



การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลหัวเฉียว*

The Development of Discharge Planning Model for Medical Patients at Hua Chiew Hospital

อำพรธณ ภิรมย์สิทธิ์**

นภาพร แก้วนิมิตชัย*** และ วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมและเพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียว วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่าย ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการนำรูปแบบวางแผนจำหน่ายไปใช้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุมากกว่า 56 ปี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษาจำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้ใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายจำนวน 140 ราย ครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษา และผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ แพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสามัญหญิง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) รายงานแบบประเมินและแบบบันทึกข้อมูลจากผู้ป่วย และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมปัญหาการวางแผนจำหน่ายจากญาติและครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งจากผู้ให้บริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) รายงานสถิติต่าง ๆ ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ารักษาพยาบาลและวันนอนโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากญาติและครอบครัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระดับและคะแนนความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายวิเคราะห์ด้วยไคสแควร์ เปรียบเทียบผู้ป่วยที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบเดิมด้วย t-test ได้รูปแบบวางแผนจำหน่ายพื้นฐานหลักการของ A-B-C และกระบวนการพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ 2.1) ขั้นตอนประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังจำหน่าย 10 ด้าน คือ 1) อายุ 2) ความเป็นอยู่/

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** มหาบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) รุ่นที่ 1

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ระดับสติปัญญาและการรับรู้แนวคิด 4) การเคลื่อนไหว 5) ข้อจำกัดเกี่ยวกับประสาทสัมผัส 6) ประวัติการเจ็บป่วยการนอนโรงพยาบาล/การเข้าห้องฉุกเฉินในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 7) จำนวนยาที่รับประทาน 8) จำนวนปัญหาโรคที่เป็นอยู่ 9) แบบแผนพฤติกรรม 10) สมรรถนะของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน 2.2) ขั้นการสร้างแผนจำหน่าย ซึ่งแผนการจำหน่ายประกอบด้วย 1) การกำหนดปัญหาของผู้ป่วย 2) การวางเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว 3) การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบและ 4) การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ 2.3) ขั้นยืนยันแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามแผนและ 2) การประเมินผลกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย และ 3) ผลของการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้ พบว่าความสัมพันธ์ของระดับคะแนนความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าใช้จ่ายและวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มที่นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะหรือโรคที่มีความซับซ้อนต่อการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่าย โดยเน้นการเชื่อมโยงหน่วยงานระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบมีส่วนร่วมกับญาติและครอบครัว รวมทั้งควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติตลอดจนผู้ให้บริการ ต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นหรือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการวางแผนจำหน่าย อีกทั้งควรกำหนดบทบาทที่ชัดเจนแต่ละวิชาชีพและดัดแปลงการใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับสภาพและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย การพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยอายุรกรรม

Abstract

The study aimed to improve the discharge planning model and investigate the result of model application. Methodologically, the research was divided into three processes; firstly, examining the conditions and issues of patients, patients' family, and service providers; secondly, improving the discharge planning model, and lastly, evaluating the implementation of the discharge planning model. The sample included patients medical . The patients were aged 56 years old or over, sorted into 2 groups; 30 patients for the experiment group, and 140 patients and family for the comparison group without discharge planning application, service providers (including medicine physician, nurse supervisor of ward, nurses working routines at female ward, Head of Nursing, and Head of Quality Development Center, nutritionist, and physical therapists. The instrument used to



gather the data included 1) the report assessment and the record of patients forms and 2) the data obtained from patients' family, relatives, providers. The data of patients' family, relatives, providers were analyzed to find a mean, and the data of patients' family and providers were analyzed by content analysis, the level of patients' risk assessed from initial admission and risk screening for continuing care after discharge was analyzed as chi-square. Compare between two patient groups; patients with proposed model application and patients with traditional discharge model, and analyze the data by using t-test.

