

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*

Development of Transitional Care Model for the Elderly with Chronic Illness

อัมพรพรรณ อีราบุตร ปส.ด ** สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ Ph.D **
วรรณภา ศรีธัญรัตน์ Ph.D ** นิติย์ กัศนิยม Ph.D **
สุกฤษณ์ จิตพิมลมาศ พบ. ***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) กลุ่มเป้าหมายหลักหรือกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัว การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทำแผนที่ความคิด การจำแนกข้อมูล และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านในบริบทที่ศึกษา พยาบาลให้ความหมายของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านหมายถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน รับรู้ว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นการเพิ่มงาน ทำได้ยากและไม่ต่อเนื่อง บทบาทส่วนใหญ่เป็นของพยาบาล การปฏิบัติเดิมที่เป็นอยู่ยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ ขาดการสื่อสารปัญหาและแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ การบันทึกไม่สมบูรณ์และไม่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง และขาดการประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ทำให้การเตรียมก่อน

จำหน่ายไม่พร้อม ผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความมั่นใจต้องการทักษะและข้อมูลต่างๆ เพื่อการดูแลตัวเองที่บ้าน มีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับระยะดำเนินการพัฒนา โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เป็นอยู่แล้วร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข ด้วยวิธีการปรับรูปแบบการทำงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหวิชาชีพที่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบันทึก และสร้างแบบบันทึกที่ง่ายและชัดเจนในการบันทึกเพื่อการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสร้างความชัดเจนและความต่อเนื่องของการบริการสำหรับผู้ปฏิบัติงานโดยสร้างแผนผังการดำเนินการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องอย่างชัดเจน เพิ่มประสิทธิภาพในการรับและส่งของพยาบาลในแต่ละเวรเพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ประสานความร่วมมือในการดำเนินการระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งทั้งวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของคณาจารย์นิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ศาสตราจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การบริการระยะเปลี่ยนผ่านทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลงโดยเฉลี่ย 1 วัน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมต่อการจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 88.2 ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องร้อยละ 95.75 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับระดับมากร้อยละ 73.3 และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยบัตรทองของโรงพยาบาลได้รับการส่งต่อไปที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การบริการระยะเปลี่ยนผ่าน คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ABSTRACT

Participatory action research was adopted in this study to develop a transitional care service model for elderly individuals with chronic illnesses receiving care in a tertiary care hospital of northeastern Thailand. The study's participants included registered nurses who worked in the unit, an interdisciplinary health care team, elderly patients who had chronic illnesses, and their families, as well as personnel in other related health units.

Analyses of the study site confirmed that the existing transitional care services didn't adhere to the established guidelines. The existing services included discharge planning and patient and family education regarding self-care activities to be practiced at home. Nurses were responsible for setting up the discharge plan using information gathered from patients and their medical records, however, patients' problems and the nursing care plans were not communicated between the nurses responsible for the patients' discharge and the nurses working in other shifts. In addition, there were several issues related to discharging and continuing care at home. The discharge plan had not been used as a guide to prepare patients and their families before

being discharged from the hospital. The documentation related to hospital discharge and continuing care were incomplete, and as a result, not supportive of care continuation. Furthermore, nurses often perceived that discharge planning had not been an ongoing process, and was burdening and difficult to manage. Cooperation between the hospital and local primary care units (PCUs) was lacking and often lead to ineffective patient discharge. Patients and their families were not provided enough information and necessary skills and patients were unable to go home even when their doctors had given their consent to do so. As a result, they felt unconfident in terms of performing self-care activities at home and were dissatisfied with the service they received during their hospital stay.

The research team designed several interventions to address these problems by collaboratively analyzing the existing problems and circumstances as well as exploring various options for the solution. The nurses' thought and work systems had been reorganized to adhere to a process of team nursing care, so that nurses working in the unit were able to provide continuing care to patients without rotating functions. This eventually enhanced the continuation of patient care. Knowledge and understanding during the documentation process were promoted to establish a user-friendly and appropriate discharge form for discharge planning, as well as for drawing references from patients' information. Work - flow charts for hospital discharge and continuing care were developed for all personnel working in the unit. The effectiveness of the nurses' shift rotations was also promoted to enhance communication within the interdisciplinary health care team and between health care providers and clients. Significant patient information was discussed to encourage cooperation within the interdisciplinary team as well as to increase patients' and families' participation in discharge

planning. After these interventions were implemented, the length of hospital stay for elderly patients with chronic illnesses was shortened by an average of one day and 88.2 per cent of the patients and their families were prepared and ready to return home by the time of discharge. Almost all patients (95.75%) received discharge and continuing care planning. The levels of patient care satisfaction for most patients (73.3%) rose to a "high" level. Most importantly, all patients who were the hospital's gold card members were referred to their respective PCU for continuing care.

