

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในสถานการณ์โควิด-19 ต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน

กองทัพบก ปิ่นกาโน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในสถานการณ์โควิด-19 ต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน ทำการศึกษาเป็นเวลา 3 เดือนระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำ 2 ครั้ง คือ เมื่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงก่อนให้โปรแกรม และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 30 วัน โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบบประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และติดตามการกลับมารักษาซ้ำ วัดผลลัพธ์หลัก คือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และผลลัพธ์รอง คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.52 เทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีถึงร้อยละ 38.10, $\chi^2 = 4.73$ p-value = 0.03) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (p = 0.33)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้สูงอายุ การกลับมารักษาซ้ำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ : โรงพยาบาลปทุมรัตน์

Effect of the Elderly Transitional Care Program in COVID-19 pandemic on 30 - days hospital readmission and ER visit

Kongthip Pinakano

Abstract

This study was quasi-experimental research, using a two – group, pre-test/post-test design. The aim was to evaluate the effects of the Elderly Transitional Care Program in COVID-19 pandemic on 30 - days hospital readmission and ER visit. The samples were 42 elderly persons with high risk for readmission in Inpatient Pathumrat hospital. The intervention group included 21 patients that used the Transitional Care Program (TCP) and a control group included 21 patients without using the program. The primary outcomes were 30 - days hospital readmission or ER visit after discharge from the hospital. The secondary outcomes were within-group changes in Activities of Daily Living (ADL). Patients underwent two study visits, one at baseline and one at 30 days post baseline. Research instruments were composed of the transitional care program. The data collection tools included comprehensive geriatric assessment form including Activities of Daily Living questionnaire, Elder Risk Assessment scores, home visit tracking record, Post discharge follow up phone call documentation and readmission records. The primary analysis included readmission rate from baseline to rehospitalization or ER visit. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, chi-square test, and t-test.

The results showed that the readmission rate of the elderly patients after receiving the transitional care program was significantly lower than that of the control group (9.52% compared with 38.10% for control group, $\chi^2 = 4.73$ p-value = 0.03). The secondary analysis showed some improvement in ADL but no differences. (p = 0.33)

Conclusion and recommendations: Based on this intervention, we found significant lower readmission rate in intervention group. However, the data leads us to recommend future studies with larger sample sizes for a long time and evaluate in nursing outcomes.

Keywords: Transitional care, Elderly, Readmission

Registered Nurse, Professional Level. Pathumrat hospital.

บทนำ

ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและยังฟื้นฟูได้ไม่เท่ากับสภาพปกติ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทำให้มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงถึง ร้อยละ 20 – 30 และในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลค่อนข้างลำบากมากขึ้น บางกิจกรรมต้องทำลดลง เช่น บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาในสถานการณ์โควิดจึงมีความสำคัญ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง มีผลลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 30 วัน และ 90 วันได้ร้อยละ 20 และร้อยละ 33 และช่วยเพิ่มระยะห่างของเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ (คุณากรและคณะ, 2560)

จากสถิติของงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี 2562 – 2564 คิดเป็นร้อยละ 44.44, 47.22 และ 41.39 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 6.70, 7.97 และ 5.78 ตามลำดับ 5 อันดับโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ DM UTI CHF Dyspepsia และ Pneumonia พบผู้สูงอายุเสียชีวิตหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 6 เดือน ด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน (ฐานข้อมูลงานผู้ป่วยในจาก HOSxP) จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า อัตราการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำมีแนวโน้มสูงกว่าในวัยทั่วไป จากการทบทวนกระบวนการดูแลเดิม พบว่ามีการวางแผนจำหน่ายรายโรคทั่วไปแต่ขาดการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม การติดตามประเมินผลการดูแลในแต่ละระยะยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม และยังขาดการเชื่อมต่อในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระยะ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ (Naylor MD et al., 2004, Naylor MD et al., 2017 ตลอดจนทากาฮาชิและคณะ (Takahashi PY et al., 2013) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (care transition program) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำเทียบกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติ มีการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 10.5 และมีการมารับการรักษาที่ ER ร้อยละ 11.8 เทียบกับกลุ่มดูแลตามปกติที่มีถึงร้อยละ 31.6

