



การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ

สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป*

เสาวณี ธนอาร์ักษ์**

ธวัชชัย ทีปะปาล*

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมากกว่าวัยอื่น ๆ เพราะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับภาวะโรคร่วมและความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อคือการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างอิสระ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายและติดตามหลังจำหน่าย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายคือการประเมิน การสื่อสาร การตอบสนองความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรในชุมชน/บ้าน และการจำหน่ายผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดเพื่อการฟื้นฟูสภาพและการฟื้นฟูให้มากที่สุด

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย; ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, e-mail: Sadakan-e@hotmail.co.th

**โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี



Discharge Planning for Orthopedic Patients

Sadakan Eamchunprathip*

Seawwanee Tnaarak**

Tawatchai Tepapal***

Abstract

Discharge planning for patients with bone and joint problems is one of the factors influencing a health service system because discharge planning is a medical care process to promote safety and improve quality of life, especially in the elderly with hip fractures. This elderly group are at high risk for complications and mortality in both hospital and at post discharge as their conditions and functions are deteriorating. These patients need rehabilitation and functional recovery to be independent for their daily living activities. Nurses play important role to promote the ability of the patients and their caregivers in providing effective care as they are the health personnel who spend 24 hours with the patients since they are admitted to the hospital until discharged from the hospital. Therefore, the acute care orthopedic registered nurse plays a key role in assessing, communicating, and responding to the continuing care needs of patients and their families, coordinating community resources, and formulating a timely discharge plan to maximize rehabilitation and recovery.

Keywords: discharge planning; orthopedic patients

*Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, e-mail: Sadakan-e@hotmail.co.th

**Surattani Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากสูญเสียสมรรถภาพการทำงานที่ด้านร่างกายจากการหักของกระดูก โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมจากภาวะข้อเสื่อม การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกไว้ภายในและภายนอก และการตัดอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งเพื่อรักษาชีวิต เป็นต้น¹ ซึ่งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในการช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เพราะความปวดที่ยังคงอยู่และการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของเหล็กและข้อเทียมต่าง ๆ หรือจากการสูญเสียอวัยวะ จึงทำให้ผู้ป่วยยังไม่มีความสามารถพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ เช่น ภาวะสับสนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะพร่องสารอาหาร และการหักซ้ำของกระดูกหรือเลื่อนหลุดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่ปลอดภัย เป็นต้น²

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อนั้นมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและการทำหัตถการต่าง ๆ สูงมากจึงนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในประเทศไทยประมาณ 2.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี³ สำหรับประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเฉลี่ย 95,000 บาทต่อคน วิชาชีพพยาบาลเป็นผู้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องมียึดความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในดูแลผู้ป่วย โดยใช้

กระบวนการทางการพยาบาลตั้งแต่การประเมินแรกรับตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผล เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยและการลดปัญหาหลักของสาธารณสุข คือ การเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ซึ่งนำไปสู่การมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี⁴⁻⁶

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ

อุบัติการณ์ของโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อพบได้ทุกภาคของประเทศไทย จากรายงานสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2559 พบว่าสถิติของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ มีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 3 รองจากผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยศัลยกรรม ตั้งแต่ปี 2557-2559 คือ 722 (2.51%) 713 (2.38%) 717 (2.40%) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อสามารถจำแนกโรคได้ 10 หมวด หมู่มากกลุ่มอาการและอาการแสดง ได้แก่ 1) อาการปวดคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดแขน 2) กระดูกอักเสบ 3) ข้ออักเสบ 4) เก๊าท์ 5) เอ็นอักเสบ 6) วัณโรคกระดูก 7) หมอนรองกระดูกเสื่อม 8) กระดูกหัก 9) อวัยวะถูกตัดและ 10) การตัดตึงกระดูก ซึ่งปัญหาทางกระดูกและข้อส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่พบได้บ่อย ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดบริเวณที่มีพยาธิสภาพ 2) อาการบวมเฉพาะที่ 3) มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว 4) เกิดความพิการ และ 5) ความวิตกกังวล^{1,7}

