

การพัฒนาารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

Development and outcomes of the patient refer-back service model by ambulance in the Lampang Provincial network

ดารากาญจน์ จันทระกุล

Darakarn Chantrakul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Lampang Provincial Health Office

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: pisshi55emzyne45@gmail.com

(Received: December 20, 2025; Revised: July 27, 2026; Accepted: August 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ประยุกต์ใช้กรอบ Six Building Blocks ของ WHO ร่วมกับทฤษฎีระบบ (IPO Model) การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและพยาบาล 13 คน 2) พัฒนารูปแบบร่วมกับพยาบาลศูนย์ส่งต่อ 13 แห่งและนำไปใช้ และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยส่งกลับ 1,214 ราย (มี.ค.-ต.ค. 2568) และพยาบาลศูนย์ส่งต่อ 13 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ Paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง (RBM LAMPANG Model) ประกอบด้วย 1) เครือข่าย 4 Node refer back 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน 3) กระบวนการส่งกลับ 4) การบริหารจัดการเตียงผ่าน dashboard กลางแบบ real-time และ 5) ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผลลัพธ์พบว่า ระยะเวลาส่งกลับเฉลี่ยลดลงจาก 32 ชั่วโมง 36 นาที เหลือ 8 ชั่วโมง (ลดลงร้อยละ 75.46) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจากร้อยละ 0.50 เป็นร้อยละ 0.16 และพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < .001$)

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น (RBM LAMPANG Model) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ลดความล่าช้า ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานระบบบริการ

คำสำคัญ: รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วย, เครือข่ายจังหวัดลำปาง, รถพยาบาล

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an ambulance-based patient refer-back service model in the Lampang Provincial Network. The study was guided by the World Health Organization (WHO) Six Building Blocks framework and systems theory using an Input–Process–Output (IPO) model. The study was conducted in three phases: 1) a situation analysis using focus group discussions and in-depth interviews with 13 stakeholders, including administrators, physicians, nurses, and patients; 2) development and implementation of the model in collaboration with nurses from 13 referral centers; and 3) evaluation of the developed model among 1,214 refer-back patients from March to October 2025 and 13 referral-center nurses. Qualitative data were

analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The RBM LAMPANG Model comprised five components: 1) a four-node refer-back network; 2) standard operating procedures; 3) a standardized patient refer-back process; 4) real-time bed management through a centralized dashboard; and (5) a patient-safety risk surveillance and workforce capacity-building system. The mean refer-back time decreased from 32 hours and 36 minutes to 8 hours, a 75.46% reduction. Adverse events decreased from 0.50% to 0.16%. Nurses' scores for perception, understanding, and adherence to the guidelines increased significantly ($t = 8.89$, p -value $< .001$).

The RBM LAMPANG Model improved coordination, reduced delays, and enhanced the quality and safety of ambulance-based patient refer-back services across the Lampang Provincial Network, with nurses serving as key service coordinators.

Keywords: patient refer-back service model, Lampang Provincial Network, ambulance

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นการจัดบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) โดยเชื่อมโยงบริการอย่างไร้รอยต่อภายใต้นโยบาย One Province One Hospital One Refer (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568) การส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลลูกข่ายถือเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการเตียงและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) อย่างไรก็ตาม การส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาความล่าช้า ขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และกระบวนการ การประสานงาน ที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และเพิ่มภาระงานของบุคลากรสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดลำปาง มีโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (แม่ข่ายหลัก) และมีโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะคา โรงพยาบาลแม่เมาะ โรงพยาบาลห้างฉัตร โรงพยาบาลแม่ทะ โรงพยาบาลงาว โรงพยาบาลเสริมงาม โรงพยาบาลแจ้ห่ม โรงพยาบาลวังเหนือ โรงพยาบาลเมืองปาน โรงพยาบาลเถิน โรงพยาบาลสบปราบ และโรงพยาบาลแม่พริก ข้อมูลสถิติปี 2565-2567 พบว่าโรงพยาบาลลำปางรับผู้ป่วย (Refer in) จากโรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน 50,740 43,359 และ 58,024 ราย ตามลำดับ ขณะที่มีการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรถพยาบาล จำนวน 1,383 1,788 และ 2,006 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลลำปาง, 2567) แต่ยังคงพบปัญหาความล่าช้าในการรับกลับที่เกินมาตรฐาน 24 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรอส่งกลับ 2-3 วัน จำนวน 232-273 รายต่อปี และรอนานเกิน 4 วัน จำนวน 44-47 รายต่อปี (โรงพยาบาลลำปาง, 2567) สาเหตุสำคัญเกิดจากปัญหาเชิงระบบ (System) คือ ขาดแนวทางประสานงานและระบบติดตามที่ชัดเจน ปัญหาด้านบุคลากรคือ อัตรากำลังไม่เหมาะสม ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลักยังขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และปัญหาด้านทรัพยากรคือ การบริหารจัดการรถพยาบาล อุปกรณ์ และเตียงผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ส่งผลให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มค่าใช้จ่าย และเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งกลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) และการดูแลเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน (Hospital-to-Home) (Collet et al., 2025; Hirschman et al., 2015) แต่ยังคงขาดการศึกษาที่พัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรถพยาบาลในระดับเครือข่ายจังหวัดที่บูรณาการกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ Input-Process-Output-Feedback Model (IPO Model) (Shi & Johnson, 2022) การใช้กรอบ Six Building Blocks