The developed discharge planning model has based on the A-B-C discharge model approach and three nursing processes which were as follows 1) risk assessment and demand for care-giving after discharge in 10 different areas; 1) age, 2) status quo/social contribution, 3) intellectual level and perception, 4) movement, 5) sensation limitation, 6) history of illness and admission/ER admission during past three months, 7) dosage and intake, 8) existing condition, 9) behavioral pattern, and 10) patients' daily self-helped performance. The discharge plan development process, consisted of identifying patients' condition and issues, establishing short-term and long-term plan, setting up responsible work team, and defining duration of operation. The discharge confirmation process, consisted of compliance with plans and the discharge planning activity evaluation. In the implementation process, results revealed that risk scores for continuing care after discharge has significantly associated with reoccurrence within 28 days without planning at statistic interval of 0.05. There were differences in the experiment group (patients with implementation of the discharge planning model) and the comparison group for average medical expense and number of hospital staying at statistically significant interval of 0.05.

It was suggested that 1) the proposed discharge planning model should be applied with patients with particular diseases such as high volume, 2) the development of discharge planning model should be surmounted by linkage between primary work unit and hospital, implementation of interdisciplinary work team involvement patients' family, and 3) satisfaction with the developed discharge planning model among patients' family and providers should be evaluated. In addition, life quality of patients and patients' family should also be evaluated for further improvement on discharge planning performance. Defined to individual profession, modification should be done appropriately and consistently to the environment and context of each hospital.

Keywords : discharge planning, development discharge planning model, medical patients



บทนำ

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อมิให้การรักษาขาดตอน ซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับความสำคัญในปัญหาของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติและการประสานงานของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (นันทวัน สุวรรณรูป. 2546)

ดังนั้น เป้าหมายของการวางแผนจำหน่ายจะต้องบรรลุการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยที่มารับบริการหรือบรรลุถึงความสามารถในการทำหน้าที่ได้สูงสุดหลังการจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้หลังการจำหน่ายและการประสานงาน เพื่อเอื้ออำนวยให้มีการดูแลทางสุขภาพและทางสังคมทั้งก่อนและหลังการจำหน่าย โดยจุดประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและหรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นและควบคุมค่าใช้จ่ายของสถาน

พยาบาล (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และคณะ. 2546) ซึ่งแผนการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพที่ระบุความต้องการของผู้ป่วยได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ จะยังช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวมทั้งการกลับเข้ามาพักรักษาตัวที่ไม่จำเป็น (วรรณิ ตปนียากร. 2552 : 42)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากข้อมูลการสำรวจทางสถิติพบว่า มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ การมองเห็น การเดินล้ม อัมพฤกษ์ อัมพาตหรือสมองเสื่อม และการเจ็บป่วย 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุประสบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2550) การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเข้ารับการรักษามากกว่าวัยอื่นๆ อีกทั้งผู้สูงอายุแต่ละรายมักมีโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรคทำให้มีความซับซ้อนในการรักษา ใช้ยาในการรักษาหลายชนิดพร้อม ๆ กัน เป็นเหตุให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานและเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแล เมื่อกลับไปอยู่บ้านการดำเนินชีวิตประจำวันก็ดูแลตนเองได้บางส่วนและต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ การนำกระบวนการวางแผนจำหน่ายมาใช้ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวให้มีความพร้อมมากที่สุดตามแผนการรักษาและแผนการพยาบาลก่อนที่จะจำหน่ายให้กลับไปดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลหัวเฉียว เป็นโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งในหลายโรงพยาบาลที่พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม



ก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในระบบของการวางแผนจำหน่ายกล่าวคือ การจำหน่ายและย้ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์เป็นไปอย่างกะทันหัน ซึ่งแม้จะสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันของแพทย์และพยาบาล แต่มีผลกระทบกับแผนการทำงานโดยรวม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแลหรือเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคส่งผลให้ต้องใช้เวลามากในการประสานงานเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ ในขณะที่บางกรณีญาติขาดความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากไม่ได้วางแผนที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะยาว บางรายเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว ญาติยังไม่มารับกลับเนื่องจากเข้าใจว่าสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ในส่วนของพยาบาลพบว่าพยาบาลมักมุ่งเน้นการบันทึกสรุผู้ป่วยในวันที่แพทย์สั่งจำหน่ายหรือบันทึกการสอนสุขศึกษาทั่วไป โดยไม่ได้เชื่อมโยงการประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ขาดการกำหนดแผนการดูแลและการวางแผนเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น และเมื่อศึกษาสถิติวันนอนของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคพบว่าสูงกว่าผู้ป่วยอื่นในกลุ่มโรคเดียวกัน ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลสูงโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ ยังทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถบริหารการใช้เตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลต่อการจัดอัตรากำลังที่ทำให้เพิ่มขึ้นอย่างไม่สมเหตุสมผล

