

# ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี

อรณิชา ดุลยลา, พย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ผู้ดูแล จำนวน 35 คน และผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมจำหน่ายผู้ป่วย KR-20 = 0.93, ศักยภาพของผู้ดูแล  $\alpha = 0.83$  และแบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย  $\alpha = 0.84$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม มีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม 9 ขั้นตอน คือ 1) มีการประเมินความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล 2) มีกระบวนการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) โดยใช้หลัก (DMETHOD) 3) วางแผนการดูแลรักษา 4) ประเมินผู้ป่วยซ้ำ 5) การให้ข้อมูลแผนการรักษา 6) การสื่อสารทีมสหวิชาชีพ 7) ประเมินผลลัพธ์ 8) การบันทึกการดูแล และ 9) มีการติดตามหลังจำหน่าย หลังพัฒนาพบว่า บุคลากรมีการใช้โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยรวมถูกต้องอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 80.0 เป็น ร้อยละ 93.3 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ( $23.60 \pm 1.05$ ) ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 85.7 เป็นร้อยละ 100.0 ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 60.0, มีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) ร้อยละ 80.0 มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับ Mildly disabled เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 60.0 และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจการสอนก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง ( $40.60 \pm 3.93$ )

ข้อเสนอแนะ : การใช้โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม ส่งผลให้บุคลากรการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) และได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย กระบวนการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ เข้าเสื่อม

\*โรงพยาบาลนาโยง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี

# Effects of discharge planning program using participatory process for elderly with osteoarthritis in Na Yung Hospital Udon Thani Province

Onnichia Dulyala, B.N.S.\*

## Abstract

This quasi-experimental research aims to study discharge planning program using participatory process for elderly with osteoarthritis inpatient ward and the results of patient care in Na Yung Hospital Udon Thani Province. Between November 2023 - January 2024, sample group included 15 professional nurses, 35 caregivers, and 35 elderly patients. Tools used of research were patient discharge preparation practice KR-20 = 0.93, caregiver potential alpha = 0.83 and an activity of daily living assessment form alpha = 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis

Results: found that effected of development of discharge planning program using participatory process for elderly with osteoarthritis were 9 steps: 1) assessment of need to receive care, 2) discharge planning process using DMETHOD, 3) care plan, 4) reassess patients, 5) provide treatment plan information, 6) communicate with multidisciplinary team, 7) results evaluate, 8) record care, and 9) follow up after discharge. After development was found that overall personnel used discharge planning program correctly at high level, increasing from 80.0% to 93.3% and were satisfied at high level ( $23.60 \pm 1.05$ ). Overall effected of potential developing of caregivers after development were high level, increasing from 85.7% to 100.0%. Results care of elderly with osteoarthritis found that Most of length of stay in hospital was 3 days or more 60.0%, had improved better treatment 80.0%, an activity of daily living overall the level of Mildly disabled increased from 51.4% to 60.0%, and elderly were satisfied with the pre-discharge teaching at high level ( $40.60 \pm 3.93$ ).

Suggestions: Using a discharge planning program with participatory process for elderly of osteoarthritis, as result of personnel performing accurate nursing operations to increase effect of patients had treatment results improved and receive continuous care at home.

**Keywords:** Discharge Planning Program, Participatory Process, Elderly, Osteoarthritis

---

\* Na Yung Hospital, Na Yung District, Udon Thani Province

## บทนำ

ผู้ป่วยสูงอายุ มีความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (coping difficulties) คือ ความยากลำบากหรือการที่ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้เองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการเตรียมให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดีในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่า และอัตราการรอดชีวิตสั้นกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เข้ามารักษาซ้ำ<sup>1</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ตามปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยใน palliative care มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน<sup>2</sup> นอกจากนี้สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลพบว่ามีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แต่ไม่ครอบคลุมการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างครอบคลุมหลายมิติ รวมทั้งการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ<sup>3</sup>

