกรณี Refer ไม่ได้

3.2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเบื้องต้น โดยนำเข้า PCT ประชุม วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน เสนอจัดทำคู่มือ แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการ นำข้อตกลงที่ได้จาก PCT เป็นเกณฑ์ในการดำเนินการ เช่น CPG เกณฑ์การพิจารณา จนท. ออก ambulance

3.3 การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในช่วงแรก ๆ ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน การตาม Consult แพทย์ ยังมี Gap บางครั้งผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจบริบทของศูนย์แพทย์กาญจนาภิเษก ข้อเสนอแนะ คือ จัดให้มีระบบที่เลี้ยงในการดำเนินการ Refer ให้ความสำคัญกับคู่มือและร่วมกันปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แนวทาง และวิธีการ ในการพัฒนา คือ ใช้คู่มือเป็นเกณฑ์และแนวทางในการปฏิบัติงาน ให้ผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อมีส่วนร่วมในการ

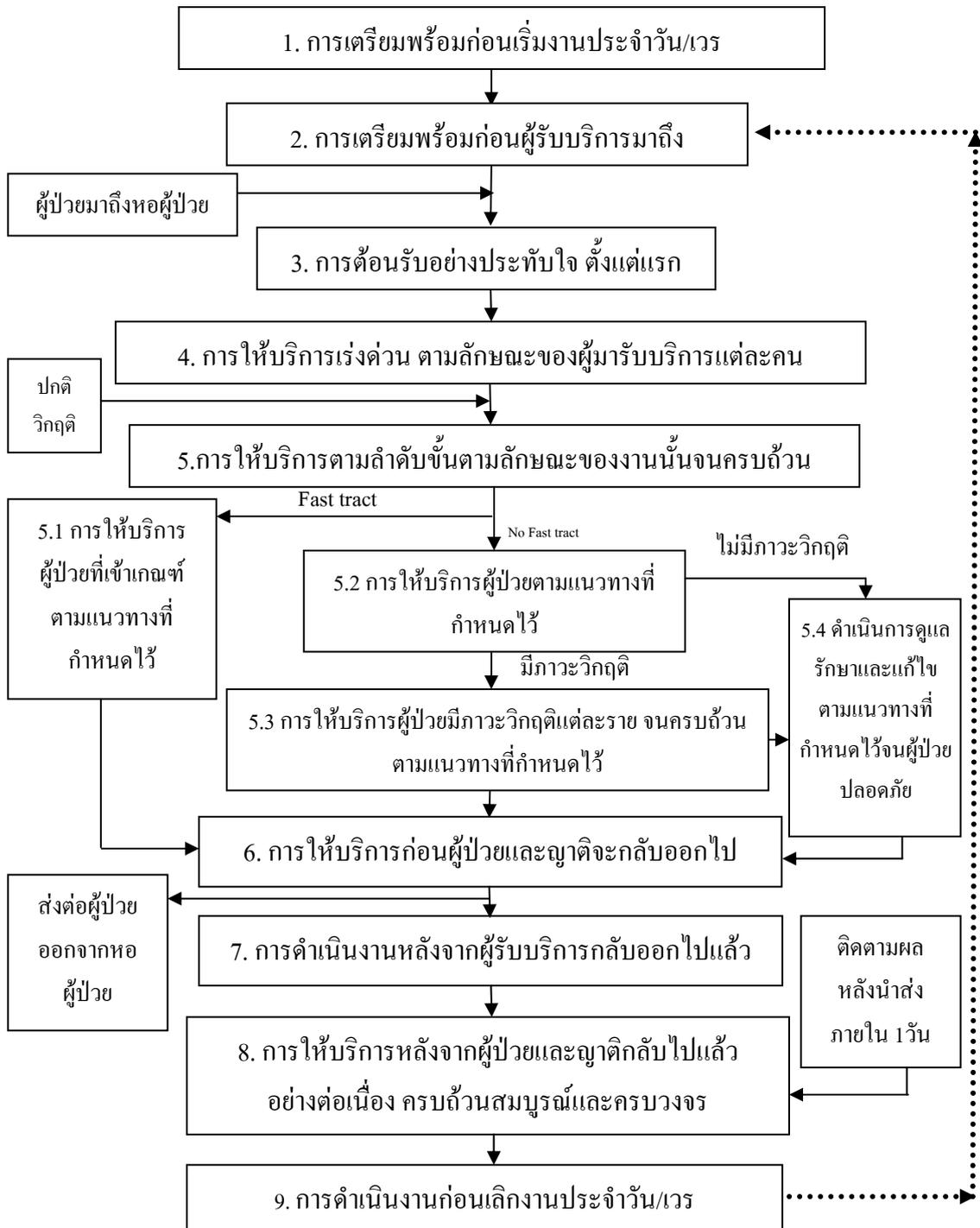
ปรับปรุงเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการ คือ เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ในบริการเร่งด่วนตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามผลหลังการส่งต่อ พัฒนาระบบ IT เข้าระบบ SSB มีระบบ on call ในการตาม จนท. รถ ambulance

หลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ ครบ 3 เดือนแล้ว ยังพบ ปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด refer ไม่ได้ เป็นภาระกับ ครอบครัว การ Consult staff ไม่ครบทุกระบบ ข้อเสนอแนะ คือ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ผู้รับบริการรู้ถึงนโยบายและบริบทที่แท้จริงของศูนย์แพทย์กาญจนาภิเษก พัฒนาระบบการ Consult ระหว่าง ร.พ. ในเครือข่ายมหิดล; แนวทางและวิธีการในการพัฒนา คือ ให้ทีมที่เกี่ยวข้อง เช่นงาน สื่อสารองค์กรช่วยชี้แจงผู้ป่วยหรือญาติ; แนวทางและวิธีการในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการต่อไป คือ นำเข้า PCT เป็นระยะ ๆ โดยตัวแทนนำผลข้อตกลง ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติหน้า งาน และให้มีการปรับปรุงคู่มือให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.4 การสรุปผลการทดลอง ได้นำข้อมูลทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง และพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ต้น มารวบรวม วิเคราะห์ และสรุปเป็น “รูปแบบสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วย” ที่จะนำไปใช้ในช่วงต่อไป

#### 4. รูปแบบสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วย

ประกอบด้วย หลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไป ปฏิบัติ ที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการปฏิบัติ เน้น กระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมที่ดีของผู้ที่เกี่ยวข้อง แบ่งวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมเบื้องต้น และเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย; ระยะดำเนินการดูแลผู้ป่วยขณะรอประสานงานและขณะนำส่ง โดยรพพยาบาล; ระยะสรุปการส่ง มอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทางและประเมินผลติดตามผลหลังการส่งต่อ 1 วัน โดยจัดทำเป็น Workflow 9 ขั้นตอน ของการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้



**5. คู่มืองานส่งต่อผู้ป่วย**

ได้จัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วย ครอบคลุมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก กับ โรงพยาบาลปลายทางอื่น ๆ ที่รับย้ายผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

5.1 ใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยภายในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย โดยระบุขั้นตอน วิธี/กระบวนการปฏิบัติงานส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงานได้โดยไม่ขัดกับระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

5.2 ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมีระเบียบ สามารถสืบค้น นำมาใช้ในการทบทวน กิจกรรมเพื่อพัฒนาปรับปรุงงานส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

5.3 ให้เกิดการประสานงานการส่งต่อที่ีระหว่างสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

5.4 ส่งเสริมสนับสนุนในบุคลากรในหน่วยงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมสร้างศักยภาพที่ดีในการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดีกว่ารูปแบบเดิม พิจารณาจากการพัฒนารูปแบบซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบและวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ทำให้ได้รูปแบบที่ดีมีความเหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง และมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ทั้งอีกผู้วิจัยใช้กระบวนการนำรูปแบบที่ดีไปดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การสร้างรูปแบบเบื้องต้น การทดลองนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ และการสรุปผลการทดลองจนได้ เป็นรูปแบบสุดท้ายที่เหมาะสมและสมบูรณ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยใช้ทรัพยากรด้านคน เงิน ของ เท่าที่มีอยู่ มีระบบที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) ของสมชาติ โตรักษา (2548: 544-547)

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของการพัฒนาครั้งนี้ ได้แก่ การใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participle: MBP) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพัฒนารูปแบบเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นตลอดเวลา จนได้รูปแบบสุดท้าย จึงไม่เกิดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับแนวคิดของ

Batteman and Snell (1999: 325) Hodgetts (1999: 489) สมยศ นาวิการ (2544: 80) ชงชัย สันติวงษ์ (2543: 138) และสมชาติ โตรักษา (2548: 287-290) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนา รูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ส่งผลให้การดำเนินงาน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ พบว่า ผลการดำเนินการ รูปแบบใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก ปริมาณงานและคุณภาพงานส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในงานส่งต่อ ลดลง และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่ใช้ในการบริการ ลดลง เนื่องจาก มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม มีการจัดระบบการปฏิบัติงานที่ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดประโยชน์ต่องานยิ่ง ๆ ขึ้น มีการจัดอัตรากำลังที่ใช้ ในการให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับที่มีอยู่ตามภาระงาน มีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน อย่าง ครบถ้วนถูกต้อง และปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการงานส่งต่อ มีการปรับปรุงขั้นตอน ภายใน กำหนดแนวทางที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปฏิบัติได้สะดวก รวดเร็ว ยิ่งขึ้น ทำให้ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยหรือญาติ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้บริหารเห็นถึงการพัฒนา งานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ ชัดเจน ลดแรงกดดัน และผู้ป่วยเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ

ปัญหาอุปสรรค ที่ยังพบอยู่ในการดำเนินงาน คือ ผู้ปฏิบัติงานต้องร่วมกันหาวิธีการ ดำเนินงานด้วยตัวเอง โดยใช้ทักษะ ความรู้ และความชำนาญ ของแต่ละคน ซึ่งแตกต่างกัน ที่เป็น ดังนี้เนื่องจากไม่มีต้นแบบ ที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ปัญหาอุปสรรคที่ สำคัญ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ ผู้ปฏิบัติยังขาดทักษะ ความชำนาญในการ นำไปปฏิบัติจริง Refer ได้ยาก หรือ Refer ไม่ได้ ที่เป็นดังนี้เนื่องจาก การขาดเครือข่ายระบบส่งต่อที่ ดีและเอื้ออำนวย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ประสบการณ์ ความสามารถส่วนตัวในการ Refer

ปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จของงานส่งต่อผู้ป่วย คือการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่ เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบที่ดี ที่เป็นดังนี้เนื่องจากผู้วิจัยใช้หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการ มีการ พัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ที่ เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นแนวโน้มในการพัฒนาที่ชัดเจน ประกอบกับการมีคู่มือการปฏิบัติงาน ช่วยเป็น แนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความสับสน

## สรุป

รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดี มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยสะดวก และไม่ยุ่งยาก ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรับบริการอย่างมีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจยิ่งขึ้น และองค์การมีภาพลักษณ์ที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

สำหรับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ควรพัฒนางานนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ควรพัฒนารูปแบบรับย้ายผู้ป่วยเพื่อให้ครบถ้วนทั้งแนวไป-กลับ พัฒนาระบบ IT ให้ครอบคลุมทั้งระบบ ควรนำหลักการ แนวทาง และวิธีการ ที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปประยุกต์ในการพัฒนางานอื่น ๆ ของศูนย์การแพทย์ฯ; สำหรับมหาวิทยาลัยมหิดล ควรพัฒนาระบบการรับปรึกษาหารือระหว่างโรงพยาบาล ควรพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อ ให้มีเครือข่ายรองรับการบริการในสังกัดมหิดล; สำหรับโรงพยาบาลอื่น ควรพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อแบบไร้สังกัด สำหรับการทําวิจัยครั้งต่อไปควรทําวิจัยจากงานประจำวิจัย (R2R) เพื่อการพัฒนางานทั้งหลายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนารูปแบบระบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

A MODEL DEVELOPMENT OF REFERRAL SYSTEM AT GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTER

ธษา ศิระวัฒน์ชัย5337551 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมชาติ ไตรรักษา, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน),  
กำจรตันติวิทยาทัศน์, พ.บ., ว.ว.(วิสัญญีวิทยา)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษาวิจัย

รัฐธรรมนูญปี พ.ศ.2550 กำหนดให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นนโยบายหลักประการหนึ่ง ตามมาตรฐานการพยาบาลหมวด 4 เรื่อง “การเข้าถึงบริการผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการรับไว้หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น100%” (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล เน้นการให้บริการตามลำดับชั้นความสำคัญที่มีความเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกันในสองทิศทางทั้งแนวไปและกลับ(วิยะดา จุฑาศรี, 2543) และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็นซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) เน้นให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข (คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 3) ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550) ยึดถือเอา “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549: 105) โดยภาครัฐต้องบริหารจัดการและส่งเสริมการสาธารณสุขของประชาชนให้ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างถ้วนหน้า

ปัญหาของการส่งต่อผู้ป่วยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อนเข้มงวดต้องใช้เวลาในการดำเนินงานมาก โอกาสในการเข้าถึงบริการล่าช้า (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2550) ความไม่สะดวกในการรับบริการ ขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ หรือประสิทธิภาพของการรักษาของสถานพยาบาลนั้น ๆ (อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ, 2546) เป็นอุปสรรคที่สำคัญซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (วิณา จิระแพทย์ 2550) อีกประการหนึ่งคือการส่งต่อไปรักษาตามระบบเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วยหรือญาติ เช่น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายการขาดรายได้ และความยุ่งยากในการใช้บริการ (จิรพงษ์ อุทัยศิลป์ และคนอื่น ๆ, 2547) ปัญหาด้านการสื่อสารความไม่สอดคล้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ของการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลจากระบบและการรายงานของสถานพยาบาลต่างกัน (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2548) ซึ่งจากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยระดับประเทศปี พ.ศ. 2549-2551 พบว่าร้อยละของผู้ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยในทุกระดับเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 4.98, 5.06, 5.15 (สำหรับราย เรืองเดช, สำนักนโยบายและแผน สปสช. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2552)

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลปัจจุบันเปิดรองรับบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจำนวน 38 เตียง (หอผู้ป่วยใน, 2554) จากสถิติมีจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2552-2553 จำนวนทั้งหมด 322 คน และ 472 คน คิดเป็นอัตราจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46.6 จะเห็นได้ว่างานการส่งต่อผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้นและเป็นงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือญาติ ต้องรองรับกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดระบบการบริหารจัดการงานส่งต่อผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย พบว่าปัญหาของการส่งต่อผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ เนื่องจากการไม่มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (งานพัฒนาคุณภาพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, 2554) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการนำไปปฏิบัติงานจริง ประกอบกับการไม่มีเครือข่ายการส่งต่อ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย (ข้อมูลจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2552)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จึงเกิดแนวคิดที่ต้องการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลดีเกิดประโยชน์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความชัดเจนสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้สะดวกลดความสับสน โดยเริ่มจากการวางระบบงานที่ดีตามหลักวิชาการบริหารอย่างมีมาตรฐานครอบคลุมการบริการให้มีศักยภาพสูงยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะเริ่มวางรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติโดยการทบทวนงานประจำ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานได้จริงโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

อีกทั้งยังเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมโดยปราศจากการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดวิธีการที่จะปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นจนมีความสมบูรณ์ ครบวงจร มีคุณภาพอย่างยั่งยืน (ทวิศักดิ์ รูปสิงห์ 2550)

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ของงานส่งต่อผู้ป่วย ให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพสูงขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ
3. ศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิธีการในการพัฒนาและการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ

## การทบทวนวรรณกรรม

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่หนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกที่หนึ่ง เพื่อประโยชน์ในด้านการคุ้มครองผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและมีความปลอดภัยสูงสุด (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8, 2545) เน้นการให้บริการตามลำดับขั้นความสำคัญที่มีความเชื่อมโยงทั้งแนวไปและกลับ(วิยะดา จุฑาศรี, 2543) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจและได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

มาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) กำหนดระเบียบขั้นตอนในการส่งต่อผู้ป่วย 7 ขั้นตอน ดังนี้) ต้องมีใบนำส่งตามแบบฟอร์มที่กำหนด (บส.08) ให้นำไปพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้ง ๑) ต้องมีการติดต่อสื่อสารประสานงานล่วงหน้าก่อนการนำส่งผู้ป่วย) กรณีผู้ป่วยอาการวิกฤตหรือเร่งด่วนควรแจ้งให้สถานบริการปลายทางที่เป็นผู้รับผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 4) การขนส่งผู้ป่วยอาการวิกฤตโดย

ใช้รถพยาบาลของสถานพยาบาลเองก็อาจกระทำได้ โดยเสียค่าบริการตามสมควรในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าสถานบริการ 5) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบรับผู้ป่วยส่งไปตอรับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กำหนด และใบแจ้งผลการรักษา (สีชมพู) กลับไปยังสถานพยาบาลเดิมเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว แต่ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกให้ส่งใบแจ้งผลการรักษา (สีชมพู) คืนทันที 6) ในกรณีไม่มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องให้ส่งใบตอบกลับทางไปรษณีย์ ยกเว้น รพสต. ศสช. อสม. ให้ส่งผ่านทาง สสอ. แต่ในกรณีมีคำสั่งการรักษาต่อเนื่องให้แจ้งผลการรักษาไปพร้อมกับผู้ป่วย (สีชมพู) ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง) กรณีที่สถานบริการผู้รับมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อยังสถานบริการอื่น ภายในจังหวัดเดียวกันให้ใช้แบบฟอร์มเดิม และลงทะเบียนไว้เป็นหลักฐานออกนอกเขตจังหวัดให้ทำใบส่งตัวขึ้นใหม่ทุกราย

**รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)** หมายถึง หลักการ โครงสร้าง ลักษณะ ส่วนประกอบและวิธีการในการนำรูปแบบนั้นไปปฏิบัติ หรือนำไปดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการดำเนินงานนั้นๆ (สมชาติ โตรักษา, 2548: 285-287) มีองค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินงาน 3 ประการ คือ

1) หลักการของรูปแบบ (Principle of model) คือ สิ่งที่ใช้เป็นหลักการ และแนวทางหลักในการดำเนินงานทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ ได้แก่ หลักวิชาการด้านบริหารทั่วไป หลักการบริหารโรงพยาบาล มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข และกฎ ระเบียบ ข้อบังคับกฎหมาย ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม

2) โครงสร้างของรูปแบบ (Structures of Model) คือ ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหลายของรูปแบบและการเชื่อมโยงทรัพยากรทั้งหลายเหล่านั้นเข้าด้วยกันเพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดจำแนกเป็น 4 ด้าน คือ 1) โครงสร้างด้านคน (Human Resource Structure) ได้แก่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในรูปแบบ 2) โครงสร้างด้านของ (Commodity Resource Structure) ได้แก่ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และวัสดุทั้งหลายที่ใช้ในรูปแบบ 3) โครงสร้างด้านเงิน (Financial Resource Structure) ได้แก่ งบประมาณ เงิน และค่าใช้จ่ายทั้งหลายที่ใช้ในรูปแบบในแต่ละรายการกิจกรรม/ 4) โครงสร้างด้านระบบงาน (Working Systems Structure) ได้แก่ ระบบงานที่ใช้ในการดำเนินงานของรูปแบบ จำแนกเป็น 4 ระบบ ตามหลักของระบบการทำงาน )Principle of Working System( คือ ระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนงานบริการ ระบบงานพัฒนางานบริการ และระบบงานบริหารจัดการ

3) วิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation of Model) คือ กระบวนการในการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นหรือ พัฒนาขึ้นไปดำเนินการให้ได้ผลดีมีประสิทธิภาพสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) วิธีสร้างและพัฒนารูปแบบ (Model Setting & Improving) ใช้แนวคิด

ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา) Action Research for Development) 2) วิธีนำรูปแบบไปดำเนินการ (Model Implementing) โดยใช้ทีมผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานนี้ 3) การปรับปรุงและพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (Continuous Model Developing) โดยนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานทั้งหลาย มาปรับปรุงและพัฒนาแบบให้ทันสมัย เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

**หลักของระบบงาน (Principle of Working System) ที่สำคัญ 5 ประการ** ที่ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ คือ 1) ใช้งานเป็นศูนย์กลาง 2) แต่ละงานจำแนกเป็น 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนงานบริการ ระบบงานพัฒนาบริการ และระบบบริหารจัดการ 3) จัดทำระบบงานทั้ง 4 ระบบ ให้ชัดเจนตามลักษณะของระบบงานที่ดี 4) ติดตาม ส่งเสริมสนับสนุน และควบคุม ให้มีการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ 5) พัฒนาระบบงานให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป (สมชาติ ไตรักษา, 2548: 49)

**ระบบงานบริการมาตรฐาน** ประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ การเตรียมพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน การเตรียมความพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง การต้อนรับผู้มารับบริการอย่างประทับใจ ตั้งแต่แรก การให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการแต่ละคน การให้บริการตามลำดับขั้นตามลักษณะของงานนั้น จนครบถ้วน การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไปจากบริการของเรา การดำเนินงานหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปแล้ว การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้วอย่างต่อเนื่องครบถ้วนสมบูรณ์และครบวงจร และการดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน (สมชาติ ไตรักษา, 2548: 69-70)

**การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participation: MBP)** เป็นการบริหารโดยการจูงใจให้ผู้ร่วมงานในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการวางแผน ให้ข้อคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและอิสระกับบุคคลที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมาย และนโยบายที่มอบหมายไว้ (ธงชัย สันติงษ์, 2543: 138) ถือเป็น การสร้างความผูกพัน (Commitment) ระหว่างหัวหน้าและลูกน้องให้เกิดความรับผิดชอบร่วมมีใจร่วมในงาน ด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Bateman and Snell 1999: 325)

**การวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research)** เป็นการทำงานอย่างเป็นระบบใช้ความรู้จากหลักวิชาการ ผสมผสานกับประสบการณ์เพื่อการริเริ่มสร้างสรรค์ ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์กระบวนการผลิต หรือกระบวนการทำงานใหม่ๆ นำไปใช้ในสภาวะการณ์จริง ไม่สามารถควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ทุก ๆ ตัว ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่ใช้ระยะเวลาที่ทำ สถานที่ บุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น สุดทำมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ (สมชาติ ไตรักษา, 2548)

**การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน** (Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) หมายถึง การทำวิจัยเพื่อมุ่งเน้นให้ผลการดำเนินงานของงานหนึ่งงานใดนั้นดียิ่งๆ ขึ้นไปและมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่องสู่ความยั่งยืนตลอดไป เป็นงานวิจัยที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ปฏิบัติงาน สามารถปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานประจำวัน โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่โดยค้นหาความรู้จากการปฏิบัติความรู้โดยผู้ปฏิบัติความรู้เพื่อผู้ปฏิบัติทำประโยชน์แก่ผู้อื่นเป็นการพัฒนางานประจำของคนทีละเล็กละน้อยต่อเนื่องไม่หยุดยั้งจนสามารถพัฒนางานนั้นได้เป็น“หลัก” หรือ “หลักการ” สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่และเป็นต้นแบบ (Role Model) ที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น (สมชาติ โตรักษา, 2548: 544-545)

## วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) แบบชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One group Pre test - Post test Design) ทดลองในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ตั้งแต่ กันยายน 2554 - 30 พฤศจิกายน 2555 รวม 15 เดือน ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างรูปแบบเดิม กับรูปแบบใหม่ ร่วมกับการศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และเสนอวิธีการในการนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบใหม่

## ประชากร (Reference population) และกลุ่มตัวอย่าง (Samples)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

- 1. ประชากรด้านงาน** ถือเป็นประชากรหลัก คือ จำนวนครั้งของงานการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานบริการส่งต่อผู้ป่วยจนถึงสิ้นสุดกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยรายนั้นๆ ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยวัดผลทางการศึกษา คือ ช่วง Pre-test 1-30 พฤษภาคม 2555 (1 เดือน) จำนวน 12 ครั้ง ช่วงการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ปฏิบัติงาน 1 มิถุนายน- 31 สิงหาคม 2555 (3 เดือน) จำนวน 32 ครั้ง และช่วง Post-test 1-30 กันยายน 2555 (1 เดือน) จำนวน 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น  $12+32+12 = 56$  ครั้ง เก็บข้อมูลเฉพาะช่วงเวลา Pre Post-test จำนวน 24 ครั้ง

**2. ประชากรด้านบุคลากร** ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ทั้งหมดในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยวัดผลการดำเนินงาน ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก่อนกับหลังดำเนินการกลุ่มละ 2 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการก่อนกับหลังดำเนินการกลุ่มละ 72 คนและ 70 คน ตามลำดับ 3) กลุ่มผู้บริหาร ก่อนกับหลังดำเนินการกลุ่มละ 13 คนรวมทั้งสิ้น 192 คน

### การพัฒนารูปแบบใหม่ (The New Working Model Development)

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์รูปแบบเดิม อย่างละเอียดและครอบคลุม ในทุกประเด็นตามข้อมูลพื้นฐานที่มี โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยนำเสนอคณะกรรมการ PCT ที่รับผิดชอบ นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น

**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนารูปแบบการดำเนินการเบื้องต้นของงานบริการงานส่งต่อผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 มาซึ่งประกอบในการพิจารณาเพื่อพัฒนารูปแบบใหม่ ด้วยการกำหนดลักษณะองค์ประกอบ หลักการของรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกโดยได้รับความเห็นชอบงานและเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานว่าไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน เน้นการนำหลักวิชาการทั้งหลายที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ตามรูปแบบเดิม (ได้เป็นรูปแบบที่ 1)

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการทดลอง ในช่วงวันที่ 1-30 เมษายน 2555 โดยดำเนินการเตรียมเก็บข้อมูล และเตรียมพื้นที่ทดลอง ที่จะดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขส่งถึงผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกผ่านทางหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและรองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบใหม่งานส่งต่อผู้ป่วย และประสานงานกับหัวหน้างานสถานที่/เวลา/หัวหน้าหน่วยเพื่อขอความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกนัดหมายวันสะดวกให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมงานที่จะเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ความรู้ อบรม ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมและแบบสอบถาม รวมถึงขั้นตอน วิธีการ ในการรวบรวมข้อมูล และเตรียมพื้นที่ดำเนินการวิจัย

2) ระยะเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในพื้นที่ทดลอง เป็นเวลา 1 เดือน ในช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2555 โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทดลอง มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบใหม่ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นและชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งก่อนลงมือปฏิบัติจริง(ได้เป็นรูปแบบที่ 2)

3) ระยะดำเนินการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่เป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ มิถุนายน 2555-31 สิงหาคม 2555 โดยมีการประชุมอบรมผ่านทางคณะกรรมการ PCT Med-Surg เดือนละครั้ง เพื่อทำการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นโดยมีการติดตาม ประเมิน และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความถี่มากในระยะแรก ๆ และลดความถี่ลง หลังจากทำการดำเนินงาน เริ่มเข้าที่แล้ว นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบใหม่ ให้ดี เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆขึ้นจนสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ ที่ความเหมาะสมกับสภาวะการณ์ของพื้นที่ทดลอง ด้วยความเห็นชอบของผู้ที่เกี่ยวข้อง(ได้เป็นรูปแบบที่ 3)

4) ระยะเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เป็นเวลา 1 เดือน ในช่วงวันที่ 1-30 กันยายน 2555 เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเหมือนก่อนทดลอง

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น นำผลการดำเนินงานวิจัยทั้งหมดตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 มารวบรวมและวิเคราะห์อย่างละเอียด แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบใหม่ ให้เหมาะสมและสมบูรณ์ที่สุด ได้เป็น “รูปแบบสุดท้าย” ที่เป็นผลสรุปของผลการวิจัยครั้งนี้(ได้เป็นรูปแบบที่ 4)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments of Research)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือทั้งหมด ดังนี้ คือ

1. รูปแบบใหม่ของการดำเนินงานการบริการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
2. แบบเก็บข้อมูลด้าน โครงสร้างทางกายภาพ และข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและหน่วยงาน
3. แบบบันทึกข้อมูลด้านบุคลากรของหน่วยงาน
4. แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
5. แบบบันทึกกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน
6. แบบตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วย

7. แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย เฉพาะราย
8. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย
9. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย
10. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ต่อการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือแต่ละชิ้นผ่านการทบทวนตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขในด้านความตรงตามโครงสร้าง/เนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เกณฑ์การตัดสินพิจารณาจากความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 จึงถือได้ว่ามีความตรง จึงนำไปใช้ดำเนินการทดลอง โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ PCT ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดลก่อนนำไปใช้ดำเนินการทดลอง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วเป็นผู้บันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมและแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานและผลการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่งานส่งต่อผู้ป่วยที่ได้ทดลองนำไปใช้ดำเนินการจริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของการพัฒนารูปแบบ และปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะใช้สถิติพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ด้วยค่าสถิติ Chi-Square ค่าสถิติ t-test ค่าสถิติ Mann Whitney U test ค่าสถิติ pair t-test และค่าสถิติ Wilcoxon Match Pair Sign Rank Test ที่ระดับแอลฟา = 0.05

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่

### 1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยใช้หลักการของรูปแบบการดำเนินงาน )Working Model)อย่าง ได้แก่ 3 ประกอบด้วย

1) หลักการของรูปแบบ ประกอบด้วย หลักการบริหารงานทั่วไป 5 หลักการ หลักการด้านบริหาร โรงพยาบาลและสาธารณสุข หลักการด้านบริหารแบบมีส่วนร่วม หลักการด้านวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งของกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พรพ).( หลักการ ด้านนโยบาย กฎ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับรวมถึงหลักการด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ

2) โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วยโครงสร้าง 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านวัสดุอุปกรณ์อาคารสถานที่ 3) ด้านงบประมาณ และ 4) ด้านระบบงาน

3) วิธีการนำรูปแบบไปปฏิบัติ (Implementation of Model) โดยมี กระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมที่ดีของผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบในแต่ละ ขั้นตอนนั้นมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ เพื่อให้เหมาะสม แบ่งวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการได้ ดังนี้ ระยะเตรียมการเป็นการเตรียมความพร้อมเบื้องต้น และเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย ระยะ ดำเนินการดูแลผู้ป่วยขณะรอประสานงานและขณะนำส่ง โดยรพพยาบาล ระยะสรุปการส่งมอบ ผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทางและประเมินผลติดตามผลหลังการส่งต่อ วัน ในแต่ละระยะของ การดำเนินการนั้น ได้ผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการ หลัก ของแต่ละหน่วยงานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยนำมาจัดทำเป็นคู่มือที่กำหนดข้อบ่งชี้ และแนวทางการปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษร มีวิธีปฏิบัติงาน ตามกิจกรรม 9 ขั้นตอน ของ ระบบงานมาตรฐานอย่างชัดเจน

รูปแบบใหม่งานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก แสดงได้โดยผังการไหล ของงานตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย 9 ขั้นตอน (ภาคผนวก ก) และมีคู่มือการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน สะดวก รวดเร็ว (ภาคผนวก ข)

### 2. ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย พิจารณ 5 ประเด็น ได้แก่

ด้านปริมาณงาน พบว่า อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ (10,000 คน/วินาที) แตกต่างกัน เพิ่มขึ้นจาก 6.72 เป็น 10.47 และอัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อ ค่าแรงงานที่ใช้ในการให้บริการ (10,000 บาท) แตกต่างกัน เพิ่มขึ้นจาก 7.73 เป็น 12.92

ด้านคุณภาพงาน พบว่า อัตราความถูกต้องเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน แตกต่างกัน เพิ่มขึ้นจาก 98.51% เป็น 98.61% และอัตราความถูกต้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อ แตกต่างกัน เพิ่มขึ้นจาก 72.30% เป็น 91.38% ( $p < 0.001$ )

ด้านระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย (นาท/ราย) แตกต่างกัน ใช้เวลาลดลง จาก 135 นาที เป็น 52.5 นาที

ด้านความพึงพอใจ แตกต่างกัน ของผู้บริหารเพิ่มขึ้นจาก 5.85 เป็น 7.38 ( $p < 0.001$ ) ของผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นจาก 6.57 เป็น 6.97 ( $p < 0.001$ ) ของผู้ป่วยหรือญาติ เพิ่มขึ้นจาก 6.17 เป็น 7.58 ( $p = 0.048$ )

ด้านต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการให้บริการ(บาท/ราย) แตกต่างกัน ลดลงจาก 3017.91 บาท/ราย เป็น 2318.33 บาท/ราย ( $p = 0.042$ )

### 3. ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและเสนอวิธีการนำไปปฏิบัติ

ในระยะก่อนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคคือ ไม่มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นแบบเดียวของศูนย์ ใช้เวลาดำเนินการนาน และไม่มี CU จนท. ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ยอมไป Refer ไม่มีช่องทางสื่อให้ผู้บริหารรู้ปัญหาที่แท้จริง ข้อเสนอแนะคือ ควรจัดทำคู่มือ ควรติดตามผลหลัง Refer พิจารณาจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร หาแนวทางกรณี Refer ไม่ได้ แนวทาง และวิธีการ ในการพัฒนา คือ เริ่มนำเข้า PCT ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน เสนอจัดทำคู่มือ แนวทาง และ วิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ นำข้อตกลงที่ได้จาก PCT เป็นเกณฑ์ในการดำเนินการ เช่น CPG เกณฑ์การพิจารณา จนท.ออก ambulance

ในระยะขณะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ปฏิบัติงานยังขาดทักษะความรู้ในการนำไปใช้ การตาม Consult แพทย์ ยังมี Gap บางครั้งผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจบริบทของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ข้อเสนอแนะคือ มีระบบพี่เลี้ยงในการดำเนินการ Refer ให้ความสำคัญกับคู่มือและร่วมกันปรับปรุงอย่างต่อเนื่องแนวทาง และ วิธีการ ในการพัฒนา คือ ใช้คู่มือเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงานผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง แนวทาง และวิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ คือ เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ในบริการเร่งด่วนตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามผลหลังการส่งต่อพัฒนาระบบ IT เข้าระบบ SSB มีระบบ on call ในการตามจนท.รถ ambulance

ในระยะหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคคือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจระบบการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิขั้นต้นสังกัด refer ไม่ได้ เป็นภาระกับครอบครัว การ Consult staff ไม่

ครบทุกระบบ ข้อเสนอแนะคือ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนผู้รับบริการรู้ถึง นโยบาย บริบทที่แท้จริงของศูนย์มีระบบการ Consult ระหว่างร.พ.ในเครือข่ายมหิดล แนวทาง และ วิธีการ ในการพัฒนา คือ ทีมที่เกี่ยวข้อง เช่นงานสื่อสารองค์กรช่วยชี้แจงผู้ป่วยหรือญาติ แนวทาง และ วิธีการ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการ คือนำเข้า PCT เป็นระยะ โดยตัวแทนนำผลข้อตกลง ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติหน้างานมีการปรับปรุงคู่มือจนสมบูรณ์

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดีกว่ารูปแบบเดิม พิจารณาจากการพัฒนารูปแบบซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบและวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ทำให้ได้รูปแบบที่ดีมีความเหมาะสม สัมกับพื้นที่ทดลอง และมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ทั้งอีกผู้วิจัยใช้กระบวนการนำรูปแบบที่ดีไปดำเนินการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การสร้างรูปแบบเบื้องต้น การทดลองนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ และการสรุปผลการทดลองจนได้ เป็นรูปแบบสุดท้ายที่เหมาะสม สมบูรณ์ที่สุด สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยใช้ทรัพยากรด้านคนเงิน ของเท่าที่มีอยู่ มีระบบที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI) ของสมชาติ โตรักษา (2548: 544-547)

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของการพัฒนาครั้งนี้ ได้แก่ การใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Management by Participle: MBP) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพัฒนารูปแบบเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มต้น ไปตลอดจนได้รูปแบบสุดท้าย จึงไม่เกิดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bateman and Snell (1999: 325) Hodgetts (1999: 489) สมยศ นาวิการ (2544: 80) ชงชัย สันติวงษ์ (2543: 138) และสมชาติ โตรักษา (2548: 287-290) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนารูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น

ผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการพบว่าผลการดำเนินการรูปแบบใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม ที่เป็นดังนี้เนื่องจากปริมาณงานและคุณภาพงานส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในงานส่งต่อ ลดลง และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่ใช้ในการบริการ ลดลง เนื่องจาก

มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่าและเหมาะสมมีการจัดระบบการปฏิบัติงานที่ช่วยให้เกิดประสิทธิผลในงานดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่องาน มีการจัดอัตรากำลังที่ใช้ในการให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับที่มีอยู่ตามภาระงาน มีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน อย่างครบถ้วนถูกต้องและปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการงานส่งต่อ มีการปรับปรุงขั้นตอนภายใน กำหนดแนวทางที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปฏิบัติได้สะดวกเร็ว ยิ่งขึ้น ด้านความพึงพอใจของผู้บริหารผู้ปฏิบัติงานผู้ป่วยหรือญาติ เพิ่มขึ้นเนื่องจาก ผู้บริหารมีการพัฒนางานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เชิงประจักษ์ ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ลดแรงกดดัน ผู้ป่วยเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ

ปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบ คือ ผู้ปฏิบัติงานต้องร่วมกันหาวิธีการดำเนินงานด้วยตัวเอง และทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ของแต่ละคนแตกต่างกัน ที่เป็นดังนี้ เนื่องจากไม่มีต้นแบบ ที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการ คือ ผู้ปฏิบัติยังขาดทักษะ ความชำนาญในการนำไปปฏิบัติจริง Refer ได้ยาก หรือ Refer ไม่ได้ ที่เป็นดังนี้ เนื่องจาก การไม่มีเครือข่ายระบบส่งต่อทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ประสบการณ์ ความสามารถส่วนตัวในการ Refer

ปัจจัยหลักที่นำสู่ความสำเร็จของงานส่งต่อผู้ป่วย คือการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบที่ดีที่เป็นดังนี้ เนื่องจากผู้วิจัยใช้หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาอย่างมีขั้น ตอนตามลำดับ โดยให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นแนวโน้มในการพัฒนาที่ชัดเจนประกอบกับการมีคู่มือการปฏิบัติงาน ช่วยเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความสับสนที่เป็นดังนี้ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็วและ มีการปรับปรุงคู่มือให้มีความชัดเจน ถูกต้องตามความเป็นจริง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

#### 1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ทดลอง คือศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

- การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาถึงการส่งต่อผู้ป่วย จึงควรศึกษาถึงการรับย้ายผู้ป่วยด้วย

- เพื่อให้ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเกิดความครบถ้วนสมบูรณ์แบบสองทิศทางทั้งแนวไปและกลับ

- ควรมีการเผยแพร่ผลการวิจัยครั้งนี้ และควรนำแนวคิด หลักการ และวิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนางานทั้งในระดับหน่วยงานและระดับองค์กร มีการนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนางานอื่นๆของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

### 1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

- การนำรูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแล้วไปประยุกต์ใช้ให้

เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล อันจะเป็นประโยชน์ยิ่งแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วน อีกทั้งยังเป็นต่อยอดในการพัฒนางานส่งต่อให้ยั่งยืนต่อไป

- ควรส่งเสริมและให้ความสำคัญกับงานส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อสร้างเครือข่ายในทุก

ระดับและครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา ไร้ข้อจำกัดด้านต้นสังกัดของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รองรับการเข้าสู่ยุคAEC มุ่งสู่การให้บริการแบบไร้ข้อจำกัด เข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยเรื่องเดิม ควรเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน(R&D for CSWI)ที่สมบูรณแบบมากยิ่งขึ้น ครอบคลุมรายละเอียดทุก ๆ ด้านอย่างครบถ้วนเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่วิจัย ถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องตามดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานการทำวิจัยเรื่องเดิมสามารถทำได้อย่างน้อยปีละ เรื่อง ตลอดเท่าที่ 1 ยังมีการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของการทำวิจัยในงานประจำ(Routine to Research: R2R2R)

2.2 การทำวิจัยเรื่องใหม่ ควรนำแนวคิด หลักการและวิธีการที่ได้ดำเนินการในการวิจัยนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยในงานอื่น ๆ ที่งานบริการทั่วไป งานบริการพยาบาล งานสนับสนุนบริการทรัพยากร และงานบริหารจัดการ ซึ่งสามารถทำได้ในทุก ๆ งานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกให้เกิดการพัฒนางานอย่างไม่หยุดนิ่งมีความต่อเนื่องยั่งยืนซึ่งเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาในทุก ๆ งานคือผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้บริหารขององค์กร ผู้ปฏิบัติงานผู้รับบริการครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอย่างกว้างขวางทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเกิดความคุ้มค่ายิ่งขึ้น

## สรุป

รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ เป็นรูปแบบที่ดี มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยสะดวก และไม่ยุ่งยาก ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรับบริการอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจยิ่งขึ้น และองค์กรมีภาพลักษณ์ที่ดีนั้นการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยทุกฝ่ายในการสร้างและพัฒนารูปแบบใหม่ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดำเนินการได้คู่มือที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานการบริการงานส่งต่อผู้ป่วยมีการนำหลักการบริหารต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน มีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบที่ดีไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพสูง มีความเหมาะสมกับหน่วยงานและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักโดยผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบงานบริการที่สำคัญของหน่วยงาน สามารถเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ และเป็นตัวอย่างของการพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย

A MODEL DEVELOPMENT OF REFERRAL PATIENT AT GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTER

THASA SIRAWATTANACHAI 5337551 PPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMCHART TORUGSA, M.D., M.P.H., THAI BROAD OF PREVENTIVE MEDICINE, KOMTHRON TANTIVITTAYATAN, M.D., THAI BROAD ANESTHESIOLOGY

**EXTENDED SUMMARY**

**Rationale**

The National Constitution 2550 B.E. specified that the referral system must be one of the priority in health policy. Standard of nursing service section 4 stated that all patients must be accessible to health service when needed and be provided referral system as needed (Division of Nursing, Office of Permanent Secretary of State, Ministry of Public Health 2542 B.E. The referral system creates connection between health services institutions regarding to two ways communication of health services for the patients. (Wiyada Juthasri, 2543). The referral system supports the accessibility of health service to the patient, emphasizing the benefit and safety of the patients as highest priority (Institute of Hospital Development and Accreditation, 2551). The national health policy emphasizes that there must be the national health security service which all people are accessible with confidence and the service providers are happy (Handbook for National Health Insurance, 2010: 3). The patients are happy and receive quality services. (Suwit Wiboonpolprasert, 2550) The service must be “people oriented” (Sanguan Nittayarampong, 2549: 105). The government must administer and promote public health service so that all people receive standardized health service. There are still many problems relating to the

referral system. The system is complicated, strict, time consuming and difficult to be accessible to the service. (Chaichon Lowcharoenkul, 2550). Seeking for the service is inconvenient, the patients lack confidence in the quality or the efficiency of the institutes (Adirek, Rengmanawongsa et al, 2546). The problem of referral system can affect the safety of the patients. (Weena Jirapaetya, 2550). Referring the patient can be burdensome to both the patient and relatives, increase dispend, opportunity cost to earn income and complication of the service. (Jerapongsa Utaisilpa et al, 2547). There are also problems of communication of information between the service institutions such as the non-clarity due to difference of referral system reporting format (Wiroj Na Ranong, 2548). The rate of referral had been increasing every year from 2549 B.E. – 2551 B.E. from 4.98%, 5.06% and 5.15% respectively (SaraiRuaengdel, Office of Policy and Plan, National Health Insurance Office, Annual Report 2552 B.E.).

