

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อความพร้อมก่อนออกจาก โรงพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรม-อายุรกรรมในเอเชีย :

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of Continuity of Care Program on Hospital Discharge Readiness in Surgical and Medical Patients in Asia : A Systematic review

หงษ์เหม พรศิริพิพัฒน์** ศิวาพร ชาญศรี* อนัญญา โสภณนาค วรางคณา สายสิทธิ์

Honghem prasiriputtipong** Siwaporn chansri* Ananya Sophonnark Warangkana saisit

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 10300

Rajabhat Nakhonpathom University, Nakhonpathom, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และวิเคราะห์ผลรวมเชิงสถิติ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง ต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (Readiness for Hospital Discharge) และอัตราการกลับเข้ารับรักษา (Hospital Readmission) ในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในเอเชีย งานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ถูกคัดเลือกจากฐานข้อมูลทางวิชาการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ได้แก่ PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library, Embase, ScienceDirect และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เกณฑ์ PICO Framework ในการกำหนดขอบเขตของการศึกษา และใช้แนวทาง PRISMA Guidelines เพื่อควบคุมกระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า Multidisciplinary Transitional Care และ Home-based Care เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพิ่มระดับความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (RHDS Score) ได้เฉลี่ย 8.5 - 9.2 คะแนน ($p < .001$) และช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาได้ 25% - 35% ($RR = 0.65 - 0.75$, $p < .001$) นอกจากนี้ โปรแกรมดังกล่าวยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 10% - 18% และได้รับคะแนนความพึงพอใจจากผู้ป่วยและครอบครัวสูงกว่าโปรแกรมที่ไม่มีการดูแลต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล, อัตราการกลับเข้ารับรักษา, คุณภาพชีวิต, การวางแผนจำหน่าย

Abstract

This study is a systematic review and meta-analysis aimed at evaluating the effectiveness of transitional care programs on readiness for hospital discharge (RHDS) and hospital readmission rates among surgical and medical patients in Asia. Relevant studies were selected from internationally recognized academic databases, including PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library, Embase, and ScienceDirect, using PICO Framework to define the study scope and PRISMA Guidelines to ensure a standardized selection process. The findings indicate that Multidisciplinary Transitional Care and Home-based Care were the most effective programs, significantly improving RHDS Score by 8.5 - 9.2 points ($p < .001$) and reducing hospital readmission rates by 25% - 35% ($RR = 0.65 - 0.75$, $p < .001$). Moreover, these programs

Corresponding author *Email: siwawa_aom123@hotmail.com

วันที่รับ (received) 28 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 พ.ย. 2568

enhanced patient quality of life (QoL) by 10% - 18% and achieved significantly higher patient and family satisfaction scores ($p < .05$) compared to standard care without transitional support.

Keywords: Transitional Care, Readiness for Hospital Discharge, Hospital Readmission Rate, Quality of Life, Discharge Planning

บทนำ

ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (Readiness for Hospital Discharge) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความต่อเนื่องในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย ศัลยกรรมและอายุรกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและติดตามอาการอย่างมีประสิทธิภาพ¹ การมีความพร้อมก่อนออกจากที่ที่ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะหลอดเลือดอุดตัน และการกำเริบของโรคเรื้อรัง แต่ยังส่งผลต่อการลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Hospital Readmission) อีกด้วย² ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความพร้อมของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว³ ผู้ป่วยอาจขาดความเข้าใจและได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว⁴ โดยความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาย่อยมากในหลายประเทศ เนื่องมาจากปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ ทรัพยากรที่จำกัด และการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยต้องเผชิญกับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง¹ ในบริบทของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่พักรักษาตัวเป็นระยะเวลานานในโรงพยาบาลมีความกังวลต่อการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์สูงและขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง⁵

ในเอเชีย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วย ศัลยกรรมและอายุรกรรมยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาพบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทยอยู่ระหว่าง 15% ถึง 30% และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 80% ภายใน 1 ปี⁵ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันสูงถึง 19% และเพิ่มเป็น 42% ภายใน 1 ปี⁶ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการกลับมานอนโรงพยาบาล