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนาโยง ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2566 มีจำนวน 925, 761, 503 และ 761 คน<sup>4</sup> จากการกำหนดปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานซึ่งพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ รวมทั้งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ ของโรงพยาบาลนาโยง ซึ่งบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาล มีบทบาทที่สำคัญมากในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มารับรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนาโยง การพัฒนาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนาโยง ครั้งนี้ เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นและอยู่ที่บ้านอย่างมีความสุขตามความเหมาะสม กรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัย ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือผู้วิจัยได้ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลการทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุกรณีเข้าเสื่อม โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนาโยง
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลนาโยง

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

**ตัวแปรอิสระ** คือ โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย DMETHOD และกิจกรรมตามแผนการรักษา ประกอบด้วย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา (D) การให้ยา (M) การจัดสิ่งแวดล้อม (E) แนวทางการรักษา (T) การดูแลสุขภาพ (H) ภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความผิดปกติในเบื้องต้น การมาตรวจตามนัด (O) การเลือกชนิดอาหาร (D)

**ตัวแปรตาม** คือ การประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่ การปฏิบัติการสอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม
2. กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อมของผู้ดูแลและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. กลุ่มผู้สูงอายุเข้าเสื่อม ได้แก่ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษา หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

**ประชากรที่ศึกษา** ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาโยง ที่ได้รับบริการตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย ทั้งเพศชายและหญิง ผู้ป่วยมีสถานะทางการแพทย์คงที่แล้ว และไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ความบกพร่องทางระบบประสาทคงที่หรือดีขึ้น) มีระดับ Barthel's index < 75 หรือมีความบกพร่องที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

**เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)** คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ที่ทำให้ปฏิบัติการกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ผู้ป่วยมีสถานะทางการแพทย์ไม่คงที่หรือมีระดับ Barthel's index  $\geq 75$  หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

**การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (sample group)** บุคลากรทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คนตามเกณฑ์คัดเลือก และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วย กำหนดขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน ใช้สูตรคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>5</sup>

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม โรงพยาบาลนาโยง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการในหอผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาและจัดทำเป็นคู่มือการประเมินการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแล ตามกรอบแนวคิด IDEAL discharge planning method<sup>6</sup> การปฏิบัติการโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุเข้าเสื่อม โดยใช้หลัก DMETHOD ได้แก่ 1. ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา (D) การใช้ยา (M) การจัดสิ่งแวดล้อม (E) แนวทางการรักษา (T) การดูแลสุขภาพ (H) ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการความผิดปกติในเบื้องต้น การมาตรฐานตามนัด (O) และการเลือกชนิดอาหาร (D)

**2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการสอนก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุเข้าเสื่อม จำนวน 20 ข้อ การตอบ 1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ได้ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 - 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 - 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ การตอบเป็นคะแนนความพึงพอใจ 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท<sup>8</sup> คือ 1=น้อยที่สุด 2=ค่อนข้างน้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 25 คะแนน ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 - 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 - 100 ระดับมาก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน การตอบคือ 0 = ไม่ใช้หรือไม่ปฏิบัติ, 1 = ใช้หรือปฏิบัติ การแปลผลคะแนนรวม 9 คะแนน ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 - 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 - 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 30 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การจัดการความเครียด 4) การดูแลผู้ป่วยและตนเอง 5) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 6) การดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม การตอบคือ 0 = ไม่ใช่หรือไม่มีการแนะนำ, 1 = ใช่หรือมีการแนะนำ การแปลผลคะแนนรวม 33 คะแนน ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การวินิจฉัยแรกรับ ดัชนีมวลกาย จำนวนวันพำนักรักษา ผลลัพธ์การรักษา สถานะจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรัง อัตรการหายใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิต ระดับไขมัน โคเลสเตอรอล โรคเรื้อรังประจำตัว การรักษาขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ยาที่ได้รับ และการรักษาอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ Barthel Index Activity of Daily Living<sup>9</sup> ด้วยคะแนน Barthel's index แกรับถึงจำหน่าย (intensive-non intensive) ประยุกต์ใช้แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living: ADL) ของราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย<sup>10</sup> การแปลผลคะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
0-24	Very severity disabled	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
25-49	Severity disabled	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50-74	Moderately disabled	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75-90	Mildly disabled	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
76-100	Physically independent but unnecessary	