The Golden Jubilee Medical Center is a hospital under Mahidol University, it is a 38 beds hospital providing service both for in-patient and out-patient (In-patient Ward, 2011 B.E.) During 2552 B.E.-2010 B.E. the number of referral patients had increased from 322 to 472 (46.6%) which indicated the tremendous increase of the referred patients and many things need to be done both for the service provider and patients/relatives to be prepared for undesirable situations and better management of referral system for maximum benefit of the patient. The problems relating to the referral system which affect the efficiency of health service were due to the non-existence of written guideline of practice thus the operational officers are confused. (Quality Improvement Section, Golden Jubilee Medical Center, 2554). There is no referral network thus referral is delayed. (Emergency Accident Section, 2552). The researcher, as one of the personnel working in this medical center became interested in studying and developing the referral model for the center to be more efficient and beneficent to the patients. The model to be developed should be useful for the service providers to have more elaborative working guideline and reduce confusion by starting from good working system with standardized administrative procedures. The researcher employed the research concept by beginning from present job in responsibility developing to be in continuing growth and sustainable, applicable in real practice using available resource with participation from all concerned without any resistance to change and could be the model for other organization. (Taweesakdi Rupsingha, 2550).

## **Research Objective**

### **General Objective**

To develop patient referral model for Golden Jubilee Medical Center.

### **Specific Objectives**

1. To develop model of patient referral work to be more appropriate and efficient using available resources.
2. To compare the result of the performance before and after implementing new model.
3. To study problems/constraints, suggestion and methods to improve the developed model.

## **Literature Review**

Referral of the patients means the transferring of the patient from one health service institution to the other institution for the protection and prevention of patients from danger and to have fullest safety. (Ministry of Public Health, Ministerial Order Issue No.8, 2545) emphasizing upon step by step of services both forward and backward transfer. (Wiyada Juthasri, 2543). It is considered as the core issue of health service which affects patient's satisfaction and quality service.

Standard Practices for Patient Referral System (Ministry of Public Health 2545). There are seven steps for referring the patients.

1. There must be the referring form (R.F.08) to be sent along with the patient.
2. There must be prior notification to the receiving unit before the referral takes place.
3. In case of critical care patient or emergent service the receiving unit should be prior notified in order to have appropriate preparation.
4. Transportation of critical care patient by using the ambulance vehicle of the service institution could be managed with reasonable service charge, in case of the low income patient the service charge could be managed under consideration of the head of the service institution.

5. The officer of the receiving institution must send the required form and the form indicating the result of the treatment (pink form) back to the sending institute after discharge of the patient. However in case of the out-patient the pink form must be returned immediately after the treatment has been done.

6. In case there is no continuous care, the form could be sent back by post except the sub-district health promoting hospital, primary health care community center and village health volunteer the form must be sent through district health office. If continuing care is required the result of treatment must be sent along with the patient (pink-form). The patient should be given the explanation about the importance of continuing care.

7. In case the receiving institution has to refer the patient to other institution within the same province, the old form could be used for sending but registration is needed, if the receiving institution is in the other province the sending form must be issued for all case.

Working Model means the combination of principle structure, characteristics, components and implementation procedures to attain ultimate goal. (Somchart Torugsa, 2548: 285-287). There are three components in the working model which are:

1. Principle of Model consisting of principles and main strategies for implementation e.g. administrative principle, principle of hospital administration: standard procedures such as procedures of referral system of Ministry of Public Health, rules, regulation, law, tradition, beliefs, value.

2. Structures of Model are all resources needed for implementing the model and connectivity of these resources for effective, efficient implementation which could be divided in to four areas:

2.1 Human resource structure which are all personnel involved.

2.2 Commodity resource structure which are land, facility, equipment and supply.

2.3 Resource structure which are budget, cash and expenditure for each activity.

2.4 Working structure which are service supporting system, service development system and administration system.

3. Implementation of Model consisting of processes in applying the constructed model into practice with high efficiency composed of three steps:

3.1 Model Setting and improvement using the concept of action research for development.

3.2 Model implementing by each team of personnel who are responsible with each group of work.

3.3 Continuous Model Developing by bringing all the result from implementation to be improved and modify to be efficient and appropriate continuously.

Principle of Working System is consisted of five concepts with will help increase the work efficiency.

1. Use work as the focus of study.
2. Each work is divided into sub-system: service, supportive, service development and administration.
3. Set up all of the four sub-systems into working system.
4. Monitor, support and control.
5. Continuous improvement of the system (Somchart Torugsa, 2548: 49)

**Standard services system consists of nine activities** - preparation before operation, preparation before arrival of client, first impression welcome to client, emergency service in accordance of need, fulfill the service step by step, service before client's discharge, operation after client's discharge continuing service after client's discharge and operation before the end of the day service. (Somchart Torugsa, 2548: 69-70).

**Management by Participation (MBP)** is a method of management which emphasizes upon encouraging the participation of all stakeholder in decision making, planning and providing suggestion/recommendation for the administrator to make decision. It includes the provision of opportunity and freedom for each individual to

make his own decision under the delegated objective and policy (Thongchai Santiwongsa, 2541: 138). MBP is considered as a mean to create commitment between the leader and the followers to share responsibility in the work with willingness for the achievement of the organizational goal. (Batteman and Snell 1999: 325).

**Experimental Development Research** is a kind of systematic work which apply knowledge and experience for innovation in developing product/ process or innovative working method to be used in real situation. Some variables might not be under control due to different circumstances such as resources, time, date, place, person, situation and contemporary environment. At the final stage of the operation, the comparison of performance before and after the operation is made. (Somchart Torugsa, 2548).

**Research and Development for Sustainable and Continuous Working Improvement: R&D for CSWI** means a kind of research which focus upon improving certain group of work and develop them into sustainable growth. This kind of research is suitable for application into daily work by using available resource, searching knowledge from real practice of practitioners for the benefit of other people. It is a continuous improvement of daily work until it becomes principle or “concept” which can be applied in real situation using existing available resource and could also be role model for other organization. (Somchart Torugsa, 2548: 544).

## **Research Methodology**

This study was an experimental development research with one group, pre test-post test design during 1<sup>st</sup> September 2011 B.E. - 30<sup>th</sup> November 2012 B.E. (15 months) at Golden Jubilee Medical Center, Mahidol University. The objective of the research was to study the model of patients referral system by comparatively analyzing the performance of patients referral using former model and newly constructed model including identifying problems/constrains, suggestions for improving new model of work.

## Reference Population and Samples

The reference population for this study was divided into two groups.

1. Population of work was considered as main population; it was the number of occurrence of the referral work occurred at the Golden Jubilee Medical Center starting from preparation of work until the end of referral process of each part at the time the researcher was measuring the performance. Pre-test period 1-30 May 2012 (12 occurrences). Implementation of new model period 1<sup>st</sup> June -31<sup>st</sup> August 2012 (32 occurrences). Post-test period 1<sup>st</sup>-30<sup>th</sup> September 2012 (12 occurrences). Total  $12+32+12 = 56$  occurrences. Data was collected only Pre, Post - test total 24 occurrences.

2. Population as persons were all persons who had answered the questionnaire, they were the people who were related with the referral work during the study. They were classified in three groups

1) Patients or relatives, before and after the test (12 persons for each group)

2) Service providers group, before and after the test (72 persons for one group and 70 persons for another group)

3) Administrators group, before and after the test (13 persons for each group) Totaling 192 persons.

### 3. The New Working model Development

There were 4 steps of development:

#### *1<sup>st</sup> step*

Analyzed the existing model intensively in all aspects relating to patient referral system. Presented the study to PCT committee for developing primary model.

#### *2<sup>nd</sup> step*

Applied input from 1<sup>st</sup> step to be developed into new model by defining its characteristics, components and principle to be appropriate for the center and acceptable by the personnel .The new model should not increase workload, using available resources and rationally accepted. (Model 1 accomplished).

### ***3<sup>rd</sup> step***

Implementation of new model was divided into four periods.

- Preparation stage before the test, during 1-30 April 2555. Preparation for data collection and area for study as follows. The researcher sent the letter from Faculty of Graduate Study and Department of Public Health Administration to the director of Golden Jubilee Medical Center asking for permission to undertake the research and collecting information from the studied sample. After being permitted to undertake research, the researcher sent another letter to the director through the Head of Nursing Service and the Deputy Director for permission to develop new model. Training the research assistants about recording the form and had the area prepared including appointment for date to prepare all necessary matter.

- Pre-test period in the test area during 1st-30<sup>th</sup> May 2555, collecting information from recommendation of the persons in the test area for improvement and explained to the personnel before operation.(Model 2 accomplished)

- Implementation of new model for 3 months (1 June 2555-31 August 2555). There were monthly training through PCT Med-Surg to analyze problems/obstacles, monitoring results and participative comments from all concerned. After many series of discussion, the information had been incorporated and developed into new model.(Model 3 accomplished)

- Post- test period in the test area during 1-30 September 2555, collected information using new model

### ***4<sup>th</sup> step***

Conclusion of the experiment with the last model from 1<sup>st</sup> stage and analyzed with detail and developed into the “latest model” which was the result of this research (4<sup>th</sup> Model accomplished).

## **Research Instruments**

The researcher had used 10 pieces of instrument for this research.

1. New Model for implementing the patient referral system of Golden Jubilee Medical Center.
2. Format for data collection of physical structure and general information of the hospital and related organizations.
3. Format for data collection relating to personnel.
4. Format for data collection about events and situation affecting the performance.
5. Format for recording preparation activities before daily operation.
6. Format for check-listing of implementation in accordance with standard procedure for referring patients.
7. Format recording activities of patient referral, case by case.
8. Questionnaires interviewing about the satisfaction of the administrator toward patient referral.
9. Questionnaires interviewing about the satisfaction of service providers towards patient referral.
10. Questionnaires interviewing about the satisfaction of patient/relative towards patient referral.

## **Quality Check of the Research Tools**

All of the research tool had been tested and checked for contentment validity by three experts with the passing criteria of not less than 2/3 acceptance thus the validity could be confirmed. The use of the tool had been approved by PCT committee of the medical center and ethical committee on research of Mahidol University.

## Data Collection

The researcher and research assistants (who had received training) recorded and collected data by using format recording activities and satisfaction of concerned persons about the implementation of new model of patient referral.

### Data analysis and statistics used

1. General information about model development, problems/obstacles, comment and recommendation were analyzed by descriptive statistics; percentage, mean and standard deviation.
2. Comparison of performance was analyzed by t-test, Mann Whitney U test, paired t-test and Wilcoxon Match Pair Signed RankTest, alpha = 0.05

## Research Result

There search had studied in three aspects:

1. Development of patient referral working model.
  - 1.1 Principle of model consisting of 5 principles of general administration, hospital and public health administration, participative administration, other principles related to patient referral, standard procedures of Ministry of Public Health and Institute of Development and Accreditation of Hospital relating to patient referral, policy, law, rules and regulation including social, cultural and belief.
  - 1.2 Structure of model consisting of 1. Personnel 2. Equipment, supply and building structure 3. Budget 4. Work system.
  - 1.3 Implementation of Model. Model development had been carried out with participation of all concerned, each stage of development had been modified periodically. The implementation of the model had been done step by step: primary preparation and preparation before patient referral, caring of patient while waiting for coordination and while being transported by ambulance, conclusion of report with transferring of patient to receiving hospital, evaluation after transferred (1 day later). The caring of patient had been integrated in each step of the referral process with every unit of the medical center. All of these had been integrated into written manual explaining clearly the 9 steps of operation. The new working model of patient referral system of the Golden Jubilee Medical Center could be displayed in work-flow

chart (Appendix A) and written manual for patient referral system for clear and convenient procedure (Appendix B).

## 2. Comparison of performance of patient referral work.

**Quantitatively**, the study found that the ratio of productivity/labor used had increased from 6.72 to 10.47 cases/10,000 man-second and ratio of productivity/cost of service had increased from 7.73 to 12.92 cases/10,000 baht

**Qualitatively**, the study found that the ratio of correctness of preparation before the operation had increased from 98.51% to 98.61% and the correctness rate of preparation before daily operation was increased from 72.30% to 91.38% (p-value < 0.001) The time consumed in servicing the referral work (minutes/case) had decreased from 130 minutes to 52 minutes.

**The satisfaction** of the administrator had increased from 5.85 (medium) to 7.38 (good) (p-value < 0.001), of the operational officers increased from 6.57 (medium) to 6.97 (medium) (p-value < 0.001), of the patient/relative increased from 6.17 (medium) to 7.58 (good) (p-value = 0.048).

**The unit cost of service (baht /case)** had decreased from 3017.91 baht to 2318.33 baht/case (p-value = 0.042).

## **Problems, Obstacles, Suggestion and Recommendation**

**Before the implementation of the new model**, there were many problem of patient referral system: no written manual as guideline of practice, time consuming, lack of ICU inadequate number of person, the patients did not want to be referred, lack of channels to communicate with the administrators. There were recommendations: there should be the manual, evaluation after referring should be done, preparation of places, personnel, alternative in case the referral could not be done. The issues should be brought in to PCT meeting for improvement strategies; there should be the guideline, the new model should be implemented, agreement in PCT meeting should be regarded as criteria for implementation e.g. using CPG as criteria for issuing the ambulance.

**During implementation stage of new model**, the problems were: the operational officers did not have enough skill of using the model, there were some gap in consulting with the doctors, some patient/relative did not understand the role and

the function of the medical center. The recommendation were: there should be coach or mentor in implementing the model, give priority to the manual and participate in continuous improvement of the handbook, use the manual as guideline of work, there should be good preparation before the operation, provide emergency service in accordance with professional standard, evaluation after the referral, integrate IT system into SS there should be on call for the driver of ambulance. **After the implementation of new model**, the problems were the patient/relative did not understand about the referral system, the patients of some certain organizations were not eligible for transferring right ,transferring caused the burden to the patients' families ,consultation with staff were not adequate. The recommendation were: there should be more public relation program for the public to have better understanding of the role and function of the medical center, there should be consultation system among hospitals of Mahidol University. Strategies for development were: the public relation team should provide more understanding about the roles and function of the medical center to the patient and relative. For sustainability of new model, the issue should be brought into the meeting of PCT occasionally and the agreement be informed to the operational officers, the manual should be improved regularly.

## **Discussion**

The study had found that the model of patient referral which the researcher had developed was better than the former one. There were complete components; principle structure and implementation strategies. The new working model was appropriate with the experimental site and technically sound. The researcher had used suitable process of constructing good working model by working step by step: analysis of existing model, improvised new model, experiment new model, corrected periodically and concluded for most appropriate model which could put into real practice using existing available resource. The method used was in accordance with the method use in research and development for sustainable and continuous working improvement (R&D for CSWI) (Somchart Torugsa, 2548: 544-545). An important remark for this development work was the employment of management principle of management by participation (MBP). The researcher had invited all concerned persons

to take part in improving the working model periodically since the beginning until the final model, thus there were not any resistance to change. This was in accord with Batteman and Snell (1999: 325) Hodgetts (1999: 489) Somyos Navykarn (2544: 80) Thongchai Santiwong (2543: 138) and Somchart Torugsa (2548: 287-290) which emphasized the importance of all level of people participation. Thus the developed working model was appropriate and helped increase quality and efficiency of the work.

The performance had been better after using the new model, the evidence were that the patient referral work had increased both quantitatively and qualitatively whilst the time consumed were less. The unit cost also had been reduced due to the resources had been used more properly and more effectively. The work system had been rearranged so that more effectiveness had resulted. Workforce were also rearranged to be in accord with the work. Preparation of work before the operation was done correctly following the standard procedure of referral system. The internal procedure of work had been set up, all involved could follow them more conveniently and faster. The satisfaction of the administrator, servicing personnel, patient/relative had increased because there were continuous improvement of the work, clear guideline to follow, less stress and the patient had more confidence in the quality of the service.

However there were still some problems in improving the working model the servicing personnel must cooperate with each other to improve the work whilst the knowledge and skill of each individual were different due to the lack of model to follow. Another obstacle of implementing the new model was the lack of skill and expertness of the servicing personnel. The lack of referral network was also the constraint of referral system.

Key factors to success of referral system were the participative management. The researcher gave priority to involvement of all concerned persons so that everyone could foresee the development trend together. The procedures handbook helps creating more understanding of the job to be done and increased consistency of the work.

## **Recommendations**

### 1. Recommendation for application of the research result.

#### 1.1 For Golden Jubilee Medical Center

- There should be the study about receiving the patient being referred from other institutions to the Golden Jubilee Medical Center so that there will be knowledge of both forward and backward referral system

- There should be the distribution of this research to be applied in other unit of Golden Jubilee Medical Center.

#### 1.2 For other hospitals.

- The research model may be applied in other hospitals and may be developed further for the sustainable growth of referral system.

- Should give priority to the patient referral system and created network of referral to cover all kinds of health security process both in the government and private sector to be able to respond to the increasing need in the future with AEC as well.

### 2. Recommendation for further research

2.1 For the same topic. The study should be further developed to research and development to continuous sustainable work improvement (R&D for CSWI) with more comprehensive with as many aspects to be appropriate with the research content. The research should be undertaken at least once a year about referral system using the concept of routine to research (R2R2R).

2.2 Research on another topic. The concept principle and methodology of this research may be applied to other research concerning the work in Golden Jubilee Medical Center e.g. general service, nursing, supportive service and resource including general administration with the aim for sustainable growth of Golden Jubilee Medical Center.

## **Conclusion**

The newly developed working model for patient referral system in Golden Jubilee Medical Center which had been developed by using existing available resource

is an efficient model and practical for the center. The implementation is not complicated but convenient. The patients are satisfied and have confidence in the quality of the service, resulting in good image of the organization.

The development process of the model had emphasized upon the participation of all concerned person from the formation stage until the final. The practical handbook had been produced as standard procedure for referring patient. Management principles had been applied in the model, the components of the model were comprehensive, principle, structure and implementation strategies.

The model could be put into practical use with high efficiency, be appropriate and create safety to the patient. The service providers were proud to be part of the important service of the organization and could be example to others. It was one example of development of routine work to research.

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ สิ้นลักษณะทิพย์. (2553). การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หอผู้ป่วยหญิง  
โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พ.ศ.2553. ปรินท์ยูนิฟิเคชันวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). มาตรฐานบริการสาธารณสุข เฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหา  
มงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ชาติชาย มุกสง วรรุญา เพ็ชรคง คณิศร เต็งรัง ปารณัฐ สุขสุทธิ มธุรส ศิริสถิตกุล  
และคณะ. (2550). วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษย-  
วิทยาการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดดา.
- จรวัยพร ศรีศัลักษณ์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ธนวรรณ สารรัมย์ วิรุฬ ลิ้มสวาท กุลธร เทพมงคล  
สมบูรณ์ เทียนทอง และกิตตินันท์ อนรรฆมณี. (2553). สังเคราะห์ปัญญาเพื่อพัฒนา R2R.  
(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- จรัญ จันทลักษณ์. (2551). คัมภีร์การวิจัยและการเผยแพร่สู่นานาชาติ (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพมหานคร: นิติธรรมการพิมพ์.
- จิรพงษ์ อุทัยศิลป์ และคนอื่นๆ. (2547). โครงการวิจัยและพัฒนาระบบการส่งต่อในเขตพื้นที่ชายแดน  
จังหวัดตาก. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จุไรรัตน์ เข้มพลอย. (2550). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย หอ  
ผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ.2549. ปรินท์ยูนิฟิเคชันวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ฉัตรสุมน พดฺธิภิญโญ. (2553). **หลักการวิจัยทางสังคม.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- ชนิดา ทองมณโฑ. (2545). **การบริหารจัดการในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการ.** ปรินญาณิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2550). **ระบบส่งต่อที่เอื้อสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักอาการหนัก.** *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*; 51: 176-189.
- ณัฐปียา วิไลสวัสดิ์. (2550). **การดำเนินงานของพยาบาลผู้รับผิดชอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, จังหวัดสงขลา.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 1: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาองค์กร ชุมชน สังคม.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครราชสีมา: บริษัท โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด (CJM).
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2550). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาองค์กร ชุมชน สังคม.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครราชสีมา: บริษัท โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด (CJM).
- ทวีศักดิ์ รูปสิงห์. (2550). **การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: มิติใหม่ของโรงพยาบาลในยุคปัจจุบัน.** ปรินญาณิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ทองหล่อ เดชไทย. (2549). **หลักการบริหารงานสาธารณสุข.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพานิชย์ จำกัด.
- ทิพวรรณ หนูทอง. (2553). **บริการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิบนเกาะแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่.** ปรินญาณิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2540). **พฤติกรรมองค์กร.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2540). **องค์กรและการจัดการทันสมัยโลกาภิวัตน์.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2543). **หลักการจัดการ.** (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

- นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์, วิชา ชาติบัญชาชัย, สุดาวดี หอมจุก, วัชรา ศรีหาราช และหทัยรัตน์ เทเวลา. (2546). **คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1).** ขอนแก่น: องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JICA).
- นิคม เจริญดี. (2540 ก). **การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฝ่ายบริหารทั่วไปโดยการประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลอัมพวา พ.ศ.2540.** ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรยงค์ ไตจินดา. (2542). **องค์การและการจัดการ.** กรุงเทพมหานคร: อมรการพิมพ์. (ISBN 974-246-400-6).
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2553). **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5).** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8. (2545). **เรื่องมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย. เล่ม 119 ตอนพิเศษ 86ง ราชกิจจานุเบกษา 13 กันยายน 2545.** [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2554. เข้าถึงได้จาก <http://www.mrd.go.th/oldweb/pragard%208%20refer%20hs.doc>
- ประกาศสภาการพยาบาล ฉบับที่ 2. (2540). **เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. เล่ม 121 ตอนพิเศษ 56ง ราชกิจจานุเบกษา 17 พฤษภาคม 2547.** [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2554. เข้าถึงได้จาก [http://www.ccne.or.th/file\\_attach/29Apr200921-AttachFile1240978881.pdf](http://www.ccne.or.th/file_attach/29Apr200921-AttachFile1240978881.pdf)
- ปิยธิดา ศรีเดช สมชาติ ไตรรักษา และพีระ ศรีกรศรีนิจิตร. (2552). **หลักการบริหารจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. (2530). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อักษรเจริญทัศน์
- พรทิพย์ บุญกันทะ. (2547). **การพัฒนางานบริการผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ.2547.** ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การบริหาร โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเพชร ปัญญาปิยะกุล วลัยพร เตียวพิพิธพร และจินตนา เป็ยสวน. (2548). **รูปแบบการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. (2549). **ทฤษฎี วิจัย สถิติ และเทคนิคในการวิเคราะห์. (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.

