

# การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลและระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ประคอง อินทรสมบัติ\* ค.ม. (การบริหารการศึกษา)

สุปรีดา มั่นคง\*\* Ph.D. (Gerontological Nursing)

สมทรง จุไรทัศน์\*\*\* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค\*\*\*\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วิลาวัลย์ ประสารอริคม\*\*\*\*\* ส.ม.

ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย\*\*\*\*\* วท.ม. (สาขาวิชาสารสนเทศทางสุขภาพ)

นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์\*\*\*\*\* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นทางการเป็นระบบเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความปลอดภัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 100 ฉบับ และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ กลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 7 ราย กลุ่มที่สองคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรม ร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาโปรแกรมการดูแล รับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 10 ราย และกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 50 ราย เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย การระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาซ้ำ มาตรฐานและกระบวนการวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อ มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานการวางแผนจำหน่าย และมีสมุดบันทึกสุขภาพเป็นเครื่องมือสื่อสารเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ควรนำไปทดลองใช้ในคลินิกเพื่อทดสอบความเป็นไปได้และผลลัพธ์ในลำดับต่อไป

**คำสำคัญ:** การดูแลอย่างครบวงจร การวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลและระยะเปลี่ยนผ่าน

\*รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: supreda.mon@mahidol.ac.th

\*\*\*อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*รักษาการหัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*รักษาการหัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยจะยังคงเพิ่มอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2568 จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่าของปีพ.ศ. 2552 และในปีพ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรไทยทั้งหมด (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากรสูงอายุที่มีอายุมาก (70- 79 ปี) และวัยปลายหรืออายุ 80 ปีขึ้นไปมีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรกลุ่มอื่น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยพบว่า การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงและยังไม่กลับคืนเท่าเดิมเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงร้อยละ 30 (Creditor, 1993; Graf, 2006; Wakefield & Holman, 2007) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Covinsky et al., 2003) การวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านและเชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมั่นใจ สามารถปรับตัวและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้บริการการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ และรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาต่อ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านกรณีมีปัญหาซับซ้อน เป็นลักษณะ Hospital based home care ภายใต้งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ (ปัจจุบันคือ หน่วยบริการพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งได้ริเริ่มการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเริ่มติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลกับงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน และต้องการการดูแลระยะยาว พยาบาลจะติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานความร่วมมือกับสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ อย่างไรก็ดีตามการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ยังไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์จากผู้ให้บริการและพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะในภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การรักษาพยาบาล และโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ได้สนับสนุนให้มีการจัดโครงการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลถือว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการเตรียมช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว เชื่อมการดูแลที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งญาติได้รับการช่วยเหลือเป็นการลดความเครียดของญาติผู้ดูแล โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ได้โปรแกรมต้นแบบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุอย่างเป็นระบบ

## การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นคำที่ใช้แทนกันอยู่เสมอ การวางแผนจำหน่ายเป็นความต้องการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ลดการดูแลแบบแยกส่วนที่มีความจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการดูแลที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยเมื่อต้องย้ายจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง อาจในสถาบันเดียวกันต่างระดับ หรือจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือไปยังสถานพยาบาลอื่น (Coleman, Boulton, & The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee, 2003)

การวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย การประเมินแรกรับ การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและทำให้เห็นการต่าง ๆ เกี่ยวกับการจำหน่ายสมบูรณ์ เช่น การตรวจสอบเรื่องยา เป็นต้น (Foust, 2007) บูลและโรเบิร์ต (2001) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ พบว่า การวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ทำความรู้จักผู้ป่วย 2) เริ่มวางแผนตั้งแต่แรกรับ 3) เตรียมพร้อมการกลับบ้าน และ 4) ทำการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการใช้แบบทีมสหสาขาวิชา (multidisciplinary team approach) และการสื่อสาร ประกอบด้วย 1) การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาล 2) การสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ

และครอบครัว และ 3) การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในชุมชน ซึ่งการสื่อสารเป็นส่วนสำคัญและเป็นศูนย์กลางในการวางแผนจำหน่าย

กรีนวอลด์และคณะ (Greenwald, Denham, & Jack, 2007) ศึกษากระบวนการจำหน่ายพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การจำหน่ายไม่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับหรือไม่มีมาตรฐานเกี่ยวกับเนื้อหา ขาดข้อมูลสำคัญทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาล ที่บ้าน และผู้ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ และพบว่ากระบวนการจำหน่าย ประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลของโรงพยาบาล โดยกำหนดผู้วางแผนจำหน่าย ได้แก่ การมีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาในระยะเปลี่ยนผ่าน (transition coach) (Coleman et al., 2004) หรือมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำหน้าที่เป็นตัวกลางดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Naylor et al., 1999) 2) ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงการรู้หนังสือ การอ่านออกเขียนได้ที่มีผลต่อความเข้าใจภาวะสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการสื่อสาร และการรับรู้ของผู้ป่วย และ 3) ทีมสุขภาพ ผู้ให้การดูแลต้องมุ่งคุณภาพและประสิทธิภาพของการสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีการศึกษาวิจัย นำไปใช้ และเผยแพร่อย่างกว้างขวางจนมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care model) ของเนลเลอร์ (Naylor, 2006) และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (care transition intervention) ของโคลแมนและคณะ (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006) รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ให้ความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตของผู้สูงอายุ ลักษณะของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด และการทำหน้าที่

รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสถาบันที่รับส่งต่อ และ 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน บุคลากรทีมสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทในบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมาของเนลเลอร์และคณะ (Naylor et al., 1999, 2004) พบว่า ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 5 ภายใน 30 วันของการจำหน่ายและ 1 ใน 3 ภายใน 90 วัน รวมทั้งเพิ่มระยะห่างของเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและลดค่าใช้จ่าย

โคลแมนและคณะ (Coleman et al., 2004) ได้พัฒนาการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (care transition intervention) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และมุ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีองค์ประกอบที่เปรียบเสมือนเสาหลัก 4 ประการคือ 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับยา 2) บันทึกที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) การติดตามการรักษาในระดับปฐมภูมิและ/หรือจากผู้เชี่ยวชาญ และ 4) มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนหรืออาการที่แสดงว่าภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยมีกลไก 2 ประการที่ช่วยบูรณาการและเชื่อมโยงเสาหลัก 4 ประการคือ การมีสมุดบันทึกสุขภาพ และการมีพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาในระยะเปลี่ยนผ่าน (transition coach) ติดตามดูแลในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน หรือติดต่อกับสถานบริการที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ

## วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยการทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลรามธิบดีไปที่บ้าน ระยะเวลา 1 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง เมษายน พ.ศ. 2552) จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสรุปการติดตามเยี่ยมบ้าน (home care discharge summary) และการสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 7 ราย และพยาบาลที่ให้การดูแล จำนวน 10 ราย โดยมีแนวทางข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 พัฒนาและนำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาล จำนวน 10 ราย และกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 50 ราย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่จะนำมาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาและคณะพัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลิขิการรักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญการรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. แบบสรุปการติดตามเยี่ยมบ้าน (home care discharge summary) เป็นแบบบันทึกที่งานการพยาบาล

**การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง:  
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**

ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ (ปัจจุบันคือ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี นำมาใช้ในการติดตามประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย จนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ และกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

3. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาและคณะพัฒนาขึ้นมา เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากมุมมองของญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ แนวคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ท่านให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไรบ้าง สิ่งใดที่ท่านคิดว่ามีส่วนช่วยให้ท่านให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่ท่านพบในระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง และข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าจะทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/208 โดยผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง โดยใช้รหัสแทน ชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมการศึกษาในการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่มคือ ญาติผู้ดูแลและพยาบาล เป็นไปโดยสมัครใจโดยการลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผลการศึกษาถูกวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแลที่บ้านและกลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในคลินิก

**ผลการศึกษาและอภิปรายผล**

**ระยะที่ 1**

ในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผลการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 77 ปี (SD = 9.43, mode = 81, 85 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุจากแผนกอายุรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 70 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหลายอย่าง ค่าเฉลี่ย 8 ปัญหา (SD = 4.02, mode = 4, range 1-18) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบหัวใจ เป็นต้น ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 21 วัน (SD = 29, mode = 7 วัน) ค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ได้รับก่อนออกจากโรงพยาบาล 9 ชนิด (SD = 3.76, mode = 7 ชนิด) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินว่าต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้รับการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89 เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวแบ่งเป็นผู้ที่ทุพพลภาพเล็กน้อย ต้องการการดูแลระยะยาว (long term mild disabilities) และผู้ที่ทุพพลภาพมากต้องการการดูแลระยะยาว (long term extreme disabilities) ร้อยละ 45 และ 44 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลและมีอุปกรณ์การแพทย์ที่จำหน่ายพร้อมผู้ป่วย ร้อยละ 65 เช่น การให้อาหารทางสายยางทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหารหรือทางสายให้อาหารทางหน้าท้อง สายสวนปัสสาวะ

การดูแลตนเอง การฉีดยา การให้ออกซิเจน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 96 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 92 ผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบ่งเป็นญาติ ร้อยละ 72.4 ผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน (paid caregiver) ร้อยละ 14.3 ญาติผู้ดูแลเป็นผู้หญิง ร้อยละ 77 ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 39 เจ้าหน้าที่พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 114.2 นาที ต่อ 1 ราย (SD = 81) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 60.75 นาทีต่อ 1 ราย (SD = 43.7) กิจกรรมการดูแลขณะเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจร่างกาย ให้ความรู้และคำแนะนำ ร้อยละ 100 การสอนทักษะในการใช้อุปกรณ์ ร้อยละ 81 และการสนับสนุนและให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย ร้อยละ 59 ตามลำดับ

สาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล การสนทนากลุ่มญาติผู้ดูแล ผู้ศึกษาและคณะ นัดไว้ 10 ราย แต่มาได้ 3 ราย เนื่องจากไม่มีคนอยู่ดูแลผู้ป่วยอายุ 2 ราย ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ราย ดังนั้นมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 7 ราย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลประกอบด้วย ภรรยาดูแลสามี 3 ราย สามีดูแลภรรยา 1 ราย ลูกชายดูแลมารดาซึ่งเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 1 ราย ลูกสาวดูแลมารดา 1 ราย พี่สาวดูแลน้องสาว 1 ราย ระยะเวลาที่กลุ่มญาติผู้ดูแลให้การดูแลตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 4 ปี ผู้สูงอายุทั้งหมดต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันทั้งหมด มีความต้องการการดูแลเฉพาะดังนี้คือ เจาะคอ/ระบายเสมหะ 3 ราย ให้อาหารทางสายยาง 4 ราย ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ 1 ราย ให้ออกซิเจนที่บ้าน/เครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive 3 ราย คาสายสวนปัสสาวะ (retained Foley's catheter) หรือสวนปัสสาวะเป็นเวลา (intermittent catheterization) 2 ราย

สาระสำคัญเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านใน

ด้านการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและความพร้อมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยสูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า กลุ่มญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่ที่บ้าน เป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้และต้องการเวลาเตรียมตัว 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน กลับบ้านใหม่ๆ เป็นช่วงเวลา “ขลุกขลัก แม้จะมั่นใจเมื่อออกจากโรงพยาบาลแต่รู้สึกว่าจะไปไม่รอด” และ 3) ระยะปรับตัวได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ แก้ปัญหาอย่างไม่หยุดนิ่ง กลุ่มญาติผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่ที่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. ถือเป็นความรับผิดชอบ ในฐานะญาติถือเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล โดยเตรียมตัว เตรียมบ้าน มีความต้องการเวลาเตรียมก่อนกลับบ้าน 2-3 วัน และต้องการกลับบ้าน ไม่ต้องการเป็นภาระของโรงพยาบาล ดังข้อความต่อไปนี้