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการแนะนำด้านความพร้อมไปอยู่บ้าน จำนวน 9 ข้อ การตอบตามมาตรวัดของลิเคิร์ท<sup>8</sup> มี 5 ระดับ คือ 1= ไม่พึงพอใจ 2 = น้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 45 คะแนน ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งค่าร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติหรือ คำนวณออกมาเป็นตัวเลข แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา หรือนิยามตัวแปร ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านการวิจัยครั้งนี้นำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ข้อมูลผู้ป่วย ค่า CVI = 1

2. การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ได้ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ = 0.93

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คือ ผู้ป่วยโรคของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถาม มาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบปรากฏ ดังนี้ ศักยภาพของผู้ดูแล alpha = 0.83 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล alpha = 0.88 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย alpha = 0.84

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** เตรียมผู้ช่วยในเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) สำหรับวิเคราะห์คำถามที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 4267 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2566

### ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม มีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม 9 ขั้นตอน คือ 1) มีการประเมินความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล 2) มีกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลัก DMETHOD 3) วางแผนการดูแลรักษา 4) ประเมินผู้ป่วยซ้ำ 5) การให้ข้อมูลแผนการรักษา 6) การสื่อสารทีมสหวิชาชีพ 7) ประเมินผลลัพธ์ 8) การบันทึกการดูแล และ 9) การติดตามหลังจำหน่าย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** กิจกรรมโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม

วัตถุประสงค์	เนื้อหาโปรแกรม	ผลการพัฒนา
1. เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการและการเพิ่มพูนความรู้ 2. บุคลากรผู้ให้บริการสามารถนำหลักการ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปใช้ได้อย่างครอบคลุมพร้อม	ขั้นตอนการปฏิบัติ 9 ขั้นตอน 1. การประเมินความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องแต่ละรายตั้งแต่เริ่มแรกรับ และภายใน 48 ชั่วโมงหรือพ้นระยะวิกฤต ในแบบฟอร์มแบบบันทึกการเตรียมจำหน่าย และการดูแลที่ต่อเนื่อง 2. กระบวนการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) และการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) โดยใช้หลัก (DMETHOD) 3. วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว (หรือผู้ดูแล) มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม 4. ประเมินผู้ป่วยซ้ำ 5. การให้ข้อมูลตามแผนเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัว 6. สื่อสารแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และการส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยไปที่บ้านและการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 7. ประเมินผลลัพธ์การวางแผนจำหน่าย 8. มีการบันทึกการดูแลต่อเนื่องในระบบสารสนเทศ ตามหลัก DMETHOD ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย พร้อมส่งข้อมูลเพื่อให้น่วยดูแลใกล้บ้านทราบการดูแลต่อเนื่อง 9. มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง	1. มีคุณภาพของการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้หลักการ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องไปใช้ได้ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ครอบคลุมพร้อม 2. ผู้ให้บริการผ่านเกณฑ์ ประเมินการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ

ผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า หลังพัฒนาโดยรวมมีการปฏิบัติถูกต้องระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 80.0 เป็น ร้อยละ 93.3 มีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 100 ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและอธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ตามแผนการรักษาผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม, ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ, มีการสนทนาสอบถาม-ตอบ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้เพิ่มเติม, ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน และการปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยอายุกรณีเข้าเสื่อม น้อยที่สุด คือ แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม การป้องกันการกำเริบของโรค หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำ และแนะนำการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการสอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=15)

การปฏิบัติการสอน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและอธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ตามแผนการรักษาผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม	14	93.3	0	0.0
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยความสามารถในการทำกิจกรรม (functional capacity) ประวัติปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในอดีต	13	86.7	14	93.3
3. การแจ้งประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การผ่าตัด การรับประทานยา การแพ้ยา การใช้สารเสพติด	13	86.7	14	93.3
4. อธิบายแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การระบุนาการเตือน (warning signs) หรือปัญหาที่เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน	12	80.0	14	93.3
5. แนะนำและให้ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สรรพคุณของยา การรับประทานยาจากโรงพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงของยา	11	73.3	13	86.7
6. ให้คำแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมป้องกันภาวะแทรกซ้อน	11	73.3	13	86.7
7. แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม การป้องกันการกำเริบของโรค หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำ	10	66.7	12	80.0
8. แนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การดูแลสุขภาพจิตใจ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อแทรกซ้อนที่บ้าน	13	86.7	14	93.3
9. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ แนะนำกิจกรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	80.0	14	93.3
10. แนะนำการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ	10	66.7	12	80.0
11. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการมองโลกในแง่ดีและแรงสนับสนุนทางสังคม	13	86.7	14	93.3
12. แนะนำรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวซึ่งย่อยง่ายเพื่อลดพลังงาน ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเข้าเสื่อม	14	93.3	14	93.3
13. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ	10	66.7	0	0.0
14. การประเมินสะท้อนคิดประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญและการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล ความวิตกกังวล ความปวด การมองโลกในแง่ดีและแรงสนับสนุนทางสังคม	10	66.7	13	86.7