ปัญหาที่พบในกระดูกและข้อนั้นสามารถพบได้ทุกช่วงวัย แต่ในบทความนี้จะเน้นในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเนื่องจากระดับความรุนแรงของปัญหาทางกระดูกและข้อที่เกิดขึ้นในวัยดังกล่าวมีระดับของความรุนแรงและความซับซ้อนของโรคมากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมความรุนแรงและซับซ้อนของปัญหากระดูกและข้อที่เกิดขึ้น เช่น การผ่าตัดผู้สูงอายุที่



มีกระดูกสะโพกหักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมในผู้สูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตขณะผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เช่น ภาวะสับสน ภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินหายใจระบบทางเดินปัสสาวะและระบบผิวหนัง และล้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด เป็นต้น²

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคอื่น ๆ แต่จะเน้นด้านการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระให้ได้มากที่สุดเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายและองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย หมายถึงระบบบริการสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยมีผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ประเมิน ดูแลรักษาพยาบาลและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้านหรือโรงพยาบาลในชุมชนเมื่อมีการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากระบบบริการสุขภาพ^{7,9}

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านการประเมินผลดังนี้¹⁰⁻¹²

1. ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) การจัดระบบติดต่อประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายในหน่วยงาน มีการร่วมมือประสานงานกันในที่สหภาพ 2) การจัดระบบบันทึกรายงานการวางแผนจำหน่ายในหน่วยงาน

เพื่อเป็นการสื่อสารให้กับทีมสหวิชาชีพได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยที่ตรงกัน การดูแลผู้ป่วยจึงต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3) จัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็นในการวางแผนจำหน่าย เช่น อุปกรณ์การสอนทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน และเอกสารประกอบการสอนประจำหอผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องมีการวางแผนจำหน่ายนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จึงต้องมีการสอนและฝึกทักษะผู้ดูแลให้ชำนาญก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพขณะอยู่บ้าน

2. ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 1) การจัดทำรายงานทางการแพทย์เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง คือเป็นการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันกับปัญหาผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะ เพื่อความปลอดภัยและการดูแลที่ต่อเนื่อง และเป็นหลักฐานทางด้านกฎหมายด้วยเช่นกัน 2) กำหนดให้มีการสอนหรือให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย หรือผู้ดูแลมีความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ถูกต้องเหมาะสม 3) จัดทำคู่มือการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนและทำความเข้าใจการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ชัดเจนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการประเมินผล คือการกำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดการวางแผนจำหน่ายด้านผู้ปฏิบัติและด้านผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายลดลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง รวมทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายด้านผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ความรู้และทักษะของผู้ป่วย ผู้ดูแลในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



การวัดและการประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย

การวัดและการประเมินผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย มี 2 ด้าน คือด้านองค์กร และด้านผู้ป่วย ซึ่งด้านองค์กรมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพของการบริการสุขภาพและการวางแผนจำหน่าย ส่วนด้านผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้ซึ่งระดับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับก่อนมีภาวะความเจ็บป่วยหรือให้ใกล้เคียงมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้¹³⁻¹⁴

1. การวัดและประเมินผลลัพธ์ด้านองค์กร ประกอบด้วยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (length of stay) ลดการกลับรักษาซ้ำภายใน 30 วัน และลดค่าใช้จ่าย
2. การวัดและประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ และอัตราการเสียชีวิต

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อตามหลักการวินิจฉัยโรคร่วม

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อที่มีประสิทธิภาพจะเป็นดัชนีชี้วัด คุณภาพของการบริการภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม การวางแผนจำหน่ายจึงต้องมีการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและถูกต้องเหมาะสมกับโรค¹⁵ การจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ เริ่มตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของ ผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นต้น¹¹

วางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลตามหลักของ การวินิจฉัยโรคร่วม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วย การรักษา และการใช้ทรัพยากรในการ ดูแลรักษาใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน การวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นประสิทธิภาพและควบคุมรายจ่ายในอัตราคงที่ของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุผู้ที่สังคมต้องเกื้อกูล มีรายได้น้อยและผู้พิการ และกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยก็ใช้การวินิจฉัยโรคร่วมในกระบวนการการคลังสาธารณสุขเช่นเดียวกัน เพื่อทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล และจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งหลักการของการวินิจฉัยโรคร่วม คือการคาดการณ์การใช้ทรัพยากรที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามกลุ่มโรคและหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ และการคลังสาธารณสุขมีการให้เงินล่วงหน้ากับโรงพยาบาลตามหลักการวินิจฉัยโรคร่วมนั้น ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ 1) การวินิจฉัยโรคหลักก็คือโรคหลักที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา และจะทำกรสรุปเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รักษา ต้องเพียง 1 โรคหลักเท่านั้น 2) การวินิจฉัยโรครอง คือโรคอื่นๆที่ให้การดูแลรักษาอาจเป็นโรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อน อาจไม่มี หรือมีมากกว่า 1 ก็ได้ 3) การทำหัตถการต่างๆ เช่น การผ่าตัดหรือหัตถการเฉพาะที่ได้มีการทำกับผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่มีหรือมีมากกว่า 1 ก็ได้ 4) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ

การจัดระบบการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยมีการออกแบบโปรแกรมให้แก่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อเฉพาะรายตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล มีการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย (coordination of care) มีการจัดการที่ดีและเป็นระบบ การใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีเหตุผลและให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า ในขณะเดียวกันก็ต้องพิทักษ์สิทธิ์



ของผู้ใช้บริการ เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้^{9,13}

1. การคัดกรอง (Screening) คือการหาภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อเพื่อวางแผนการใช้ทรัพยากรในการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายที่จะระบุว่าผู้ป่วยคนไหนมีความเสี่ยงที่จะอยู่โรงพยาบาลนาน ใครมีความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือหลังกลับไปอยู่บ้านหรือในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างและ หลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีการคัดกรองในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งการคัดกรองเริ่มตั้งแต่หน่วยรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล จะมีการซักประวัติผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินสภาพร่างกาย เช่น อายุ โรคประจำตัว การรับรู้ความเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งถ้าพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เดินไม่คล่อง อยู่บ้านคนเดียว อาจมีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ เป็นต้น ซึ่งการคัดกรอง มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) การคัดกรองเพื่อหาคุณลักษณะของความเสี่ยง 2) การคัดกรองเพื่อหาวิธีดำเนินการ

1.1 การคัดกรองเพื่อหาคุณลักษณะ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ จะสามารถคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วย ได้ 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือ ความเสี่ยงที่ต้องการการดูแลที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะหลังวิกฤติ (High Risk for Need Post-Acute Care) ลักษณะที่สองคือ ความเสี่ยงที่ต้องการการดูแลโดยใช้เวลายาวนาน (High Risk for Need Prolong Care) เช่น หลังผ่าตัดข้อเข่า มีภาวะข้อเข่าติดไม่สามารถเดินได้ จึงต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด

1.2 การคัดกรองเพื่อหาวิธีดำเนินการที่เกิดขึ้น (Method) แบ่งออกเป็น 2 แบบ

1.2.1 Identify Method เป็นการคัดกรองคัดแยกประเภทผู้ป่วย

1.2.2 Referral Method เป็นการ

คัดกรองเพื่อหาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วย แหล่งข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเอง

2. การประเมิน (Assessment) ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ เป็นการค้นหาความต้องการหรือความจำเป็น (Need) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการคาดการณ์ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและต่อแผนการรักษาในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การประเมินความกระตือรือร้นตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อทราบความต้องการให้เร็วที่สุดในการเตรียมดำเนินการ การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล มี 2 ลักษณะ ได้แก่ การประเมินที่ใช้เครื่องมือเป็นรูปแบบ (Tool Formal) การประเมินที่ขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นหลัก (Rely on patient and Family) ซึ่งการประเมินทั้งสองลักษณะนี้มีเป้าหมายในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม ดังนี้^{9,14,16}

2.1 สภาพร่างกายผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไร ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่อย่างไร ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตมีอะไรบ้าง

2.2 สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างไร ในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อพร้อมจำหน่าย สภาพบ้านเรือนเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นหายหรือไม่

2.3 แหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะช่วยเหลือและให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

3. กำหนดความต้องการหรือปัญหาผู้ป่วย (Diagnosis) ที่มีปัญหากระดูกและข้อเพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม ภายหลังการรวบรวมข้อมูลจาก