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาแผนการรักษาเพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ดีควร

พัฒนาอย่างเป็นระบบที่ประกอบด้วยขั้นตอนตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนจำหน่าย การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล จากการศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบนั้น จะทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจำหน่ายลดลง ตลอดจนส่งผลดีต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วย (พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, 2551) นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายยังควรค้นหาปัญหาและความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผลให้โรงพยาบาลและทีมสุขภาพสามารถประสานงานและเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายได้เร็วกว่าปกติ ส่งผลให้ลดวันนอนโรงพยาบาลจาก 10.9 เป็น 7.2 วัน ลดการกลับมารักษาซ้ำจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 24.3 และลดการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยระยะฉุกเฉินจากร้อยละ 12.3 เป็นร้อยละ 6.8 (Whiting, Elizabeth, 2003)

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสมเต็มตามศักยภาพ รวมทั้งช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาลและระบบบริหารงานของโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียว
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียว



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยสามัญหุฉง โรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีอายุ 56 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดลักษณะโรคหรือการเจ็บป่วย และจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2550

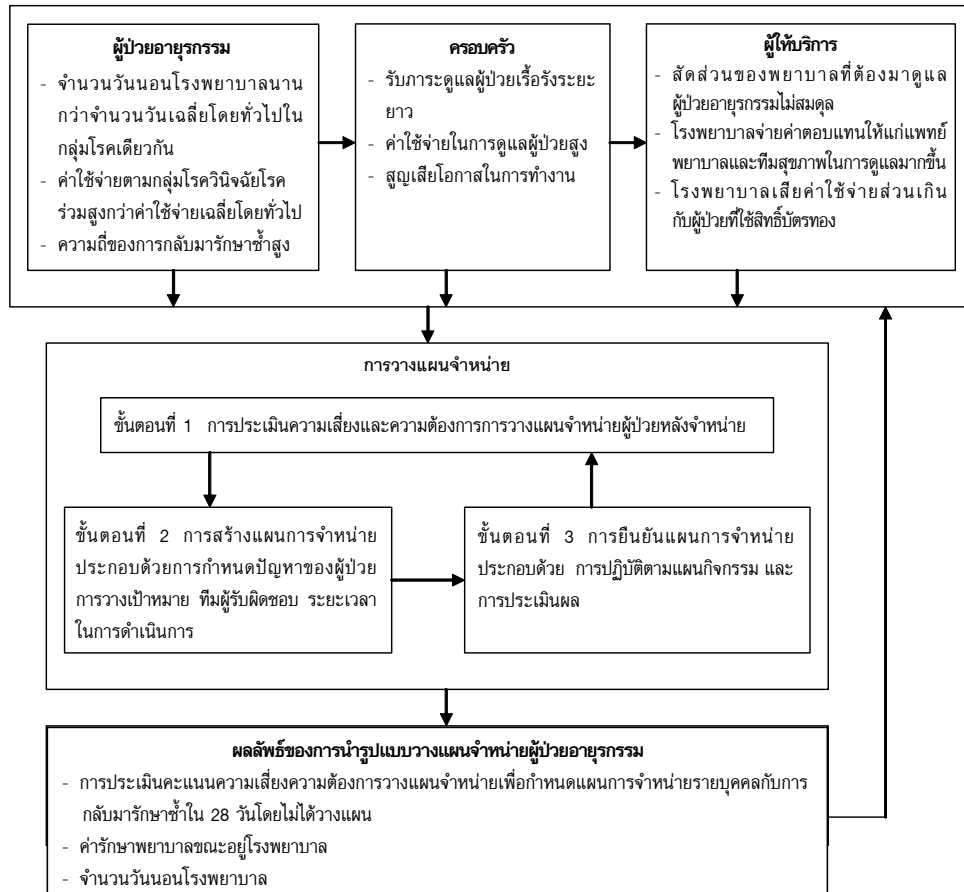
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือเจ็บป่วยและต้องรักษาด้วยยา ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่จัดกระทำขึ้นเพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะต่าง ๆ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลเข้าใจวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย การวางแผนกิจกรรมจำหน่าย กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย การนำแผนจำหน่ายไปใช้ปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ. 2546) การศึกษาครั้งนี้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการภายหลังจากที่แผนการรักษาระบุให้มีการจำหน่ายวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน วินิจฉัยปัญหาที่ต้องเตรียมพร้อม วางแผนการดูแลต่อเนื่อง นำแผนไปปฏิบัติ

และประเมินผลการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย หมายถึง การออกแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ A - B - C (Rorden and Taft. 1990 : 181) ซึ่งมีด้วยกัน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (assessment) ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่าย (building a plan) ประกอบด้วย การกำหนดปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนเป้าหมาย ทีมผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการ และขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ที่ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมและการประเมินผล (Mckeehan. 1981 : 9 ; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ. 2546 : 6 - 7; Rorden and Taft. 1990 : 181) การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแบบวางแผนจำหน่ายภายใต้แนวทาง A - B - C ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีผู้เกี่ยวข้องที่ประกอบด้วยผู้วิจัย พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพแพทย์แผนกอายุรกรรมเข้าร่วมในทุกกระบวนการวัดผล การพัฒนาแบบจากการประเมินคะแนนความเสี่ยงความต้องการวางแผนจำหน่ายเพื่อกำหนดแผนการจำหน่ายรายบุคคลกับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนค่ารักษาขณะอยู่โรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล



วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ป่วยอายุรกรรม ครอบครัว และผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยสามัญหญิง โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 56 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มตัวอย่างหลัก และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่เข้าสู่กระบวนการวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 - 3) จำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งหมายถึงผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงทั่วไปที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการ

วางแผนจำหน่ายในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 140 ราย ครอบครัวของผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ให้บริการซึ่งได้แก่ แพทย์อายุรกรรม พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสามัญหญิง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพเป็นกลุ่มตัวอย่างรอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 รายงานสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างเดือนมกราคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2550 ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยสามัญหญิง



เฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 56 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group : DRG)

1.2 แบบเก็บข้อมูลรวบรวมการนำรูปแบบวางแผนจำหน่ายไปใช้ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาพแรกรับและคัดกรองความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย 2) แบบบันทึกแผนการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกคะแนนความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย 4) แบบบันทึกวันนอนโรงพยาบาล 5) แบบบันทึกค่ารักษาพยาบาล 6) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมปัญหาการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ญาติและครอบครัวผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์แพทย์อายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสามัญ โดยข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์จะเกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลหัวเฉียว

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งตามข้อมูลที่รวบรวมได้ดังนี้

1. รายงานสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จะนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ารักษาพยาบาล และวันนอนโรงพยาบาล

2. ระดับความเสี่ยง ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ประเมินจากแบบประเมินสภาพแรกรับและคัดกรองความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย วิเคราะห์ออกมาเป็นค่าร้อยละ

3. ข้อมูลที่ได้จากญาติและครอบครัวผู้ป่วย แพทย์อายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสามัญ จะนำมา

วิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาการวางแผนจำหน่ายโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากการจัดหมวดหมู่ตีความและสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลหัวเฉียวอยู่บนพื้นฐานผลการศึกษาสภาพและปัญหาแล้วนำมาสร้างตามหลัก the A-B-C of Discharge Planning ผนวกกับการใช้กระบวนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นตอนการประเมิน (Assessment หรือขั้นตอน A) ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย การประเมินผู้ป่วยทันทีเมื่อแรกรับหรือภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกรับโดยใช้แบบประเมินสภาพแรกรับและคัดกรองความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย

2.2 ขั้นตอนการสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Building a Plan หรือขั้นตอน B) ประกอบด้วย การกำหนดปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ทีมผู้รับผิดชอบและระยะเวลาในการดำเนินการ