- ภารดี รัตนเฉษฎา. (2545). การพัฒนางานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า  
จังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545. ปรินูญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระวิง เนตรโพธิ์แก้ว. (2542). องค์การและการบริหาร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทักษิณอักษร.
- วิจารณ์ พานิช และประพนธ์ ผาสุกยี่ด. (2550). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรอัจฉริยะ.  
สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วิจารณ์ พานิช. (2553). การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร:  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิโรจน์ ณ ระนอง. (2548). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545-2546 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). (พิมพ์  
ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
- วีณา จิระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์  
จำกัด.
- ศรันย์ ชูเกียรติ. (2541). เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการ “องค์ความรู้” ในองค์กรเพื่อความสำเร็จ  
ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: ว.จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์.
- ศิริอร ชันธทัศน์. (2539). องค์การและการจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทิพย์-  
วิสุทธ์.
- ศุกกิจ ศิริลักษณ์. (2552). โครงการพัฒนาระบบบริการ. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2554.  
เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/hospitaltumbon/Untitled.html>
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพมหานคร: ส.พิจิตร.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส  
พรินติ้งเฮาส์ จำกัด.
- สมพร ลอยความสุข. (2539). การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล  
บ้านโป่ง พ.ศ.2539. ปรินูญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาติ โตรักษา. (2545). การบริหารจัดการหัวใจของความอยู่รอด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร:  
หจก.พี.เอ็น.การพิมพ์.
- สมชาติ โตรักษา. (2546). กลยุทธ์การบริหารโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
กรุงเทพมหานคร: หจก.พี.เอ็น.การพิมพ์.

- สมชาติ ไตรัถยา. (2548). **หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและหน่วยงาน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.
- สมชาติ ไตรัถยา. (2551). **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.
- สมชาย พรหมมณี. (2541). **การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมยศ นาวิการ. (2538). **การบริหารและพฤติกรรมองค์การ.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ผู้จัดการ.
- สมยศ นาวิการ. (2539). **การบริหารตามสถานการณ์.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมยศ นาวิการ. (2544). **ทฤษฎีองค์การ.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ 1991.
- สรรเสริญ ไช้เลื่อนาม. (2551). **การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 1).** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพานิชย์ จำกัด.
- สุรชาติ ณ หนองคาย. (2540 ก). **หลักการบริหารและพัฒนางานองค์การสาธารณสุข.** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรชาติ ณ หนองคาย. (2550 ก). **การจัดการความรู้ โครงการบริหารจัดการภาครัฐและการพัฒนางานองค์การสาธารณสุข.** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรสม กฤษณะจุฑา และคณะ. (2550). **สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- สุวรรณ อัจจงหาญ. (2551). **การพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.). (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสาธารณสุข ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัทหนังสือวันดี จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2551). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2550. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2552). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน. (2554). ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2553. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ส.พีจิตรการพิมพ์.
- อโณทัย จันแก้ว. (2550). การพัฒนาต้นแบบระบบการส่งต่อด้วยมาตรฐาน HL7. ปริญญาโท วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคนอื่น ๆ. (2546). ปัญหาการข้ามขั้นตอนของผู้ใช้บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภูเขียว อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. นนทบุรี: สถาบันระบบสาธารณสุข.

### ภาษาอังกฤษ

- Disease Control Priorities Project, (2008). **Referral Hospitals Vital Services, not Disease Palaces.** [Online]. Available: [http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_healthcare\\_accreditation](http://en.wikipedia.org/wiki/International_healthcare_accreditation) (Access date: August 22, 2011).
- Hrebiniak and Alutto (1972). **Personal and Role Related Factors in the Development of Organizational Commitment.** Administrative Science Quarterly 17.
- Penchit Ngamnithiporn. (2001). **Ambulance Service Development in Ramathibodi Hospital.** The Degree of Master of Science (Public Health) Programme in Hospital Administration Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

Ruan Tientaworn. (2007). **Referral System for Trauma Patients: A Literature Analysis**. The Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

World Health Organization, (2002). **Hospital Accreditation**. Regional Office for South-East Asia. [Online]. Available: [http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_healthcare\\_accreditation](http://en.wikipedia.org/wiki/International_healthcare_accreditation) (Access date: August 12, 2011)

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

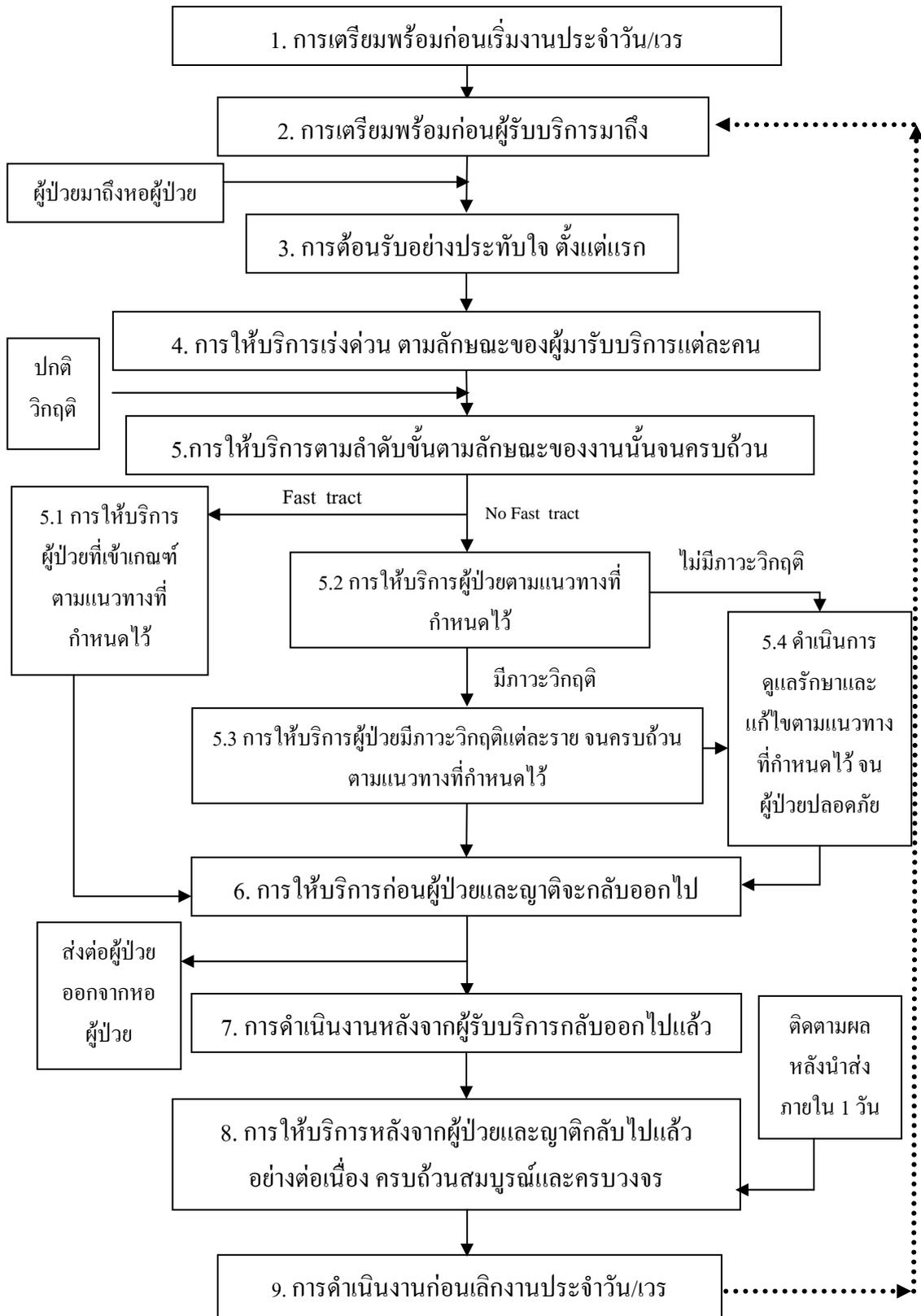
### รูปแบบใหม่งานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง แนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องเคลื่อนย้ายระหว่างสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลผู้นำส่งต้องมีการติดต่อประสานงาน ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นทางการแพทย์ล่วงหน้าต้องมีการเพื่อให้สถานพยาบาลผู้รับไว้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวก ถูกต้อง เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุด ซึ่งในการพัฒนารูปแบบนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ 1) หลักการของรูปแบบ 2) โครงสร้างของรูปแบบ และ 3) วิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ

รูปแบบสุดท้ายของงานบริการงานส่งต่อผู้ป่วย กำหนดผังการไหลเวียนของงาน (Workflow) เป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือ

- ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมเบื้องต้น ทางด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ด้านยานพาหนะ ด้านการติดต่อสื่อสาร มีคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (ภาคผนวก ข) ที่กำหนดข้อบ่งชี้และแนวทางการปฏิบัติงานส่งต่ออย่างชัดเจน
- ระยะที่ 2 การเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย
- ระยะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งโดยรถพยาบาล
- ระยะที่ 4 การส่งมอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทาง
- ระยะที่ 5 การติดตามผลหลังการส่งต่อ 1 วัน

ในแต่ละระยะของการดำเนินการนั้น ได้ผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการหลัก ของแต่ละหน่วยงานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยนำมาจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติงาน ตามกิจกรรม 9 ขั้นตอน ของระบบงานมาตรฐานที่มีแนวทางชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



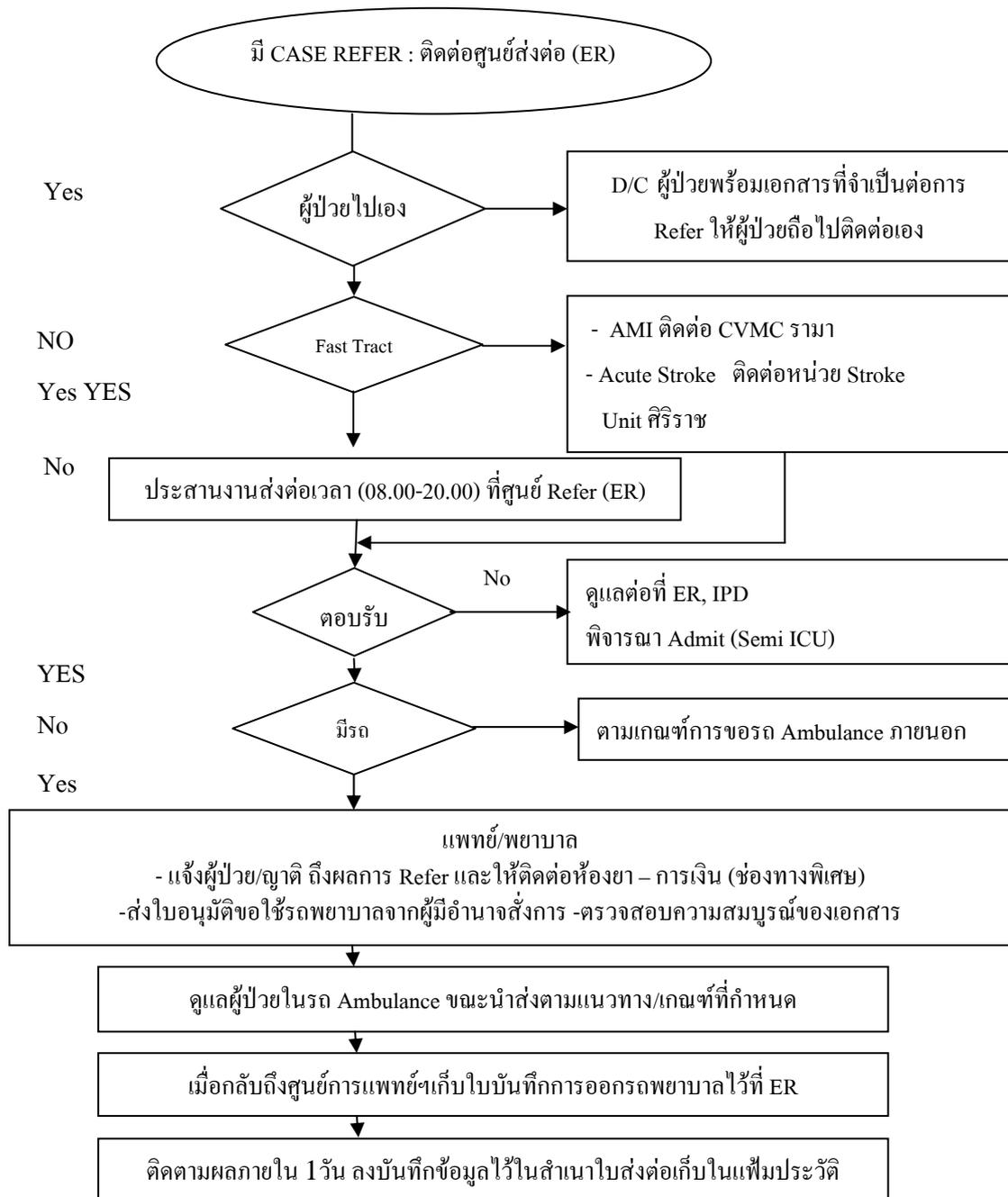
แผนภูมิที่ 1 ฟังการไหลเวียนของมาตรฐานของงานบริการงานส่งต่อผู้ป่วย 9 ขั้นตอน

### ตารางที่ 1 สรุปสุดท้ายขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ลำดับขั้นตอน	การปฏิบัติ
1. การเตรียมพร้อมก่อนให้บริการประจำวัน/เวร	1) ตรวจสอบความพร้อมด้านบุคลากรตามใบมอบหมายงาน 2) ตรวจสอบรายการ จำนวน และความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ 3) ตรวจสอบพื้นที่ เตียง ที่ใช้ให้บริการให้พร้อมและสะดวก และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปราศจาก กลิ่น เสียง และมีบรรยากาศที่ดี
2. การเตรียมความพร้อมก่อนจะเริ่มมีงานส่งต่อผู้ป่วยเกิดขึ้น	1) ศึกษาข้อมูลและอาการของผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากรับแจ้งว่าต้องส่งต่อ 2) เตรียมเครื่องมือที่อาจต้องใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายให้พร้อม/ยานพาหนะในการนำส่งให้เหมาะสม 3) เตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษาให้ครบถ้วน 4) เตรียมเตียงนอน/พื้นที่ในการดูแลก่อนนำส่งให้เหมาะสม
3. การต้อนรับผู้รับบริการอย่างประทับใจตั้งแต่แรกเริ่ม	1) ทักทายด้วยวาจาสุภาพ ยิ้มแย้ม กิริยามารยาท/อภัยสัຍไมตรีที่ดี กระตือรือร้นในการให้บริการ 2) สถานที่ที่ให้บริการสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย 3) แนะนำสถานที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น ห้องน้ำ ห้อง X-Ray การเงิน ห้องยา ฯลฯ 4) จัดให้มีป้ายชื่อระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อการสื่อสารกับทีมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
4. การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการแต่ละคน	1) บริการให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้ถูกต้อง เหมาะสมตามอาการ 2) ซักถามอาการจากผู้ป่วย/ญาติ และประเมินความรุนแรงตามอาการผู้ป่วย 3) ให้การดูแลรักษาเร่งด่วนตามมาตรฐานรายโรคของผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการรักษา 4) ลงบันทึกอาการสำคัญให้ครบถ้วน ถูกต้อง
5. การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้น จนครบถ้วนตามกระบวนการ	1) เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมตามอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย

ลำดับขั้นตอน	การปฏิบัติ
5. การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับชั้น จนครบถ้วนตามกระบวนการ (ต่อ)	2) ตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง หรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติดำเนินการแก้ไข หรือปรับการรักษาได้ทันเวลา ประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อดูผลของการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษา 3) บันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ลงในเวชระเบียนอย่างถูกต้อง ทันเวลา เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการ
6. การให้บริการก่อน ผู้รับบริการจะกลับออกไป จากบริการของเรา	1) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของสิ่งต่าง ๆ ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย 2) ประเมินการรับรู้ข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย/ญาติ เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วนในการดูแลรักษา
7. การดำเนินการหลังจาก ผู้รับบริการกลับไปแล้ว	1) จัดเก็บวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ให้เข้าที่ สะอาด เรียบร้อย 2) ลงบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนให้สมบูรณ์ครบถ้วน 3) ประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ หลังจากการให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละราย 4) นำบทเรียนที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงการบริการอย่างเป็นระบบ 5) พัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสม
8. การให้บริการหลังจาก ผู้รับบริการกลับออกไป จากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และครบวงจร	1) ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและสรุปข้อมูล ในเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องสมบูรณ์ ครบถ้วน 2) ติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยภายใน 1 วันทำการ เพื่อวิเคราะห์ ปัญหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา 3) มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 4) บันทึกการติดตามงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการทำงาน อย่างเป็นระบบ 5) นำบทเรียนที่ได้รับจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ลำดับขั้นตอน	การปฏิบัติ
9. การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน	1) สรุปรายงานสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละราย 2) ตรวจสอบความเรียบร้อยของสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยครั้งต่อไป 3) สรุปผลการดำเนินงานประจำวัน เพื่อส่งต่อในวัน/เวร ถัดไป 4) นำบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานครั้งนี้เข้าสู่คณะกรรมการ PCT ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบใหม่งานการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

## การปรับปรุงรูปแบบใหม่ของงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

### 1. การจัดทำคู่มือการส่งต่อของหน่วยงาน (Work manual)

**รูปแบบเดิม** ไม่มีคู่มือการส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (รายละเอียดในภาคผนวก ก) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำมาศึกษา และสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานได้จริง อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้หลักมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเกณฑ์หลัก และยึดหลักกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของกรมบัญชีกลาง หลักประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิผู้ป่วย แล้วนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

### 2. ใบส่งตัวสรุปประวัติการรักษา

**รูปแบบเดิม** ใบส่งตัวสรุปประวัติการรักษามีการใช้ใบบันทึกข้อความเล็กใช้เขียนส่งตัวร่วมด้วยกรณีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อสามารถไปเองได้ ไม่มีการกำกับดูแลที่ดี ทุกหน่วยสามารถออกใบส่งตัวได้เลย ทำให้การบันทึกข้อมูลสถิติต่าง ๆ ไม่ครบถ้วนไม่มีระบบ

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** ยกเลิกการใช้ใบบันทึกข้อความในการสรุปประวัติการรักษาให้ผู้ป่วย มีการปรับปรุงใบส่งตัวสรุปประวัติการรักษา ครั้งที่ 1 โดยมีหมายเลขการส่งต่อผู้ป่วยกำกับ โดยทุกหน่วยจัดทำทะเบียนคุมเอง แต่ยังคงมีความยุ่งยากในการออกหมายเลขการส่งต่อ จึงมีการปรับปรุงครั้งที่ 2 โดยได้รับความร่วมมือจากงานสารสนเทศในการนำข้อมูลผ่านทางระบบสารสนเทศของศูนย์การแพทย์ในระบบ SSB ทำให้เกิดความสะดวกมากยิ่งขึ้นทุกหน่วยงานไม่ต้องจัดทำทะเบียนคุม เพราะหมายเลขการส่งต่อจะถูกควบคุมโดยระบบ SSB ทั้งองค์การ สามารถเรียกข้อมูลสถิติมาใช้ได้สะดวก รวดเร็ว ในทุกมิติ อีกทั้งยังลดการเตรียมเอกสารแบบ Hard Copy ด้วย เพราะ สามารถ Print แบบฟอร์ม ผ่านทางระบบ SSB ได้ทันทีที่มีการลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว

### 3. ใบอนุมัติขอใช้รถพยาบาลจากผู้มีอำนาจสั่งการ

**รูปแบบเดิม** จะต้องให้ผู้อำนวยความสะดวก/รองผู้อำนวยความสะดวก/ผู้ช่วยผู้อำนวยความสะดวก เป็นผู้อนุมัติการขอใช้รถพยาบาล ทำให้เกิดความยุ่งยาก ไม่สะดวกกับผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่ง ทำให้เกิดคำร้องเรียนจากผู้ปฏิบัติงานในขั้นตอนดังกล่าว

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** ผู้บริหารมีมติให้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติใหม่โดยให้แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้น ๆ เป็นผู้อนุมัติการขอใช้ได้เลย ในกรณีที่แพทย์ไม่สะดวกมีข้อติดขัดที่ไม่สามารถเซ็นต่ออนุมัติได้ สามารถให้หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบโดยตรงเป็นผู้อนุมัติได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานมากที่สุด

#### 4. การจัดทำ CPG รายโรคในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ

**รูปแบบเดิม** ไม่มี CPG รายโรคในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ แพทย์จะใช้มาตรฐานสากลเป็นเกณฑ์ ซึ่งบางครั้งอาจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** มีการจัดทำ CPG รายโรคในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และใช้เป็นเกณฑ์กลางของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 กรณี Fast tract ได้แก่ Acute Myocardial Infarction (AMI) และ Acute Stroke ครั้งที่ 2 เพิ่มเติม กรณี Sepsis, Pneumonia

#### 5. การดูแลต่อที่ หน่วยตรวจกรณีส่งต่อไม่สำเร็จ

**รูปแบบเดิม** หน่วยตรวจแต่ละหน่วยต้องดูแลผู้ป่วยและประสานงานส่งต่อเอง

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** เมื่อหน่วยตรวจแต่ละหน่วย (OPD) มีงานการส่งต่อเกิดขึ้นให้ติดต่อประสานงานส่งผู้ป่วยมาที่ ER เป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยและประสานงานส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น ๆ