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลการสอนก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุเข้าเสื่อม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

การปฏิบัติการสอน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15. มีการสนทนาสอบถาม-ตอบ เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติม ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน	13	86.7	0	0.0
16. ประสานนัดหมายจากทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	11	73.3	13	86.7
17. มีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการส่งต่อไปรักษา มีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือสนับสนุน และวัน เวลาสำหรับการมาตรวจตามนัด	12	80.0	14	93.3
18. นัดหมายการเยี่ยมโดยติดต่อทางโทรศัพท์หลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์	11	73.3	13	86.7
19. การประเมินผล ภายหลังการปฏิบัติการดูแลตนเองต่อเนื่อง	12	80.0	14	93.3
20. การปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม	14	93.3	15	100.0
<b>ระดับการปฏิบัติการสอน</b>				
ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)	0	0.0	0	0.0
ร้อยละ 60 – 79 (ระดับปานกลาง)	3	20.0	1	6.7
ร้อยละ 80 – 100 (ระดับมาก)	12	80.0	14	93.3

**ความพึงพอใจของบุคลากรต่อโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม** หลังพัฒนา พบว่า มีความเป็นไปได้และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $23.60 \pm 1.05$ ) พึงพอใจมากที่สุดคือ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุเข้าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น ( $4.75 \pm 0.59$ ) รองลงมาคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการลดความปวด การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ( $4.73 \pm 0.70$ ) และ น้อยที่สุด คือ การอธิบายแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการระบุนาอาการเตือน (warning signs) ( $4.67 \pm 0.72$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจของบุคลากรต่อโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย (n= 15)

ความพึงพอใจ	Mean $\pm$ SD	ระดับ
1. การอธิบายแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการระบุนาอาการเตือน (warning signs)	4.67 $\pm$ 0.72	สูง
2. ความเหมาะสมของการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติของผู้ป่วยขณะรับการรักษา ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ	4.70 $\pm$ 0.71	สูง
3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการลดความปวด การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย	4.73 $\pm$ 0.70	สูง
4. โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุเข้าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้	4.72 $\pm$ 0.45	สูง
5. โดยรวมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้สูงอายุเข้าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น	4.75 $\pm$ 0.59	สูง
<b>ภาพรวมความพึงพอใจ</b>	<b>23.60<math>\pm</math>1.05</b>	<b>สูง</b>

**3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ** พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมมีศักยภาพในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.7 เป็นร้อยละ 100.0 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง, มีการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคลของทีมติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/อสม. และการทำบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม และข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือไว้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและทีมติดตามดูแลผู้สูงอายุ/อสม. น้อยที่สุดคือ ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ความพิการในการไปขอรับเงินช่วยเหลือรายเดือนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 81.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4



**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35)

ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแล เป็นประจำ	28	80.0	32	91.4
2. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย	27	77.1	32	91.4
3. มีบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการฟื้นฟูสุขภาพหรือกายภาพบำบัด	27	77.1	32	91.4
4. แจ้งขอความช่วยเหลือจากทีมติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและ อสม. เพื่อให้ออกมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหรือเข้าเยี่ยมตามอาการ	27	77.1	32	91.4
5. เจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนการเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	32	91.4	35	100.0
6. มีการจัดเจ้าหน้าที่ได้แจ้งแผนดูแลรายบุคคลของทีมติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/อสม.	33	94.3	35	100.0
7. ทำบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม และข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือไว้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและทีมติดตามดูแลผู้สูงอายุ/อสม.	30	85.7	35	100.0
8. ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่กรณีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ความพิการในการไปขอรับเงินช่วยเหลือรายเดือนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	26	74.3	31	88.6
9. มีการรายงานผลภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ติดตามให้การดูแลช่วยเหลือทุกเดือน	27	77.1	32	91.4
<b>ระดับศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อม</b>				
ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)	0	0.0	0	0.0
ร้อยละ 60 – 79 (ระดับปานกลาง)	5	14.3	0	0.0
ร้อยละ 80 – 100 (ระดับมาก)	30	85.7	35	100.0