ร่วมกับ IPO Model ช่วยให้การพัฒนาระบบบริการครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำและนโยบาย การให้บริการ บุคลากร สุขภาพ ระบบสารสนเทศ เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเงินการคลัง และมีข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นในด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ ระยะเวลาส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และระดับการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปางให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

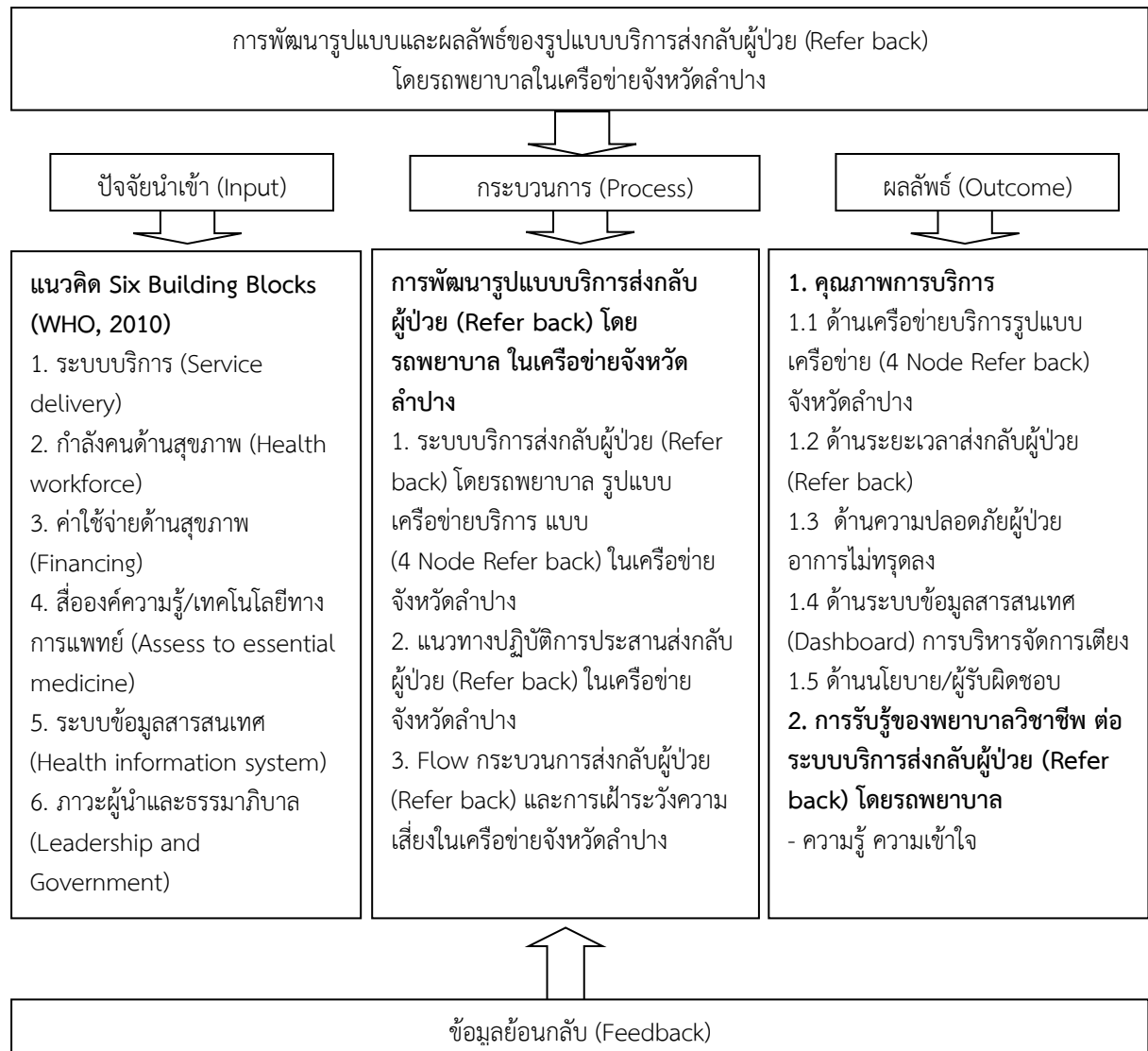
1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ด้านระยะเวลาเฉลี่ยการส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐาน

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบบริการ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและมีอัตราอาการทรุดลงลดลงหลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบบริการ
3. ระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ (System) ที่ประกอบด้วย (Input-Process-Output-Feedback: IPO Model) เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบบริการและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์-24 ตุลาคม 2568 การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research 1 (R1)) ระยะที่ 2 การ พัฒนารูปแบบไปใช้ (Development 1 (D1)) และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ (Research 2 (R2)) ดังนี้

ระยะที่ 1 (Research 1 (R1); 14-27 กุมภาพันธ์ 2568) การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 2 คน แพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 8 คน และผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนสิ้นสุดกระบวนการหรือถอนตัวระหว่างการวิจัย และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อคำถาม ดังนี้ ข้อ 1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลที่ผ่านมาได้แก่ 1) ด้านระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ 4) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ข้อ 2 ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลตามรูปแบบทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นมาดำเนินการรวมทั้งเครื่องบันทึกเสียงและสมุดจดบันทึก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบส่งต่อผู้ป่วย ระดับจังหวัด 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับตติยภูมิ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับทุติยภูมิ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัย 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาได้ค่า IOC ระหว่าง 0.95-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับกลุ่มผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 10 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อ จำนวน 3 คน โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและการสัมภาษณ์ ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) สรุปประเด็นสำคัญ ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และนำข้อมูลที่สรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยดำเนินการจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล (Coding) การจัดประเภทข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verify) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 (Development 1 (D1); 1 มีนาคม- 24 ตุลาคม 2568) การพัฒนาและนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางไปใช้

นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลกทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-15 มีนาคม 2568 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ระบบเครือข่าย 4 Node network แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการประสานการส่งกลับผู้ป่วย กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) การบริหารจัดการเตียงผ่าน dashboard กลาง แบบ real-time และระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในการให้บริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม-24 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โรงพยาบาลละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 คน จากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ถอนตัวจากการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและงานวิจัยได้จนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back 2) แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการประสานการส่งกลับ 3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) 4) ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time และ 5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน และประเมินดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.95-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกองค์ประกอบก่อนนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยประสานโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนคือ

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและระดมความคิดเห็นร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลละ 1 คน รวม 13 คน จากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง จำนวน 1 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1-15 มีนาคม 2568 เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

2. นำรูปแบบที่ผ่านการพัฒนาร่วมกันไปนำสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในการให้บริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่ายพร้อมกันทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้ง 13 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม-24 ตุลาคม 2568 เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั่วจังหวัดและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็น โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็น และสรุปองค์ประกอบของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ก่อนนำไปใช้จริงในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ระยะที่ 3 (Research 2 (R2); 16 มีนาคม-24 ตุลาคม 2568) ประเมินผลลัพธ์รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ภายหลังการนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลไปใช้จริงในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง ได้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผล 2 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในกลุ่มตัวอย่างเดิม และ (2) การประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567) และ มีนาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง จำนวน 13 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมด (Total population) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย มีประสบการณ์ด้านระบบรับส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ถอนตัวจากการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินผลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,214 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,214 ราย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง และใช้ข้อมูลประชากรทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลภายในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และมีข้อมูลในรายงานการดำเนินงานรับส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่ส่งกลับนอกเครือข่ายจังหวัดลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back (2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐานการประสานการส่งกลับผู้ป่วย (3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) (4) ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time และ (5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเครือข่าย 5 ข้อ ด้านบุคลากร 2 ข้อ และด้านระบบสารสนเทศ 1 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงกว่าสะท้อนการรับรู้ต่อระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่ดีกว่า