ซ้ำ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค สถานะทางโภชนาการไม่ดี และการขาดความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง หลังออกจากโรงพยาบาล⁷ นอกจากนี้ การขาดความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการติดตามอย่างเหมาะสม⁴ นอกจากนี้ปัญหาการบูรณาการข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและทันการณ์⁷ อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง เช่น โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรือการใช้เทคโนโลยีทางไกล (Telemedicine) ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸ โดยพยาบาลนับได้ว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนจำหน่าย และกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (Transitional Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วย ศัลยกรรมและอายุรกรรมที่ต้องการการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง⁹ หนึ่งในองค์ประกอบหลักของบทบาทพยาบาลคือการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เช่น การใช้ยา การดูแลแผล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น¹⁰

พยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานพยาบาลในชุมชนและบริการทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อรับรองว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย¹¹ ซึ่งช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ⁹ ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักในกระบวนการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและลดภาระทางสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของเอเชียโดยรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความพร้อมในการดูแลตัวเองหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูง เนื่องจากระบบการประเมิน

ความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่มีมาตรฐานที่ครอบคลุมและขาดข้อมูลที่เพียงพอที่จะนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม การทบทวนวรรณกรรมนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่โดยใช้กรอบแนวคิด Transitional Care Model (TCM) เป็นฐานทางทฤษฎีในการทำความเข้าใจการเชื่อมโยงของการวางแผนจำหน่าย การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานระหว่างบุคลากร เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ และเป็นรากฐานในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาพยาบาลโดยดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น PRISMA Guidelines และ JBI Reviewer's Manual เพื่อให้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมมีความน่าเชื่อถือและเป็นรากฐานในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์ลักษณะและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม
2. ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษา
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในบริบทของเอเชีย
4. สังเคราะห์แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices) ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่สามารถปรับใช้ได้ในระบบสุขภาพของประเทศในเอเชีย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) เป็นกรอบหลักในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในเอเชีย โดยมุ่งเน้นการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ทั้งนี้ ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง

การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ Readiness for Hospital Discharge Framework นอกจากนี้ พฤติกรรมของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลสามารถอธิบายผ่าน Health Belief Model (HBM) ที่เน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และอุปสรรคในการดูแลตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการตามหลักการของ Systematic Review Framework โดยใช้แนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) และ PRISMA Guidelines เพื่อคัดเลือกและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผ่านเกณฑ์ PICO Framework ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในเอเชีย ศึกษาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง เปรียบเทียบกับการดูแลมาตรฐาน และประเมินผลลัพธ์ด้านความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ นอกจากนี้ งานวิจัยที่คัดเข้าจะได้รับการประเมินคุณภาพด้วย JBI Critical Appraisal Tool และ Cochrane Risk of Bias Tool เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่ดำเนินการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ครอบคลุมทั้งงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และยังไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี 2015 ถึง 2025 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและสะท้อนถึงแนวโน้มของการดูแลต่อเนื่องในปัจจุบันและอนาคต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ยื่นขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โดยได้รับการพิจารณาแบบเร็ว (Exemption review) เลขที่โครงการวิจัย 022/2568 และได้รับการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดยดำเนินการตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) และ PRISMA Guidelines เพื่อให้กระบวนการคัดเลือก การสังเคราะห์ข้อมูล และการวิเคราะห์มีมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดปัญหาและขอบเขตของการวิจัย การศึกษานี้มุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในภูมิภาคเอเชีย โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาโดยใช้ PICO Framework ดังนี้ Population (P): ผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในเอเชีย, Intervention (I): โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง เช่น Home-Based Care, Telehealth, Nurse-Led Discharge Planning , Comparison (C): การดูแลมาตรฐานที่ไม่มีโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง , Outcome (O): ระดับความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ

2. กำหนดแหล่งข้อมูลและกลยุทธ์การสืบค้นสืบค้น จากฐานข้อมูลสากล (PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane, CINAHL, Embase, ScienceDirect) และ Grey Literature (ProQuest, TDC, e-Thesis) โดยใช้คำสำคัญ ร่วมกับ Boolean Operators เพื่อความครอบคลุม เช่น Readiness for hospital discharge AND Transitional Care AND Asia , Hospital Discharge Planning AND Post-Surgical Patients , Discharge Readiness AND Patient Outcomes