การรับรู้ด้านความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 91.4 เป็นร้อยละ 97.1 มากที่สุดคือ การพักผ่อนวันละ 6 –8 ชั่วโมง ช่วยให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรค, มีการรับรู้ ร้อยละ 100.0 ได้แก่ ทีมสุขภาพมีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือสนับสนุน และวัน เวลาสำหรับการมาตรวจตามนัด, เข้าใจการจัดอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวซึ่งย่อยง่ายเพื่อลดพลังงาน และ น้อยที่สุด คือ มีการประสานนัดหมายจากทีมสุขภาพ ครอบคลุม ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35)

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านร่างกาย</b>				
1. แพทย์/พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลสุขภาพ	30	85.7	33	94.3
2. ผู้สูงอายุเข้าเสื่อมต้องการการดูแลด้านการฟื้นฟูสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาล	32	91.4	34	97.1
3. ผู้สูงอายุเข้าเสื่อมต้องการการดูแลด้านการให้อาหารและน้ำ และการดูแลความสะอาดร่างกายและการนอนหลับพักผ่อน	31	88.6	33	94.3

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35) (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. การพักผ่อนวันละ 6 –8 ชั่วโมง ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรค	33	94.3	35	100.0
5. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้	26	74.3	34	97.1
<b>ด้านการจัดการอารมณ์ความเครียดของผู้ป่วยและตนเอง</b>				
1. มีความวิตกกังวลหรือเครียดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	29	82.9	33	94.3
2. คอยสอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย	32	91.4	34	97.1
3. คอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลไปพักที่บ้าน	28	80.0	32	91.4
4. มีการเตรียมตัวไว้แล้วเพื่อที่จะกระทำการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ที่บ้าน	32	91.4	33	94.3
5. ได้รับการแนะนำการดูแลเอาใจใส่ สอบถามอาการผู้สูงอายุเขาเสื่อม เป็นประจำเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใจ	33	94.3	34	97.1
<b>ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเอง</b>				
1. โรงพยาบาลให้ความรู้ด้านจัดให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวในแต่ละวัน	30	85.7	33	94.3
2. ได้รับความรู้การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อผู้สูงอายุเขาเสื่อม	31	88.6	34	97.1
3. มีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	30	85.7	34	97.1
4. โรงพยาบาลแนะนำกิจกรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการป่วย	33	94.3	34	97.1
5. ได้รับการฝึกการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมตามที่ผู้ป่วยสามารถทำได้	32	91.4	34	97.1
<b>ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย</b>				
1. โรงพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเขาเสื่อม การระบุอาการเตือน หรือปัญหาที่เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน	33	94.3	34	97.1
2. ได้รับการแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	30	85.7	33	94.3
3. ได้รับการสอบถามหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย	30	85.7	34	97.1
4. ทีมสุขภาพให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	32	91.4	34	97.1
5. ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการต่างๆ ในพื้นที่อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม	32	91.4	34	97.1
<b>ด้านการดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ</b>				
1. มีการประสานนัดหมายจากทีมสุขภาพ ครอบครัว ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	28	80.0	32	91.4
2. ทีมสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการวางแผนการเยี่ยมท่านถึงที่บ้านโดยให้ท่านร่วมตัดสินใจ	32	91.4	34	97.1
3. ทีมสุขภาพแนะนำผู้สูงอายุติดต่อเครือข่ายชุมชนในการรับการช่วยเหลือเยียวยา เมื่อเกิดความทุกข์ยาก	30	85.7	33	94.3
4. ทีมสุขภาพมีการเตรียมเอกสารเกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือสนับสนุน และวัน เวลาสำหรับการมาตรวจตามนัด	31	88.6	35	100.0
5. ทีมสุขภาพนัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยติดต่อทางโทรศัพท์หลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์	32	91.4	33	94.3

