

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน Development of Transitional Care Program for Bedridden Elderly Patients from Hospital to Home Care

บรรจง จาตบุญนาค, พยม.*

Bunjong Jadnoonnak, M.N.S,

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลถึงบ้าน มีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยการทบทวนข้อมูลจาก เวชระเบียน และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหาระหว่าง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา : การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน กลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 52 ราย ทุกรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลจำนวน 7 คน ต้องการความรู้และเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อให้มีความปลอดภัยและต้องการที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล กลุ่มพยาบาลและสหวิชาชีพ จำนวน 29 คน ต้องการมาตรฐานการดูแลและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ มีการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ได้นำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม ซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ประกอบด้วย การระบุตัวผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและมีความซับซ้อนในการดูแลที่บ้าน มีการกำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีพยาบาลผู้ประสานงานในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านทุกระดับสถานบริการ มีการเตรียมความรู้และทักษะผู้ดูแล มีการติดตามเยี่ยมหลังกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเนลเลอร์(Naylor)การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต้องมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลหรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล มีมาตรฐานและกระบวนการวางแผนจำหน่าย และระบบการส่งต่อโดยมีผู้ประสานงานการวางแผนจำหน่าย มีแบบบันทึกหรือเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการสื่อสารโดยเฉพาะกับผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม

*Registered Nurse, Professional Level, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham



ABSTRACT

Background : A systematic and effective of transitional care from hospital to home is a key issue in the transitional care of hospitalized elderly patients and caregivers to ensuring in the transition from hospital to home care safely.

Objective: The study for developed the transitional care program of bedridden elderly patients during transition from hospital to home care.

Methods : To Action research in 2 Phases. Phase I: situational analysis regarding continuing the transitional care for bedridden elderly patients from hospital to home care by means of review of the patient medical records and group interviewing with 2 focus groups includes 1) patients relatives and caregivers and 2) Nurses and multidisciplinary. Data was collected using personal data record forms and structural interview data. Analyzed using descriptive statistics and content analysis during July 2016 - January 2017.

Results : Development of transitional care program for bedridden elderly patients from hospital to home care showed that 52 representative sample found that Continuing care needs. The representative sample of 7 caregiver's relatives need to know and learn to care for bedridden elderly patients and ensure for the transitional period from hospital to home safely and need a consultant to resolve problems occurring during patient care. 29 nurses and multidisciplinary samples need a standard and evidently operating guideline for bedridden elderly patients care in the transitional period by participation of multidisciplinary and have the effective and completely communication. Phase II: was the development of transitional care program for bedridden elderly patients; the program was developed using data synthesize in phase I with literature reviewed. To improve, collecting comments and suggestions from relevant groups including adjusted bedridden elderly patients to the group that have risk for re-hospitalization and complicated home care, hospital policies are written to better plan transitional care and have professional nurse is the coordinator of all care level. According to The Naylor's approach, the transitional care must have a discharge planning that start from the first admitted to hospital or within 48 hours after the first admitted to hospital. Have process of discharge plan and referral system with a discharge plan coordinator by written forms or documents to communication with caregivers to be effective continuing care.

Keywords : bedridden elderly patients, transitional care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของ ประเทศไทย เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2558 โดยมี ผู้สูงอายุร้อยละ 14.5 ของประชากรทั้งหมด¹ การเพิ่มขนาด และสัดส่วน ประชากรสูงอายุไทยจะยังคงเพิ่มอย่างต่อเนื่อง

โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2568 จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่ม เป็น 16.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่าของปีพ.ศ. 2552 และ ในปีพ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็น ร้อยละ 25 ของประชากรไทยทั้งหมด⁴ เมื่อศึกษาการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุ ของประชากรอายุตั้งแต่

60 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากร สูงอายุที่มีอายุมาก (70-79 ปี) และวัยปลายหรืออายุ 80 ปีขึ้นไปมีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรกลุ่มอื่น²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุ มักมีโรคเรื้อรังหลายโรค เมื่อผู้สูงอายุมีการ เจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะและแตกต่างจาก ผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยพบว่าการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงและยังไม่กลับคืนเท่าเดิมเมื่อ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงร้อยละ 30^{3,4} ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น³ การวางแผนจำหน่าย จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน และเชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวมั่นใจ สามารถปรับตัวและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด ให้บริการการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ และรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหายากซับซ้อนเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาต่อ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กรณีมีปัญหาซับซ้อน เป็นลักษณะ Hospital based home care ซึ่งได้ริเริ่มการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเริ่มติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลกับกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนผ่านรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COCR9⁶ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน และต้องการการดูแลระยะยาว พยาบาลจะติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด และแหล่งประโยชน์อื่นๆ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ยังไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์จากผู้ให้บริการ