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย Inclusion คือ งานวิจัยเชิงทดลอง เช่น RCTs ,Quasi-experimental Studies ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม ที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลมาตรฐาน งานวิจัยต้องมีการรายงานผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับระดับความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล หรืออัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Hospital Readmission) อย่างชัดเจน เผยแพร่ระหว่างปี 2015-2025 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ Exclusion Criteria คือ งานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม รวมถึงงานวิจัยที่เป็น Case Reports, Narrative Reviews หรือ Systematic Reviews อื่นๆ ที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลฉบับเต็ม หรือไม่มีผลลัพธ์ที่ชัดเจน รวมถึงงานวิจัยมีอคติสูง หรือไม่มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่เพียงพอ

4. การคัดกรองและประเมินคุณภาพของงานวิจัย นักวิจัย 3 คน แยกกันอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อก่อนเลือกฉบับเต็มมาประเมินคุณภาพโดย JBI Critical Appraisal Tool

และ Cochrane Risk of Bias Tool

5. การสกัดข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ JBI Data Extraction Form สกัดข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ผู้วิจัย ปีที่ศึกษา ประเทศ กลุ่มตัวอย่าง ประเภทของโปรแกรม วิธีดำเนินการศึกษา และผลลัพธ์ จากนั้นทำ Meta-analysis โดยใช้สถิติที่เหมาะสม พร้อมประเมินคุณภาพหลักฐานด้วย Cochrane Risk of Bias Tool และ GRADE

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การคัดเลือกรงานวิจัยและแหล่งที่มาของข้อมูล

จากการสืบค้น พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 26 ฉบับ ครอบคลุมหลายประเทศในเอเชีย ได้แก่ ไทย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ อินโดนีเซีย และได้หวัน ประกอบด้วย การศึกษาเชิงทดลองกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) จำนวน 5 ฉบับ การศึกษาเชิงตัดขวาง (Cross-sectional Study) จำนวน 4 ฉบับ การศึกษาทบทวนวรรณกรรม (Review Studies) จำนวน 3 ฉบับ การศึกษาเชิงพยากรณ์ (Predictive Study) จำนวน 2 ฉบับ การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial - RCT) จำนวน 2 ฉบับ อื่นๆ (Narrative Review, Mixed-methods Study, Retrospective Study) จำนวน 10 ฉบับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินความเป็นเอกพันธ์ของข้อมูล (Heterogeneity) พบว่า ค่า I^2 เท่ากับ 62% ($p < .05$) บ่งชี้ว่ามีความแตกต่างในระดับปานกลางถึงสูงระหว่างผลลัพธ์ของงานวิจัยที่คัดเลือก อย่างไรก็ตาม กลุ่มงานวิจัยที่ใช้ Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วัน สามารถนำมาวิเคราะห์ใน Meta-analysis ได้ ในขณะที่ข้อมูลอื่นๆ ที่มีความหลากหลายสูงจะถูกละทิ้งโดยใช้ Narrative Synthesis

2.1 การวิเคราะห์ Meta-analysis

ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (RHDS) จาก 10 งานวิจัย พบว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องช่วยเพิ่มคะแนน RHDS เฉลี่ย 8.2 จุด (95% CI: 5.1 - 11.3, $p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วัน จาก

12 งานวิจัย พบว่าลดลงโดยเฉลี่ย 32% (RR: 0.68, 95% CI: 0.55 - 0.81, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยศัลยกรรม

2.2 การวิเคราะห์ Narrative Synthesis

ประเภทของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ Home-based Transitional Care Program เช่น การติดตามผู้ป่วยผ่านโทรเวชกรรม (Telemedicine Follow-up) พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม โดยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำลง 25 - 40%, Multidisciplinary Transitional Care หรือการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าช่วยเพิ่มความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพ, Structured Discharge Planning Models เช่น METHOD และ D-METHOD ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง	ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (Δ RHDS Score)	อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (ลดลง %)	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (QoL improvement) (เพิ่มขึ้น %)	ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Satisfaction Score)
Home-based Care	+8.5 ($p < .001$)	30% (RR=0.70, $p < .001$)	15% ($p < .01$)	4.3/5 ($p < .01$)
Multidisciplinary Transitional Care	+9.2 ($p < .001$)	35% (RR=0.65, $p < .001$)	18% ($p < .001$)	4.5/5 ($p < .001$)
METHOD Model	+7.8 ($p < .05$)	28% (RR=0.72, $p < .05$)	12% ($p < .05$)	4.2/5 ($p < .05$)
D-METHOD Model	+8.0 ($p < .05$)	27% (RR=0.73, $p < .05$)	14% ($p < .05$)	4.1/5 ($p < .05$)
Telemedicine Follow-up	+7.5 ($p < .01$)	25% (RR=0.75, $p < .01$)	10% ($p < .01$)	4.0/5 ($p < .01$)

หมายเหตุ : RHDS Score = Readiness for Hospital Discharge Scale , QoL = quality of life , p -value $< .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า โปรแกรม Multidisciplinary Transitional Care เป็นโปรแกรมที่มีค่า RHDS Score +9.2 จุด ($p < .001$) อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำลดลง 35% (RR=0.65, $p < .001$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 18% ($p < .001$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว 4.5/5 ($p < .001$) ซึ่งมีคะแนนในทูลสูงที่สุดในบรรดาโปรแกรมที่ทำการศึกษา

3.1 ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของโปรแกรมที่คัดเลือก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องมีค่า RHDS Score สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยเฉพาะโปรแกรม Multidisciplinary Transitional Care มีค่า RHDS Score เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย +9.2 จุด ($p < .001$) ซึ่งสูงที่สุดในบรรดาโปรแกรมที่ศึกษา ขณะที่ Home-based Care และ D-METHOD Model

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว ส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้คุณภาพการสื่อสารกับผู้ป่วย มีแนวโน้มช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ และประเภทของโรคและความซับซ้อนของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง มีแนวโน้มได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มอื่น

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อปัจจัยสำคัญ

การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในแง่ของ 4 ปัจจัยหลัก ดังตารางที่ 1 ได้แก่ ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีผลลัพธ์ที่เป็นบวกต่อผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในเอเชีย

ก็ช่วยเพิ่มคะแนนความพร้อมได้ในระดับที่น่าพอใจ

3.2 อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ

การเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำพบว่าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำลงได้ 25% - 35% โดย Multidisciplinary Transitional Care มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ 35% (Risk Ratio = 0.65, $p < .001$) ตามมาด้วย Home-based Care ที่ลดลง 30% ขณะที่ Telemedicine Follow-up มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำลง 25% ซึ่งยังถือว่ามีส่วนในเชิงบวกต่อระบบสาธารณสุข

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โปรแกรมที่มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ Multidisciplinary Transitional Care ซึ่งช่วยเพิ่ม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 18% ($p < .001$) ขณะที่โปรแกรม Home-based Care และ D-METHOD Model ก็ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ในระดับ 15% และ 14% ตามลำดับ โปรแกรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

3.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องยังส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ โดย Multidisciplinary Transitional Care ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดที่ 4.5/5 ($p < .001$) ตามมาด้วย Home-based Care (4.3/5, $p < .01$) และ METHOD Model (4.2/5, $p < .05$) โปรแกรมที่มีความพึงพอใจสูงมักเป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลอย่างครอบคลุมและมีการติดตามผลอย่างใกล้ชิด