#### 6. การตรวจสอบความพร้อม อุปกรณ์ในรถ Ambulance

**รูปแบบเดิม** เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำรถ Ambulance เป็นผู้รับผิดชอบตรวจสอบเตรียมความพร้อมในรถ Ambulance

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำรถ Ambulance เป็นผู้รับผิดชอบตรวจสอบเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ในรถ Ambulance ได้แก่ Ventilator, Defibrillator, Infusion pump, เครื่อง Suction รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น สายออกซิเจน ยา เป็นต้น เจ้าหน้าที่เวรเปล ดูแลด้านรถเข็นผู้ป่วยในรถ Ambulance, Spinal board และพนักงานขับรถดูแลความเรียบร้อยด้านเครื่องยนต์ของรถ Ambulance ระบบไฟฟ้า ถังออกซิเจน และระบบ pine line ทั้งนี้มีไบบันทึกการตรวจสอบความพร้อมของรถ Ambulance ให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 3 ส่วน ร่วมกันตรวจสอบทุกวัน

#### 7. เมื่อทีมกลับถึงศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกให้ส่งไบบันทึกการส่งต่อรวบรวมไว้ที่ ER/ติดตามผลภายใน 1 วัน

**รูปแบบเดิม** เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำรถ Ambulance เป็นผู้รับผิดชอบไบบันทึกการส่งต่อเก็บรวบรวมไว้ที่ ER และมีการติดตามผลการส่งต่อภายใน 1 วัน แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้เกิดข้อบกพร่องในการติดตามผล และผลการติดตามจะถูกบันทึกไว้ที่ ER เพียงทีเดียว

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** พยาบาลประจำหน่วย ER ที่ได้รับมอบหมายเป็น Incharge ประจำวัน/เวร เป็นผู้รับผิดชอบติดตามผลการส่งต่อภายใน 1 วัน ทำการ และให้บันทึกการติดตามผลการส่งต่อลงในใบส่งตัวสรุปประวัติการรักษา ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อต้องใช้ประกอบการรักษาในครั้งต่อไปและเป็นการตรวจสอบคุณภาพในการวินิจฉัยดูแลรักษาด้วย

### 8. เกณฑ์การขอรถ Ambulance ภายนอก

**รูปแบบเดิม** มีรถ Ambulance และพนักงานขับรถปฏิบัติงานเป็นประจำทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ และตั้งแต่เวลา 19.00-08.00 น. ไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่เวรเปลอยู่ปฏิบัติ ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ รถ Ambulance ให้พยาบาล Incharge หอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบพิจารณาขอรถ Ambulance จากภายนอก หรือพิจารณาจัดเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยใน ไปกับรถของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเอง

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** ให้ใช้รถ Ambulance ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกเป็นหลักซึ่งมีพนักงานขับรถปฏิบัติงานเป็นประจำอยู่แล้ว โดยจัดเวร On Call ของผู้ช่วยพยาบาลและเวรเปลเพื่อรับผิดชอบกรณีที่ต้องใช้รถ Ambulance นอกเวลาราชการ วันหยุดเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เป็นประจำทุกวัน สามารถติดต่อได้โดยการโทรศัพท์ติดตามผู้รับผิดชอบหลักตามลำดับ กรณีไม่สามารถตามผู้รับผิดชอบคนที่ 1 ได้ในติดตามผู้รับผิดชอบคนที่ 2, 3 ต่อไปตามคำสั่ง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าโดยมีวิธีบริหารจัดการที่ดี

### 9. การดูแลผู้ป่วยในรถ Ambulance ขณะนำส่งมีแนวทาง/เกณฑ์ที่ชัดเจน

**รูปแบบเดิม** จัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำรถ Ambulance ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 คน พนักงานขับรถ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งจนถึงโรงพยาบาลปลายทางและกลับถึงศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

**รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น** จัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำรถ Ambulance ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 คน พนักงานขับรถ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งจนถึงโรงพยาบาลปลายทางและกลับถึงศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วย AMI กรณีใส่ท่อช่วยหายใจขณะนำส่ง สัญญาณชีพไม่คงที่ ฯลฯ จะต้องมีแพทย์ไปกับรถ Ambulance เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย ในกรณีที่มีการให้ยาสำคัญขณะนำส่ง ต้องมีพยาบาลไปกับรถ Ambulance เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย และในกรณีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แยกลงขณะนำส่งให้นำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลที่ใกล้และสะดวกที่สุดก่อน ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

## สรุปความแตกต่างของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

### ระหว่างรูปแบบแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

เพื่อให้เห็นความแตกต่างในการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากหลักการของรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ อันประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ 2) โครงสร้างของรูปแบบ 3) การนำรูปแบบไปดำเนินการ ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปดังนี้

1. **หลักการของรูปแบบ** มีการใช้หลักการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ระหว่างรูปแบบเดิมที่ไม่ได้รวบรวมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน กับรูปแบบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนหลักการที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมอย่างครบถ้วน และรวบรวมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเขียนเป็นคู่มือ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม แสดงให้เห็นความแตกต่าง ดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 2** แสดงความแตกต่างตามหลักการของรูปแบบ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	สรุป
<b>หลักการบริหารทั่วไป</b>			
1. หลักการบริหารตามสถานการณ์	มี	มี	ไม่แตกต่าง
2. หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม	มี (ไม่ชัด)	มี	ไม่แตกต่าง
3. Principles of Management	ไม่มี	มี	แตกต่าง
4. หลักการบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์	ไม่มี	มี	แตกต่าง
<b>หลักการด้านบริหารโรงพยาบาลและสาธารณสุข</b>			
5. หลักการบริหารโรงพยาบาล	ไม่มี	มี	แตกต่าง
6. หลักการบริหารงานสาธารณสุข	ไม่มี	มี	แตกต่าง
7. หลักการบริหารและการพัฒนาองค์กร	ไม่มี	มี	แตกต่าง
<b>หลักการด้านวิชาการอื่น ๆ</b>			
8. หลักการคัดกรองจำแนกผู้ป่วย	มี	มี	ไม่แตกต่าง
9. หลักการในการติดต่อสื่อสาร	ไม่มี	มี	แตกต่าง
10. หลักการและข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย	ไม่มี	มี	แตกต่าง

**ตารางที่ 2** แสดงความแตกต่างตามหลักการของรูปแบบ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	สรุป
<b>มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง</b>			
11. มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	มี	มี	ไม่แตกต่าง
12. มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2545)	มี	มี	ไม่แตกต่าง
13. มาตรฐานบริการผู้ป่วยตามหลักวิชาชีพ	มี	มี	ไม่แตกต่าง
<b>หลักการด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ</b>			
14. นโยบาย (Policy)	มี(ไม่ชัด)	มี	แตกต่าง
15. ระเบียบวิธีปฏิบัติงาน (Procedures)	ไม่มี	มี	แตกต่าง
16. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย	มี	มี	8 คน
17. สิทธิผู้ป่วย	มี	มี	8 คน

2. **โครงสร้างของรูปแบบ** หมายถึง ทรัพยากรด้านต่าง ๆ ที่ใช้ในรูปแบบการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย สามารถนำทรัพยากรเท่าที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินการงานส่งต่อผู้ป่วย แสดงให้เห็นความแตกต่างดังนี้

**ตารางที่ 3** แสดงความแตกต่างตามโครงสร้างของรูปแบบ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	สรุป
<b>โครงสร้างด้านคน</b>			
1. แพทย์	11	13	แตกต่าง
2. พยาบาลวิชาชีพ	17	14	แตกต่าง
3. ผู้ช่วยพยาบาล	22	21	แตกต่าง
4. ชูรการ	5	5	ไม่แตกต่าง
5. พนักงานเวรเปล	10	10	ไม่แตกต่าง
6. พนักงานขับรถ	7	7	ไม่แตกต่าง
<b>โครงสร้างด้านเงิน</b>			
1. งบประมาณรัฐบาล/มหาวิทยาลัยมหิดล	เท่าเดิม	เท่าเดิม	ไม่แตกต่าง
2. เงินบริจาคอื่น ๆ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างตามโครงสร้างของรูปแบบ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	สรุป
<b>โครงสร้างด้านของ</b>			
1. อาคารสถานที่	คงเดิม	คงเดิม	ไม่แตกต่าง
2. วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์	เท่าเดิม	เท่าเดิม	ไม่แตกต่าง
3. รถพยาบาล	1 คัน	1 คัน	ไม่แตกต่าง
4. แบบฟอร์มเอกสาร	manual	Manual/ IT	แตกต่าง
<b>โครงสร้างด้านระบบงาน</b>			
● ระบบงานบริการ	ไม่มี	มี	แตกต่าง
● ระบบสนับสนุนบริการ	ไม่มี	มี	แตกต่าง
● ระบบงานพัฒนางานบริการ	ไม่มี	มี	แตกต่าง
● ระบบงานบริหารจัดการ	ไม่มี	มี	แตกต่าง

ในการศึกษาวิจัยนี้ มุ่งเน้นที่ระบบงานบริการเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นระบบงานที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยตรง ในรูปแบบการทำงานเดิมนั้น ไม่มีหลักการดำเนินงานที่ชัดเจน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ใช้วิธีการดำเนินการตามภาระงานประจำแล้วแต่สถานการณ์แลประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจึงได้จัดกระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ผู้วิจัยขอสรุปความแตกต่างระหว่างรูปแบบเดิมของการดำเนินงานกับรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงความแตกต่างตาม กระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>1. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร</b>		
การตรวจสอบ จำนวนคน ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน	มีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม มีการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับทุกตำแหน่งงานตาม วัน เวลาทำการปกติ	มีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม มีการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับทุกตำแหน่งงานทั้งใน-นอกวัน เวลาปกติ รวมถึงการวางระบบงานเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตไม่ปกติ

**ตารางที่ 4** แสดงความแตกต่างตาม กระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การตรวจสอบสิ่งของก่อนเริ่มปฏิบัติงาน	มีแบบบันทึกตรวจสอบความพร้อมของยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ เอกสารต่าง ๆ และดูแลความพร้อมด้านสถานที่ และยานพาหนะ	มีแบบบันทึกตรวจสอบความพร้อมของยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ เอกสารต่าง ๆ และดูแลความพร้อมด้านสถานที่ และยานพาหนะ
<b>2. การเตรียมความพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง</b>		
การตรวจสอบ จำนวน คน และสิ่งของ	มีการตรวจสอบ คน สิ่งของ ก่อนผู้รับบริการมาถึง	มีการตรวจสอบ คน สิ่งของ ก่อนผู้รับบริการมาถึง
<b>3. การต้อนรับผู้มารับบริการอย่างประทับใจ</b>		
ด้านสถานที่	โอ้โถง สะอาดตา เป็นระเบียบ มีป้ายบอกจุดบริการต่าง ๆ	โอ้โถง สะอาดตา เป็นระเบียบ มีป้ายบอกจุดบริการต่าง ๆ
ด้านพฤติกรรมการให้บริการ	ให้บริการที่ดี สุภาพอ่อนโยน ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ	ให้บริการที่ดี สุภาพอ่อนโยน ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น
<b>4. การให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่มารับบริการ</b>		
การจำแนกผู้ป่วยจากการประเมินสภาพผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ	มีแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ	มีการปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรงของอาการรายโรคที่ถูกต้อง ครอบคลุมอย่างครบถ้วนเหมาะสมกับบริบทของศูนย์การแพทย์มากยิ่งขึ้น
การดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของอาการก่อนการส่งต่อ	มี Work Flow ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจนปฏิบัติเข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้	มี Work Flow ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อตามรายโรคระบบ Fast track ที่สำคัญได้แก่ Acute Stroke, AMI ให้ชัดเจนผู้ปฏิบัติเข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้

**ตารางที่ 4** แสดงความแตกต่างตาม กระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>5. การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้น ตามลักษณะของงาน และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจนครบถ้วน ตามกระบวนการ</b>		
ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาแต่ละราย	มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาไม่มีการจำแนกเป็นรายโรค	มีแนวทาง วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาที่ชัดเจนอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาแต่ละราย มี CPG รายโรค ได้แก่ Acute Stroke, AMI, Sepsis, Pneumonia
การติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทาง	ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการติดต่อประสานงาน ทำให้เสียเวลาในการติดต่อต้องอาศัยทักษะความสามารถเฉพาะตัวของ แพทย์ พยาบาลในการช่วยเหลือประสานงาน	มีการแก้ปัญหาในเชิงนโยบายจากผู้บริหารในการการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลศิริราช ราชวิถี ซึ่งสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลเหมือนกันรองรับกรณีผู้ป่วยวิกฤติ AMI, Acute Stroke และสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลใกล้เคียง เป็นพันธมิตรในการทำงาน เช่น ร.พ.นครปฐม ร.พ.ธนบุรี 2 ฯลฯ
คู่มือที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วย	ไม่มีคู่มือที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มีเฉพาะ Work Instruction	มีการจัด Procedure และจัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อความชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้ศึกษาและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วย อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยงานทั่วทั้งศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

**ตารางที่ 4** แสดงความแตกต่างตาม กระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>6. การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยก่อนส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น</b>		
การประเมินผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	มีการประเมินผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่	มีการประเมินผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่
การจัดเตรียมเอกสาร ข้อมูล สิ่งของ ยา เวชภัณฑ์ ที่ต้องนำส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	มีการจัดเตรียมเอกสาร ข้อมูล สิ่งของ ยา เวชภัณฑ์ ที่ต้องนำส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	มีแบบตรวจสอบ การเตรียมเอกสาร ข้อมูล สิ่งของ ยา เวชภัณฑ์ ที่ต้องนำส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความครบถ้วนในการส่งต่อ มีการใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยในการพัฒนาไบบันทึกลงการส่งต่อทางระบบ SSB สามารถ Print ข้อมูลผ่านทางระบบ SSB ได้
การบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน	มีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน	มีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน มีการลงบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียดในระหว่างให้การดูแลที่หน่วยงาน จนกระทั่งนำส่งอย่างต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล
กระบวนการขอใช้รถพยาบาล	มีความยุ่งยากเนื่องจากต้องขออนุมัติการขอใช้รถพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนตามที่ได้รับมอบหมายตามประกาศหลักเกณฑ์การขอใช้รถพยาบาล	สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากปรับเปลี่ยนการขออนุมัติการขอใช้รถพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์การแพทย์โดยให้แพทย์ผู้ส่ง Refer เป็นผู้เซ็นต์อนุมัติ หรือให้หัวหน้าหน่วยงานนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบขออนุมัติการขอใช้รถก็ได้

**ตารางที่ 4** แสดงความแตกต่างตาม กระบวนการทำงานให้เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนตามมาตรฐานของระบบงานบริการ 9 ขั้นตอน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังนี้ (ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>7. การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปแล้ว</b>		
การมอบหมายหน้าที่ในการเก็บของ ทำความสะอาด เพื่อให้พร้อมใช้ต่อไป	มีการมอบหมายหน้าที่ในการเก็บของ ทำความสะอาด เพื่อให้พร้อมใช้ต่อไป	มีการมอบหมายหน้าที่ในการเก็บของ ทำความสะอาด เพื่อให้พร้อมใช้ต่อไป
<b>8. การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปแล้ว อย่างต่อเนื่อง</b>		
มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	โดยคณะกรรมการเวชระเบียน	โดยหัวหน้าเวร หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบให้สมบูรณ์ก่อนส่งคืนเวชระเบียน
การติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์	มีการติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ภายใน 1 วันทำการ	มีการติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ภายใน 1 วันทำการ ลงบันทึกไว้ในแบบฟอร์มการส่งต่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อความสะดวกในการติดตามข้อมูลผลการดำเนินงานมาวางแผนพัฒนาการบริการต่อไป
<b>9. การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน</b>		
การบันทึกเหตุการณ์สำคัญในแต่ละเวร/วัน	มีการบันทึกเหตุการณ์สำคัญในแต่ละเวร/วัน และนำเข้าทบทวนในทีมที่เกี่ยวข้องต่อไปตามแต่สภาวะการณ์	มีการบันทึกเหตุการณ์สำคัญในแต่ละเวร/วัน และนำเข้าทบทวนในทีม PCT ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือนอย่างต่อเนื่อง

3. การนำรูปแบบไปดำเนินการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ที่ช่วยให้การนำรูปแบบไปดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>1. การเตรียมการ</b>		
คู่มือการปฏิบัติงาน	ไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	มีคู่มือการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
เอกสารแบบฟอร์มการส่งต่อ	แบบฟอร์มการส่งต่อเป็นระบบ manual เพียงอย่างเดียว	แบบฟอร์มการส่งต่อสามารถใช้ทั้งระบบ manual และเชื่อมโยงทางระบบสารสนเทศของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีการระบุหมายเลขการส่งต่อเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเก็บข้อมูลสามารถตรวจสอบได้จากระบบสารสนเทศที่ใช้อยู่แล้ว
แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมรถพยาบาลกับทีมผู้ให้บริการทุกส่วน	แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมรถพยาบาล มีใช้ปฏิบัติเฉพาะหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	มีการบันทึกตรวจสอบ เตรียมความพร้อมใช้ของรถพยาบาลร่วมกันกับทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวรเปล และพนักงานขับรถ
ข้อบ่งชี้และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย	ไม่มีข้อบ่งชี้และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน	มีข้อบ่งชี้และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีการนำเสนอเข้าทีม PCT ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาในเชิงนโยบายเพื่อติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ใกล้เคียงเป็นระบบเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

**ตารางที่ 5 แสดงวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)**

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<b>2. การดำเนินการ</b>		
การประชุม	ไม่มีเวทีการประชุมชี้แจง สรุปผล การส่งต่ออย่างเป็นทางการสม่ำเสมอ	มีการประชุมชี้แจง วิเคราะห์ สภาวะการณ์เพื่อสรุปสาเหตุและ ปัญหาสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านทางคณะกรรมการทีมPCT ที่เกี่ยวข้อง
การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงพัฒนากระบวนการ ทำงาน ที่ชัดเจน ต้องอาศัยโอกาส หรือสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลในการ นำเสนอ	มีแนวทางสำหรับให้ผู้ปฏิบัติได้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผู้บริหารให้ความสำคัญและยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงานทุกระดับ ทำให้ไม่เกิดปัญหาในการ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง มีการ พัฒนางานเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง
<b>3. การประเมินผลและการพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะขณะดำเนินการ</b>		
การปรับเปลี่ยนพัฒนากระบวนการทำงาน	ล่าช้า ไม่แน่นอน เพราะต้องรอโอกาส และจังหวะที่เหมาะสมจึงจะนำเสนอ ขอปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน	รวดเร็ว และชัดเจนกว่ารูปแบบเดิม เพราะการกำหนดเวที และเวลาที่ชัดเจนเป็นประจำทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการสามารถ ประสานงาน ชี้แจงกับทุกหน่วยงาน ในปรับปรุงไปพร้อม ๆ กันเป็น ระยะ ๆ ทัวทั้งศูนย์การแพทย์ กาญจนภิเษก

**ตารางที่ 5 แสดงวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)**

หัวข้อเรื่อง	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การประเมินติดตามผลการดำเนินงาน	มีผู้รับผิดชอบในการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ภายใน 1 วัน เก็บไว้ที่หน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก	มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ในการติดตามประเมินผล การส่งต่อภายใน 1 วัน และอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อประเมินเรื่องประสิทธิภาพการส่งต่อและการรักษาต่อเนื่อง สรุปข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการทุกเดือน
<b>4. การก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน</b>		
การสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อพัฒนางาน	ผู้บริหารระดับต้น เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานได้สะดวก ง่าย	ผู้บริหารแต่ละระดับมีโอกาสรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานเองได้สะดวก ครบถ้วน ในทุกประเด็นอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
การเขียนรายงานอุบัติการณ์	ผู้ปฏิบัติงานไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ เพราะไม่เข้าใจ และกลัวความผิด	ผู้ปฏิบัติงานเขียนรายงานอุบัติการณ์มากขึ้นเพราะเข้าใจจุดมุ่งหมายของการเขียนรายงานมากยิ่งขึ้น
การสนับสนุนการทำงานวิจัยจากงานประจำ	หน่วยงานให้การสนับสนุนการทำงานวิจัยจากงานประจำ แต่ผู้ปฏิบัติยังไม่เห็นความสำคัญและไม่มีแนวทางในการคิดทำงานวิจัยจากงานประจำอย่างชัดเจน	หน่วยงานกำหนดให้มีการทำวิจัยจากงานประจำปีละอย่างน้อย 1 เรื่อง เพื่อเป็นการพัฒนางานอย่างง่าย ต่อเนื่อง และยั่งยืน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อองค์กร และผู้ปวย

## ภาคผนวก ข

### คู่มือการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย (Work Manual-Referral)

#### บทนำ

การส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทยเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยกระทรวงกลาโหมจัดระบบส่งต่อทหารกลับเข้ามารับการรักษาในเมืองหลวง พบจากหลักฐานบันทึกคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ทะเบียนและสถิติการแพทย์กองทัพบก เมื่อปี 2507 ส่วนโครงสร้างระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการครั้งแรก เมื่อ พ.ศ.2506 จนมีแบบฟอร์มรับ-ส่งผู้ป่วยที่ใช้มาจนถึงปัจจุบัน และมีการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีการประสานงานที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์ และเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ตามลำดับ

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8, 2545 ได้นิยามความหมายของ “การส่งต่อผู้ป่วย” เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลที่หนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกที่หนึ่งเพื่อประโยชน์ในด้านการคุ้มครองผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและมีความปลอดภัยสูงสุดเน้นการให้บริการตามลำดับขั้นความสำคัญที่มีความเชื่อมโยงทั้งแนวไปและกลับ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพ รวมถึงผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการ

จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยระดับประเทศ ปี พ.ศ.2549-2551พบว่าร้อยละของผู้ได้รับการส่งต่อในทุกระดับเพิ่มขึ้นทุกปีดังนี้ 4.98, 5.06, 5.15 โดยสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งจะมีระดับขีดความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่สมดุลในคุณภาพการบริการส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความซับซ้อนสูงยากต่อการรักษา ควรได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการพัฒนาระบบส่งต่อ (Referral system) จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อให้มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องครอบคลุมทุกทาง เช่น ด้านขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อนและเข้มงวดต้องใช้เวลาในการดำเนินงานนาน เป็นอุปสรรคสำคัญทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้าอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการสถานพยาบาลได้ตามความต้องการของตนเองอีกทั้งยังมีการประกาศรับรอง

สิทธิผู้ป่วย ของแพทยสภาและสภาสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขตามสิทธิที่สำคัญ 4 ข้อ ได้แก่ 1) สิทธิที่จะรู้ข้อมูลเพียงพอต่อการประกอบการตัดสินใจ 2) สิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการรับบริการ 3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยหรือคุณภาพจากการบริการ 4) สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายจากการบริการ สิทธิต่าง ๆ ดังกล่าวกระทบต่อการให้บริการงานส่งต่อเป็นอย่างยิ่ง

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อตั้งขึ้นในปี 2545 และเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2549 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) รองรับบริการผู้ป่วย 400 เตียง ปัจจุบันเปิดรองรับบริการผู้ป่วยได้จริง 38 เตียง บทบาทสำคัญอย่างหนึ่งเพื่อให้การบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยเกิดความชัดเจน สามารถ Triage, Stabilize, Refer ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน หรือต้องส่งต่อเมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วยหรือญาติโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2550) จำเป็นต้องสร้างมาตรฐานการส่งต่อ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้ระบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

## แนวคิด

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ได้จัดทำเอกสาร “คู่มือการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย” ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ให้บริการมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติ โดยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกสามารถบริหารจัดการงานส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ความไม่พร้อมในด้านอุปกรณ์การดูแลรักษา การขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งอาจเกิดผลกระทบก่อให้เกิดสูญเสียแก่ผู้ป่วยและญาติในระยะยาวได้

การจัดทำคู่มือถือได้ว่าเป็นการบริหารจัดการความรู้ (Knowledge Management) ภายในหน่วยงานที่ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ให้เป็นความรู้ในเชิงประจักษ์ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยภายในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยโดยระบุขั้นตอนวิธี/กระบวนการปฏิบัติงานส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้

สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ได้โดยไม่ขัดกับระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล/รักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระเบียบสามารถสืบค้น นำมาใช้ในการทบทวนกิจกรรมเพื่อพัฒนาปรับปรุงงานส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

3. เพื่อให้เกิดการประสานงานการส่งต่อที่ดีระหว่างสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

4. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนในบุคลากรในหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างศักยภาพที่ดีในการปฏิบัติงานของบุคลากร

#### **ขอบเขต**

ครอบคลุมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกกับโรงพยาบาลปลายทางอื่น ๆ ที่รับย้ายผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง

#### **คำจำกัดความ/นิยามศัพท์**

โรงพยาบาลปลายทาง หมายถึง สถานพยาบาลที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ได้มีการติดต่อประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อ (Refer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลวินิจฉัยว่า จำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ซึ่งเกินขอบเขตที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จะให้การดูแลรักษาได้ หรือ ผู้ป่วย/ญาติ มีความประสงค์จะขอย้ายโรงพยาบาล

การรับย้าย (Refer in) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประสานงานจากผู้เกี่ยวข้อง มีความประสงค์จะขอเข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยในของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (Admit) โดยได้รับการตอบรับจากแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

#### **ความรับผิดชอบ/อำนาจหน้าที่**

แพทย์ GP: ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วยโดยประสานงานกับแพทย์ผู้ชำนาญกว่า (Staff) ทำการตรวจรักษา การให้ความเห็น การตัดสินใจและการให้คำปรึกษาการส่งต่อผู้ป่วย สรุบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการส่งต่อยัง โรงพยาบาลปลายทาง

พยาบาล: ประสานงานกับศูนย์รับย้ายให้การตรวจรักษาเบื้องต้นตามแพทย์สั่งก่อนการส่งต่อ และประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งเตรียมข้อมูลสรุปการส่งต่อผู้ป่วยให้ครบถ้วน เพื่อส่งต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**ผู้ช่วยพยาบาล:** ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตาม คำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของพยาบาล

**หน่วยเวรเปล:** ดูแลรับผิดชอบอุปกรณ์รถเข็นนอนที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้มีความพร้อมใช้งาน และให้บริการเข็นผู้ป่วยให้ถึงจุดหมายอย่างปลอดภัย

**งานวิศวกรรมบริการและนิติเวช:** หน่วยงานพาหนะดูแลงานบริการรถพยาบาลศูนย์ การแพทย์กาญจนาภิเษก และตรวจสอบความพร้อมใช้งานของรถและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

**พนักงานขับรถ:** ดูแลรับผิดชอบรถพยาบาลที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้มีความ พร้อมใช้งาน และให้บริการนำส่งผู้ป่วยให้ถึงจุดหมายอย่างปลอดภัย

### ระเบียบปฏิบัติ/ขั้นตอน/แผนผัง (Flowchart) การส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น (Refer Out)

#### สาเหตุของการ Refer Out

1. แพทย์ดูแลรักษาต่อไม่ได้ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง
2. สักยภาพของโรงพยาบาลไม่เพียงพอ (ไม่มี ICU)
3. จำนวนเตียงของหอผู้ป่วยในที่จะรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ (เต็มเนื่องจากขาดแคลน บุคลากร)
4. ต้องส่งผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
5. ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

#### ความรุนแรงของอาการที่ต้องส่งต่อ (Triage)

**Triage 1** ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Emergency) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือ มีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือด หรือ ระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือ ทำให้การบาดเจ็บ หรือ อาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

**Triage 2** ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือ มีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือ เจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บ หรือ อาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือ พิการในระยะต่อมาได้

Triage 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Non-Urgency) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือ มีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือ เดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลา อันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับ หรือเลือกสรร การบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น หรือภาวะแทรกซ้อน ตามมา

### การติดต่อสื่อสาร

- ประสานงานทางโทรศัพท์ ส่งข้อมูลของผู้ป่วยทาง Fax
- ประสานงานผ่านไปยังศูนย์ Refer โรงพยาบาลปลายทาง

### ปัจจัยสำคัญของระบบการส่งต่อ

ที่ควรคำนึงถึงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่

1. มุ่งเน้นด้านคุณภาพที่ดีของการส่งต่อผู้ป่วย
2. มีขั้นตอนการส่งต่อที่ดี สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย สะดวก
3. มีการประสานงานส่งต่อที่ดีก่อนนำส่งผู้ป่วย
4. เตรียมการให้พร้อมที่จะให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วยอยู่เสมอ
5. ติดตามผลหลังการส่งต่อทุกครั้งเพื่อนำมาใช้ประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาระบบ

### ขั้นตอนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

A: การเตรียมความพร้อมเบื้องต้นก่อนให้บริการประจำวัน/เวรก่อนเริ่มงานส่งต่อผู้ป่วย

#### 1. ด้านเจ้าหน้าที่

- 1.1 จัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอปฏิบัติงาน
- 1.2 กำหนดภาระงานอย่างชัดเจน เหมาะสม
- 1.3 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความชำนาญ มีทักษะที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

2. ด้านอุปกรณ์/เวชภัณฑ์

2.1 จัดเตรียมอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา

3. ด้านสถานที่/เอกสาร

3.1 จัดเตรียมสถานที่ให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ พร้อมในการปฏิบัติงาน

3.2 จัดเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอพร้อมใช้งาน

เช่น Progress note, ER Survey, ใบ lab-X-Ray ฯลฯ

4. ด้านยานพาหนะ

4.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ และความพร้อมของรถพยาบาลให้พร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยได้ ตลอดเวลา

5. ด้านการสื่อสาร

จัดหาอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ สามารถสื่อสารได้ตลอดเวลา

B: การเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย วินิจฉัยโรค สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม โดยแพทย์ชี้แจงเหตุการณ์ส่งต่อแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติก่อนการส่งต่อให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจส่งตัวไปรับการรักษาต่อ

2. กรณีผู้ป่วยวิกฤต (triage1) แพทย์ต้องประเมินสภาพของผู้ป่วย ถ้าอาการยังไม่คงที่ให้ทำการดูแลรักษาให้พ้นภาวะวิกฤตและมั่นใจว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ เช่น ผู้ป่วยหอบเหนื่อย ถ้าจำเป็นควรใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการส่งต่อ หรือใส่ chest drain เป็นต้น

3. แพทย์ลงบันทึกอาการ การรักษาผู้ป่วย คำสั่งการส่งต่อ ใน ER-Survey ,Progress note, Doctor Order, Refer ให้ชัดเจน ถูกต้องครบถ้วน พร้อมผลการตรวจวิเคราะห์อื่น ๆ เช่น ผล X-ray, EKG, Lab ฯลฯ

4. พยาบาลหน่วยตรวจ (ER, IPD, OPD) ตรวจสอบสิทธิการรักษาและติดต่อประสานงานไป

ยังศูนย์รับย้าย (Refer Center) หรือห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลปลายทางตามสิทธิ (กรณีสิทธิกรมบัญชีกลางเลือกติดต่อโรงพยาบาลภาครัฐที่มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นอันดับแรก หรือตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก)

5. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางที่จะส่งต่อผู้ป่วย ทางโทรศัพท์ โดยส่ง Fax ไป Refer ผล Investigate ต่าง ๆ พร้อมลงบันทึกข้อมูลการประสานงานให้ละเอียดครบถ้วน จนกระทั่งมีการตอบรับและพร้อมส่งผู้ป่วย

5.1 กรณีเป็น Case วิกฤติ Acute Myocardial Infraction (AMI) โดยพิจารณาสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกอบการตัดสินใจประสานงานไปยังสถานพยาบาลปลายทางที่รับย้ายด้วยระบบ Fast track ทุกครั้ง โดยโทรศัพท์ส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และ Fax เอกสารที่เกี่ยวข้องตามไปด้วย ได้แก่ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ไป Refer ผล Lab ฯลฯ ติดต่อประสานงานไปยัง CVMC โรงพยาบาลรามธิบดี ศูนย์ Refer โรงพยาบาลศิริราช

5.2 กรณีเป็น Case วิกฤติ Acute Stroke โดยพิจารณาสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกอบการตัดสินใจประสานงานไปยังสถานพยาบาลปลายทางที่รับย้ายด้วยระบบ Fast track ทุกครั้ง โดยโทรศัพท์ส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และ Fax เอกสารที่เกี่ยวข้องตามไปด้วย ติดต่อประสานงานไปยัง Stoke unit โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์ Refer โรงพยาบาลรามธิบดี

5.3 อื่น ๆ ยึดตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลักในการติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลปลายทาง เช่น ต้นสังกัดทหารเรือ ติดต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ต้นสังกัด กทม. ติดต่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สิทธิประกันสังคมที่ไหนให้ติดต่อประสานงานไปยังที่นั้น ๆ ก่อน สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท) ที่ไหนให้ติดต่อประสานงานไปยังที่นั้น ๆ ก่อน ยกเว้นสิทธิผู้ป่วยอยู่ในที่ซึ่งห่างไกลจากศูนย์การแพทย์ฯหรือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งแพทย์ของศูนย์การแพทย์สามารถให้การดูแลรักษาได้ สามารถให้ผู้ป่วย Admit ได้ ทั้งนี้ต้องผ่านการประสานงานจากศูนย์สิทธิฯให้เรียบร้อยก่อนทุกครั้ง สิทธินักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าควร Admit ให้พิจารณาสิทธิแรกของผู้ป่วยก่อน เช่น เบิกต้นสังกัดของบิดามารดา สิทธิ 30 บาทที่ไหน แล้วจึงประสานงานตามเขตที่นักศึกษาสังกัด โรงพยาบาลศิริราช หรือ รามธิบดี

6. แพทย์/พยาบาล ผู้รับผิดชอบการส่งต่อ ชี้แจงผู้ป่วย/ญาติ ถึงผลการประสานงานส่งต่อ และให้ญาตินำใบรายงานค่าใช้จ่าย Case ฉุกเฉิน ติดต่อประสานงานห้องยา ในช่องทางด่วน หมายเลข 11 และการเงินในช่องทางด่วน หมายเลข 15 เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วย

7. ดูแลให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของปัญหา ก่อนส่งต่อผู้ป่วย โดยทีมเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

8. ตรวจสอบรถพยาบาล เตรียมอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งานในระหว่างการนำส่ง

**C: การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง**

1. ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการใช้รถพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (F-GJ-042 Rev 5. พฤษภาคม 2555) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงานไปยังรถพยาบาล
2. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และสังเกตอาการผู้ป่วยทุก 15, 30, 60 นาที ตามสภาพผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการใช้รถพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (F-GJ-042 Rev 5. พฤษภาคม 2555) จนเสร็จสิ้นกระบวนการส่งต่อ
3. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วย เช่น การให้ O<sub>2</sub> การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การดูแลหลังใส่ E-T tube ฯลฯ หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤต ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทางโทรศัพท์ หรือนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดโดยด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
4. ส่งมอบข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างการนำส่งให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทาง ให้ครบถ้วน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามประเมินผลการส่งต่อ

**ระเบียบปฏิบัติ/ขั้นตอน/แผนผัง (Flowchart) การรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น (Refer In)**

1. เมื่อมีการติดต่อขอย้ายผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (Refer In) ถ้าญาติเป็นผู้มาติดต่อให้นำประวัติเดิมของผู้ป่วยมาติดต่อที่หน่วยคัดกรอง ส่งพบแพทย์ Staff Med ที่ OPD 1 เวลา 08.00-12.00 น. และพบ GP เวลา 13.00-16.00 น. ถ้าแพทย์ตกลงรับตัวผู้ป่วยเข้ารับรักษาในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก บุคลากรพยาบาลของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (W-ER-002)
2. กรณีเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลต้นทางเป็นผู้ติดต่อประสานงานขอย้ายผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่ศูนย์การแพทย์ฯ ในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. ให้ติดต่อผ่านพยาบาล ER ของศูนย์การแพทย์ฯ เพื่อสอบถามอาการและสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ก่อนรับ Fax เอกสารที่เกี่ยวข้องในการรับย้ายจากโรงพยาบาลต้นทาง
3. พยาบาล ER ส่งเอกสารการส่งต่อทั้งหมดให้แพทย์เวร ER พิจารณา Consult แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจรับย้าย เมื่อแพทย์ตอบรับการขอ Refer แล้ว พยาบาล ER ประสานงานไปยังญาติ/โรงพยาบาลต้นทาง เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงขั้นตอน ก่อนรับ Refer และประสานงาน IPD เพื่อติดต่อของจองเตียง

4. เมื่อผู้ป่วยมาถึง ER ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (W-ER-002)

#### ระเบียบปฏิบัติ/ขั้นตอน/แผนผัง (Flowchart) การขอใช้รถพยาบาล

1. เมื่อได้รับการติดต่อประสานงานรับย้าย จากโรงพยาบาลปลายทางแล้ว พยาบาล ER/IPD/OPD เขียนแบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล (F-GJ-042 Rev.5 พฤษภาคม 2555) ตามแนวทางการปฏิบัติเรื่องการขอใช้รถพยาบาลศูนย์การแพทย์ (P-GJ-009) โดยจัดบุคลากรดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งตามเกณฑ์กำหนดของทีม PCT (ตามเอกสารภาคผนวก)

2. แพทย์/พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์และรถพยาบาลตรวจสอบความพร้อมของเอกสารการส่งต่อ บันทึกการส่งต่อลงในแบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล (F-GJ-042 Rev.5 พฤษภาคม 2555) และส่งเอกสารดังกล่าวเก็บรวบรวมที่ ER เมื่อเสร็จสิ้นการส่งต่อ

3. กรณีไม่สามารถใช้รถพยาบาลของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกได้ให้ติดต่อประสานงานขอใช้รถพยาบาลจากองค์กรภายนอกตามประกาศของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เรื่องการจัดลำดับการใช้รถพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

4. กรณีใช้รถพยาบาลจากองค์กรภายนอกให้ส่งมอบเอกสารส่งต่อทั้งหมด ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลขององค์กรนั้น ๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่ง และพยาบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสรุปการส่งตัวผู้ป่วยในแบบบันทึกการทบทวนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

#### ขั้นตอนการบันทึกเบิกเงินค่ารถพยาบาลตามสิทธิกรมบัญชีกลาง

##### กรณีใช้รถพยาบาลของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

1. เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยแล้วประเมินว่าควร ส่งต่อผู้ป่วยตามเกณฑ์มติที่ประชุม PCT และเข้าเกณฑ์การเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิกรมบัญชีกลางกำหนด ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สิทธิหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ขณะนั้นเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิ โดยเข้าระบบกรมบัญชีกลางที่ <http://cs1.chi.or.th/ambtrcs> โดยใช้รหัสโรงพยาบาลของศูนย์การแพทย์ฯ คือ 22952 และเข้ารหัสผู้ใช้งาน คือ 22952AMBTR รหัสผ่าน คือ 992GL0

2. เมื่อใส่หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลักตามโปรแกรมแล้ว ไม่ปรากฏสิทธิ จะไม่สามารถดำเนินบันทึกเบิกเงินค่ารถพยาบาลได้ ถ้าปรากฏสิทธิกรมบัญชีกลางให้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปโดยพยาบาลเป็นผู้กรอกข้อมูลใน โปรแกรม ซึ่งเมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โปรแกรมจะคำนวณค่ารถพยาบาลอัตโนมัติทั้งส่วนที่สามารถเบิกได้และส่วนที่ผู้ป่วยต้องชำระส่วนเกิน

3. พยาบาลพิมพ์เอกสาร 2 ชุด ส่งการเงิน 1 ชุด เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษา และให้พยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลนำไปพร้อมกับรถพยาบาล 1 ชุด เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทางเซนต์รับผู้ป่วยเป็นหลักฐาน เมื่อกลับมาถึงศูนย์การแพทย์ฯจะส่งเอกสารให้กับการเงินเก็บไว้เป็นหลักฐานต่อไป

4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยงาน Key ข้อมูลการใช้รถพยาบาลในระบบ SSB โดยใช้ตามประกาศค่ารถพยาบาลตามที่ศูนย์การแพทย์กำหนดตามหลักเกณฑ์เดิม

5. การเงินจะนำเอกสารข้อมูลของกรมบัญชีกลางที่ได้รับจากพยาบาล มาร่วมกับข้อมูลของ SSB เพื่อนำมาใช้ในการเรียกเก็บเงินค่ารถพยาบาลของผู้ป่วย โดยเรียกเก็บเงินเฉพาะส่วนเกินจากที่กรมบัญชีกลางกำหนดตามที่ปรากฏในข้อ 2 ออกใบเสร็จรับเงินตามขั้นตอนปกติ

#### **กรณีใช้รถพยาบาลภายนอกที่ไม่ใช่ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

1. เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยแล้วประเมินว่าควร refer ตามเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด แต่ไม่สามารถใช้รถพยาบาลของศูนย์การแพทย์ฯ ได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ก็ตาม พยาบาลจะประสานงานกับรถพยาบาลภายนอก เพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

2. ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สิทธิ์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ขณะนั้นเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิ์กรมบัญชีกลาง โดยเข้าระบบกรมบัญชีกลางที่ <http://cs1.chi.or.th/ambtrcs> โดยใช้รหัสโรงพยาบาลของศูนย์การแพทย์ฯ คือ 22952 และเข้ารหัสผู้ใช้งาน คือ 22952AMBTR รหัสผ่าน คือ 992GL0

3. เมื่อใส่หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลักตามโปรแกรมแล้ว ปรากฏสิทธิ์สามารถดำเนินบันทึกเบิกเงินค่ารถพยาบาลได้ ตามขั้นตอนเหมือนกรณีใช้รถพยาบาลของศูนย์การแพทย์ฯ ถ้าปรากฏสิทธิ์กรมบัญชีกลางให้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปโดยพยาบาลเป็นผู้กรอกข้อมูลในโปรแกรม โปรแกรม ใส่หมายเลขทะเบียนรถของโรงพยาบาลที่เรียกใช้ ซึ่งเมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โปรแกรมจะคำนวณค่ารถพยาบาลอัตโนมัติทั้งส่วนที่สามารถเบิกได้และส่วนที่ผู้ป่วยต้องชำระส่วนเกิน

4. พยาบาลพิมพ์เอกสาร 2 ชุด ส่งการเงิน 1 ชุด เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษา และให้พยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลนำไปพร้อมกับรถพยาบาล 1 ชุด เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทางเซนต์รับผู้ป่วยเป็นหลักฐาน เมื่อกลับมาถึงศูนย์การแพทย์ฯจะส่งเอกสารให้กับการเงินเก็บไว้เป็นหลักฐานต่อไป

5. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยงาน Key ข้อมูลการใช้รถพยาบาลในระบบ SSB โดยใช้ตามประกาศค่ารถพยาบาลตามที่ศูนย์การแพทย์กำหนดตามหลักเกณฑ์เดิม ทั้งนี้เพื่อให้การเงินสามารถใช้เป็นข้อมูลในการออกเอกสารสำคัญการเรียกเก็บเงินได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง

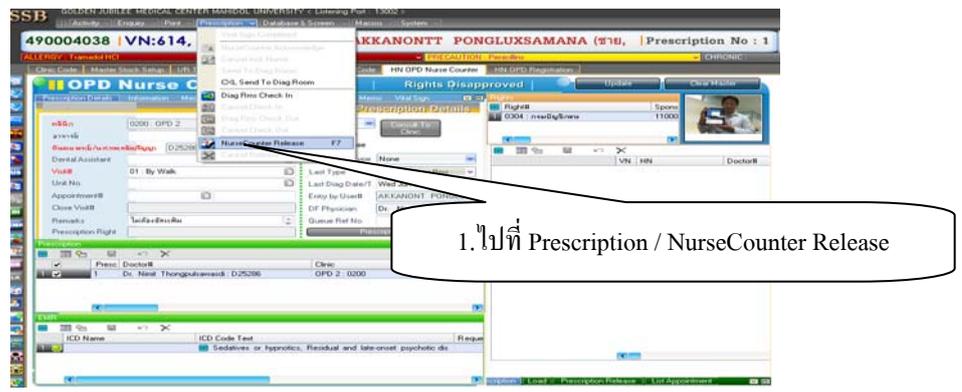
6. การใช้รถพยาบาลทั้งภายใน/ภายนอกศูนย์การแพทย์ กรณีที่ไม่มีชื่อสถานพยาบาลปลายทางตามที่ระบุในโปรแกรมกรมบัญชีกลางกำหนด ไม่สามารถเบิกค่ารถพยาบาลได้

7. อัตราการคิดเงินที่สามารถเบิกได้ตามสิทธิกรมบัญชีกลาง โดยทางโปรแกรมของกรมบัญชีกลางจะดำเนินการคำนวณให้อัตโนมัติ (ตัวอย่างตามเอกสารแนบ) ซึ่งคำนวณได้จากระยะทาง บันที่ตกลงในเอกสารตามโปรแกรมของกรมบัญชีกลาง โดยคิดระยะทางปัดขึ้นให้สามารถหารด้วย 5 ลงตัว ตามที่กรมบัญชีกลางระบุ เช่น ระยะ 12.5 กม ให้คิดเป็น 15 กม ระยะทาง 17 กม ให้คิดเป็น 20 กม โดยจำนวนเงินที่สามารถเบิกได้จากกรมบัญชีกลาง คือ 500 บาท + {ระยะที่ได้ ..... กม x 2 (ระยะทางไป-กลับ) x 4(กิโลเมตรละ 4 บาท)}

8. การเงินจะให้ผู้ป่วยชำระเงินให้กับสถานพยาบาลที่ไ้รถ ตามเกณฑ์ที่สถานพยาบาลนั้นกำหนดโดยการเงินจะออกเอกสารค้ำชำระให้กับผู้ป่วยตามที่ปรากฏข้างต้น เมื่อการเงินเรียกเก็บค่ารถพยาบาลได้จากกรมบัญชีกลางแล้ว จะติดตามผู้ป่วย/ญาติเพื่อมารับเงินที่ทดลองจ่ายคืน

**ขั้นตอนการออกหมายเลข refer ผู้ป่วย โดยใช้ระบบ SSB**

การออกหมายเลข refer ผู้ป่วย จะใช้ระบบ SSB ในการออกหมายเลขโดยเปิดหน้าจอเข้าสู่โปรแกรม SSB ไปที่ Nurse counter ใ้ VN และ Ack Nurseจะปรากฏหน้าจอตัวอย่างข้างล่างดังนี้



2. ช่อง Close Visit ให้เลือก 006 หรือ 007 ตามการเดินทาง

3. ช่อง Refer To Hospital ใส่ รพ.ที่ส่งต่อ

4.ช่อง Refer To Code ใส่สาเหตุที่ส่งต่อ แล้วกด OK โดยไม่ต้องใส่ Refer To Ref.No. และ Dead Date Time

ก็จะ ได้เลขRefer เวลาตัวเลขRefer ดูที่ แถบInformation

### การจัดเตรียมรถพยาบาล (Ambulance)

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข รถพยาบาล(Ambulance) หมายถึง ยานพาหนะ หมายความว่า ยานพาหนะของสถานพยาบาลหรือที่สถานพยาบาลว่าจ้างหรือ จัดหามาเพื่อใช้ในการ ขนส่งผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการขนส่งโดยทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ

### วัตถุประสงค์การดูแลอุปกรณ์ในรถ Ambulance

1. เพื่อให้การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
3. เพื่อให้การปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายวิสัยทัศน์ภารกิจและเป้าหมายขององค์กร
4. เพื่อให้ผู้บริหารติดตามงานได้ทุกขั้นตอน
5. เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงานนิเทศงานให้กับบุคลากรใหม่ได้

### ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

แพทย์: ผู้อนุมัติการขอใช้รถและการตรวจรักษา

พยาบาล: ให้การพยาบาล/ประสานงานติดต่อส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง และ  
ร่วม ทีมนำส่งผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์ที่ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกกำหนด

ผู้ช่วยพยาบาล: ให้การพยาบาลจัดเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายและ  
นำส่งผู้ป่วยไปกักรถพยาบาล

ธุรการ : ดำเนินงานด้านเอกสารผู้ป่วย

พนักงานเวรเปล: จัดเตรียมรถเข็นเปลให้พร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

พนักงานขับรถ: สังกัดงานวิศวกรรมบริการ ฯ หน่วยงานพาหนะตรวจสอบดูแลความ  
เรียบร้อยของรถพยาบาล ได้แก่ ทำความสะอาดรถพยาบาล บำรุงรักษาเครื่องยนต์ สมรรถนะของรถ  
น้ำมันเชื้อเพลิงและแท็งก์ออกซิเจนตามเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดให้พร้อมใช้งาน

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

A: การเตรียมรถให้พร้อมปฏิบัติงาน

1. ทำสมมุติตรวจสอบความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์บนรถพยาบาล
2. จัดทำมาตรฐานของกระเป๋าเวชภัณฑ์ สารน้ำ ยา เพื่อพร้อมใช้
3. จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานใน-นอกเวลา ดูแล  
รับผิดชอบตรวจสอบรถรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน ตามใบมอบหมายงาน
4. มีการตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ วันหมดอายุ บนรถทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง (วัน  
จันทร์) หรือทุกครั้งหลังมีการใช้งาน จัดเตรียมเวชภัณฑ์ สารน้ำ ยา ที่ไม่สามารถไว้ในรถได้ โดยมีการ  
จัดเตรียมใส่กระเป๋าไว้
5. จัดให้มีถังขยะติดเชื้อ/กล่องใส่เข็มสำหรับใส่ของมีคม/Vial ยาบนรถพยาบาล

B: ข้อปฏิบัติเมื่อออกรถพยาบาล

1. ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยที่ ER ทุกครั้ง เมื่อรถขึ้นมาจอดรอรับผู้ป่วย พยาบาล  
ER หรือพยาบาลที่ไปกักรถพยาบาล ต้องตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมของรถ และเวชภัณฑ์ ยาที่  
ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในระหว่างการส่งต่อ
2. เตรียมเอกสารของผู้ป่วยให้พร้อม เช่น ใบสรุปการรักษาพยาบาลและส่งต่อ  
ผู้ป่วยฉบับจริง (ใบ Copy เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย) ผล Lab, Film X-ray, แบบฟอร์มการขอ  
ใช้รถพยาบาล

3. ขณะนำส่งผู้ป่วยมีการลงบันทึก V/S (สัญญาณชีพ) ในแบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างนำส่ง หากมีเปลี่ยนแปลงจะได้รายงานอาการ หรือช่วยเหลือได้ทันเวลา

4. กรณีผู้ป่วยสิทธิกรมบัญชีกลาง สามารถเบิกค่ารถพยาบาลได้ เมื่อนำผู้ป่วยส่งถึงสถานพยาบาลปลายทางแล้ว ให้พยาบาลสถานพยาบาลดังกล่าว เซนต์ชื่อรับย้ายผู้ป่วยลงในเอกสารการขอใช้รถพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางการเงินประกอบการทำเบิกให้ผู้ป่วย

5. เมื่อกลับถึงศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้ลงบันทึกในแบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาลให้สมบูรณ์ แล้วนำส่งหัวหน้าเวรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นสถิติการใช้รถพยาบาล

6. เมื่อไปส่งต่อผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ตรวจสอบอุปกรณ์ /เวชภัณฑ์ทางการแพทย์หลังการใช้งานให้พร้อมใช้งานสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป และให้แม่บ้านทำความสะอาดภายในรถหลังการใช้งานทุกครั้ง

### แบบฟอร์มที่ใช้

1. ใบสรุปการรักษาพยาบาล/ส่งตัวผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
2. แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
3. ใบนำส่ง Fax
4. แบบขอยืมฟิล์มขอ X-Ray
5. แบบบันทึกการทบทวนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย (Refer Out)
6. แบบฟอร์มการ key เบิกค่ารถพยาบาลผู้ป่วยสิทธิกรมบัญชีกลาง

### สารบัญญัตารถพยาบาล

1. รถพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมี 1 คันสังกัดงานวิศวกรรมบริการและนิติเวชหน่วยยานพาหนะ หมายเลขทะเบียน ชพ 6795 กรุงเทพมหานคร

2. รูปแสดงภายในรถพยาบาล

- เพลนอนประจำรถพยาบาล 1 เตียง พร้อมผ้าห่ม 1 ผืน หมอน 1 ใบ (อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของหน่วยงานเวรเปล-เปลี่ยนผ้าปู, ปลอกหมอน, ผ้าห่มทุกครั้งหลังการส่งผู้ป่วย)

- ถัง O<sub>2</sub> ขนาด 0.5 ลิตร (ถังสแตนเลส 1 ถัง) ถังเขียว 1 ถัง ถังติดมากับตัวรถ  
ขนาด 6 ลิตร 2 ถัง (อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของหน่วยยานพาหนะ งานวิศวกรรมบริการและ  
นิติเวช)

- เครื่องดูดเสมหะ 1 เครื่อง ติดกับตัวรถพยาบาล
- ถังดับเพลิง จำนวน 1 ถัง
- หม้อนอน จำนวน 1 อัน/Urinal จำนวน 1 อัน
- เปลสนาม 1 ตัว Spinal Board 1 อัน



3. ชุดเวชภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ 1 ตู้ มีอุปกรณ์ในตู้ดังนี้

- สาย Suction No.12, 14, 16, 18 อย่างละ 2 อัน  
- O<sub>2</sub> flow meter/กระบอก O<sub>2</sub> Nebulizer สาย O<sub>2</sub> Canular, Mask c Bag (เด็ก,  
ผู้ใหญ่)

- Set พ่นยา สาย O<sub>2</sub> พ่นยา จำนวน 1 ชุด (เด็ก, ผู้ใหญ่)
- ถุงมือ Sterile จำนวน 1 กล่อง ถุงมือ Disposable จำนวน 1 กล่อง
- Sterile Water จำนวน 1 ขวด
- NSS Irrigation จำนวน 1 ขวด
- กระบอก Nebulizer จำนวน 1 ชุด
- Mask จำนวน 1 กล่อง
- Thermometer จำนวน 1 อัน
- Stethoscope อย่างละ 1 อัน เด็ก, ผู้ใหญ่
- Sphygmomanometer ติดมากับตัวรถ จำนวน 1 เครื่อง
- Sphygmomanometer แบบตั้งโต๊ะ จำนวน 1 เครื่อง
- ไฟฉายพร้อมถ่านไฟฉาย จำนวน 1 กระบอก
- IV Fluid ได้แก่ 0.9%NSS 1,000 ml 2 ขวด, 5%DN/2 1,000 ml.1 ขวด



4. ชุดช่วยหายใจ

อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ (Laryngoscope) Ambubag จำนวน 1 ชุด



5. อุปกรณ์กระดุกและก้านเนื้อ

อุปกรณ์ที่ออกฤทธิ์ช่วยผู้ป่วยอุปกรณ์ประคองลำคอชนิดอ่อน/แข็ง (Head Immobilization)

1 ชุด Soft & Hard Collar @ 1 อัน



รูปแสดงกระเป๋าพยาบาลฉุกเฉินในรถพยาบาล



6. กระเป๋าฉุกเฉิน มีเวชภัณฑ์ และยา ดังนี้

เวชภัณฑ์ทางการแพทย์	ยา
1. ชุดทำแผล จำนวน 5 set	1. Adrenaline จำนวน 5 amps
2. Set IV Microdrip, Macro drip @2 set	2. Sodium Bicarbonate จำนวน 1 amps
3. Medicut No 18, 20, 22, 24@2 Set	3. Atropine จำนวน 2 amps
4. Tourniquet จำนวน 1 เส้น	4. CPM จำนวน 2 amps
5. Roll Gauze จำนวน 2 ม้วน	5. Dexa 4 mg จำนวน 2 amps
6. T-Way จำนวน 2 อัน	6. Lasix 20 mg จำนวน 2 amps
7. Extension tube จำนวน 2 อัน	7. Valium 10 mg จำนวน 2 amps
8. ตะไบตัด Amp ยาจำนวน 1 อัน	8. Lanoxin จำนวน 2 amps
9. เข็มเบอร์ 20, 24, 25 อย่างละ 3 อัน	9. Hydrocortisone จำนวน 2 amps
10. Syring Disposable ขนาด 3, 5, 10, 50cc.@ 2 อัน	10. 50% Glucose 50cc จำนวน 2 amps
11. พลาสเตอร์ 1 อัน	11. NaHCO 3 50cc จำนวน 2 amps
12. Oral Airway No. 1-4 @ 1 อัน	12. Berodual Forte จำนวน 2 amps
13. Guide wire	13. Ventolin NB จำนวน 2 amps

เวชภัณฑ์ทางการแพทย์	ยา
14. Cord tape	14. Sterile Water
15. ET Tube 5.5/6/6.5/7/7.5/8 @ 1 อัน	15. ASA gr I, V อย่างละ 5 tabs
16. สำลี Sterile 1pack, 70% Alcohol 30 cc. 1 ขวด	16. Isordril 5 mg, 10 mg อย่างละ 5 tabs
17. Confrom 3" 4" 6" @ 2 ม้วน	
18. EB 2" 3" 4" 6" @ 2 ม้วน	
19. Micropore/Transpore @ 1 ม้วน	
20. เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) 1 ชุด	

### 7. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator)

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator)

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการตรวจเช็คความพร้อมและการเตรียมใช้งานเครื่อง Defibrillator ให้มีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. เพื่อเป็นเอกสารให้บุคลากรทั้งใหม่-เก่าที่มาปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกได้ใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา เรียนรู้

#### ความรับผิดชอบ

แพทย์: เป็นผู้ใช้งานและควบคุมสั่งทำการใช้งานเครื่อง Defibrillator เพื่อตรวจรักษาผู้ป่วย

พยาบาล: เป็นผู้รับคำสั่งการรักษา และช่วยแพทย์ในการดูแลการใช้งานให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

ผู้ปฏิบัติการพยาบาล: เป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ และ/หรือ พยาบาลในการใช้งานเครื่อง Defibrillator

ผู้ปฏิบัติงานบริหาร: เป็นผู้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดหาเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการใช้งานเครื่อง Defibrillator

## ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flowchart)

### 1. การตรวจเช็คความพร้อมประจำวัน

#### Basic check

#### 1. บิดปุ่มหมุนมาที่ “Setup” เครื่องจะเริ่มทำการเช็คระบบอัตโนมัติ ดังรูป



1.1 Discharge check เครื่องจะ Charge พลังงานขึ้นไปจนถึง 270 J แล้วให้ผู้ตรวจเช็คกดปุ่ม Discharge พลังงานที่ Paddle ทั้ง 2 ข้างพร้อมกันพลังงานจะลดลงเป็น 0J และปรากฏเครื่องหมาย ในช่องสี่ เหลี่ยมที่หน้าจอดังรูป



1.2 Battery check ตรวจสอบว่ามีเครื่องหมาย ✓ แสดงว่าแบตเตอรี่ยังใช้งานได้ดี

1.3 Recorder check จะปรากฏข้อความ “Did the recorder print?” บนหน้าจอ ถ้าตรวจเช็คดูแล้วปรากฏว่ามีการพิมพ์ข้อมูลออกทางกระดาษอยู่จริงให้กด YES แต่ถ้าไม่มีการพิมพ์ออกทางกระดาษให้กด NO

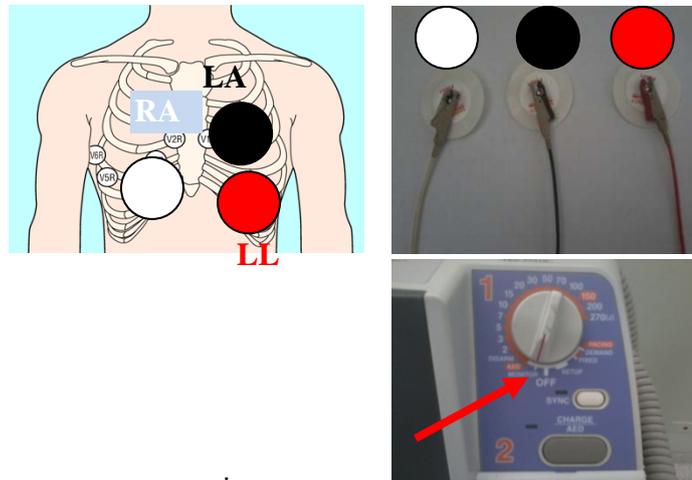
1.4 Alarm check ปรากฏข้อความ “Did the alarm sound ?” บนหน้าจอ ถ้ามีเสียงสัญญาณดังให้กด YES ถ้าไม่มีเสียงสัญญาณดังให้กด NO

เมื่อมีการตรวจเช็คทุกระบบแล้วจะปรากฏข้อความ “Basic check OK” บนหน้าจอและเครื่องจะทำการพิมพ์ข้อมูลการเช็คระบบออกทางกระดาษให้อัตโนมัติ



### การเตรียมช่วยแพทย์ทำ Defibrillator

1. เมื่อมี case CPR สิ่งที่ได้รับผิดชอบเครื่อง Defibrillation ต้องทำเป็นอันดับแรกคือ การติด lead EKG กับคนไข้ตามตำแหน่งดังรูป



2. บิดปุ่มหมุนไปที่ตำแหน่ง Monitor ดังรูป

3. แพทย์จะทำการวิเคราะห์ EKG ถ้าจำเป็นต้อง Shock แพทย์ทำการเลือกพลังงาน โดยบิดปุ่มหมุนไปที่พลังงานที่ต้องการหลังจากนั้นจะหยิบ Paddle ขึ้นมา 2 อันสิ่งที่ผู้รับผิดชอบเครื่อง Defibrillator ต้องทำคือการเติม เจลหล่อลื่นลงไปที่ Paddle

4. การ Charge พลังงานสามารถทำได้ 2 วิธี โดยแพทย์สามารถ Charge พลังงานที่ปุ่มเพื่อปล่อยพลังงาน ที่ Paddle ได้เลยหรืออีกวิธีหนึ่งคือกดไปที่ปุ่มบริเวณตัวเครื่อง

5. แพทย์จะทำการ Discharge พลังงานไปที่ตัวคนไข้โดยวาง Paddle ทั้ง 2 ข้างไปที่ตัวคนไข้ตามตำแหน่งที่กำหนด

### เกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างการนำส่ง

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี GCS < 10 จะต้อง incubated tube ก่อนการนำส่ง
2. ผู้ป่วย Head Injury ที่มี GCS < 10 ที่ได้รับการใส่ E-T tube ก่อนการนำส่งแม้จะหายใจได้เองก็ควร Hyperventilation ทุกสายเพื่อช่วยลดภาวะ increase intracranial pressure
3. ผู้ป่วย Multiple injury ทุกสายควรมี CXR และควรใส่ ICD ก่อนการนำส่ง ถ้าสงสัยว่ามี pneumothorax
4. ผู้ป่วยที่มี Hemodynamic instability จะต้องได้รับ IV fluid resuscitation ที่เพียงพอด้วย intravenous canulation ขนาดใหญ่ No.18 ในตำแหน่งที่ไม่ leak
5. ผู้ป่วยที่มีบาดแผลจะต้องได้ first aid management อย่างดีโดยเฉพาะ บาดแผลที่มีเลือดออก ควรทำให้เลือดหยุดก่อนการนำส่ง

6. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ใส่ E-T tube ใส่ External pacemaker ควรมีพยาบาล / แพทย์ ร่วมทีมระหว่างนำส่งเพื่อเฝ้าติดตามอาการและสามารถให้การดูแลรักษาได้ทันที
7. ผู้ป่วยที่มี Blunt injury เหนือ clavicle ควรใส่ hard collar ก่อนการนำส่ง
8. ผู้ป่วยที่สงสัย C Spine injury มีอาการไม่รู้สีกตัว paraplegia, quadriplegia ไม่สามารถทำ voluntary neck flexion ได้ ปวดต้นคอมาก ให้ทำการยึดตามกระดูกต้นคอโดยการใส่ hard collar หรือยึดหมอนทรายรองคอทั้ง 2 ด้าน แล้วยึดศีรษะติดกับเตียง และควรเฝ้าระวังปัญหาเรื่องการหายใจหรือภาวะ Shock

#### เกณฑ์มาตรฐานการประเมินคุณภาพหลังการนำส่ง

สามารถประเมินได้จากใบสรุปการรักษาพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วย/แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก/แบบบันทึกการทบทวนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย (Refer Out) เพื่อทวนสอบข้อมูลในการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้การดูแลขณะนำส่ง และการปฏิบัติตามขั้นตอนหลังเสร็จจากงานส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงแรกหลังการส่งต่อ โดยลงบันทึกข้อมูลผลการติดตามผู้ป่วยลงในใบส่งต่อ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อควรนำข้อมูล สถิติต่างๆมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**  
**การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

**1. แบบบันทึกข้อมูลจำนวน 2 ชุด**

- 1) แบบบันทึกข้อมูลด้านบุคลากรของหน่วยงาน
- 2) แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

**2. แบบบันทึกกิจกรรม จำนวน 3 ชุด**

- 1) แบบบันทึกกิจกรรมความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน
- 2) แบบตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
- 3) แบบบันทึกกิจกรรมของงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