“คิดว่าการอยู่ที่บ้านแม่จะดีกว่าอยู่โรงพยาบาล”  
[ลูกชายดูแลมารดาเป็นมะเร็งระยะก้าวหน้า]

2. ต้องเรียนรู้การดูแลและแก้ปัญหาเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสอน ให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแล และญาติเชื่อมั่นว่าจะดูแลได้อย่างปลอดภัย ดังข้อความต่อไปนี้

“พยาบาลสอนคิดว่าเพียงพอ แต่เกิดปัญหาในส่วนที่ไม่ได้สอน” ตัวอย่างเช่น การมีปัสสาวะรั่วแม้จะคาสายสวนปัสสาวะไว้ จึงต้องการที่ปรึกษา [ลูกสาวดูแลมารดา]

3. ต้องจัดระบบ ในฐานะญาติเป็นทั้งผู้ดูแลและผู้จัดการ ต้องมีการจัดตารางกิจกรรมเพื่อวางระบบสำหรับผู้ป่วยดูแล และให้เกิดความปลอดภัย จัดอุปกรณ์บ้าน เตียง เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม และต้องวางแผนเกี่ยวกับผู้ช่วยดูแล รวมทั้งคำนึงถึงความล่าช้าของผู้ช่วยดูแล ดังข้อความต่อไปนี้

“ต้องเขียนตารางกิจกรรมว่าเวลานี้ต้องทำอะไรบ้าง ตั้งแต่เช้าถึงเย็น เพื่อให้ผู้ช่วยดูแลดูแลได้ครบถ้วน”

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง:  
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

4. เตรียมพร้อมในยามฉุกเฉิน ญาติผู้ดูแลต้องเตรียมตัวไว้ตลอดเวลา เตรียมเสื้อผ้า กระเป๋า และการเดินทาง เตรียมหาบุคคลเพื่อปรึกษาในกรณีมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น พยาบาลที่หอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน ดึงข้อความต่อไปนี้

“ที่โรงพยาบาลที่วอร์ด โดยจดเบอร์โทรศัพท์วอร์ด ไว้ 1-2 เบอร์ เอาไว้โทรศัพท์ปรึกษา” “ไม่เคยผิดหวัง” โดยญาติจดเบอร์โทรศัพท์หอผู้ป่วยไว้เอง หรือพยาบาลบอกหมายเลขโทรศัพท์เพื่อปรึกษา หรือติดต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน

5. ญาติผู้ดูแลต้องทำชีวิตให้ลงตัวระหว่างงานประจำกับงานในฐานะผู้ดูแล ดึงข้อความต่อไปนี้

“ออกจากงานก็ไม่ได้ ต้องคิดถึงเศรษฐกิจ” “ที่ทำงานเห็นใจว่าแม่ป่วย และน้อง ๆ ช่วยกัน”

6. จัดหาคนช่วยดูแลโดยจ้างจากศูนย์บริการหรือขอความช่วยเหลือแม่บ้านซึ่งช่วยทำงานบ้าน บางครอบครัวจ้างเพื่อนบ้าน โดยมีสลับเวรจัดเป็นเวรกลางวันและกลางคืน สำหรับการจ้างผู้ช่วยดูแล พบว่าในช่วงแรกมีความยากลำบากในการว่าจ้าง บางรายจ้างผู้ช่วยดูแลมาแล้วถึง 40 คนต่อการดูแล 4 ปี

7. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน โดยการวางแผนล่วงหน้า ญาติผู้ดูแลกล่าวว่าต้องจัดบ้านให้เหมือนโรงพยาบาล ต้องมีเครื่องดูดเสมหะ 2 เครื่อง ชาย-ขวา เครื่องกำเนิดออกซิเจน และแท็งค์ออกซิเจน เป็นต้น เพื่อความพร้อมกรณีเครื่องดูดเสมหะชำรุดหรือไฟฟ้าดับ