การประเมิน นำวิเคราะห์และกำหนดเป็นความต้องการหรือปัญหาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในการรักษาครั้งนี้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันที่มีสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. วางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Planning) ที่มีปัญหากระดูกและข้อ เป็นการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของแผนการดูแลในเรื่องการรักษาและการดูแล ทักษะและความรู้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับ รวมทั้งการประสานงานความร่วมมือระหว่างบุคคลหรือหน่วยงานเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล

5. การดำเนินการตามแผน (Implementing) ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้โดยทีมสหพยาบาลวิชาชีพร่วมกับสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล

6. การประเมินผล (Evaluation) ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ เป็นขั้นตอนประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล โดยพิจารณาตามเป้าหมายที่กำหนดในแต่ละเรื่อง หากไม่เป็นไปตามแผน อาจมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการใหม่หรือเป้าหมายใหม่ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ แต่บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายมีสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับแบบองค์รวมเพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ทีมสุขภาพร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและถูกต้องเหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าในระบบการวางแผนจำหน่ายนั้นพยาบาลทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้บริการสุขภาพทางการพยาบาลและเป็นทั้งผู้ประสานงานติดต่อระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษา

ที่ผ่านมาจะพบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญนั้นสิ่งสำคัญคือการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นในบทความนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอบทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ ดังนี้^{11,14}

1. การประเมินปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวม ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หรือตามความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่างๆ เช่น การฟัง การสังเกต⁶ เป็นต้น

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหานั้นซึ่งสามารถกระทำได้พร้อมๆ กับการพยาบาลในแต่ละวันร่วมกับใช้ความรู้ประสบการณ์และทักษะการพยาบาลในการพิจารณาว่าข้อมูล แต่ละข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างไร สามารถบ่งชี้ว่าเป็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้หรือไม่ มีแนวโน้มที่จะแสดงว่าเกิดพยาธิสภาพเพิ่มขึ้นภายหลังหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาแบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันว่า ก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตได้หรือไม่ เพื่อจะทราบถึงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนอง ของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหาโดยรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาใช้วางแผน ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว กำหนด เป้าหมายระยะสั้น ระยะยาวและวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในการแผนการจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคน และปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม

สำหรับประเทศไทยจะพบว่ารูปแบบการจำหน่ายที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายใน ปัจจุบันได้แก่ รูปแบบ M-E-T-H-O-D มีรายละเอียดครอบคลุม ดังนี้

Medication: ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้และ



ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดถึง ชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีการใช้ยาขนาด และปริมาณของยา จำนวนครั้ง ระยะ เวลาที่ใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและ ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยารวมถึงข้อห้ามข้อควรระวัง สำหรับการใช้ยา

Environment & Economic: ผู้ป่วยและญาติต้อง ได้รับความรู้และสามารถจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของ ตนเอง สามารถที่จะใช้และดัดแปลงแหล่งประโยชน์ใน ชุมชน การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึง สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ควรหลีกเลี่ยง บางรายอาจต้องการ การฝึกฝนอาชีพใหม่

Treatment: ผู้ป่วยและญาติต้องรับรู้และเข้าใจ เป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่จำเป็น ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกต อาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไข สถานการณ์ฉุกเฉินได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการ จัดการ และแก้ไขปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

Health: ผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจกลายเป็น ผู้ที่พึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยและญาติต้องสามารถปรับตัว ปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถปรับตัวในการส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ มีความรู้ความสามารถที่จะ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

Outpatient referral: ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจและ รับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด รู้ข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ใน กรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น รวมถึงการส่งต่อข้อมูล

แผนการดูแลต่อเนื่อง และการสรุปผลการดูแลไปยัง เจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติที่จะสามารถขอความ ช่วยเหลือได้เวลาเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

Diet: ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และมีความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกอาหารรับประทานอาหาร และสามารถ ประกอบอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและข้อจำกัด ด้านสุขภาพของตนเอง ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดรับ รับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของ ตนเอง

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่าย และร่วม ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ให้สำเร็จ ซึ่งต้อง ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ วิธีปฏิบัติประกอบด้วย การสอน การสาธิต การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาการให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อข้อมูลไปยังแหล่ง ประโยชน์ในชุมชน และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