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 30 วันได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่วงวัย ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในสถานการณ์

โควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ลดการกลับมารักษาซ้ำและลดการมารับการรักษาที่ ER

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในสถานการณ์โควิด-19 ต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor MD et al., 2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่อง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน รวมถึงแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) พัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่าน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ที่แบ่งระยะดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

(1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในวันแรกของการเข้ารับการรักษ เพื่อการวางแผนจำหน่าย โดยซักถามเกี่ยวกับ ข้อมูลการเจ็บป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (CGA)

(2) วางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตามปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ในวันที่สองของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ โดยพยาบาลมีการให้ความรู้เรื่องปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ อาการ การรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ ฝึกทักษะในการดูแลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นักโภชนาการ ให้ความรู้เรื่องอาหาร การรับประทานอาหาร และการฝึกทักษะการทำอาหารเหลว (ถ้ามี) นักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การฝึกออกกำลังกาย ฝึกการทรงตัว การป้องกันการหกล้ม เภสัชกร ทบทวนรายการยาที่ใช้ประจำ ให้คำแนะนำเรื่องยาและการรับประทานยา

ระยะที่ 2 ระยะจำหน่ายก่อนกลับบ้าน โดยกิจกรรมในระยะนี้ประกอบด้วย

(1) ตรวจสอบความพร้อมด้านต่าง ๆ ในวันที่ 3 หรือวันก่อนกลับบ้าน โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลตามปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ สอนและสาธิตซ้ำกรณี ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย

(2) ตรวจสอบรายการยา / อุปกรณ์ต่าง ๆ และวางแผนการนัดหมาย และบันทึกสรุปประเด็น สำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องในใบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน

(3) สื่อสารช่องทางการติดต่อ การสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้งาน Application line หรือ วิดีโอคอล

ระยะที่ 3 ระยะหลังจำหน่าย

(1) การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ภายในวันที่ 7 หลังจำหน่าย เป็นการเยี่ยมเพื่อติดตามดูปัญหา และความยากลำบากที่พบเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแนวทางแก้ปัญหา การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อป้องกันการ หกล้ม ดูความสม่ำเสมอและความร่วมมือในการรับประทานยา และร่วมวางแผนการเยี่ยมเพิ่มเติมหากมีปัญหาค่ ี่ ซ้ำซ้อน รวมทั้งร่วมวางแผนการเยี่ยมทางโทรศัพท์และการติดต่อสื่อสารทาง Line กรณีต้องการขอรับคำปรึกษา ก่อนการเยี่ยม และลงบันทึกในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน

(2) การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม จำนวน 2 ครั้ง คือ วันที่ 14 และ วันที่ 21 หลังจำหน่าย เป็นการ โทรสอบถามปัญหาในการดูแลตนเอง และเน้นย้ำผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพ ติดตามการรับประทานยา และให้คำปรึกษากรณีผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีข้อสงสัย และอีกครั้ง เป็นการโทรศัพท์ติดตามประเมินผล ในวันที่ 30 หลังจำหน่าย โดยอาจใช้การวิดีโอคอลหรือ Application line เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับมาปรึกษาซ้ำ ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่

บ้านในสถานการณ์โควิด-19

ระยะที่ 1 ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (CGA)
2. วางแผนจำหน่ายร่วมกับสหวิชาชีพและปฏิบัติตาม แผนการจำหน่าย

ระยะที่ 2 ระยะจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

1. ประเมินความพร้อมด้านต่าง ๆ
2. ตรวจสอบรายการยา อุปกรณ์ต่าง วางแผนการนัดหมาย
3. สื่อสารช่องทางการติดต่อ การใช้โทรศัพท์ การใช้ Line

ระยะที่ 3 ระยะหลังจำหน่าย

1. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน
2. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