2.2 แบบรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือน ซึ่งใช้เก็บข้อมูลทุกเดือน ประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลการประสานส่งกลับ ระยะเวลาการส่งกลับ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในการส่งกลับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.95-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลไปใช้จริง โดยเก็บข้อมูลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 13 คน ก่อนการพัฒนารูปแบบ และภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลการรับรู้ นอกจากนี้ ได้รวบรวมข้อมูลทุกเดือนจากรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง โดยผู้ประสานหลักประจำโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน เป็นผู้ติดต่อและรับผิดชอบงานระบบส่งต่อผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนำมาประเมินผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายหลังตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของระบบบริการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired *t*-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของระบบบริการจากข้อมูลทุกเดือนใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนการพัฒนา (ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ.2567) และหลังการพัฒนา (มีนาคม-ตุลาคม พ.ศ.2568) ในด้านระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วย และความปลอดภัยของผู้ป่วย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม โครงร่างวิจัยเสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2568/012 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ดังนี้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยรวมจำนวน 13 คน พบว่า การดำเนินงานส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลยังประสบปัญหาเชิงระบบหลายด้าน ดังนี้ 1) ด้านระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า ขั้นตอนและกระบวนการส่งกลับผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการประสาน ทำให้เกิดความล่าช้า และไม่มีระบบบริหารจัดการเตียงเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล 2) ด้านกำลังคนทางสุขภาพ (Health Workforce) พบว่า ไม่มีการกำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานส่งกลับผู้ป่วย (Job Description) ไม่ชัดเจนในทุกโรงพยาบาล ส่งผลให้ขาดผู้รับผิดชอบงานหลัก การรับรู้ ความเข้าใจ เกณฑ์การส่งกลับ และการปฏิบัติตามแนวทางแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งไม่มีแนวทางการประสานงานที่เป็นรูปธรรมระหว่างโรงพยาบาล 3) ด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health Financing) พบข้อจำกัดตามสิทธิการรักษาและการบริหารค่าใช้จ่ายในการส่งกลับผู้ป่วย ส่งผลต่อการตัดสินใจและการจัดบริการในบางกรณี 4) ด้านเทคโนโลยีการแพทย์ (Medical Technology) พบว่า ไม่มีระบบสารสนเทศกลางสำหรับติดตามสถานะการส่งกลับ การประสานงานต้องอาศัยโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันส่งข้อความ ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 5) ด้านข้อมูลสารสนเทศ (Health Information) พบว่า ไม่มี Dashboard กลางสำหรับติดตามบริหารจัดการเตียงและสถานะการส่งกลับแบบ real-time ข้อมูลส่งกลับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) พบว่า ยังขาดนโยบายกลไกกำกับติดตามและการทบทวนการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลต่อแนวทางการพัฒนาระบบ สามารถจัดกลุ่มตามทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ได้ดังนี้ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กำหนดโครงสร้างเครือข่ายบริการและระบบบทบาทพยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก (Care Coordinator) ให้ชัดเจนในทุกโรงพยาบาล จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ร่วมกันทั้งจังหวัด และพัฒนาระบบเทคโนโลยีและฐานข้อมูลสารสนเทศกลางเพื่อสนับสนุนการประสานงาน 2) ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดขั้นตอนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งกลับให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พัฒนาระบบการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง และพัฒนาระบบบริหารจัดการเตียง การจัดเตรียมรพพยาบาลพร้อมอุปกรณ์และประเมินความเสี่ยง 3) ด้านผลลัพธ์ (Output) ควรมุ่งลดระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร เช่น บุคลากร เตียง ในเครือข่าย และ 4) ด้านข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) จัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการส่งกลับผู้ป่วย จัดประชุมทบทวนปัญหา และการเฝ้าระวังความปลอดภัย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบ กระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก (n=13)