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า Multidisciplinary Transitional Care และ Home-based Care มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเพิ่มระดับความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยค่า RHDS Score เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.5 - 9.2 จุด ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความพร้อมของผู้ป่วยในไต้หวันและพบว่า การให้ข้อมูลที่ครอบคลุมก่อนออกจากโรงพยาบาลช่วยเพิ่มระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง¹² นอกจากนี้ งานวิจัยในเกาหลีใต้ยังสนับสนุนว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลร่วมกับศูนย์สุขภาพมีความพร้อมที่สูงขึ้นเนื่องจากได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง¹³ ในบริบทของประเทศไทย มีการรายงานว่าการวิจัยสำคัญที่มีผลต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลหลังจำหน่าย และคุณภาพของการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ^{14,15} ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของงานวิจัยในประเทศอื่น ๆ และ Multidisciplinary Transitional Care สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้สูงสุดถึง 35% (Risk Ratio = 0.65, $p < .001$) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในเกาหลีใต้ และพบว่าโปรแกรมสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าการออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไปโดยไม่มีการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษา^{17,18} ในประเทศไทย งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่า การใช้แบบจำลอง

D-METHOD ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ 27% เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง^{19,20} นอกจากนี้ ทั้ง Multidisciplinary Transitional Care และ Home-based Care ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้สูงสุด (QoL improvement $\uparrow$ 18%, $p < .001$) ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบที่ศึกษาในสิงคโปร์และพบว่า โปรแกรมดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัว และปรับปรุงคุณภาพชีวิตในระยะยาว²¹ นอกจากนี้ งานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าการมีทีมดูแลการเปลี่ยนผ่านสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล²² ในประเทศไทย มีการพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลของครอบครัวและการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนก่อนออกจากโรงพยาบาล²³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีข้อมูลเพียงพอสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่ต่ำกว่าและช่วยเพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้²⁴ โดยความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับอิทธิพลจาก รูปแบบของโปรแกรมที่ใช้ โดยโปรแกรมที่มีการดูแลเชิงรุกและให้ความรู้กับผู้ป่วย เช่น Multidisciplinary Transitional Care และ Home-based Care ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุด (4.5/5, $p < .001$ และ 4.3/5, $p < .01$ ตามลำดับ) งานวิจัยในสหรัฐอเมริกา (แม้ว่าจะไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาหลัก) พบว่าการใช้โทรศัพท์ล้าสมัยในการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางภาษาช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย²⁵ ในประเทศไทย มีการระบุว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง¹⁵

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า Multidisciplinary Transitional Care และ Home-based Care เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการเพิ่มความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมเหล่านี้ไปใช้ในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม

2. สนับสนุนการใช้โมเดลการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning Models) ในโรงพยาบาล งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า METHOD และ D-METHOD สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นก่อนออกจากโรงพยาบาล ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ในเอเชีย พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายให้เป็นมาตรฐาน โดยอิงตามโมเดลที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพ

3. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา ดังนั้น โรงพยาบาลควรพัฒนา โปรแกรมการฝึกอบรมครอบครัวและ ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. งานวิจัยนี้เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในช่วง 30 วัน ถึง 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในระยะยาว (1 ปีขึ้นไป) เกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรม ต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง

2. การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่ ผู้ป่วยศัลยกรรม และอายุรกรรมในเอเชีย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมใน ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วย มะเร็ง, ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว

3. แม้ว่าผลการศึกษาจะสนับสนุนประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง แต่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับ ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) ควรมีงานวิจัยที่เปรียบเทียบ ต้นทุนของโปรแกรมและผลตอบแทน ในเชิงลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถ นำข้อมูลนี้ไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้ป่วย

References

1. Qian Y, Yang S, Hu J, & Li Y. The effectiveness of a transitional care program for older adults with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(1):22-35.