Keywords: elderly with chronic illness, transitional care model, quality of care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุกำลังเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ทำให้การเสียชีวิตของประชากรไทยลดลง ประกอบกับอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ร่วมกับและการลดลงของภาวะการเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว ทำให้เป็นการลดสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและเพิ่มขึ้นของสัดส่วนวัยแรงงาน และประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งในปี 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 ปัญหาการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะทวีความรุนแรงในอีกสิบปีข้างหน้าจากนี้ไป¹ ดังนั้นกลุ่มประชากรสูงอายุจึงมีความสำคัญมากในการศึกษาและพัฒนา ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในด้านการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป² การรักษาโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากในการจัดการเมื่อมีการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลานานสำหรับการรักษาตัวและการจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านได้อย่างเร็ววันนั้นเป็นเรื่องยากลำบาก

เนื่องจากผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะทุพพลภาพภายหลังการจำหน่าย และอาจต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น³ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ย่อมไม่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจขณะนี้คือนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมมุ่งเน้นให้มีการสอนผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว (Early discharge) โดยให้มีการเพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสูงสุด ภายใต้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เป็นไปอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม ดังนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะสุขภาพที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งภาวะสุขภาพดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ มีความต้องการอย่างยิ่งในการได้รับการการดูแลสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตัวเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ การบริการระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพนั้น เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการวางแผนร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง⁴

ผลของการศึกษานำร่องที่โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาและรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด และการดำเนินการเกี่ยวกับการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังพบว่ารูปแบบเดิมที่ดำเนินการอยู่มีหลายจุดที่ต้องการการพัฒนาแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การติดต่อประสานงานกันของทีมสุขภาพ ความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านอย่างแท้จริง การนำความรู้จากทฤษฎีเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ที่มาใช้บริการ เป็นต้น ดังที่กล่าวนี้ได้สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อคุณภาพการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

โดยทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแห่งนี้ เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ต่างรับรู้ถึงความจำเป็นในการพัฒนามีความกระตือรือร้นให้ความสนใจในปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับความพร้อมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับผู้กำหนดนโยบายถึงระดับผู้ปฏิบัติการ มีความพร้อมของความพร้อมร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการสุขภาพนี้ไปพร้อมๆ กัน นับว่าเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เป็นแบบบูรณาการของระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน ภายใต้บรรยากาศของความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเป้าหมายสูงสุดคือการสนองตอบต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัว เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพรวมถึงความเข้มแข็งด้านสุขภาพของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยเชิงระบบ เน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมมือและร่วมใจในการวางแผนพัฒนา ที่นำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลและตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

ในหอผู้ป่วยและที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และกลุ่มผู้ใช้บริการคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือ กลุ่มพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย แยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ร่วมคิด ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 8 คนที่สนใจและต้องการแก้ปัญหาในหน่วยงาน กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพคนอื่นๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ทำงานประจำอยู่ในหอผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาของการบริการระยะเปลี่ยนผ่าน

กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมฟังการสะท้อนข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นระยะๆ ไม่ได้เป็นกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในหอผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งได้แก่ คณะกรรมการทีมนำทางคลินิกแผนกอายุรกรรม (CLT Med) คณะกรรมการผู้บริหารทางการแพทย์ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากหลาย ๆ วิธีการได้แก่ การสัมภาษณ์แบบทั่วไป การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การสังเกตที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การสนทนากลุ่มและการบันทึกข้อมูล โดยอาศัยความเข้าใจหรือการเข้าถึงธรรมชาติที่แท้จริงของบริบทที่ศึกษา ตลอดจนวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันขององค์กรนั้น ๆ ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและการรวมตัวกันของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่สนใจในปัญหาของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย และร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านในหอผู้ป่วยที่ศึกษา