ข้อมูลส่วนบุคคล / บทบาท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทข้อมูล		
ผู้บริหาร	2	15.38
แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ	4	30.77
พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ	4	30.77
ผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อ (ภายใน 6 เดือน)	3	23.08
รวม	13	100.00
ประสบการณ์การทำงาน (เฉพาะบุคลากร, n=10)		
น้อยกว่า 5 ปี	0	0
5 - 10 ปี	7	70.00
มากกว่า 10 ปี	3	30.00
รวม	10	100.00

จากตาราง 1 ส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ ร้อยละ 30.77 เท่ากัน รองลงมาคือผู้ป่วย ร้อยละ 23.08 และผู้บริหาร ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด ($n = 10$) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (5-10 ปี) ร้อยละ 70.00 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 30.00 สะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ซึ่งช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงลึกในระบบส่งต่อผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาและนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางไปใช้ โดย ผู้วิจัยได้นำผลระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับประยุกต์ใช้กรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก และทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยทั้ง 13 โรงพยาบาล จนได้รูปแบบ Refer Back Management Lampang Model (RBM LAMPANG Model) ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back เป็นการแบ่งโครงสร้าง 4 โซนพื้นที่ (Node) ตามภูมิศาสตร์และระดับศักยภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง โดยมีโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่ายหลัก ทำหน้าที่ประสานการส่งกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน ลูกข่ายในแต่ละ Node มีการจัดตั้งพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานประจำแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเพียงการประสานงานการส่งกลับผู้ป่วยพื้นที่ของตนเองเกิดความรวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้น โดยจัดทำโครงสร้างผู้รับผิดชอบ กำหนดพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานหลัก (Care Coordinator) ของทุกโรงพยาบาล และประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ของแต่ละพื้นที่ 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Guideline, SOP) จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานครอบคลุมเกณฑ์การส่งกลับผู้ป่วย ขั้นตอนการประเมินความพร้อม แบบฟอร์มการรับแจ้งและประสานงาน เตรียมรพพยาบาล การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานการรับ/ส่งกลับผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งจัดทำระบบเฝ้าระวังความปลอดภัย เพื่อใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดลำปาง 3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back Service Process) จัดทำ Flow กระบวนการส่งกลับผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทาง การรับแจ้ง/ประสานงาน การตรวจสอบข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การรับ/ส่งผู้ป่วย ไปโรงพยาบาลปลายทาง การส่งต่อข้อมูลทางคลินิกผ่าน พยาบาลวิชาชีพ Care Coordinator และระบบเฝ้าระวังความปลอดภัย ความเสี่ยง 4) ระบบบริหารจัดการเพียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time พัฒนาระบบโปรแกรม/ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ Dashboard กลางแบบ Real-time สำหรับแสดงสถานะเตียงว่างและการใช้งาน Dashboard ให้กับพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานทั้ง 13 โรงพยาบาล สนับสนุนการตัดสินใจ ลดความล่าช้า และ 5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน (Risk Management & care coordinator) ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และทักษะตามแนวทางกระบวนการที่พัฒนาขึ้นให้กับพยาบาลวิชาชีพทั้ง 13 แห่ง

ระยะที่ 3 ผลการประเมินผลลัพธ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ตาราง 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ($n=1,214$)

ข้อมูล	Mean	S.D.
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	32.36	23.4688
หลังพัฒนา (ปี 2568)	8	9.5668

จากตาราง 2 พบว่า ระยะเวลาในการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการพัฒนา ระบบ ปี 2568 ลดลงาก่อนการพัฒนาระบบ ปี 2567 โดยระยะเวลาเฉลี่ย (Mean) ลดลงจาก 32.36 ชั่วโมง (SD = 23.47) เหลือ 8.00 ชั่วโมง (SD = 9.57) คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ยที่ลดลงร้อยละ 75.46 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยลดระยะเวลาการคอยในการส่งกลับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง ในการส่งกลับโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	10	0.50
หลังพัฒนา (ปี 2568)	2	0.16

จากตาราง 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ลดลงจาก 10 ราย (ร้อยละ 0.50) ก่อนพัฒนา เหลือ 2 ราย (ร้อยละ 0.16) หลังพัฒนาระบบ คิดเป็นอัตราการลดลงของความเสี่ยงร้อยละ 68.00 หลังการพัฒนาระบบ ปี 2568 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=13)

ข้อมูล	Mean	S.D.
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	1.69	2.56
หลังพัฒนา (ปี 2568)	8	0