5. การประเมินผล การประเมินผลต้องติดตามทั้ง ระยะสั้น และระยะยาว โดยประเมินจากทักษะ ความรู้ ของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การสังเกต การสอบถาม การ ทวนสอบและการทดลองให้ปฏิบัติ รวมถึงการออกเยี่ยม บ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ถ้าหากพบว่า ผลการประเมินยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ อาจต้องย้อนกลับไปที่ปฏิบัติตามขั้นตอนการวางแผน จำหน่ายใหม่อีกครั้ง

สรุป

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญใน ระบบบริการสุขภาพ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อ ประสานงาน กับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็น ผู้ให้การดูแลรักษาทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการ ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ จนกระทั่งการประเมิน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นั้นเป็นการประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ๆ ทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน



ความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายซึ่งเป็นด้านผู้ป่วย ส่วนด้านองค์กรคือการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การวางแผนจำหน่ายเริ่มตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลแต่ต่อเนื่องจนกระทั่งกลับบ้าน อาจมีการส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้แต่อาการทุเลา ซึ่งสามารถไปรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชนได้ และมีการประเมินหลังจำหน่ายโดยการติดตามของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประโยชน์สูงสุดอันจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว

References

1. Springer BD, Odum SM, Vegari DN, Mokris JG, Beaver WB, Jr. Impact of inpatient versus outpatient total joint arthroplasty on 30-day hospital readmission rates and unplanned episodes of care. *The Orthopedic clinics of North America*. 2017;48(1):15-23.
2. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications following outpatient total joint arthroplasty: an analysis of a national database. *The Journal of arthroplasty*. 2017;32(5):1426-30.
3. Seitz DP, Gill SS, Gruneir A, Austin PC, Anderson GM, Bell CM, et al. Effects of dementia on postoperative outcomes of older adults with hip fractures: a population-based study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(5):334-41.
4. Adib Hajbaghery M, Abbasinia M. Quality of life of the elderly after hip fracture surgery: a case-control study. *Journal of caring sciences*. 2013;2(1):53-9.
5. Dailiana ZH, Papakostidou I, Varitimidis S, Liaropoulos L, Zintzaras E, Karachalios T, et al. Patient-reported quality of life after primary major joint arthroplasty: a prospective comparison of hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015;16:366.
6. Forni S, Pieralli F, Sergi A, Lorini C, Bonaccorsi G, Vannucci A. Mortality after hip fracture in the elderly: The role of a multidisciplinary approach and time to surgery in a retrospective observational study on 23,973 patients. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2016;66:13-7.
7. Keswani A, Tasi MC, Fields A, Lovy AJ, Moucha CS, Bozic KJ. Discharge destination after total joint arthroplasty: an analysis of postdischarge outcomes, placement risk factors, and recent trends. *The Journal of arthroplasty*. 2016;31(6):1155-62.
8. Lovecchio F, Alvi H, Sahota S, Beal M, Manning D. Is outpatient arthroplasty as safe as fast-track inpatient arthroplasty? a propensity score matched analysis. *The Journal of arthroplasty*. 2016;31(9 Suppl):197-201.
9. Vochteloo AJH, Tuinebreijer WE, Maier AB, Nelissen RGHH, Bloem RM, Pilot P. Predicting discharge location of hip fracture patients; the new discharge of hip fracture patients score. *International Orthopaedics*. 2012;36(8):1709-14.
10. Lin C J, Cheng S J, Shih S C, Chu C H, Tjung J J. Discharge planning. *International Journal of Gerontology*. 2012;6(4):237-40.



11. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. 2015;36(6):451-7.
12. Lundh U, Williams S. The challenges of improving discharge planning in Sweden and the UK: different but the same. *Journal of clinical nursing*. 1997;6(6):435-42.
13. Bångsbo A, Dunér A, Dahlin-Ivanoff S, Lidén E. Collaboration in discharge planning in relation to an implicit framework. *Applied Nursing Research*. 2017;36(Supplement C):57-62.
14. Tseng J-H, Lin H-S, Chen S-M, Chen C-H. A comparison study between two discharge planning tools. *Applied Nursing Research*. 2016;32(Supplement C):52-60.
15. Barkemeyer BM. Discharge Planning. *Pediatric Clinics of North America*. 2015;62(2):545-56.
16. Matt-Hensrud N, Severson M, C. Hansen D, Holland D. A Discharge Planning Program in Orthopaedics: Experiences in Implementation and Evaluation 2001. 59-66 p.