-การกลับมาปรึกษาซ้ำ
ภายใน 30 วัน
- ความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง (Non-equivalent Control Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มารับการรักษาทิงงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2565 จำนวน 282 คน โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของประชากรดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. คะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ Elder Risk Assessment scores ≥ 5 คะแนน
2. เป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลหลักและมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อสื่อสารได้
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. อาการคงที่และอยู่ในระยะวางแผนจำหน่าย
5. เป็นผู้ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคกำเริบขึ้น หรือได้รับการส่งต่อ
2. จำหน่ายก่อนระยะเวลาที่วางแผนไว้
3. ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้น ใช้การประมาณค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรดังนี้ (อรุณ, 2558)

$$\text{สูตร } n/\text{group} = \frac{2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ใช้ข้อมูลจากการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของ Tonya P.(2018) ในการศึกษาอัตราการกลับมา

รักษาไข้ภายใน 30 วัน มีค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาไข้ในกลุ่มทดลอง $\mu_1 = 1.65$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.49 กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาไข้ $\mu_2 = 1.94$ Z_α กำหนดช่วงเชื่อมั่น 95% $\alpha = 0.05$, $Z_\alpha = 1.64$. Z_β กำหนดอำนาจในการทดสอบ = 90 % ความแม่นยำ $\beta = 0.2$, $Z_\beta = 1.28$. σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance) ซึ่งต้องเป็นไปตามข้อตกลงของการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$S_1^2 = \text{ค่าของความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลอง} = (0.49)^2$$

$$S_2^2 = \text{ค่าของความแปรปรวนร่วมของกลุ่มเปรียบเทียบ} = (0.24)^2$$

$$n_1 = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง} = 12 \text{ คน}$$

$$n_2 = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ} = 37 \text{ คน}$$

$$\text{จากสูตรแทนค่าได้ดังนี้ } S^2 = \frac{(12 - 1) (0.49)^2 + (37 - 1) (0.24)^2}{12 + 37 - 2} = 0.10$$

$$\begin{aligned} n/\text{group} &= \frac{2 (1.64 + 1.28)^2 (0.10)}{(1.94 - 1.65)^2} \\ &= 20.29 \end{aligned}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน รวม 42 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จนครบแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0112565 วันที่ 18 เมษายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ก่อนใช้โปรแกรม ประกอบด้วย

1.1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment : CGA) ดัดแปลงจาก แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening : BGS) และแบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment :GA) สำหรับ รพช.ขึ้นไป ของ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว วิธีเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน จำนวนสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลหลัก การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพทางกายและความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional assessment) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง BMI ระดับน้ำตาลในเลือด สัญญาณชีพ โรคประจำตัวที่เป็น ยาที่ใช้ประจำ และการประเมินภาวะสุขภาพทางกาย ได้แก่ การประเมินการมองเห็น การทรงตัว ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ สุขภาพฟัน ข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบ่งระดับเป็น 0-4 คะแนน หมายถึง ติดเตียง 5-11 คะแนน หมายถึง ติดบ้าน 12 -20 คะแนน หมายถึง ติดสังคม ส่วนที่ 3 การประเมินสติปัญญาและการคิดรู้ (Cognitive function assessment) เป็นข้อมูลผลการประเมิน ความเครียดและความวิตกกังวล (2Q 9Q) และความสามารถในทางด้านสมอง (MMSE-Thai 2002) ประเมินภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบประเมินคะแนนความเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อการกลับมารักษาซ้ำ ดัดแปลงจาก the Elder Risk Assessment Index ของเครนและคณะ (Crane SJ et al., 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส อายุ ประวัติการนอนโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน CAD/MI/CHF Stroke COPD โรคกระดูก และโรคสมองเสื่อม ผลการประเมินที่ระดับคะแนนที่ดีที่สุด 5 คะแนน มีค่า sensitivity อยู่ที่ 0.81 specificity อยู่ที่ 0.34 ได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.83

