

การศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 58 คน แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 60 คน มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนเมษายน 2551 ถึง เมษายน 2552 แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนข้อมูลในระเบียบประวัติและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังที่พบบ่อย 6 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง และการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ระยะที่ 2 เป็นการนำผลที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 นำมาสะท้อนข้อมูลและระดมสมองในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยในรูปแบบของการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแห่งนี้ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ 2. การพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก 3. การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลต่อเนื่องของ และทั้ง 3 ปัจจัยส่งผลต่อผลลัพธ์ที่บ่งบอกคุณภาพการบริการในการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลภายใต้เงื่อนไขของการดำเนินการที่สำคัญ คือ การประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 2 ไปทดลองปฏิบัติจริงในระบบการดูแล โดยทีมพัฒนานำร่องซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 คน พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลหน่วยไตเทียม 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจบกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ผลการพัฒนาในระยะที่ 3 ทำให้ทีมพัฒนานำร่องได้จัดทำ 1) แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ยึดหลักตาม DMEETHOD 2) แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังที่ประกอบด้วยกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกำหนดจำนวนวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลไว้ 5 วัน จัดทำใน

รูปแบบของแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และ 3) สื่อคู่มือความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังและญาติผู้ดูแล และ ระยะที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของระยะที่ 3 ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประเมินผลว่า ได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยทำให้เกิดช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างชัดเจน การทำงานไม่ซ้ำซ้อน ส่งผลให้การบริการมีมาตรฐาน คุณภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ใช้บริการแสดงความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องในระดับสูงมาก ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.2 วัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินการศึกษา ทำให้ไม่สามารถพัฒนารูปแบบสำหรับการดูแลต่อเนื่องยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคเรื้อรังเป้าหมาย ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในระยะต่อไปควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว และควรขยายผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พัฒนาและประเมินผลแล้วไปปรับใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

This participatory action research was conducted with the aim to develop a holistic continuing care model for the elderly with chronic illnesses in one tertiary care hospital in northeastern Thailand. Key informants included 58 registered nurse and three physicians who cared for the elderly in four medical wards in the hospital and 60 elderly patients patients with chronic illnesses and their caregivers. The study was conducted during April 2008 and April 2009 and was carried out in four phases. Phase 1 was a situational analysis conducted to assess problems associated with the continuing care of elderly with chronic illnesses. In this phase a data collection was done through 1) reviews of patients' medical records and the hospital database, 2) interviews and focus group discussions with the nurses and the physicians who were caring for the patients, 3) in-depth interviews and focus group discussions with the patients and their caregivers, and 4) open-ended questions among the registered nurses. Six most common chronic illnesses among the elderly in this hospital were cerebrovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, chronic renal failure, diabetes mellitus, ischemic heart disease, and hypertension. In the second phase, the interdiaplinary team reflected the information obtained from Phase 1 to develop a holistic continuing care model for elderly with chronic illnesses. Results revealed that in order to achieve optimum outcomes of continuing care quality, and effective cooperation, communication and referral for this hospital, the newly developed continuing care model needed to relay on three key factors. These factors were 1) enhancement of the healthcare provider competency, 2) establishment of the clinical database, and 3) development of the continuing care innovations. Then the third phase was conducted by the interdisciplinary team that consisted of ten members including an internal medicine physician, five registered nurses from four medical wards, a pharmacist, a nurse from the dialysis unit, a nutritionist and a nurse from the hospital's continuing care center to develop a continuing care model that spanned the care from admission to discharge and home visits afterward. Due to the project time constraint, the reaearch team could only select one chronic illness, chronic renal failure, to test the model. Therefore, a group of elderly with chronic renal failiure who came to receive care during the time of project implementation were additionally invited to join the study. In addition, the working team developed 1) a discharge planning documentation form for patients with chronic renal failure using the DMEETHOD model. 2) a

chronic renal failure discharge planning assessment form that delineated the role of interdisciplinary healthcare providers and designated a five-day admission duration, and 3) a self-care handbook for the patients and caregivers. Lastly, the fourth phase of the study was conducted to evaluate the outcome from Phase 3. Patient outcomes evaluation confirmed the effectiveness of this continuing care model and discharge planning. All patients reported a very high level of satisfaction (average 98/100) and the mean admission duration was at 5.2 days. None of the elderly patients developed complications while admitting in the hospital. The interdisciplinary team reported increased learning, sharing of experience, and collaborative decision making among members. The model helped created a communicating channel for the healthcare team to continually care for patients and reduced overlapping roles of providers. This, in turn, resulted in improved care quality, efficiency and standards. Nevertheless, the project time constraint limited the application of this continuing care model among the elderly with other chronic illnesses to thoroughly evaluate the model effectiveness the validity of the discharge planning assessment and documentation forms. As a result, it is recommended that the next phase of the project should address this issue. After the model has been extensively evaluated and improved, a replication of the model should be done for elderly with other chronic illnesses.