2. การวางแผนปฏิบัติการ โดยเริ่มจากการนำข้อมูลที่ได้อาจการวิเคราะห์สถานการณ์จริงสู่การวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหา อาศัยกระบวนการของงานที่สำคัญคือกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานเป็นกลุ่มอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน มีการสะท้อนคิดอย่างพินิจพิเคราะห์ต่อความเป็นจริงที่ปรากฏ และหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกันบนฐานของการสะท้อนคิดก่อให้เกิดการทำงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีม สร้างความมั่นใจ ความภาคภูมิใจต่อผลสำเร็จของการทำงานร่วมกัน สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

3. การลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาตามแผนที่วางร่วมกันวางไว้ แผนดำเนินการต่างๆที่คนใน (คนที่อยู่ในสถานการณ์จริง) ได้ร่วมคิดวางไว้อาจถูกปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยตามความเหมาะสมกับธรรมชาติสภาพของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงภายในหอผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องมีการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อกำกับและดูแลการทำงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกัน มีการส่งเสริมให้กำลังใจกับพยาบาลที่ปฏิบัติการเป็นระยะเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นร่วมมือร่วมใจในการร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินผลโดยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสะท้อนคิดการปฏิบัติการเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไขวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม แล้วลงมือปฏิบัติอีกครั้ง ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่าผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ปฏิบัติทุกคนยอมรับว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ผล การปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงนี้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สำหรับบทบาทของผู้วิจัย เริ่มต้นจากการเปิดใจที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้และยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคล ก่อนเข้าสู่ระยะของการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปข้อมูลพร้อมกับการนำเสนอข้อมูลต่อกลุ่มที่ร่วมคิดร่วมทำ เพื่อให้กลุ่มมีการตรวจสอบความตรงถูกต้องของข้อมูล สะท้อนคิดในข้อมูลที่นำเสนอเป็นระยะๆ และนำผลการศึกษาที่ได้ไปตรวจสอบกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วย

อายุรกรรมอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยอื่นๆ เช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสถานการณ์ของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านก่อนพัฒนาพบว่าพยาบาลมีการให้ความหมายของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านว่าหมายถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน การดำเนินงานในเรื่องของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านมีลักษณะที่ต้องการการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการระยะเปลี่ยนผ่าน กล่าวคือแม้ว่าพยาบาลผู้ดำเนินการที่สำคัญในเรื่องนี้นั้นรับรู้ถึงประโยชน์อย่างสูงจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับจากการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ แต่วิธีการปฏิบัติที่ดำเนินการในหอผู้ป่วยยังมีลักษณะที่กระบวนการของการวางแผนจำหน่ายไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติหลายขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติโดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ทุกขั้นตอนเหล่านี้ยังขาดความต่อเนื่อง การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพขาดประสิทธิภาพ การบันทึกแบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง และขาดการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผลที่ติดตามมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอไม่ต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเองต่อที่บ้าน มีความไม่มั่นใจรู้สึกวิตกกังวลก่อนกลับบ้าน และรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังนานกว่าผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่พร้อมที่จะกลับบ้านในวันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยอาจต้องนอนรักษาตัวต่ออีกระยะหนึ่งเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การบันทึกในแบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องขาดการบันทึกและไม่ครอบคลุม และผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม

ปัจจัยที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อการดำเนินการในเรื่องการบริการระยะเปลี่ยนผ่านในบริบทที่ศึกษาขึ้นคือ 1. นโยบายที่ชัดเจนของโรงพยาบาลในการดำเนินการเรื่องการเตรียมจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 2. ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ได้ส่งเสริมสนับสนุนในการพัฒนา และความมุ่งมั่น ร่วมมือร่วมใจและความเสียสละของพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการปฏิบัติ 3. ระบบการบันทึกที่มีแบบบันทึกที่ชัดเจน และ 4. ความร่วมมือของฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริการในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาแต่ได้ปรับให้เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ 1. การบริหารงานภายในของงานพยาบาลที่หมุนเปลี่ยนทีมในการดูแลผู้ป่วย 2. การติดต่อสื่อสารข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยและการประสานความร่วมมือต่างๆระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 3. ระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ชัดเจน และ 4. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยที่อาจพัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ได้ดีในอนาคต ได้แก่ อัตรากำลังของพยาบาลที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยของแต่ละทีมการพยาบาล ลักษณะธรรมชาติของแต่ละครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และปัจจัยที่ยากต่อการพัฒนาอย่างมาก คือ ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและซับซ้อน