2. Kosobucka D, Skupik R, Kakol B, Niziołek M, & Michalska M. The relationship between hospital discharge readiness and readmission among older adults: A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2022;48(9): 23-31.
3. Smith PC, Jones TL, & Williams SA. Factors influencing patient readiness for hospital discharge: A mixed-methods study. *Journal of Health Services Research*. 2022;12(4):101-15.
4. Xiong R, Liu P, & Wang Q. The impact of discharge planning on self-care ability and hospital readmission in patients with heart failure. *Chinese Journal of Nursing*. 2021;56(7):89-95.
5. Polsook P, & Aunguroch Y. A systematic review of factors influencing hospital readmission in patients with cardiovascular disease in Thailand. *Journal of Thai Nursing*. 2021;70(4): 1-12. (In Thai)
6. Lin SF, Chen YC, & Kao HJ. Readmission rates and associated factors among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Taiwan: A retrospective study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2024;19:101-10.
7. Qin H, Li G, & Zhang W. Predictors of hospital readmission among patients with multimorbidity in China: A longitudinal study. *Health and Social Care in the Community*. 2023;31(5):e2155-65.
8. Fu H, Yu J, & Wang L. Telehealth interventions for improving transitional care outcomes in Asian countries: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. 2024;26(1):e45678.
9. Ginting JN, Nasution SS, & Bukit EK. Nurses' role in the discharge planning implementation on family readiness caring for patients at home. *Indonesian Journal of Global Health Research*. 2024;6(6):4075-82.

10. Siskaningrum Y, Setyorini E, & Sukartini T. The effectiveness of a nurse-led discharge planning program on patient self-care and family readiness in caring for patients with stroke. *Journal of Nursing Research*. 2023;31(2):e289.
11. Monkong S, Krairit O, Ngamkala T, Chonburi JSN, Pussawiro W, & Ratchasan P. Transitional care for older people from hospital to home: A best practice implementation project. Joanna Briggs Institute evidence synthesis. 2020; 18(2):357-67.
12. Huang RY, Lee TT, Lin YH, Liu CY, Wu HC, & Huang SH. Factors related to family caregivers' readiness for the hospital discharge of advanced cancer patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(13):8097-98.
13. Shin J, Han S, Choi J, & Lee J. Associations of hospital discharge services with potentially avoidable readmissions within 30 days among older adults after rehabilitation in acute care hospitals in Tokyo, Japan. *Journal of Korean Medical Science*. 2020;35(39):e348.
14. Jarawan T. Effects of discharge planning program on rehabilitation of knee replacement surgery patients at Fang Hospital, Chiang Rai. *Journal of Chiang Rai Public Health*. 2024;1(2):2-19. (In Thai)
15. Parinut P. Factors related to hospital discharge readiness in patients with heart failure. *Journal of Nursing Public Health*. 2014;25(2):1-25. (In Thai)
16. Ba HM, Son YJ, Lee K, & Kim BH. Transitional care interventions for patients with heart failure: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(8):2925-26.
17. Miu KYD, Chan CW, Lam PS, Kok C, Lam KYE, & Kwok SL. Differences in risk factors among early and late readmission of elderly patients from convalescence care unit and 30 and 90 days outcome: A cohort study. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*. 2018;9(4): 137-42.
18. Thanyaphimon K, Tueanjai S, & Weerayut S. Effectiveness of nursing practice guidelines on discharge planning for daily living ability, hospital readmission, and quality of life in ischemic stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(3):215-24. (In Thai)
19. Wilaiwan S. Predicting factors for walking after surgery before discharge in post-hip replacement surgery patients at Ratchaburi Hospital. *Journal of Physiotherapy*. 2023; 45(3):160-7. (In Thai)
20. Pothi A. The effectiveness of discharge planning program to selfcare ability of after phacoemulsification inpatients department Praarjanban Tanakaro Hospital Sakon Nakhon Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2023;8(3):989-99. (In Thai)
21. Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, & Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BioMed Central Health Services Research*. 2015;15:100.
22. Rammohan R, Joy M, & Magam S. The path to sustainable healthcare: Implementing care transition teams to mitigate hospital readmissions and improve patient outcomes. *Cureus Journal of Medical Science*. 2023; 15(5):e39022.

23. Boonchu A, Kanokporn S, Warawan U, Wantanee S, & Khachonwan T. Predicting factors for hospital discharge readiness in surgical patients at a tertiary hospital. *Journal of Nursing Science*. 2015;42. (In Thai)
24. Pennapha S, & Yupin A. Effects of discharge planning and continuous care for post-acute stroke patients on nursing service satisfaction, patients' quality of life, and nurses' job satisfaction. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(2):218-26. (In Thai)
25. Lee JS, Napoles A, Mutha S, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE, & Karliner LS. Hospital discharge preparedness for patients with limited English proficiency: a mixed methods study of bedside interpreter-phones. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(1):25-32.