**3. แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 3 ชุด**

- 1) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย
- 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานส่งต่อผู้ป่วย





**แบบบันทึกกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน**

**สำหรับการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

ก่อนดำเนินการ /  หลังดำเนินการ หน่วยงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

เวร  เช้า  OT  Day  Night

รายการที่ตรวจสอบ	การขึ้นปฏิบัติงาน		ไม่ขึ้น (ระบุเหตุผล)	หมายเหตุ	สรุปความพร้อม
	ขึ้น	ไม่ขึ้น			
<b>1. ด้านบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงาน</b>					
1.1 แพทย์เวรเช้า					
●					
●					
1.2 แพทย์เวร OT					
●					
●					
1.3 แพทย์เวร Day					
●					
●					
1.4 แพทย์เวร Night					
●					
●					
1.5 พยาบาลวิชาชีพ					
●					
●					
1.6 ผู้ช่วยพยาบาล					
●					
●					
1.7 ธุรการ					
●					
●					

รายการที่ตรวจสอบ	การขึ้นปฏิบัติงาน		ไม่ขึ้น (ระบุเหตุผล)	หมายเหตุ	สรุปความพร้อม
	ขึ้น	ไม่ขึ้น			
1.8 เจ้าหน้าที่เวรเปล					
●					
●					
1.9 พนักงานขับรถ					
●					
●					

**แบบบันทึกกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน**  
**สำหรับการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

รายการที่ตรวจสอบ (Yes = เพียงพอ พร้อมใช้งาน ครบถ้วน) (No=ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ ไม่ครบถ้วน)	จำนวนเพียงพอ		ความพร้อม		ครบถ้วนตามที่		หมายเหตุ (ระบุเหตุผล ถ้าตอบ No)
	ใช้งาน		ใช้งาน		มีจริงในหน่วยงาน		
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
<b>2. ด้านวัสดุอุปกรณ์</b>							
1) เครื่องวัดความดันโลหิต							
2) ปรอทวัดไข้							
3) เครื่องวัดBP + O <sub>2</sub> Sat							
4) Monitor EKG							
5) EKG Record							
6) Defibrillation							
7) เครื่อง Infusion pump							
8) รถ Emergency							
9) Oxygen Flow meter							
10) Respirator							
11) รถ Ambulance							
12) เครื่องตรวจ DTX							
13) Set หัตถการที่จำเป็น							
o Set เจาะปอด							
o Set แทง Line							
o Set สวนปัสสาวะ							
o อื่น ๆ							
<b>3. แบบฟอร์มเอกสารตามรายการ</b>							
1) ชุดรับใหม่ผู้ป่วย (Progress note)							
2) แบบบันทึกทางการพยาบาล							
3) Nursing Note							
4) สมุดทะเบียนผู้ป่วย							

รายการที่ตรวจสอบ (Yes = เพียงพอ พร้อมใช้งาน ครบถ้วน) (No=ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ ไม่ครบถ้วน)	จำนวนเพียงพอ ใช้งาน		ความพร้อม ใช้งาน		ครบถ้วนตามที่ มีจริงในหน่วยงาน		หมายเหตุ (ระบุเหตุผล ถ้าตอบ No)
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
5) แบบประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤต							
6) ใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาล และส่งตัวผู้ป่วย							
7) ใบนำส่ง Fax หน่วยรับ - ส่งผู้ป่วย							
8) ใบบันทึกข้อความ							
9) แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาล							
<b>4. สถานที่</b>							
- พื้นที่ภายในหน่วยงาน							
- เตียงรองรับผู้ป่วย							
- พื้นที่ nurse station							
- พื้นที่ Treatment							
- อื่น ๆ							

รหัสผู้ตรวจสอบ คือ.....

**หมายเหตุ**

1. พื้นที่หน้าหอผู้ป่วยพร้อม หมายถึง ทางเข้าสะดวก สะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย
2. เตียงรับผู้ป่วยพร้อม หมายถึง เตียง ออกซิเจน Suction และ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบ ใช้งานได้ดี
3. พื้นที่ Nurse station พร้อม หมายถึง พื้นที่สะอาด เป็นระเบียบ อุปกรณ์ที่จำเป็น ครบถ้วน ใช้งานได้ดี
4. ห้อง Treatment พร้อม หมายถึง เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น ครบถ้วน ใช้งานได้ดี

**แบบตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติตาม**

**มาตรฐานของงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

**สำหรับการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก**

ก่อนดำเนินการ /  หลังดำเนินการ หน่วยงานศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ..... เวลา.....

เวร  เช้า  OT  Day  Night

ที่	รายการที่ตรวจสอบตาม มาตรฐานของกิจกรรมงานการส่งต่อผู้ป่วย	ผลการตรวจสอบ			เหตุผลและ คำอธิบาย
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ได้ทำ	
1.	<p><b>การเตรียมพร้อมก่อนเริ่มงานประจำวัน/เวร</b></p> <p>1) บุคลากรตรวจสอบตนเองด้านร่างกาย และจิตใจให้ พร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน</p> <p>2) ตรวจสอบรายการ จำนวน และความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ให้พร้อมใช้งาน</p> <p>3) ตรวจสอบอาคารสถานที่ให้พร้อมและสะดวกในการปฏิบัติงาน</p>				
2.	<p><b>การเตรียมพร้อมก่อนผู้รับบริการมาถึง</b></p> <p>1) ศึกษาข้อมูลและอาการของผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากที่รับแจ้งว่าต้องส่งต่อ</p> <p>2) เตรียมวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่อาจต้องใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายให้พร้อม</p> <p>3) เตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษาให้ครบถ้วน</p> <p>4) เตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปราศจาก กลิ่น เสียง และมีบรรยากาศที่ดี</p>				
3.	<p><b>การต้อนรับอย่างประทับใจ ตั้งแต่แรก</b></p> <p>1) กล่าวทักทายด้วยวาจาสุภาพ ยิ้มแย้ม และกระตือรือร้นในการให้บริการ</p> <p>2) ให้การต้อนรับด้วยกิริยามารยาท/อัธยาศัยไมตรีที่ดี</p>				

ที่	รายการที่ตรวจสอบตาม มาตรฐานของกิจกรรมงานการส่งต่อผู้ป่วย	ผลการตรวจสอบ			เหตุผลและ คำอธิบาย
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ได้ทำ	
	3) ให้บริการด้วยสถานที่ที่สะอาดเป็นระเบียบ เรียบร้อย 4) จัดให้มีป้ายชื่อระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องและ ชัดเจน 5) ให้คำแนะนำสถานที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและ ญาติ เช่น ห้องน้ำ				
4.	<b>การบริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับ            บริการแต่ละคน</b> 1) บริการให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงอย่างนุ่มนวล 2) พุดคุยซักถามอาการ ประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ 3) ปลอดภัย ให้คลายกังวล ให้กำลังใจตามลักษณะ ด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละราย 4) ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการที่จำเป็น เช่น ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ				
5.	<b>การให้บริการตามลำดับขั้นตอนลักษณะของ            งานนั้นจนครบถ้วน</b> 1) ระบุตัวผู้ป่วยที่ต้องนำส่งต่อให้ชัดเจน เพื่อ การสื่อสารกับทีมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 2) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติเป็น ระยะเวลาเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน การรักษา 3) เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ตามอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละ ราย 4) ประสานพยาบาลผู้เชี่ยวชาญกว่า เพื่อเตรียม ความพร้อมในการช่วยเหลืออย่างทัน ท่วงที				

ที่	รายการที่ตรวจสอบตาม มาตรฐานของกิจกรรมงานการส่งต่อผู้ป่วย	ผลการตรวจสอบ			เหตุผลและ คำอธิบาย
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ได้ทำ	
	5) ตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง หรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ดำเนินการแก้ไข หรือปรับการรักษาได้ทันเวลา 6) ผู้ป่วยและญาติได้รับคำชี้แจง ลักษณะอาการการดำเนินโรค และคำแนะนำอย่างเหมาะสม 7) บันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ลงในเวชระเบียนอย่างถูกต้อง ทันเวลา เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 8) ประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อดูผลของการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง 9) นำผลการประเมินไปปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาอย่างทันที่ 10) ประเมินข้อบ่งชี้ในการวางแผนส่งต่อ เพื่อเตรียมความพร้อมในการตอบสนองปัญหาและความต้องการหลังส่งต่อ 11) เตรียมผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถได้รับการบริการที่ดี 12) เตรียมการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการ				
6.	การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไปจากบริการของเรา 1) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของสิ่งต่าง ๆ ก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย 2) ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของการบริการทั้งหมดที่ได้ปฏิบัติให้ผู้ป่วย				

ที่	รายการที่ตรวจสอบตาม มาตรฐานของกิจกรรมงานการส่งต่อผู้ป่วย	ผลการตรวจสอบ			เหตุผลและ คำอธิบาย
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ได้ทำ	
	3) ประเมินการรับรู้ข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย/ญาติ เพื่อความถูกต้องครบถ้วนในการดูแลรักษา 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติ ชักถาม เพื่อลดข้อสงสัยและเพิ่มความพึงพอใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริการ				
7.	<b>การดำเนินการหลังจากผู้รับบริการกลับไปแล้ว</b> 1) จัดเก็บวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ให้เข้าที่ สะอาดเรียบร้อย 2) ลงบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนให้สมบูรณ์ครบถ้วน 3) ประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ หลังจากการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย 4) นำบทเรียนที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงการบริการอย่างเป็นระบบ 5) พัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสม				
8.	<b>การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไปจากบริการของเราอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ครบถ้วน และครบวงจร</b> 1) ทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและสรุปข้อมูลในเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องสมบูรณ์ ครบถ้วน 2) ติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขได้ทันเวลา 3) มอบหมายผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 4) บันทึกการติดตามงานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการทำงานอย่างเป็นระบบ				

ที่	รายการที่ตรวจสอบตาม มาตรฐานของกิจกรรมงานการส่งต่อผู้ป่วย	ผลการตรวจสอบ			เหตุผลและ คำอธิบาย
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ได้ทำ	
	5) นำบทเรียนที่ได้รับจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด				
9.	<p>การดำเนินงานก่อนเลิกงานประจำวัน</p> <p>1) สรุปรายงานสุดท้ายของงานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อใช้วางแผนพัฒนางานการส่งต่อผู้ป่วยต่อไป</p> <p>2) ตรวจสอบความเรียบร้อยของสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยครั้งต่อไป</p> <p>3) สรุปผลการดำเนินงานประจำวัน เพื่อส่งต่อในวันถัดไป</p> <p>4) นำบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานครั้งนี้เข้าสู่คณะกรรมการ PCT เพื่อพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง</p>				

รหัสผู้ตรวจสอบ คือ.....







ขั้นตอนการให้บริการ	รายการกิจกรรมบริการงานส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจสอบ	เวลา	ผลการตรวจสอบการบริการ						ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดกับผู้ป่วย	หมายเหตุ
			ปฏิบัติ		ครบถ้วน		ถูกต้อง			
			Yes	No	Yes	No	Yes	No		
5. การให้บริการ ตามลำดับจน ครบถ้วน สมบูรณ์	18. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ									
	19. การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง									
	20. การตรวจวัดสัญญาณชีพ									
	21. การให้ยา									
	22. การให้ข้อมูลและคำแนะนำ									
	23. การดูแลทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ									
	24. การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น IPD ห้อง ยา ห้อง Lab การเงิน รพพยาบาล โรงพยาบาลอื่น									
	25. การประเมินสัญญาณชีพ									
	26. การตรวจสอบให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์									
6. การให้บริการก่อน ผู้ป่วยกลับบ้านออกไป	27. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ									
	28. การดูแลขณะส่งต่อ									
	29. การติดตามหลังการส่งต่อ									

รหัสผู้ตรวจสอบ คือ.....

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้รับบริการที่เคารพ

ด้วยข้าพเจ้า นางธษา ศิระวัฒนชัย นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก”

ในการนี้มีความจำเป็นต้องขอสอบถามความคิดเห็นจากท่าน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลที่สำคัญยิ่งในการสรุปผลการวิจัยให้ได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คำตอบของท่านถือเป็นความลับจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน โดยนำไปใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางธษา ศิระวัฒนชัย)

ผู้วิจัย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1

1. แบบสอบถามนี้มีสามหน้าเท่านั้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการรับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. คำตอบที่ได้รับจากท่านทุกข้อจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงงานส่งต่อผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

ขอขอบพระคุณ

รหัสผู้ตอบแบบสอบถาม.....

**แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มารับบริการ**  
วันที่สอบถาม.....เวลา.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

1. เพศของท่าน     ชาย     หญิง
2. อายุของท่าน.....ปี (เศษของปีไม่นับ)
3. ท่านเป็น     ผู้ป่วย    ญาติผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย
4. ท่านมารับบริการ ครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าใด?  
 ครั้งแรก     ครั้งที่ 2     มากกว่า 2 ครั้ง

**ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดประเมินระดับความพึงพอใจของท่าน ต่อบริการที่ท่านได้รับในครั้ง นี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลข 0-10 คะแนน ที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ระดับความพึงพอใจ	น้อยที่สุด			น้อย			ปานกลาง			มาก			มากที่สุด
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงพัฒนางานบริการที่ให้กับท่าน และ/หรือผู้ป่วย ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นในประเด็นต่อไปนี้

1. การให้บริการในสถานที่เกิดเหตุ เมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วยดังนี้  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
2. การให้บริการในขณะที่เดินทางจากบ้าน หรือสถานที่เกิดเหตุ มายังศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
3. การแสดงป้ายบอกทางเป็นระยะ จากบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุมายังศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....

4. การเพิ่มความชัดเจนให้ผู้ที่ต้องการจะเดินทางมาศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้รู้ว่าใกล้จะถึง  
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
5. การเพิ่มความปลอดภัยและความสะดวกในการขับรถเข้ามายัง ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
6. การปฏิบัติงานของพนักงานรักษาความปลอดภัย ณ ทางเข้าศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
7. การจอดรถส่งผู้ป่วย ณ บริเวณทางเข้า ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
8. การเข้าจอดรถ-สถานที่จอดรถภายในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
9. การต้อนรับของเจ้าหน้าที่ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เมื่อผู้ป่วยมาถึง  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
10. การขึ้นบันได ทำบันได คั้นบันไดเก่า เพื่อเข้าตรวจรักษา  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
11. การให้บริการขณะรอ เข้ารับการตรวจรักษา  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
12. การให้บริการสถานที่รอ น้ำดื่ม การหาซื้ออาหาร ห้องสุขา  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
13. การให้บริการ รถเข็นนั่ง รถนอน ให้กับผู้ป่วย  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
14. การให้บริการตรวจผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนรับการตรวจรักษาจากแพทย์  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
15. การตรวจรักษาจากแพทย์  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
16. การพาผู้ป่วยไปตรวจเพิ่มเติม เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจพิเศษต่าง ๆ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
17. การให้คำปรึกษา และ/หรือให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....

- 18. การให้บริการคิดเงินและแจ้งค่ารักษาพยาบาล  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
- 19. การให้บริการจัดยาให้กับผู้ป่วยและขณะติดต่อกับห้องยา  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
- 20. การให้บริการเรื่องยา ก่อนผู้ป่วยจะส่งต่อจากศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
- 21. การให้บริการนัดหมายผู้ป่วย ในการมารับบริการครั้งต่อไป  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
- 22. การให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการส่งต่อผู้ป่วยโดยรถพยาบาล  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
- 23. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....

ภาควิชาบริหารงานสาขารณสุข  
คณะสาขารณศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2554

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

ด้วยข้าพเจ้า นางธนา ศิระวัฒนชัย นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาขารณสุข ภาควิชาบริหารงานสาขารณสุข คณะสาขารณศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย” ในกรณีนี้มีความจำเป็นต้องขอสอบถามความคิดเห็นจากท่านเพื่อนำไปเป็นข้อมูลที่สำคัญในการสรุปผลการวิจัยให้ได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คำตอบของท่านถือเป็นความลับจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน โดยนำไปใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางธนา ศิระวัฒนชัย)

ผู้วิจัย

---

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1

1. แบบสอบถามนี้มีเพียงสอง หน้าเท่านั้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. คำตอบที่ได้รับจากท่านทุกข้อจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงบริการงานส่งต่อผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

ขอขอบพระคุณ

รหัสผู้ตอบ.....

**แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงาน**

วันที่สอบถาม.....เวลา.....

ชื่อผู้ป่วยที่ให้บริการ.....HN.....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

1. เพศของท่าน     ชาย     หญิง
2. อายุของท่าน..... ปี (เศษของปีไม่นับ)
3. สถานะของท่าน  
 ข้าราชการ     พนักงานของรัฐ     ลูกจ้างประจำ     ลูกจ้างชั่วคราว
4. ปฏิบัติงานตำแหน่ง  
 แพทย์     พยาบาลวิชาชีพ     พยาบาลเทคนิค     ผู้ช่วยเหลือคนไข้
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน  
 ประถม     มัธยม     อนุปริญญา     ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ มาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

**ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดประเมินระดับความพึงพอใจของท่าน ต่อการให้บริการกับผู้ป่วยรายนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลข 0-10 คะแนน ที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ระดับความพึงพอใจ	น้อยที่สุด		น้อย			ปานกลาง			มาก			มากที่สุด
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงพัฒนางานบริการต่างๆ ที่ท่านได้ให้ไปในครั้งนี้ ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นในประเด็นต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมประจำวันและประจำเวรโดยรวม  
 มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....

2. การเตรียมความพร้อม สำหรับผู้รับบริการรายนี้  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
3. การต้อนรับ สำหรับผู้รับบริการรายนี้  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
4. การให้บริการเร่งด่วน สำหรับผู้รับบริการรายนี้  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
5. การให้บริการตามลำดับขั้น สำหรับผู้รับบริการรายนี้  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
6. การให้บริการก่อนผู้รับบริการรายนี้ จะกลับออกไป  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
7. การให้บริการหลังผู้รับบริการกลับไปแล้ว  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
8. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ  
ข้อเสนอแนะดังนี้ .....

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2554

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้บริหารที่เคารพ

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวธยา ศิระวัฒนชัย นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วย” ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องขอสอบถามความคิดเห็นจากท่าน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลที่สำคัญในการสรุปผลการวิจัยให้ได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คำตอบของท่านถือเป็นความลับจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน โดยนำไปใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ  
(นางธยา ศิระวัฒนชัย)  
ผู้วิจัย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1

- แบบสอบถามนี้มีเพียงหนึ่งหน้าเท่านั้น โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน
  - ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำเนินงานบริการส่งต่อผู้ป่วย
  - ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามในสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข
- คำตอบที่ได้รับจากท่านทุกข้อจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาและปรับปรุงบริการงานส่งต่อผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

ขอขอบพระคุณ

รหัสผู้ตอบ.....

**แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหาร**

วันที่สอบถาม.....เวลา.....

**ส่วนที่ 1** ขอให้ท่านประเมินระดับความพึงพอใจของท่าน ต่อการให้บริการของงานส่งต่อผู้ป่วยในช่วงที่ 1 เดือนที่ผ่านมา (ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....) แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตัวเลข 0-10 คะแนน ที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ระดับความพึงพอใจ	น้อยที่สุด			น้อย			ปานกลาง			มาก			มากที่สุด
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**ส่วนที่ 2** โปรดให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนางานบริการ ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น ในประเด็นต่อไปนี้

1. การให้บริการด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
2. การจัดบริการให้ผู้รับบริการพึงพอใจและประทับใจยิ่งขึ้น  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
3. การปรับปรุงระบบงานการให้บริการผู้ป่วย  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
4. การปรับปรุง อาคาร และสถานที่  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
5. การปรับปรุงด้านการบริหารจัดการ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
6. การต้อนรับ เมื่อผู้ป่วยมาถึง  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
7. การให้บริการขณะรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
8. การให้บริการเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
9. การให้คำปรึกษา และหรือคำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติ  
มีข้อเสนอแนะดังนี้ .....
10. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ.....

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. นางสาวยุจินต์ เศษชัยชัย   | รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก<br>หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก |
| 2. ดร. มาศโมฬี จิตวิริยธรรม  | หัวหน้างานการศึกษา วิจัยและวิชาการ<br>ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก                          |
| 3. นายแพทย์สมชาย คุณฎีเวชกุล | อายุรแพทย์โรคหัวใจ<br>หัวหน้าฝ่ายแพทย์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก                         |

**ภาคผนวก จ**  
**คำชี้แจงพิกัดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย**  
**หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย**

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) .....ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อ

หัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ก่อนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการในการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5 ผู้วิจัยรับรองว่า หากเกิดอันตรายใด ๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ข้อ 6 ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการใช้วิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันที โดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

**ภาคผนวก จ**

**การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน**



**เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH 2012-131
ชื่อโครงการ :	การพัฒนารูปแบบงานส่งต่อผู้ป่วยศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
รหัสโครงการ :	38/2555
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นางธยา ศิริวัฒนชัย
หน่วยงานที่สังกัด :	หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง :	27 เมษายน 2555
วันที่หมดอายุ :	26 เมษายน 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม ..... *กมล ธีระ* .....  
(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย)  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม ..... *kh* .....  
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางธยา ศิระวัฒนชัย

วัน เดือน ปีเกิด

30 ธันวาคม 2513

สถานที่เกิด

จังหวัดชุมพร

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2532-2536  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553-2555  
วิทยาศาสตร์ มหบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

ที่อยู่ปัจจุบัน

209/607 หมู่ 3 หมู่บ้านบุศรีรินทร์-รัตนธิเบศน์  
ตำบลพิมลราช อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110  
โทรศัพท์ 02-9236235 มือถือ 086-9766034  
E-mail address: [Thasa.sir@mahidol.ac.th](mailto:Thasa.sir@mahidol.ac.th)

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล  
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา  
อำเภอฟุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
โทรศัพท์ 02-8496600 ต่อ 2183, 3117  
โทรสาร 02-8496705