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีดูแลจิตใจผู้ป่วย ทหาวิธีการให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เป็นต้น กลุ่มญาติผู้ดูแลพบว่า ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดตามมาจากการดูแลและความต้องการในการช่วยเหลือให้การดูแลที่บ้าน เช่น สุขภาพของผู้ป่วยไม่คงที่ อายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับความเจ็บป่วยหลายอย่าง ญาติผู้ดูแลต้องทำให้แข็งแรง ต้องประหยัดอย่างที่สุด เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง มีความเครียดจากการดูแลซึ่งเป็นเรื่องที่ญาติผู้ดูแลต้อง

เรียนรู้และปรับตัวให้ได้ สรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การเตรียมความพร้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ก่อนกลับบ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องการมีที่ปรึกษาในกรณีฉุกเฉิน จึงต้องการจัดให้มีสายด่วน (hotline) เพื่อสอบถามปัญหาและขอความช่วยเหลือ การมีเจ้าหน้าที่พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

สาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาล

จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 10 ราย ประกอบด้วย พยาบาลแผนกอายุรศาสตร์ 2 ราย พยาบาลแผนกศัลยกรรม 2 ราย พยาบาลแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 ราย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APN) 1 ราย พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน 3 ราย และพยาบาลจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 1 ราย สาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลพบว่าการวางแผนจำหน่ายและการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีระบบการดูแล และมีประเด็นดังนี้

1. ระบบการวางแผนจำหน่ายพยาบาลทุกคนเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย มีการพัฒนาโปรแกรมจัดเตรียมวัสดุเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ โดยสั่งวัสดุเวชภัณฑ์จากแผนกเภสัชกรรมผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยทั่วไปพยาบาลจะแนะนำให้ญาติมีระบบติดต่อขอคำปรึกษาพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านโดยให้หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามอุปสรรคที่พบในระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบว่าแนวทางการวางแผนจำหน่ายยังไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์แต่ละคน บางครั้งขาดการประสานงานอย่างเป็นทางการและการสื่อสารที่ดี และยังไม่เป็นที่ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

(แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร) แผนการจำหน่ายยังขาดมิติการฟื้นฟูสภาพ การกำหนด วันนอนโรงพยาบาล แพทย์ส่วนใหญ่จำหน่ายผู้ป่วย อย่างเร่งด่วน มีการวางแผนล่วงหน้าน้อยมาก ทำให้มี ข้อจำกัดในการเตรียมพร้อมของญาติเพื่อให้การดูแล อย่างต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติ รับผิดชอบโดยตรงหรือระบุนญาติดูแลไม่ได้ โดยกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการการวางแผนจำหน่ายและ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เป็นมาตรฐาน

2. ระบบ hospital-based home care พบว่า หน่วยงานมีการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายจาก โรงพยาบาลและมีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านโดยพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน พยาบาลแผนก ผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบในการติดต่อ ประสานงานการวางแผนจำหน่าย และส่งต่อระหว่าง แผนกผู้ป่วยในกับหน่วยเยี่ยมบ้านโดยผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ เพื่อให้พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านขึ้นมา ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การติดตามเยี่ยม หลังจำหน่ายขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยแต่ละราย และยังไม่ได้กำหนดระยะเวลาการ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละประเภท

3. ระบบการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและ ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่าการ ประสานงานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่ชัดเจน บางครั้งไม่มีลายลักษณ์อักษร ทำให้การเชื่อมต่อ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมทั้งผู้ป่วยนอกเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลขาดการส่งต่อ สรุปการ จำหน่ายเป็นทางการและทันเวลา นอกจากนี้ ความซับซ้อน ของปัญหาของผู้ป่วย ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์ สาธารณสุขกรุงเทพมหานครน้อยลง พยาบาลหน่วย เยี่ยมบ้านยังต้องติดตามดูแลผู้ป่วยจนกว่าปัญหาการดูแล ของผู้ป่วยสูงอายุมีความซับซ้อนน้อยลง ศูนย์สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จึงสามารถรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ อุปสรรคที่สำคัญคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความพร้อมของกำลังคน เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าทำให้การดูแล ผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การวางแผนและปรึกษาร่วมกันในทีม นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า การจัดทำ ทำเนียบแหล่งประโยชน์ในชุมชนจะมีประโยชน์ต่อระบบ การส่งต่อทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อการเตรียมพร้อมที่ดี เกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สรุปได้ว่า พยาบาลต้องการพัฒนามาตรฐานการวางแผนจำหน่าย เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน ทำให้ระบบการส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยในกับหน่วยเยี่ยม บ้านมีความรวดเร็วตอบสนองทันเวลา และยังต้องการ การกำหนดเวลาการเยี่ยมผ่านระบบสื่อสารหรือการดูแล ที่บ้านที่แน่นอน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผน การจำหน่ายและการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในประเทศไทย ของวันเพ็ญ พิชิตพรชัยและคณะ (Pichitpornchai, Street, & Boontong, 1999) เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาการเตรียม ผู้ป่วยอายุรกรรมสำหรับการจำหน่ายที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน พบว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการ อย่างไม่เป็นทางการและเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ การสื่อสาร แผนการจำหน่ายเกิดขึ้นระหว่างส่งเวร การสนทนา แผนการจำหน่ายระหว่างทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพ มักเกิดโดยไม่ตั้งใจและเกิดเวลาใดก็ได้เมื่อสะดวก ใช้เวลาสั้น ๆ การประสานงานมีน้อย

## ระยะที่ 2

การพัฒนาและนำเสนอโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ผู้ศึกษาและ คณะได้สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ อย่างครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ควรประกอบด้วย

**การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง:  
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**

1. การระบุระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ได้แก่ ประวัติการเข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินบ่อย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเกิน 10 วัน (ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ) และผู้ที่มีปัญหาทางสังคมเหล่านี้ สามารถใช้เป็นตัวกำหนดผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านให้ดียิ่งขึ้น การระบุผู้ป่วยถือเป็นขั้นตอนแรกของการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดหลักที่ว่า การวางแผนจำหน่ายต้องเริ่มต้นตั้งแต่แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซึ่งเกิดได้จริง

2. จัดให้มีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย อาจเรียกว่า discharge planning resource nurse (DPRN) ที่ช่วยให้แผนการดูแลมีความต่อเนื่อง การติดต่อประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพและเป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษาของพยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการ

3. การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุ (personal health book) เป็นเครื่องสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัว ผู้ให้การดูแล ที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การบันทึกที่ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจและมีความหมาย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขโทรศัพท์ที่มีประโยชน์เพื่อปรึกษา ขอความช่วยเหลือ ปัญหาสุขภาพ ยาที่ใช้ปัจจุบัน และบันทึกช่วยจำต่างๆ

4. มาตรฐานการวางแผนจำหน่ายและกระบวนการจำหน่าย ประกอบด้วย การประชุมร่วมระหว่างทีมสุขภาพ ประเมินปัญหา/ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การประชุมร่วมกับญาติ (family meeting) เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย สนับสนุนการจัดการตนเอง เรื่องยา/ทบทวนยา ความรู้เกี่ยวกับความ

เจ็บป่วย การเฝ้าระวังสังเกตอาการ ความผิดปกติ การตัดสินใจจัดการแก้ไขช่วยเหลือสนับสนุนให้ความรู้ ฝึกทักษะ วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตระหนักถึงการมีส่วนร่วม สนับสนุนการจัดการดูแล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็น รวมทั้งสรุปแผนจำหน่าย เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมกับจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นและเรียนรู้ความต้องการ การดูแล

5. พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านควรติดต่อกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย โดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน ตามความจำเป็นและเร่งด่วนและสื่อสารกับพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

การดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (care transition) แบ่งได้ 4 ประเภทตามความต้องการการดูแล

1. ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้สูงอายุ/ครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้ไม่ต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน

2. ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านแต่ยังต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีที่พักอาศัยหลังจำหน่ายอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล จะได้รับการส่งต่อพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและ/หรือติดตามทางโทรศัพท์ ภายใน 3 วัน หลังจำหน่าย ซึ่งมีระยะเวลาการให้บริการ และส่งต่อให้พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

3. ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ยังต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีที่พักอาศัยหลังจำหน่ายอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานครหรือต่างจังหวัด จำหน่ายพร้อมแผนการดูแล และแผนการรักษาของแพทย์

4. ผู้สูงอายุจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการระยะยาว จำหน่ายพร้อมแผนการดูแล และแผนการรักษาของแพทย์

ผลการนำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าผู้เกี่ยวข้องเห็นด้วยกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเห็นด้วยว่าพยาบาลควรเป็นผู้ประสานงานในทีมการดูแลและควรมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก

ในประเทศไทย การวางแผนจำหน่ายถือเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่อง การติดต่อสื่อสารประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพพยาบาลและระหว่างวิชาชีพ และยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุยังเป็นสื่อกลางที่ใช้ในการสอน ให้ความรู้ ทบทวน สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลายอย่าง ใช้ยาหลายชนิด จึงเป็นบันทึกช่วยจำและเพิ่มความสนใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีเป้าหมายเพื่อเป็นโปรแกรมต้นแบบในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ

อย่างเป็นระบบ เริ่มจากการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยในสู่ผู้ให้บริการเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมที่บ้านอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพโดยใช้ทีมสหสาขาวิชา ทำให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่น ตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษานำร่องโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาความเหมาะสมของการนำโปรแกรมลงไปใช้ในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ การเตรียมพร้อมที่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นในการนำโปรแกรมลงสู่ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกระยะของการเจ็บป่วย ร่วมกับการผลักดันในระดับนโยบายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรในอนาคต

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ให้ทุนในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณศาสตราจารย์ นพ.ชัชชาติ รัตตสาร ผู้จัดการโครงการฯ พญ.อรพิชญา ไกรฤทธิ และ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ ที่ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำโครงการครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2552). *โครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2555 จาก <http://www.ha.or.th/ha2010/upload/processBasic/htmlfiles/78-5583-0.pdf>

**การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง:  
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**

- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2553). การปฏิบัติกรพยาบาล  
ขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล  
สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). รายงานประจำปีสถานการณ์  
ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา  
ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.): ที่ คิว พี.
- Arbaje, A. I., Wolff, J. L., Yu, Q., Powe, N. R. Anderson, G.  
F., & Boulton, C. (2008). Postdischarge environmental and  
socioeconomic factors and the likelihood of early hospital  
readmission among community-dwelling medicate  
beneficiaries. *The Gerontologist*, 48, 495-504.
- Bull, M. J., & Robert, J. (2001). Components of a proper  
hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*,  
35(4), 571-581.
- Coleman, E. A., Boulton, C., & The American Geriatrics Society  
Health Care Systems Committee. (2003). Improving the  
quality of transitional care for person with complex care need.  
*Journal of American Geriatric Society*, 51(4), 556-557.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. (2006). The  
care transition intervention: Results of a randomized controlled  
trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1822-1828.
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S., Pary, C., & Kramer,  
A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate  
in care delivery across settings: The care transitions intervention.  
*Journal of American Geriatric Society*, 52, 1819-1824.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell,  
S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss  
of independence in activities of daily living in older adults  
hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability  
with age. *Journal of American Geriatric Society*, 51(4),  
451-458.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the  
elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219-223.
- Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing  
practice. *Applied Nursing Research*, 20(2), 72-7.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older  
adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-68.
- Greenwald, J. L., Denham, C. R., & Jack, B. W. (2007).  
The hospital discharge: A review of high risk Care  
transition with highlights of a reengineered discharge  
process. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 97-106
- Holland, D. E., & Harris, M. R. (2007). Discharge planning,  
transitional care, coordination of care, and continuity of  
care: Clarifying concepts and terms from the hospital  
perspective. *Home Health Care Services Quarterly*, 26(4),  
3-19.
- Naylor, M. D. (2006). Transitional care: A critical dimension  
of the home healthcare quality agenda. *Journal of  
Healthcare Quality*, 28(1), 48-54.
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobson, B. S.,  
Messey, M. D., Pauly, M. V., et al. (1999). Comprehensive  
discharge planning and home follow-up of hospitalized  
elders: A randomized Clinical trail. *Journal of the American  
Medical Association*, 281(7), 613-620.
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G.,  
McCauley, & Schwartz, J. (2004). Transitional care of  
older adults hospitalized with heart failure: A randomized,  
controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*,  
52(5), 675-684.
- Naylor, M. D., & Keating, S. K. (2008). Transitional Care:  
Movement from one care setting to another. *American  
Journal of Nursing*, 108(S9), 58-63.
- Pichitpornchai, W., Street, A., & Boontong, T. (1999).  
Discharge planning and transitional care: Issues in Thai  
nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 36,  
355-362.
- Wakefield, B. J., & Holman, J. E. (2007). Functional  
trajectories associated with hospitalization in older adults.  
*Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 161-177.

## Comprehensive Care of Hospitalized older Adults: Transitional Care from Hospital to Home

Prakong Intarasombat\* M.Ed. (Nursing Administration)

Supreeda Monkong\*\* Ph.D. (Gerontological Nursing)

Somsong Churaitatsanee\*\*\* M.S. (Public Health)

Suluck Vongterapak\*\*\*\* M.N.S. (Adult Nursing)

Wilawan Prasanaikom\*\*\*\*\* M.P.H.

Parichart Pronsawatchai\*\*\*\*\* M.S. (Health Informatics)

Nitchatima Sereewichayasawad\*\*\*\*\* M.S. (Public Health)

**Abstract:** Systematic hospital discharge planning is a key issue in transitional care for hospitalized older adults to ensure safety during the transition. The purpose of this study was to develop a program of comprehensive care of hospitalized older adults during transition from hospital to home. The study was divided in two phases. Phase I: situational analysis regarding continuing care of older adults from hospital to home was conducted. Data were collected from a sample of 100 hospital health records of older adults who were discharged home and two focus groups were conducted: a) 7 family caregivers and b) 10 professional nurses. Demographic data questionnaire and home care discharge summary were used to collect data. A structured interview guide was used for two focus groups. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis, respectively. Results showed that the majority (89%) of older adults' medical conditions had been classified as long term mild to extreme disabilities. All of them needed continuing care from hospital to home. The transitional period from hospital to home was the critical point for family caregivers to learn how to take care of their older adults at home safely. Nurses also needed the establishment of standard of transitional care for effective communication. Phase II: development of transitional care program, the program was developed using data synthesized in Phase I as well as literature reviewed. The developed program was validated by 10 hospital executives and 50 nurses. The program was adjusted according to their comments and suggestions. Finally, the transitional care program comprised of identifying older patients at risk for rehospitalization, standard discharge planning, having nurse as a coordinator for discharge planning, and having personal health book as communication tool for effective continuing care. However, the process of program testing in the clinical settings is needed for the feasibility and usefulness.

**Keywords:** Comprehensive care, Discharge planning, Hospital to home, Hospitalized older adults, Transitional care

---

\*Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

\*\*\*Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*\*Acting Head of Home Health Care Unit, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*\*\*Acting Head of Home Health Care Unit, Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*\*\*Professional Nurse, Home Health Care Unit, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University