

งานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้าอยู่รักษาตัวเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีอาการปานกลางถึงค่อนข้างหนัก กลุ่มเป้าหมายหลักหรือกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคั้งแต่เดือนมกราคม 2546 ถึงเดือนธันวาคม 2547

การศึกษาศาณการณของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านในบริบทที่ศึกษา พบว่าการปฏิบัติจริงยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ ระบบเดิมที่ดำเนินการอยู่ได้แก่ การวางแผนการจำหน่าย การสอนให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการดูแลตนเองต่อที่บ้าน พยาบาลจะเป็นผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากข้อมูลที่เหมาะสมได้ แต่ไม่ได้สื่อสารปัญหาและแผนการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเวรอื่นๆ แผนการจำหน่ายยังไม่ได้ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การบันทึกในแบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องไม่สมบูรณ์และไม่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลรับรู้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเพิ่มงาน ทำได้ยาก และไม่ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ทำให้การเตรียมก่อนจำหน่ายไม่พร้อม ผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความมั่นใจต้องการทักษะและข้อมูลต่างๆเพื่อการดูแลตัวเองต่อที่บ้าน มีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

กลุ่มผู้ร่วมวิจัยจึงได้ร่วมกันพัฒนางานเพื่อแก้ปัญหา โดยร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เป็นอยู่แล้วหาแนวทางแก้ไข โดยปรับวิธีการทำงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบทีมการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบันทึก และสร้างแบบบันทึกที่ง่ายและชัดเจนในการบันทึกเพื่อการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย สร้างแผนผังของการดำเนินการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เพิ่มประสิทธิภาพในการรับและส่งเวรของพยาบาลในแต่ละเวรเพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ รวมถึงการพูดคุยข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินการระหว่างทีม

สหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผลจากการปรับระบบการบริการนี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลงโดยเฉลี่ย 1 วัน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมและมีความพร้อมต่อการจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 88.2 ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องร้อยละ 95.75 มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับระดับมากร้อยละ 73.3 และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยบัตรทองของโรงพยาบาลได้รับการส่งต่อไปที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100

จากการวิจัยนี้ทำให้ได้แนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน และได้สรุปความหมายของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านในบริบทที่ศึกษาว่าหมายถึง กระบวนการของการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หน่วยที่สำคัญของการบริการระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยโรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนใกล้บ้าน และบ้านของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการบริการระยะเปลี่ยนผ่าน กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทำงานเป็นกลุ่มอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน มีการสะท้อนคิดอย่างพินิจพิเคราะห์ต่อความเป็นจริงที่ปรากฏ และหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกันบนฐานของการสะท้อนคิด ก่อให้เกิดการทำงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีม สร้างความมั่นใจ ความภาคภูมิใจต่อผลสำเร็จของการทำงานร่วมกัน สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ กลุ่มผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงพลังอำนาจที่จะจัดการกับปัญหาของตนเอง

เงื่อนไขสำคัญที่ช่วยในการพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านนี้ขึ้นกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการบริการ อาทิเช่น ปัจจัยที่เอื้อส่งเสริมการพัฒนา ได้แก่ 1. นโยบายที่ชัดเจนของโรงพยาบาลในการดำเนินการเรื่องการเตรียมจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 2. ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ส่งเสริมสนับสนุนในการพัฒนา และความมุ่งมั่น ร่วมมือร่วมใจและความเสียสละของพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการปฏิบัติ 3. ระบบการบันทึกที่มีแบบบันทึกที่ชัดเจน และ 4. ความร่วมมือของฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริการในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาแต่ได้ปรับให้เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ 1. การบริหารงานภายในของงานพยาบาลที่หมุนเปลี่ยนทีมในการดูแลผู้ป่วย 2. การติดต่อสื่อสารข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย และการประสานความร่วมมือต่างๆระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 3. ระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน และ 4. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยที่อาจพัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นในอนาคต ได้แก่ อัตรากำลังของพยาบาลที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยของแต่ละทีมการพยาบาล ลักษณะธรรมชาติของแต่ละครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และปัจจัยที่ยากต่อการพัฒนาอย่างมาก คือ ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและซับซ้อน

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 was conducted between January 2003 and December 2004 in a male medical unit where two-thirds of the patients were elderly persons with moderate to severe symptoms resulting from chronic illnesses. 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.

This study developed a transitional care service model and concluded that care services for elderly patients during transitional period was defined as "a process of discharge planning to prepare the patient to return home and to refer the patient for continuing care". The research project identified several units that were important for transitional care services including the hospital, local PCU, and the patient's home. Registered nurses were found to have the most important role in implementing transitional care service. This participatory work process emphasized teamwork with equal contributions from each member that enabled the team to critically reflect on the facts and findings that the team had discovered. It further allowed the team to collaboratively explore solutions based on the outcomes of this reflection. Team members learned to work as a team and their confidence was enhanced. Consequently, team members felt proud with their success from working cooperatively and the fact that they were able to solve their own problems. Eventually, the research team members were empowered to manage their problems independently.

Important conditions that helped in developing the transitional care service model relied on several other factors that influenced services such as those that functioned in promoting the development including 1) precise hospital policies regarding the implementation of discharge planning and continuing patient care, 2) leadership capabilities of the head nurse that promoted and supported the development, commitment, participation and dedication of all registered nurses in the unit, 3) the documentation system that utilized easily understandable forms for recording, and 4) the cooperation of both the client service and educational service units. Previous barriers to the development of transitional care service that had been transformed into enabling factors were 1) internal nursing administration that rotated teams to provide patient care, 2) the communication of patient information, the collaboration among the interdisciplinary team, and the cooperation of patients and families in continuing care planning, 3) a comprehensible patient referral system, and 4) the interdisciplinary team that participated in the provision of patient care. Factors that could be improved in the future to further enhance the outcomes of transitional care service included the readjustment of the nurse-to-patient ratio to adequately providing patient care in each nursing team and their families' care characteristics and, perhaps the most difficult barrier to overcome, the severity of elderly patients' illnesses.