หลังใช้โปรแกรม ประกอบด้วย

1.3 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นแบบบันทึกการโทรศัพท์ตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก Post discharge Follow up Phone Call Documentation Form: Re-engineered Discharge (RED) Toolkit, by AHRQ, 2013. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านการใช้ยา ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่บ้านของผู้ป่วยและแผนการแก้ไข ติดต่อประสานขอความช่วยเหลือ ได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.92

1.4 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ประยุกต์ใช้แนวคิด IN-HOME-SSS ประเมิน 9 ด้าน 1) Immobility (ADL) 2) Nutrition 3) Home environment 4) Other people 5) Medications 6) Examination 7) Safety 8) Spiritual health 9) Service (สายฝนและคณะ, 2561) ได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในสถานการณ์โควิด – 19 ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบปริญญาโทด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน ได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.87 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบก่อนแล้วจึงรวบรวมข้อมูลการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (CGA) จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ครั้งที่ 3 วันที่ 30 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โทรศัพท์ติดตามประเมินผล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับมารักษาซ้ำ

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 7 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม จากนั้นได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ครั้งที่ 2 วันที่สองของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การประสานทีมสหวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายตามปัญหาสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ ครั้งที่ 3 วันที่ 3 หรือวันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน และตรวจสอบรายการยา อุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมทั้งการนัดหมาย ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การใช้โทรศัพท์มือถือและการใช้งาน Application line และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนกลับบ้าน ครั้งที่ 4 ภายในวันที่ 7 หลังจำหน่ายกลับบ้าน ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ประเมินตามกรอบ INHOMESSS และร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมต่อ ครั้งที่ 5 – 6 ในวันที่ 14 และวันที่ 21 หลังจำหน่าย ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ครั้งที่ 7 วันที่ 30 หลังจำหน่าย โทรศัพท์ติดตามประเมินผล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวและการกลับมารักษาซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ลักษณะทางประชากร ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติ Chi-square test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t – test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จำนวน 42 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 21 ราย พบว่า

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายร้อยละ 61.9 อายุอยู่ระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 42.9 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 95.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.4 ผู้ดูแลหลักคือสามี/ภรรยา ร้อยละ 52.4 สิทธิการรักษา บัตรทอง ร้อยละ 81.0 รายได้ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน ร้อยละ 61.9. มีส่วนร่วมในครอบครัว ร้อยละ 52.4 ไม่มีส่วนร่วมในชุมชน ร้อยละ 57.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.2 มีโรคร่วม 2 โรค ร้อยละ 52.4 ยังมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 52.4. จากการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวม พบว่า มี BMI ปกติ ร้อยละ 42.9 เสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.9 ทุกคนมีการใช้ยาประจำ โดยมีการใช้ยา 5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 66.7 การมองเห็นปกติ ร้อยละ 71.4. มีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 66.7 มีประวัติหกล้ม ร้อยละ 14.3 มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 38.1 สุขภาพฟัน มีฟันมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 57.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ ติดสังคม ร้อยละ 61.9 ติดเตียง ร้อยละ 9.5 ในด้านสติปัญญาและการคิดรู้ พบว่า มีความวิตกกังวล ร้อยละ 14.3 ระดับความเครียด น้อย ร้อยละ 95.2. และสงสัยสมองเสื่อม ร้อยละ 23.8. มีคะแนนความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ 5 – 10 คะแนน ร้อยละ 52.38 เฉลี่ย 10.29 คะแนน