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน

โรงพยาบาลมหาสารคามได้สนับสนุนให้มีการจัดโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การจำหน่ายจากโรงพยาบาลถือว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ ในการเตรียมช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว เชื่อมการดูแลที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านเป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งญาติได้รับการช่วยเหลือเป็นการลดความเครียดของญาติผู้ดูแล โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ต้นแบบการวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

วิธีการดำเนินการศึกษา

โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยการทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคามไปที่บ้าน ระยะเวลา 1 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึง กันยายน พ.ศ. 2559) จำนวน 52 ราย โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสรุปการติดตามเยี่ยมบ้าน (home care discharge summary) และการสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 7 คน และพยาบาลที่ให้การดูแล จำนวน 11 คน โดยมีแนวทางการคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 พัฒนาและนำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ที่ได้จากการ สังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาล จำนวน 3 คน กลุ่มพยาบาลและสหวิชาชีพ



ผู้ปฏิบัติ จำนวน 19 คน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่จะนำมาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาและ คณะพัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. แบบสรุปการติดตามเยี่ยมบ้าน (home care discharge summary) เป็นแบบบันทึกที่งานการพยาบาลชุมชน ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 นำมาใช้ในการติดตามประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกรายจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ และกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

3. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มผู้ศึกษา และคณะพัฒนาขึ้นมา เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากมุมมองของญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.76 แนวคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ท่านให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไรบ้าง สิ่งใดที่ท่านคิดว่ามีส่วนช่วยให้ท่านให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่ท่านพบในระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง และข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าจะทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง โดยใช้

รหัสแทน ชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วม การศึกษาในการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่มคือ ญาติผู้ดูแล พยาบาลและสหวิชาชีพ เป็นไปโดยสมัครใจโดยการลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผลการศึกษาถูกวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ สร้างข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มโดยวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดรวมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในคลินิก

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 ในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผลการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 77 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุจากแผนกอายุรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 44.23 (23 ราย) มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.6 วัน ค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ได้รับก่อนออกจากโรงพยาบาล 7 ชนิด กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินว่าต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้รับการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาว แบ่งเป็นผู้ที่บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย

ถึงปานกลางระดับ ADL (Activeity daily living) 5-11 คะแนน ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) และ ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ระดับ ADL (Active daily life) 0-4 คะแนน ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ร้อยละ 23.07 (12 ราย) และ ร้อยละ 76.93 (40 ราย) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแล และมีอุปกรณ์การแพทย์ที่จำหน่ายพร้อมผู้ป่วย ร้อยละ 65 เช่น การให้อาหารทางสายยางทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร หรือทางสายให้อาหารทางหน้าท้อง สายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ การฉีดยา การให้ออกซิเจน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่าง อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 97 สัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 91 ผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล แบ่งเป็นญาติ ร้อยละ 92.4 ผู้ดูแลที่ได้รับ ค่าจ้างตอบแทนร้อยละ 7.6 ญาติผู้ดูแลเป็นผู้หญิงร้อยละ 85 ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 69.2 เจ้าหน้าที่พยาบาล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ได้แก่ ผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ

สาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล

การสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล ผู้ศึกษาและคณะ นัดไว้ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ภรรยาผู้ดูแลสามี สามีดูแลภรรยา ลูกชายดูแลมารดาซึ่งเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ลูกสาวดูแลมารดา พี่สาวดูแลน้องสาว ระยะเวลาที่กลุ่มญาติผู้ดูแล ให้การดูแลตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 2 ปี 5 เดือน ผู้สูงอายุทั้งหมด ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันทั้งหมด มีความต้องการการดูแลเฉพาะดังนี้คือ เจาะคอ/ระบายเสมหะ 1 ราย ให้อาหารทางสายยาง 3 ราย คาสายสวนปัสสาวะ (retained Foley's catheter) หรือสวนปัสสาวะเป็นเวลา (intermittent catheterization) 3 ราย

สาระสำคัญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในการการดูแลผู้ป่วย สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ในด้านการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและความพร้อมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยสูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า