ผลการทดสอบทางสถิติภาพรวม (Paired t-test): $t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$

จากตาราง 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง มีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางส่งกลับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.69 เป็น 8.00 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยยกระดับสมรรถนะของบุคลากรให้ปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

ตาราง 5 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=13)

รายการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	n (%)	n (%)
1. รูปแบบเครือข่าย (แบบ 4 Node) ในการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) ทำให้มีการจัดการระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
2. สามารถลดขั้นตอน ลดระยะเวลาการคอยของผู้ป่วย และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
3. มีระบบการบริหารจัดการเตียงที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
4. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น อาการไม่ทรุดลง เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	5 (38.46)	13 (100)
5. นโยบายมีความชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติจริง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ และรูปแบบการประสานงานที่ชัดเจน	3 (23.08)	13 (100)
6. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง เช่น แนวทางการส่งกลับ กระบวนการส่งผู้ป่วยกลับ และท่านสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง	3 (23.08)	13 (100)
7. ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	3 (23.08)	13 (100)
8. ท่านคิดว่าระบบข้อมูลสารสนเทศ (Dash board) แบบ Real time มีประโยชน์ สะดวก และรวดเร็วในการติดตาม (monitor) สามารถช่วยสนับสนุนข้อมูลให้ท่านใช้ในการจัดระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยได้เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	3 (23.08)	13 (100)
ค่าเฉลี่ยร้อยละรวมคำนวณจากสัดส่วนการตอบ “ใช่” ของข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ	21.16	100

ผลการทดสอบทางสถิติภาพรวม (Paired t-test): $t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง มีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ การยอมรับ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < .001$) โดยค่าเฉลี่ยร้อยละรวมของการตอบ “ใช่” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.16 ก่อนพัฒนาเป็นร้อยละ 100.00 หลังพัฒนาในทุกรายการประเมิน สะท้อนว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัด

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง สะท้อนให้เห็นว่าการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางเป็นปัญหาเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และการบริหารจัดการ ประเด็นปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน ระบบสารสนเทศที่ไม่เชื่อมโยงกัน การไม่มีระบบบริหารจัดการเตียงแบบ Real-time ความไม่ชัดเจนของนโยบาย และการไม่ได้กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน ปัญหาเชิงระบบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในหลายมิติทั้งด้านประสิทธิภาพของเครือข่าย ความล่าช้าในการส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการส่งกลับ ตลอดจนทำให้พยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ที่ระบุว่าความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างสมดุลในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านการจัดบริการสุขภาพ (service delivery) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (health information systems) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) และภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล (leadership and governance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ นอกจากนี้การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนการสื่อสารและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่ยังขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล (2564) ที่ระบุว่า การขาดระบบคุณภาพ และข้อมูลเชิงระบบที่ชัดเจนเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อความต่อเนื่องของบริการและการออกแบบรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะนี้จึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดทิศทาง และออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบบริการ RBM LAMPANG Model เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาในทุกมิติให้สอดคล้อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดลำปาง

2. การพัฒนาและนำไปใช้ รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่พัฒนาขึ้น (RBM LAMPANG Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งได้รับการออกแบบและบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างตรงจุด โดยแต่ละองค์ประกอบมีความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีทางสุขภาพ ดังนี้

2.1 ระบบเครือข่าย 4 Node Refer Back พัฒนาขึ้นเพื่อกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการเครือข่ายบริการส่งกลับผู้ป่วยให้มีความชัดเจน โดยกำหนดบทบาท หน้าที่ และพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการประสานงาน เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร และส่งเสริมการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Six Building Blocks ด้าน Service Delivery และ Leadership and Governance (WHO, 2021a) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการและการกำกับดูแลเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

2.2 แนวทางปฏิบัติมาตรฐานการส่งกลับผู้ป่วย (Guideline, SOP) พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหการขาดแนวทางปฏิบัติงานและมาตรฐานที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดมาตรฐานการประสานงานและการส่งกลับผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยลดความเคลื่อนไหวในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Workforce และ Leadership and Governance (WHO, 2021a) ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย

2.3 กระบวนการบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back Service Process) ออกแบบขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow) ให้ชัดเจนครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทาง การรับแจ้ง/ประสานงาน การตรวจสอบข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การรับ/ส่งผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมก่อนส่งกลับ การส่งต่อข้อมูล และการเฝ้าระวังความปลอดภัย ความเสี่ยง ในการส่งกลับผู้ป่วย เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างไร้รอยต่อ สอดคล้องกับ แนวคิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพของ WHO (2021a) ที่เน้นการจัดระบบบริการให้มีมาตรฐานและเชื่อมโยง การดูแลระหว่างหน่วยบริการ

2.4 ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time พัฒนาขึ้นเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการ ส่งกลับผู้ป่วยและสถานะเตียงของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางแบบ Real-time สนับสนุนการตัดสินใจ การวางแผนการส่งกลับ และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Information Systems ของกรอบแนวคิด Six Building Blocks (WHO, 2021a) ที่เน้นการใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

2.5 ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน พัฒนขึ้นเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานหลักให้มีความชัดเจน ควบคุมการบริหารระบบเฝ้า ระวังและติดตามความเสี่ยงตลอดการส่งกลับผู้ป่วย ให้เกิดการกำกับติดตามคุณภาพและการสื่อสารอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการประสานการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ของ Collet et al. (2025) ที่เน้นบทบาทของผู้ ประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลเพื่อความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Workforce และ Leadership and Governance (WHO, 2021a)

3. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง (RBM LAMPANG Model) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุม เชื่อมโยงการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และการบริหารจัดการของระบบบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 คุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วย 1) ด้านเครือข่ายบริการ (4 Node Refer Back) มีความชัดเจนและเป็น ระบบมากขึ้น ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากองค์ประกอบที่ 1 ที่แบ่งโครงสร้างออกเป็น 4 โซนพื้นที่ตามศักยภาพและ ภูมิศาสตร์ ทำให้โรงพยาบาลมีบทบาท หน้าที่ และพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนในการประสานงาน เกิดความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ สอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks ด้าน Service Delivery และ Leadership & Governance (WHO, 2021a) ที่ชี้ว่าการจัดโครงสร้างเครือข่ายและ การกำกับดูแลที่ชัดเจนเป็นหัวใจของระบบสุขภาพ และสอดคล้องกับ Collet et al. (2025) ที่พบว่าระบบดูแลผู้ป่วย ช่วงเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการจัดโครงสร้างเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ 2) ด้านระยะเวลาส่งกลับผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งกลับผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 32 ชั่วโมง 36 นาที เหลือ 8 ชั่วโมง ลดลงร้อยละ 75.46 เกิดจากการบูรณาการขององค์ประกอบที่ 2 (Guideline, SOP) องค์ประกอบที่ 3 (Refer back Process) และ องค์ประกอบที่ 4 (Dashboard Real-time) ที่ร่วมกัน ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน ตัดกระบวนการรอคอยที่ไม่จำเป็น และช่วยให้การประสานงานรับ-ส่งผู้ป่วยทำได้รวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมงตามมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล (2564) ที่ระบุว่าโครงสร้างขั้นตอน มาตรฐานและระบบข้อมูลที่ชัดเจนจะช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษา 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (อาการไม่ทรุดลง) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ในการส่งกลับลดลงจากร้อยละ 0.50 (10 ราย) เหลือร้อยละ 0.16 (2 ราย) คิดเป็นการลดลงของความเสี่ยงร้อยละ 68.00 สัมพันธ์โดยตรงกับ องค์ประกอบที่ 3 (Refer back Process) และ องค์ประกอบที่ 5 (Patient safety risk surveillance mechanisms and Care Coordinator) ที่กำหนดให้มีการประเมินความพร้อมก่อนส่งกลับ การสื่อสาร ข้อมูลทางคลินิกที่ครบถ้วน และการเฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สอดคล้องกับ Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (WHO, 2021b) ที่มุ่งเน้นระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและการเฝ้าระวังความ ปลอดภัย และมีความสอดคล้องเชิงแนวคิดกับงานวิจัยของ Hirschman et al. (2015) ในเรื่องการใช้ผู้ประสานงาน

เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้ว่าการวิจัยศึกษาการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Hospital-to-Home) แต่หลักการเรื่องการสื่อสารข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสามารถนำมาอธิบายความปลอดภัยในการส่งกลับระหว่างโรงพยาบาล (Interhospital) ในการศึกษาที่ 4) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ (Dashboard) การบริหารจัดการเตียง ระบบสารสนเทศได้รับการยกระดับให้สามารถเชื่อมโยงและบริหารจัดการได้แบบ Real-time ซึ่งเกิดจาก องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard แบบ Real-time ที่ช่วยให้ศูนย์ส่งต่อและโรงพยาบาลปลายทางเห็นสถานะเตียงว่างทันที สนับสนุนการตัดสินใจ วางแผน และประสานงานส่งกลับได้อย่างแม่นยำ สอดคล้องกับกรอบ Six Building Blocks ด้าน Health Information Systems (WHO, 2021a) ที่เน้นการใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ด้านนโยบาย/ผู้รับผิดชอบ มีนโยบายการส่งกลับระดับจังหวัดที่ชัดเจนและมีผู้รับผิดชอบหลักอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเกิดจาก องค์ประกอบที่ 1 (โครงสร้าง 4 Node) และองค์ประกอบที่ 5 (การกำหนดบทบาท Care Coordinator) ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานหลักของทุกโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ (Job Description) ของตนเอง มีกลไกการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยงร่วมกันอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการประสานการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Care Coordination) ของ Collet et al. (2025) และองค์ประกอบด้าน Health Workforce & Leadership (WHO, 2021a)

3.2 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยการตอบ “ใช่” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.16 ก่อนพัฒนา เป็นร้อยละ 100.00 ในทุกรายการประเมินหลังพัฒนา ผลลัพธ์นี้เกิดจากการบูรณาการของ องค์ประกอบที่ 2 (Guideline, SOP) และ องค์ประกอบที่ 5 (การพัฒนาศักยภาพกำลังคน) ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงแนวทางปฏิบัติ และจัดทำ Flow ที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

งานวิจัยครั้งนี้มีความโดดเด่นและแตกต่าง โดยเป็นการพัฒนาระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพยบาลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายในระดับระบบสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เทคโนโลยี สารสนเทศ นโยบาย และบุคลากรระดับจังหวัด ผลการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ และสามารถใช้เป็นต้นแบบ (Best Practice) ในการพัฒนาระบบส่งกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิจัยแก่ผู้บริหาร และได้รับความเห็นชอบให้ทำหนังสือแจ้งเวียนประกาศใช้แนวทาง RBM LAMPANG Model ให้โรงพยาบาลทั้ง 13 แห่งใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดลำปาง ส่งผลให้มีพยาบาลผู้ประสานงานหลักและบูรณาการระบบส่งกลับผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ลดระยะเวลารอคอย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงทั้งเครือข่าย สำหรับการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ควรคงองค์ประกอบหลักทั้ง 5 ด้านไว้แต่ให้วิเคราะห์บริบทพื้นที่เพื่อปรับรายละเอียดในองค์ประกอบย่อยให้เหมาะสม เช่น ปรับจำนวน Node ตามสภาพภูมิศาสตร์และจำนวนโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประเมินความคุ้มค่าระหว่างต้นทุนที่ใช้ (ทรัพยากรรพยบาล บุคลากร ระบบสารสนเทศ) กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายในการขยายผลระดับเขตสุขภาพ

2. ควรศึกษาการนำรูปแบบไปปรับใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีบริบทแตกต่างกัน (เช่น พื้นที่เกาะ หรือพื้นที่ห่างไกล) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย. กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลลำปาง. (2567). รายงานการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง ประจำปี 2567. โรงพยาบาลลำปาง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดลำปาง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). เอกสารสรุปการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2564). เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- Collet, R., van Grootel, J., van der Leeden, M., van Seben, R., Luckers, L. M., MacNeil-Vroomen, R. M., & Buurman, B. M. (2025). Facilitators, barriers, and guidance to successful implementation of multidisciplinary transitional care interventions: A qualitative systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100269>
- Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: The transitional care model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), 1–11. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>
- Shi, L., & Johnson, J. A. (Eds.). (2022). *Novick & Morrow's public health administration: Principles for population-based management* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of Indicators and their measurement strategies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4b7c7f8-9084-4d76-b512-fa5a7597ec06/content>
- World Health Organization. (2021a). *Health systems for health security: A framework for developing capacities for international health regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029682>
- World Health Organization. (2021b). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://psnet.ahrq.gov/issue/global-patient-safety-action-plan-2021-2030-towards-eliminating-avoidable-harm-health-care>