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35) (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม</b>				
1. ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลมีการฟังและให้โอกาสผู้ป่วยหรือครอบครัวสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติม	30	85.7	33	94.3
2. เข้าใจการจัดอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวซึ่งย่อยง่ายเพื่อลดพลังงาน	33	94.3	35	100.0
3. มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับการป่วย	30	85.7	33	94.3
4. เข้าใจการจัดชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น ถ้ามีอาการเหนื่อยล้าจัดให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย	32	91.4	34	97.1
5. โดยรวมได้รับการฝึกทักษะในการดูแลให้ผู้สูงอายุที่บ้านระดับดีมาก	30	85.7	33	94.3
<b>ระดับการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</b>				
ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระดับน้อย)	0	0.0	0	0.0
ร้อยละ 60 – 79 (ระดับปานกลาง)	3	8.6	1	2.9
ร้อยละ 80 – 100 (ระดับมาก)	32	91.4	34	97.1

**4. ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม** พบว่า การวินิจฉัยแรกรับเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเข้า ร้อยละ 60.0 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 60.0 ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) ร้อยละ 80.0 ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ปวดขา เข้า ร้อยละ 48.6 และการนวดแพทย์แผนไทยกายภาพบำบัด ร้อยละ 48.6 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม (n= 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. การวินิจฉัยแรกรับ		
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดขา	21	60.0
เบาหวาน	14	40.0
2. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล		
ต่ำกว่า 3 วัน	14	40.0
3 วันขึ้นไป	21	60.0
3. ผลลัพธ์การรักษา		
ดีขึ้น (improved)	28	80.0
อาการไม่ดีขึ้น (not improved)	7	20.0
4. ยาที่ได้รับ		
ยารักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ปวดขา เข้า	17	48.6
ยาลดเบาหวาน	12	34.3
ยาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง ปวดขา	6	17.1
5. การรักษาอื่นๆ		
นวดแพทย์แผนไทยกายภาพบำบัด	17	48.6
ทำกายภาพบำบัด	12	34.3
นวดแผนไทย ทำกายภาพบำบัด	6	17.1

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมี ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับ Mildly disabled เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 60.0 มากที่สุดช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 100.0 ได้แก่ การเข้าห้องน้ำ และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 97.1 ได้แก่ ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ, ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงได้เอง, อาบน้ำได้เอง และช่วยเหลือตัวเองได้ น้อยที่สุด ร้อยละ 60.0 ได้แก่ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง และการช่วยเหลือสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=35)

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า</b>				
0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	0	0.0	0	0.0
5 ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า	8	22.9	1	2.9
10 ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ	27	77.1	34	97.1
<b>2. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้</b>				
0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	0	0.0	0	0.0
5 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	0	0.0	0	0.0
10 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	27	77.1	21	60.0
15 ทำได้เอง	8	22.9	14	40.0
<b>3. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง</b>				
0 ต้องการความช่วยเหลือ	10	28.6	1	2.9
5 ทำได้เอง	25	71.4	34	97.1
<b>4. การเข้าห้องน้ำ</b>				
0 ช่วยตัวเองไม่ได้	0	0.0	0	0.0
5 ทำเองได้บ้าง	3	8.6	0	0.0
10 ช่วยตัวเองได้ดี	32	91.4	35	100.0
<b>5. การอาบน้ำ</b>				
0 ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	12	34.3	1	2.9
5 อาบน้ำได้เอง	23	65.7	34	97.1
<b>6. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</b>				
0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	0	0.0	0	0.0
5 ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	0	0.0	0	0.0
10 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	31	88.6	21	60.0
15 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	4	11.4	14	40.0
<b>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น</b>				
0 ไม่สามารถทำได้	0	0.0	0	0.0
5 ต้องการคนช่วยเหลือ	8	22.9		
10 ขึ้นลงได้เอง	27	77.1	35	100.0
<b>8. การสวมใส่เสื้อผ้า</b>				
0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลย	0	0.0	0	0.0
5 ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	31	88.6	21	60.0
10 ช่วยตัวเองได้ดี	4	11.4	14	40.0