ทีมผู้ร่วมวิจัยของหอผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่เป็นแกนนำในการร่วมคิดลงมือทำและหัวหน้าหอผู้ป่วย ภายใต้วิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดเพื่อการปฏิบัติ

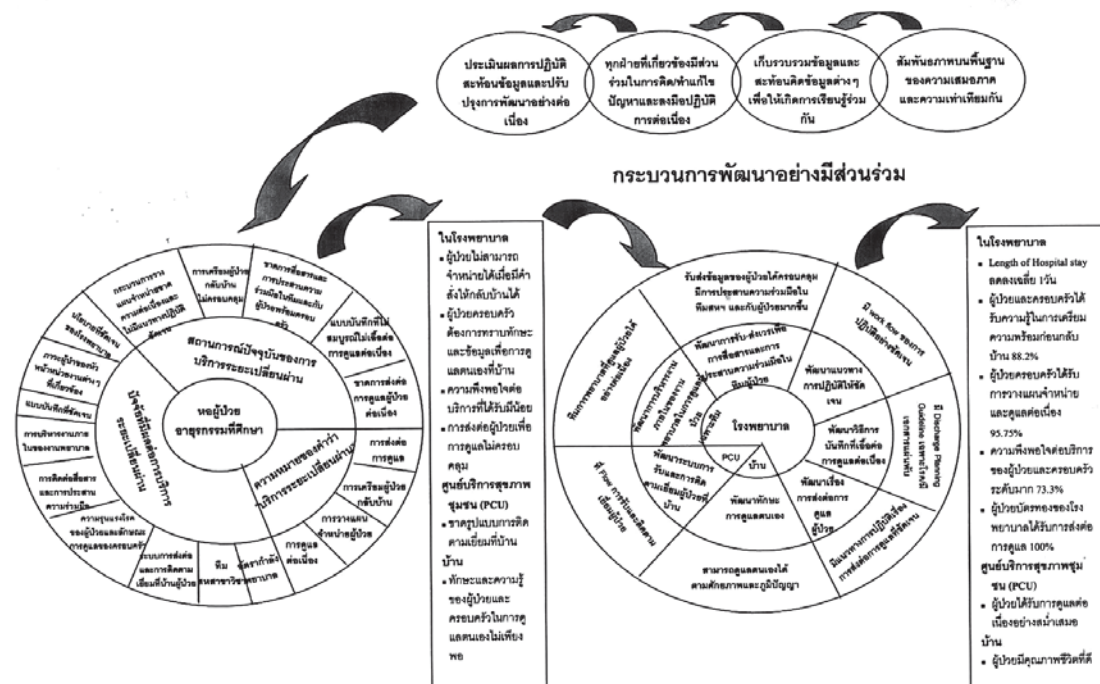
ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้พบวิธีการใหม่ที่มีประสิทธิภาพ ที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา ได้เกิดการพัฒนาทีมการพยาบาลแบบเฉพาะทีม พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยมีความต่อเนื่องของการปฏิบัติเป็นอย่างมาก มีการติดต่อสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันมากขึ้นทำให้การรับส่งข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยมีความครอบคลุมทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและครอบครัวถึงผู้ใช้บริการ มีการประสานความร่วมมือในทีมของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านมากขึ้น มีแผนผังการดำเนินการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ในด้านการบันทึกมีการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการบันทึกและสร้างแบบบันทึก discharge planning guideline เฉพาะโรคที่สำคัญของหอผู้ป่วย 8 โรค เพื่อให้การบันทึกมีความสะดวกและรวดเร็วครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและสามารถสื่อสารในทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้ดี มีเอกสารแผ่นพับเพื่อใช้ประกอบการสอนผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเพิ่มขึ้นทำให้การสอนให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความชัดเจน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ง่ายและชัดเจนขึ้น และที่สำคัญคือแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสุขภาพชุมชนมีความชัดเจนและได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติจริง เมื่อติดตามผลการพัฒนาไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลได้พบว่า ในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชนได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับระบบการรับและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านให้มีความต่อเนื่องและมีความชัดเจนในการดำเนินการโดยมีการจัดทำแผนผังของการรับและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น สำหรับที่บ้านผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยและครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของการดูแลตนเองภายใต้ภูมิปัญญาของตนเองที่มีอยู่ในบริบททำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษาได้ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและ

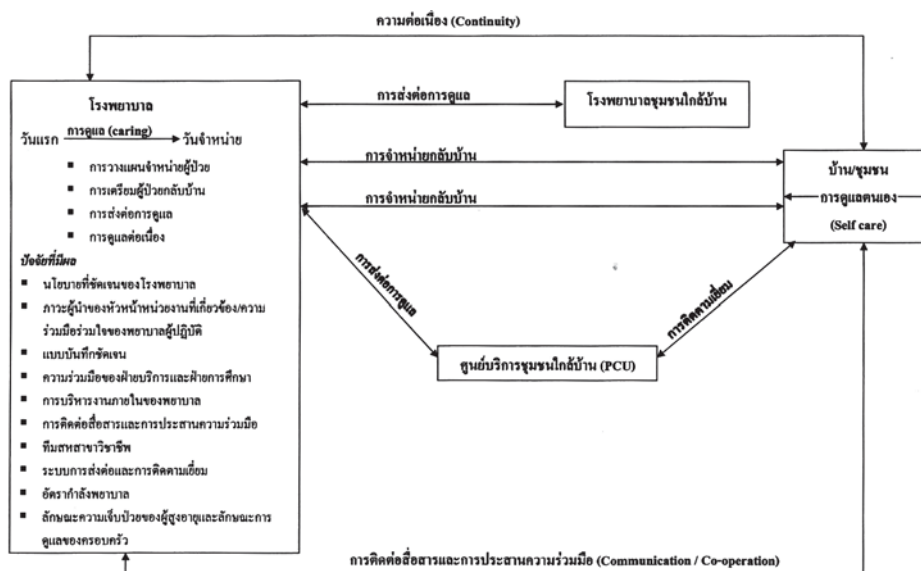
ครอบครัวได้รับความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านร้อยละ 88.2 ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 95.75 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับระดับมากร้อยละ 73.3 ระยะเวลาของการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุสั้นลงโดยเฉลี่ย 1 วัน และที่สำคัญคือผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการบัตรทองของโรงพยาบาลได้รับการส่งต่อการดูแลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านร้อยละ 100 ภาพรวมของผลการศึกษากการพัฒนาแบบบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษาสามารถสะท้อนจากภาพของกระบวนการของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ดังแสดงตามภาพที่ 1

สิ่งสำคัญสุดที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือรูปแบบของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้เรียนรู้และเกิดขึ้นเฉพาะบริบทที่ศึกษา ทำให้ได้แนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

ซึ่งหมายถึง กระบวนการของการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานสำคัญของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยโรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนใกล้บ้านและบ้านของผู้ป่วย และมีเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ ที่มีผลสนับสนุนให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การดำเนินการนี้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการบริการระยะเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพบนหลักการที่สำคัญของการพยาบาลดูแลผู้ป่วยคือการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ทุกขั้นตอนของการพยาบาลด้วยเป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ในการพัฒนาและการให้การบริการระยะเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่สำคัญ 4 ด้าน คือ



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม



ภาพที่ 2 รูปแบบของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Transitional Care Model for the Elderly with Chronic Illness)

1. การดูแล (caring) 2. ความต่อเนื่อง (continuity)
3. การประสานความร่วมมือ (co-operation) และ
4. การติดต่อสื่อสาร (communication) รูปแบบของการ
บริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
(Transitional Care Model for the Elderly with Chronic
Illness) ที่วิจัยพบนี้แสดงตามภาพที่ 2

ในการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและสถานการณ์
จริงนี้สิ่งหนึ่งที่ได้ประจักษ์ชัดคือความจริงในความเชื่อ
ในศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน ทุกๆ คนที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสามารถ
พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ
นอกจากนี้ทีมพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยได้มี
การพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ของตัวเอง เช่น การ
ทำงานที่เป็นทีม สร้างความมั่นใจ ความภาคภูมิใจต่อผล
สำเร็จของการทำงานร่วมกัน ความคิดสร้างสรรค์งานต่างๆ
ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานด้วยตนเอง
ตลอดจนตัวผู้วิจัยเองที่ได้มีโอกาสที่ดีในการเรียนรู้
สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของการศึกษา ที่สำคัญคือ
การเรียนรู้ถึงการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับบุคคลที่มี

ความแตกต่างและหลากหลาย เรียนรู้จักความหมาย
ที่แท้จริงของการมีชีวิตที่มีคุณค่าที่ยังประโยชน์เพื่อผู้อื่น
ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ในกระบวนการของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นร่วมกันบน
พื้นฐานของความจริงใจ ความเสมอภาคและความเท่า
เทียมกัน โดยอาศัยการติดต่อสื่อสารในรูปของการ
เสวนาอย่างสร้างสรรค์ การสนทนากลุ่ม การประชุม
กลุ่มระดมสมองและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน
ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษาเรียนรู้ กระบวนการของ
การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการได้มีส่วนร่วมในการทำงาน
ด้วยกัน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยเชิงระบบทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้
รับรู้ถึงการมีพลังอำนาจที่จะจัดการกับปัญหาของตนเองได้
การบริการระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไป
บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วย
อายุรกรรมที่ศึกษานี้ ในความหมายและการปฏิบัติจริง
ที่เกิดขึ้นในบริบทที่ศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา
ที่ได้พบว่า ในเรื่องของบริการผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน

มีความหมายถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพที่ประกอบด้วยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย^{5,6,7} การบริการผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการของการบริการที่ต้องการความต่อเนื่อง (continuous) ระหว่างโรงพยาบาลและบ้านของผู้ป่วย⁸ ซึ่งเป็นกระบวนการของการบริการที่มีความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติที่เกิดในหอผู้ป่วยที่ศึกษา สอดคล้องกับการดำเนินการที่ Meleis และคณะ⁹ กล่าวถึงรูปแบบของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านที่ต้องการความต่อเนื่องในการให้บริการเพื่อให้การเปลี่ยนระดับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง เช่น จากโรงพยาบาลไปบ้านต้องเป็นไปด้วยความปลอดภัยและเหมาะสม และมีการวางแผนเพื่อเตรียมการจำหน่ายและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างแท้จริง^{4,10} ผลการดำเนินการทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะสามารถทำให้เกิดการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์สูงสุดทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการซึ่งจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติการทั้งหมดอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ McKeethan¹¹ ในเรื่องของการบริหารจัดการเกี่ยวกับรูปแบบของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คือ การที่ต้องมีการบริหารจัดการในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่การจัดการเกี่ยวกับรูปแบบหรือโปรแกรม (program management) ที่สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและมีแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม การจัดการเกี่ยวกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (people management) ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ปลุกจิตสำนึกของการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันได้อย่างดี และการจัดการเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารและการประสานความร่วมมือกับส่วนต่างๆ ที่ต้องเกี่ยวข้องได้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วมและเกิดความสำเร็จระดับหนึ่งในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาคือการทำงานอย่างมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การเสริม