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.4 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 42.9 สถานภาพคู่ ร้อยละ 61.9 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 90.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.9. ผู้ดูแลหลักคือบุตร/สะใภ้ ร้อยละ 52.4 สิทธิการรักษา บัตรทอง ร้อยละ 81.0 รายได้ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน ร้อยละ 66.7. มีส่วนร่วมในครอบครัว ร้อยละ 52.4 ไม่มีส่วนร่วมในชุมชน ร้อยละ 61.9 ทั้งหมดมีโรคประจำตัว โดยมีโรคร่วม 3 โรค ร้อยละ 47.6. ยังมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 61.9. จากการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวม พบว่า มี BMI อ้วนถึงอ้วนมาก ร้อยละ 28.6 เสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.1. ทุกคนมีการใช้ยาประจำ โดยมีการใช้ยา 5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 81.0 การมองเห็นปกติทั้งหมด มีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 76.2 มีประวัติหกล้ม ร้อยละ 14.3 มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 19.0 สุขภาพฟัน มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.4. ในด้านสติปัญญาและการคิดรู้ พบว่า มีความวิตกกังวล ร้อยละ 19.0 ระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 85.7. และสงสัยสมองเสื่อม ร้อยละ 19.0. มีคะแนนความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ 5 – 10 คะแนน ร้อยละ 52.38. เฉลี่ย 12.05 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว การมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลหลัก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพประจำปี และการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในด้าน ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การใช้ยาหลายขนาน การปวดข้อเข่า การทรงตัวบกพร่อง การหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ สุขภาพฟัน ความวิตกกังวล ระดับความเครียด และภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติ Chi - square test. ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้าน การมองเห็น พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ($p < 0.05$)

2. ผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม

2.1 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันและหรือการมารักษาที่ ER ภายใน 30 วันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2 ราย เท่ากับร้อยละ 9.52, 8 ราย เท่ากับร้อยละ 38.10 $\chi^2 = 4.73$ p - value = 0.03) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันและหรือการมารักษาที่ ER ภายใน 30 วันระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (n = 21)

กลุ่ม	การกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน		χ^2	P-value
	จำนวน (ราย)	อัตรา (ร้อยละ)		
กลุ่มทดลอง	2	9.52	4.725	0.03
กลุ่มควบคุม	8	38.10		

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมวิจัยและหลังเข้าร่วมวิจัย

2.2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 14.71 เป็น 17.00 คะแนน สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 13.29 เป็น 15.43 คะแนน (p = 0.01) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 21) และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 21)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		Mean	SD	t	P – value
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	14.71	7.18	-3.215	0.004
	หลังทดลอง	17.00	4.92		
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	13.29	7.18	-2.831	0.010
	หลังทดลอง	15.43	4.92		

2.2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (n = 42)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n=21)		กลุ่มทดลอง (n=21)		df	P - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนทดลอง	13.29	6.30	14.71	7.18	40	0.49
หลังทดลอง	15.43	5.32	17.00	4.92	40	0.33

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของเนลเลอร์และคณะ (2004) ใช้กลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร่วมกับการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งแบ่งระยะดำเนินการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital visit) และ (2) ระยะเยี่ยมบ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) สำหรับ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้นแบ่งระยะดำเนินการเพิ่มเป็น 3 ระยะ โดยให้ความสำคัญกับระยะจำหน่ายหรือเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อประเมินความพร้อมก่อนกลับไปอยู่บ้าน ประเมินศักยภาพที่มีอยู่ ปัญหาที่ยังต้องการดูแลต่อเนื่อง ในกรณีที่พบความไม่พร้อมในการกลับไปอยู่บ้าน สามารถให้การช่วยเหลือเป็นรายกรณี และส่งต่อข้อมูลแก่บุคลากรในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน ตลอดจนมีการเตรียมการในการติดต่อสื่อสารกันในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การใช้ Application Line หรือ วิดีโอคอล ในการติดต่อสื่อสารกับทีมดูแล ตลอดจนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเพื่อวางแผนให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงสภาพในการพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

2. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันและหรือการมา visit ER ภายใน 30 วัน เปรียบเทียบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก ในการใช้โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านได้มีการวางแผนจำหน่ายและมีการประสานการดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์หรือสื่อสารผ่านทาง Application Line หรือวิดีโอคอล เป็นระยะ ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ผลการใช้โปรแกรมสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ แม้อยู่ในช่วงการระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของทากาฮาชิและคณะ (Takahashi et al., 2013) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (care transition program) โดยมีการจัดทีมดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และที่ปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการประเมินผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาลครอบคลุมถึงการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