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>9. การกลืนอาหารในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b>				
0 กลืนไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	0	0.0	0	0.0
5 กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	11	31.4	2	5.7
10 กลืนได้ปกติ	24	68.6	33	94.3
<b>10. การกลืนปัสสาวะ</b>				
0 กลืนไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้	0	0.0	0	0.0
5 กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	11	31.4	2	5.7
10 กลืนได้ปกติ	24	68.6	33	94.3
<b>ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ</b>				
0-24 Very severity disabled	0	0.0	0	0.0
25-49 Severity disabled	0	0.0	0	0.0
50-74 Moderately disabled	13	37.1	0	0.0
75-90 Mildly disabled	18	51.4	21	60.0
91-100 Physically independent but unnecessary	4	11.4	14	40.0

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการแนะนำความพร้อมในการไปอยู่บ้าน พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $40.60 \pm 3.93$ ) มากที่สุดคือ ภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อการแนะนำด้านความพร้อมจำหน่ายไปอยู่บ้านของเจ้าหน้าที่ ( $5.00 \pm 0.00$ ) รองลงมาคือ ด้านการได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด อาหาร ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ( $4.97 \pm 0.04$ ) และน้อยที่สุดคือ ด้านมีการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ( $3.40 \pm 1.98$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการแนะนำด้านความพร้อมไปอยู่บ้าน (n=35)

ความพึงพอใจ	Mean $\pm$ SD	ระดับพึงพอใจ
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง	4.86 $\pm$ 0.06	สูง
2. ได้รับการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	4.95 $\pm$ 0.02	สูง
3. แพทย์/พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา	4.20 $\pm$ 1.62	สูง
4. การได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด อาหาร ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ	4.97 $\pm$ 0.04	สูง
5. มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก	4.48 $\pm$ 0.48	สูง
6. มีการเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย	4.44 $\pm$ 0.49	สูง
7. มีการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ	3.40 $\pm$ 1.98	สูง
8. มีการแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ	4.20 $\pm$ 1.62	สูง
9. ภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อการแนะนำด้านความพร้อมจำหน่ายไปอยู่บ้านของเจ้าหน้าที่	5.00 $\pm$ 0.00	สูง
<b>ภาพรวมความพึงพอใจ</b>	<b>40.60<math>\pm</math>3.93</b>	<b>สูง</b>

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม มีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม 9 ขั้นตอน คือ 1) มีการประเมินความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล 2) มีกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลัก DMETHOD 3) วางแผนการดูแลรักษา 4) ประเมินผู้ป่วยซ้ำ 5) การให้ข้อมูลแผนการรักษา 6) การสื่อสารทีมสหวิชาชีพ 7) ประเมินผลลัพธ์ 8) การบันทึกการดูแล และ 9) การติดตามหลังจำหน่าย อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุดกลุ่มหนึ่งอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความเสื่อมตามมาซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุพบว่าเป็นความเจ็บป่วยที่มีมากกว่าหนึ่งโรคหรือมีลักษณะหลายโรคร่วม การวิจัยในครั้งนี้ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการในหอผู้ป่วยร่วมกันพัฒนาและจัดทำเป็นคู่มือการประเมินการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแล ตามกรอบแนวคิด IDEAL discharge planning method<sup>6</sup> มีความครอบคลุมการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอันจะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกัญญวรรณ ศรีเกษม และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาการวางแผนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล สนับสนุนการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดระยะการนอนในโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาลดซ้ำ และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า บุคลากรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในประเด็น 1) การรับประทานอาหาร 2) การรับประทานยา 3) การออกกำลังกาย 4) การจัดการความเครียด 5) การขับถ่าย 6) การสังเกตอาการอาการผิดปกติ 7) การนอนหลับพักผ่อน 8) การมาตรวจตามนัด

2. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายของบุคลากร พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมมีการปฏิบัติถูกต้องระดับมากเพิ่มขึ้น มากที่สุด ร้อยละ 100 อภิปรายได้ว่า การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและอธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ตามแผนการรักษาผู้สูงอายุเข้าเสื่อม, ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ มีการสนทนาสอบถาม-ตอบ เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการรู้เพิ่มเติม, ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน และการปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม และความพึงพอใจของบุคลากรต่อโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุเข้าเสื่อมหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวิศ เมธาบุตร<sup>12</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยประเมินผลรูปแบบการจัดการโรค พบว่า ได้รูปแบบจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรอง ส่งเสริมป้องกัน รักษาเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ

3. ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พบว่าหลังพัฒนาโดยรวมผู้ดูแลมีศักยภาพในระดับมากเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้ด้านความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาข้อเข่าเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา แซ่เซี้ย และคณะ<sup>13</sup> ศึกษาความรู้และคุณภาพในการวางแผนจำหน่ายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนความรู้หลังการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการปฏิบัติกิจกรรม คุณภาพการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง โดยมีการสอนผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุกรณีเข้าเสื่อม พบว่า มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 3 วันขึ้นไป ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น (improved) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับ

Mildly disabled เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ฤกษ์ใจ และคณะ<sup>14</sup> การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุ มีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อย่างปลอดภัย ลดการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลเฉลี่ย 11.81 วัน กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และคะแนนการประสาน การดูแลก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการศึกษาของ พรทิพย์ พรหมแทนสุด และคณะ<sup>15</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความปวด ร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การจัดการตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร บุคลากรผู้นิเทศ ควรส่งเสริมและมีการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการ สอนก่อนจำหน่ายของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการเพิ่มความรู้ให้แก่บุคลากรในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง และมีความคงอยู่ของโปรแกรม จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ด้านการปฏิบัติ ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายของบุคลากรใน การดูแลผู้สูงอายุกรณีข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นการปฏิบัติ จะช่วยให้ทราบถึง ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขเพื่อการพัฒนาต่อไป
3. การนำโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุกรณีข้อเข่าเสื่อมไปใช้ ประโยชน์ ขยายผลนำไปใช้ในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานีและอาจนำไปใช้ใน โรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลนาโยง จังหวัดอุดรธานี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโดยการเพิ่มปริมาณผู้ป่วยที่คัดเข้าศึกษา และเพิ่มระยะเวลาเก็บข้อมูล หรือเก็บข้อมูล มากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรได้ ดีกว่า ทำให้ผลการวิจัยมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Njoku CM, Alqahtani JS, Wimmer BC, et al. Risk factors and associated outcomes of hospital readmission in COPDA systematic review. Respiratory Medicine. 2020; 173. doi:10.1016/j.rmed.2020.105988
2. Yazdanyar A, Vojtek A, Gupta S. Association between inpatient palliative care encounter and 30-day all-cause readmissions after index hospitalization for chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung; 2023.
3. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2021; 36(2): 327-42.
4. โรงพยาบาลนาโยง อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี. สรุปรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาโยง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://nyhos.moph.go.th/web/index.php/th>

5. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
6. Nelson JM, Rosenthal L. How nurses can help reduce hospital readmissions. [Internet]. 2015. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://www.myamericannurse.com/wp>
7. Bloom. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
8. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
9. Mahoney F., & Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State medical journal 1965; 14: 61-65.
10. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขอุปโภคบริโภคเข้าเสื่อม พ.ศ. 2554. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ, 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1ก.ย.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcost.or.th>
11. สิริกัญญวรรณ ศรีเกษม. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) : การประยุกต์ Transition Theory. Thai Red Cross Nursing Journal. 2563; 13(2): 47-61.
12. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัด นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(3): 969-85.
13. วิภา แซ่เซี้ย, นารีรัตน์ พุทธกุล, รัตใจ เวชประสิทธิ์, เนตรนภา คู่พันธ์วี, สุกานดา บุญคง. ความรู้และคุณภาพในการวางแผนจำหน่ายของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2564; 32(2): 135-45.
14. รุจิรา ฤกษ์ใจ, ภารดี นานาศิลป์, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. Nursing Journal 2563; 47(2): 274-85.
15. พรทิพย์ พรหมแทนสุด, สุทธิพร มูลศาสตร์, ดนัย หีบท่าไม้. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. วารสารพยาบาล 2561; 67(4): 34-43.