กลุ่มญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ต่อที่บ้านเป็น 3 ระยะดังนี้ 1)ระยะก่อนจำหน่าย ออกจาก โรงพยาบาลญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้และต้องการ เวลาเตรียมตัว 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน กลับบ้านใหม่ๆ เป็นช่วงเวลา “ขลุกขลัก แม้จะมั่นใจเมื่อออกจาก โรงพยาบาลแต่รู้สึกว้าวไปไม่รอด” และ 3) ระยะปรับตัวได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ กับปัญหาอย่างไม่หยุดนิ่ง กลุ่ม ญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ต่อที่บ้าน สามารถปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างลงตัว

สาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มพยาบาลและสหวิชาชีพ

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 ราย ประกอบด้วย พยาบาลแผนกอายุรศาสตร์ 2 คน พยาบาลแผนกศัลยศาสตร์ 2 คน พยาบาลแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 คน พยาบาลงานเยี่ยมบ้าน 3 คน และพยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. 3 คน ทีมสหวิชาชีพคือนักกายภาพ นักโภชนาการ สาระสำคัญ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มพบว่า การวางแผนจำหน่ายและการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลถึงบ้าน มีประเด็นดังนี้

1. ระบบการวางแผนจำหน่ายพยาบาลทุกคน เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย มีการพัฒนา การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการฝึกกิจกรรมดูแลข้างเตียง จัดเตรียมเวชภัณฑ์ วัสดุที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน หลัง จำหน่ายผู้ดูแลสามารถติดต่อขอคำปรึกษาพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยทางโทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และ หมายเลขโทรศัพท์ ของหน่วยเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม อุปสรรคที่พบในระหว่าง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบว่าแนวทางการ วางแผนจำหน่ายยังไม่ชัดเจน กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุยังไม่ชัดเจน ขั้นตอนการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ แต่ละคน ขาดความครอบคลุมด้านจิตใจ สังคมและ สิ่งแวดล้อม แผนการจำหน่ายยังขาดมิติการฝึกทักษะการ พั่นพู่สภาพ การเตรียมดูแลสำหรับผู้ดูแลหลังจำหน่าย แพทย์ส่วนใหญ่จำหน่ายผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน มีเวลาในการ วางแผนล่วงหน้าน้อยมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียม พร้อมของญาติเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติรับผิดชอบโดยตรงหรือระบุญาติ



ผู้ดูแลไม่ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการการวางแผน
จำหน่ายและ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เป็นมาตรฐาน

2. ระบบ hospital-based home care พบว่า
หน่วยงานมีการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายจาก
โรงพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
โดยพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน เริ่มจากพยาบาลแผนกผู้ป่วย
ในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนจำหน่าย
และส่งต่อระหว่างแผนกผู้ป่วยในกับหน่วยเยี่ยมบ้าน
ผ่านการแจ้งทางโทรศัพท์เพื่อให้พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านได้
ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การติดตามเยี่ยม
หลังจำหน่ายขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย
แต่ละราย และยังไม่ได้กำหนดระยะเวลาการติดตามเยี่ยม
ผู้ป่วยแต่ละประเภท

3. ระบบการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์
บริการสุขภาพในชุมชน พบว่าการประสานงานส่งต่อข้อมูล
ระหว่างหน่วยงานยังไม่ชัดเจน บางครั้งไม่มีลายลักษณ์อักษร
ทำให้การเชื่อมต่อ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมทั้ง
ผู้ป่วยนอกเขตจังหวัดมหาสารคามขาดการส่งต่อข้อมูลสรุป
การจำหน่ายเป็นทางการและทันเวลา นอกจากนี้ความ
ซับซ้อน ของปัญหาของผู้ป่วย ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยัง
ศูนย์สุขภาพน้อยลง พยาบาลเยี่ยมบ้านยังต้องติดตามดูแล
ผู้ป่วยจนกว่าปัญหาการดูแล ของผู้ป่วยสูงอายุมีความ
ซับซ้อนหมดไปศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ โรงพยาบาลสุขภาพ
ตำบล จึงสามารถรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ อุปสรรคที่สำคัญ
คือ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความพร้อมของกำลังคน
เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าทำให้การดูแล ผู้ป่วย
สูงอายุจากโรงพยาบาลถึงบ้านมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การ
วางแผนและปรึกษาร่วมกันในทีม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยัง
ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า การจัดทำ ทำเนียบแหล่ง
ประโยชน์ในชุมชนจะมีประโยชน์ต่อระบบการส่งต่อทำให้
เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุและ
ญาติผู้ดูแล เพื่อการเตรียมพร้อมที่ดี เกิดความมั่นใจในการ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สรุปได้ว่า พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ
ต้องการพัฒนามาตรฐานการวางแผนจำหน่าย เพื่อการ