สร้างพลังอำนาจของบุคคล ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนั้นได้สนับสนุนทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องการปลดปล่อยเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโล ฟรี (Paulo Freire)¹² ฟรีได้พัฒนาวิธีการสอนให้คนยากจนในประเทศบราซิลเกิดจิตสำนึก ด้วยการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันและเรียนรู้ร่วมกัน วิธีการของฟรีเน้นไปที่ความสัมพันธ์แบบเท่าเทียมกันและการให้ความเคารพซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิกและวิทยากรกระบวนการที่จะช่วยให้พวกเขาสามารถที่จะกำจัดรากเหง้าของปัญหาที่พวกเขาค้นพบ ทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องการปลดปล่อยของ Paulo Freire นี้เมื่อนำไปใช้จึงเป็นที่มาของการสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่สามารถสร้างได้จากความรู้จากประสบการณ์และความเข้าใจของกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมในกิจกรรมของการพัฒนารูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ ที่ได้ร่วมคิดร่วมทำ โดยการเสวนา สนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น การสะท้อนข้อมูล ตั้งคำถามเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด นำไปสู่การสร้างความตระหนักในปัญหาที่พุดคุยกัน สู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหามีการตัดสินใจร่วมกัน และลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหามิฉะนั้นที่ศึกษา ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการดำเนินการบริการระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ที่สำคัญของการเรียนรู้คือการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา¹³ ถึงแม้ว่ากระบวนการในโครงการของการพัฒนารูปแบบของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านจะไม่ได้ประสบผลสำเร็จอย่างสูงสุดในการแก้ไขปัญหามาตามี่วางแผนไว้ คือการพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น¹⁴ แต่สิ่งที่สำคัญที่ได้รับคือบุคคลที่ร่วมในกิจกรรมได้มีโอกาสวิเคราะห์ตนเอง ได้รู้จักตนเอง รู้จักข้อดีและข้อด้อยของตนเอง (self determination) ทำให้นำไปสู่การยอมรับในข้อดีและข้อด้อยของบุคคลอื่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น ซึ่งสิ่งนี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะของการแก้ไขปัญหาคือการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นผู้สามารถควบคุมสถานการณ์

ที่ตนเองเกี่ยวข้องได้ ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของตนเองเพิ่มความมั่นใจในตนเอง อันเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) แก่บุคคลในที่สุด^{15,16} แนวคิดของการปลดปล่อยตนเองจากการคิดกรอบเดิม คิดใหม่และปรับการทำงานใหม่ได้อย่างเหมาะสมตามเวลาและสถานการณ์นั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยในอนาคตควรมีการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการวิจัยศึกษาการพัฒนาบริการระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้านที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นและในบริบทอื่นๆ และสร้างเป็น transitional care model ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของประเทศไทยต่อไป
2. ศึกษาติดตามเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน(discharge planning outcomes) โดยการใช้ transitional care model ที่ศึกษาได้นี้ในเรื่องของความคุ้มค่าต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมอีสาน¹⁷ เช่น เรื่องการลดลงของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของโรงพยาบาล (costs) อัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำของผู้ป่วย (readmitted) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay in hospital)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวของผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นครูสำหรับการเรียนรู้อย่างเข้าใจในความสูงอายุมที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2551.
2. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: จุฬารการพิมพ์; 2543.
3. Mc Aleese P, Odling-Smll W. The effect of complication on length of stay. *Ann Surg* 1994; 22: 740-4.
4. Brooten D, et al. Early discharge and specialist transition care. *IMAGE : J Nurs Scholarship* 1988; 20(2): 64 - 8.
5. Clemen - Stone S, Eigsti D, McGuire SL. *Compr Fam Community Health Nurs*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1981.
6. Buckwalter, et al. Continuity of care: **The concept of discharge planning**. Orlando: Grune & Stratton, Inc.; 1985.
7. Gikow F, et al. The continuing care nurse. *Nurs Outlook*, 1985; 33(4): 195 - 7.
8. Armitage SK, Kavanagh K. Hospital nurses perceptions of discharge planning for medical patients. *Aust Adv Nurs* 1996; 142: 16-23. Abstract - MEDLINE
9. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transition: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook* 1994; 42(6): 255-9.
10. Lowenstein AJ, Hoff PS. Discharge Planning : A study of nursing staff involvement. *The J Nurs Adm* 1994; 24(4): 45 - 50.
11. McKeehan KM. Continuity of care : A multidisciplinary approach to discharge planning. CV. Mosby: St. Louis, MO; 1981.
12. Hughes I. **Action research**. 2000; Retrieved March 21, 2000, from <http://www.cchs.usyd.edu.au / arow / reader / hughes5.htm>.
13. อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านโนนม่วง . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550

14. สมจิต แดนสีแก้ว และคณะ.ชุมชนช่วยชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546;26(3):39-47
15. นิตย ทัศนียม.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ: แนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
16. Reason P. Learning and change through action research. In J. Henry (Ed.) **Creative management**. London: Sage; 2001.
17. จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และคณะ.วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551;31(4):1-26.