และกำหนดว่าต้องมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านต่อหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ในกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 10.5 กลุ่มควบคุมมีการมารับบริการที่ ER ร้อยละ 31.6 ในขณะที่กลุ่มทดลองมาเพียงร้อยละ 11.8 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฌาตยา และคณะ (2565) เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีอัตราการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3 รายเท่ากับร้อยละ 9.3 และ 10 ราย เท่ากับร้อยละ 31.25)

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก โรคประจำตัวของผู้สูงอายุมีหลากหลาย ไม่เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้นกว่าเดิม อาจเนื่องจาก ในการดูแลตามปกติ ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน มีการติดตามเยี่ยมบ้านทุกรายและมีสหวิชาชีพในการดูแลครอบคลุมถึงการฝังเข็มและการฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีความก้าวหน้าของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เกศริน, 2564; สุพัตราและคณะ, 2561; วาสนาและคณะ; 2559)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อใช้วางแผนการพยาบาลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่รูปแบบการดูแลจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นการดูแลแบบทางไกล telemedicine มากขึ้น นำไปสู่การประกันคุณภาพทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานต่อไป

ด้านการทำวิจัย ควรทำการศึกษาลำดับที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นและระยะเวลาศึกษาเพิ่มเป็น 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และควรศึกษาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่น การศึกษาจำนวนวันนอน ต้นทุน ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต และการศึกษาคุณภาพตัวชี้วัดทางการพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา ขอขอบพระคุณ คุณบรรจง จาตบุญนาท คุณละไม ช่างถม ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เกศริน เอกวิชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
2. คุณากร เอี้ยวสุวรรณ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, กัญจนา ดิษยาธิคม, สุกพล ลิ้มพัฒนานนท์, และจุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนานนท์. (2560). สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11, 248-256.
3. ณาตยา โสนน้อย, อุษาดี อัครวิเศษ, ประภาพรรณ ปุ่นอุดม, นงนุช เตชะวีระกร, และเสรี สิงหนัดกิจ. (2565). ผลของการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยโปรแกรม Telehealth ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 33(2), 84-100.
4. วาสนา มูลฐิ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลและบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล, 31, 95-110.
5. สายฝน กันธมาลี, ชัชวาล วงศ์สารี, และนันทนา พันชนะ. (2561). การเยี่ยมบ้านของพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12(3), 107-117.
6. สุพัตรรา ปวนไผ่, ศรีวรรณ วงศ์เจริญ, นิรมัย มณีรัตน์, และวราพร นนทศิลา. (2561).

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่ ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข, 27, 500-509.

7. อรุณ จีรวรรณกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4).
สำนักพิมพ์วิทย์พัฒน์.
8. Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). The handbook of research synthesis.
Russell SAGE Foundation
9. Crane SJ, Tung EE, Hanson GJ, Cha S, Chaudhry R, & Takahashi PY. (2010). Use
of an electric administrative database to identify older community dwelling adults at
high risk for hospitalization or emergency department visits: The elders risk assessment
index. BMC health services research, 10, 338.
10. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, & Li J, et al. (2017).
Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc, 65,
1119-1125.
11. Takahashi PY, Haas LR, Quigg SM, Croghan IT, Shah ND, et al. (2013). 30-day
hospital readmission of older adults using care transitions after hospitalization: a pilot
prospective cohort study. Clinical intervention in aging, 8, 729-736.
12. Tonya Page, & Georgetown KY. (2018). Implementing the Coordinated-
Transitional Care Program to reduce all cause readmissions. Submitted in partial
fulfillment of the requirements for the degree of the degree of Doctor of Nursing
Practice in Eastern Kentucky University
13. Wassef M, Trepanier MO, Mayrand J, Habra M, & Beauchamp S. (2018). Effectiveness of
discharge planning and transitional care interventions in reducing hospital readmissions
for the elderly. HTA report. Health and social care technology and intervention
assessment unit.
14. Wingate K S. (2016). Preventing 30-day rehospitalization among elderly
patient through a collaborative transition of care program between acute and primary
care. A doctoral scholarly project submitted to the faculty of The University of North
Carolina at Charlotte in partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of
Nursing Practice.