สื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน ทำให้ระบบการ
ส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยในกับหน่วยเยี่ยมบ้านมีความรวดเร็ว
ตอบสนองทันเวลา และยังต้องการกำหนดเวลาการเยี่ยม
ผ่านระบบสื่อสารหรือการดูแล ที่บ้านที่ชัดเจน

ระยะที่ 2

การพัฒนาและนำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้ศึกษาและคณะ
ได้สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการ ทบทวน
วรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะ
เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ควรประกอบด้วย

1. การระบุระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุใน การเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหา
กระดูกสะโพกหัก ปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดสมองโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ปัจจัยอื่น
ได้แก่ ประวัติการเข้ารักษาแผนกฉุกเฉินบ่อย จำนวนวัน
นอนโรงพยาบาลเกิน 10 วัน (ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน
โรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ) และผู้ที่มีปัญหาทางสังคม
เหล่านี้สามารถใช้เป็น ตัวกำหนดผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลระยะ
เปลี่ยนผ่านให้ดียิ่งขึ้น การระบุตัวผู้ป่วยถือเป็นขั้นตอนแรก
ของการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดหลักที่ว่าวางแผน
จำหน่ายต้องเริ่มต้นตั้งแต่แรกเริ่มไว้รักษาในโรงพยาบาล
ซึ่งเกิดได้จริงส่งผลต่อคุณภาพการดูแล⁷

2. จัดให้มีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน การวางแผน
จำหน่าย อาจเรียกว่า Continuing of care ward nurse
(COCWN) ที่ช่วยให้แผนการดูแลมีความต่อเนื่อง การติดต่อ
ประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพและ
เป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษาของพยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย
และครอบครัว เจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้
รับการ ตอบสนองความต้องการ

3. การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ผู้สูงอายุ
(personal health book) เป็นเครื่องมือสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วย/
ครอบครัว ผู้ให้การดูแล ที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
การบันทึกที่ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจและมีความหมาย
ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขโทรศัพท์ที่มี
ประโยชน์เพื่อปรึกษาขอความช่วยเหลือปัญหาสุขภาพ

ยาที่ใช้ปัจจุบัน และบันทึกช่วยจำต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ

4. มาตรฐานการวางแผนจำหน่ายและ กระบวนการจำหน่าย ประกอบด้วย การประชุมร่วม ระหว่างทีมสุขภาพ ประเมินปัญหา/ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องการประชุมร่วมกับญาติ (family meeting) เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย สนับสนุนการจัดการตนเอง เรื่องยา/ทบทวนยา ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังสังเกตอาการ ความผิดปกติ การตัดสินใจจัดการแก้ไขช่วยเหลือสนับสนุน ให้ความรู้ ฝึกทักษะ วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดย ตระหนักถึงการมีส่วนร่วม สนับสนุนการจัดการดูแล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จำเป็นรวมทั้ง สรุปแผนจำหน่ายเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมกับ จำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นและเรียนรู้ความต้องการ การดูแล

5. พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านควรติดต่อกับ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย โดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน ตามความจำเป็นและเร่งด่วน และสื่อสารกับพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน แบ่งประเภทผู้ป่วยสูงอายุได้ 3 ประเภท ตามความต้องการการดูแล

1. ผู้ป่วยสูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้ป่วยสูงอายุ/ครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้ไม่ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยกำหนด ADL มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ได้รับการจำหน่ายเพื่อดูแลตนเองที่บ้าน

2. ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้านแต่ ยังต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนด ADL 5-11 คะแนน และมีที่พักอาศัยหลังจำหน่ายอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จะได้รับการส่งต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ต้องประสานส่งต่อการดูแลไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องแต่ละอำเภอ และทั้งหมดจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย และมีระยะเวลาการให้บริการเยี่ยม

ติดตามที่บ้านต่อเนื่องระยะเวลา 6 สัปดาห์ หรือได้รับการส่งต่อการดูแล

3. ผู้ป่วยสูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้านแต่ ยังต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีสุขภาพสุขภาพที่ซับซ้อน โดยกำหนด ADL 0-4 คะแนน และมีที่พักอาศัยหลังจำหน่ายอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จะได้รับการส่งต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านกลุ่มงานพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองมหาสารคามต้องประสานส่งต่อการดูแลไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องแต่ละอำเภอ และทั้งหมดจะได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย มีระยะเวลาการให้บริการเยี่ยมติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นส่งต่อไปให้พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนผลการนำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ผู้เกี่ยวข้องเห็นด้วยกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน อีกทั้งเห็นด้วยที่มีผู้ประสานงานในทีมการดูแล เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก

อภิปรายผล

ในประเทศไทย การวางแผนจำหน่ายถือ เป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการสุขภาพของสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาลซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพ ปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล'โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่อง การติดต่อสื่อสารประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพพยาบาลและระหว่างวิชาชีพ และยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ สมุด



บันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุยังเป็นสื่อกลางที่ใช้ในการสอน ให้ความรู้บทวน สนทนากับผู้ป่วยและ ครอบครัว ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุมีหลายอย่างเช่น ไข้หวัดหลายชนิด จึงเป็นบันทึกช่วยจำและเพิ่มความสนใจในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ และญาติผู้ดูแล การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่สะท้อนผลลัพธ์อันน่าพึงพอใจเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาของเนลเลอร์และคณะ^{8,9,10} พบว่าลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 5 ภายใน 30 วันของการจำหน่ายและ 1 ใน 3 ภายใน 90 วัน รวมทั้งเพิ่มระยะห่างของเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและลด ค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ¹ ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่องพบว่า การระบุตัวผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง การมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย และมีพยาบาลรับผิดชอบประสานงานในทุกระดับในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้กำหนดให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญในการบริการสุขภาพของทุกหอผู้ป่วยและพัฒนาให้เกิดคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม²

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมคิด เสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ออกร่างการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีผลลัพธ์สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่าน มีการกำหนดมาตรฐานครอบคลุมรวมถึงกำหนดนวัตกรรม การดูแลเพื่อส่งเสริมให้เกิด Health Literacy ในผู้ดูแล เช่น การมีกิจกรรมการฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การนำโปรแกรมบันทึกข้อมูลที่สามารถส่งข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลไปถึงหน่วยสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้กำหนดให้มีแบบบันทึกหรือเอกสารสำหรับการสื่อสาร และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานทุกระยะของการเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปศึกษานำร่องเพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรม มาใช้ในการปฏิบัติจริงมีความเหมาะสม นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรค นอกจากนั้น การเตรียมความพร้อมของบุคลากร ก่อนนำโปรแกรมไปปฏิบัติใช้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเตรียมความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การเตรียมความรู้กระบวนการวางแผนจำหน่าย กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนำเสนอข้อมูล ต่อผู้บริหารเพื่อสนับสนุนกิจกรรม ศูนย์ฝึกทักษะและเห็นควรผลักดันขยายผลการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในทดลองการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในแต่ละกลุ่มโรคหรือในบริบทสถานพยาบาลที่แตกต่างกันเพื่อประเมิน ความเป็นไปได้และผลลัพธ์พัฒนาให้มีความเหมาะสมเป็นต้นแบบระดับเครือข่ายจังหวัดและระดับเขตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม;2558.
2. สุทธิชัย จิตพันธ์กุล.หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2554
3. Graf,C.Functional decline in hospitalized older adults.American Journal of Nursing,106;58-68;2006.
4. Wakefield,B,J.,&Holman,J.E.Functional trajectories associated with hospitalization in older adults.Western Journal of Nursing Research,2007;29(2):166-177.

5. วันเพ็ญ พิธิพรชัย และอุษาวดี อัศตวิเศษ.การวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้กรุงเทพฯ
: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.รายงานสถิติ
ประชากรจังหวัดมหาสารคาม ; 2559.
7. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.มาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ
ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม
2559 จาก [http://www.ha.or.th/ha2010/upload/
process Basic/html files/78-5583-0.pdf](http://www.ha.or.th/ha2010/upload/process%20Basic/html%20files/78-5583-0.pdf)
8. Naylor, M. D., Broton, D., Campbell, R., Jacobs
on, B. S., Messey, M. D., Pauly, M. V., et al.
Comprehensive discharge planning and home
follow-up of hospitalized elders: A randomized
Clinical trial. Journal of the American Medical
Association, 1999; 281(7): 613- 620; 1999.
9. Naylor, M. D., Broton, D. A., Campbell, R.
L., Maislin, G., McCauley, & Schwartz, J.
Transitional care of older adults hospitalized
with heart failure: A randomized, controlled ;
2004.
10. Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell,
et al. Loss of independence in activities of
daily living in older adults hospitalized with
medical illnesses: Increased vulnerability with
age Journal of American Geriatric Society,
Creditor, M. C. (1993), 2003 ; 51(4) : 451- 458.
11. ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่
รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง
: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
Rama Nurse J, 2013; 19(2): 194-205.