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบผลการใช้แผนจำหน่าย (Confirming the Plan หรือขั้นตอน C) ประกอบด้วย การปฏิบัติตามกิจกรรมในแผนจำหน่าย การประเมินผลกิจกรรมและการปรับแผนในขั้นนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรม พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยสามัญ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์หัวหน้าแผนกอายุรกรรม แพทย์หัวหน้าแผนกกุมารเวช แพทย์หัวหน้าแผนกศัลยกรรมแพทย หัวหน้าแผนกสูติรีเวช หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญหญิงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคของรูปแบบวางแผนจำหน่าย The A-B-C of Discharge Planning

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากการจัดหมวดหมู่ ดีความและสร้างข้อสรุปเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการนำรูปแบบวางแผนจำหน่ายไปใช้

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นของติดตามผลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินทุกสัปดาห์จนครบ 28 วันหลังการจำหน่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลรวบรวมผลการนำรูปแบบวางแผนจำหน่ายไปใช้ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาพแรกรับและคัดกรองความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย 2) แบบบันทึกแผนการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) แบบบันทึกคะแนนความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย 4) แบบบันทึกวันนอนโรงพยาบาล 5) แบบบันทึกค่ารักษา

พยาบาล 6) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน

การวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินผลจะศึกษาข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

1. คะแนนความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายของกลุ่มทดลอง โดยจะนำมาหาความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์และไคสแควร์

2. ค่ารักษาพยาบาลและวันนอนโรงพยาบาล-□ พยาบาลจำแนกตามกลุ่มโรค DRG ซึ่งจะเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบเดิม โดยใช้สถิติ t- test

ผลการศึกษา

แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ

1.1 ครอบครัวต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องอาศัยญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ญาติและผู้ดูแลสูญเสียโอกาสในการทำงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง และผู้ป่วยอายุรกรรมมักเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันและมักเป็นโรคหลายโรค โรคที่เป็นส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้



มีความซับซ้อนในการรักษาและก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกหลายโรค เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาตหรือสมองเสื่อม ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มโรคและวัยอื่น ๆ

1.2 เกิดปัญหาการทำงานที่ไม่จำเป็นของผู้ให้บริการ เช่น พยาบาลประจำการต้องเพิ่มภาระงานการดูแลผู้ป่วยทุกด้านไม่ว่าจะเป็น การดูแลผู้ป่วยในการรับประทาน การรับประทานยา การทำแผล การพลิกตัว การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายปัสสาวะ เป็นต้น ขณะเดียวกันแพทย์เจ้าของไข้ต้องมาติดตามความก้าวหน้าของผลการรักษาผู้ป่วยทุกวัน โภชนาการต้องจัดเตรียมอาหารให้ทุกมื้อ ส่วนเภสัชกรต้องมาจัดเตรียมยาล่วงหน้าให้ผู้ป่วยทุกวัน และแผนกแม่บ้านจะต้องทำความสะอาดดูแลซักกรีดเสื้อผ้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้สัดส่วนของพยาบาลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยลักษณะอื่นไม่สมดุล ทำให้โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

1.3 พยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบเดิม โดยมักเน้นการบันทึกวางแผนจำหน่ายในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ขาดการประเมินความเสี่ยงการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วย การวางแผนร่วมกันอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลฝ่ายต่าง ๆ ยังขาดความเชื่อมโยงกัน แพทย์มักไม่แจ้งวันจำหน่ายให้ผู้ป่วยและญาติทราบล่วงหน้า ทำให้ญาติ พยาบาล และทีมสุขภาพ เตรียมความพร้อม ไม่ทันหรือต้องเลื่อนวันกลับบ้านของผู้ป่วยไปอีกอย่างน้อย 1- 2 วัน

2. ผลการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาบนพื้นฐานหลักการของ A-B-C และกระบวนการพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นการประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยจะประเมินเกี่ยวกับความเสี่ยง 10 ด้าน คือ 1) อายุ 2) ความเป็นอยู่/แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ระดับสติปัญญาและการรับรู้ความคิด 4) การเคลื่อนไหว 5) ข้อจำกัดเกี่ยวกับประสาทสัมผัส 6) ประวัติการเจ็บป่วยการนอน โรงพยาบาล/การเข้าห้องฉุกเฉินในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 7) จำนวนยาที่รับประทาน 8) จำนวนปัญหาโรคที่เป็นอยู่ 9) แบบแผนพฤติกรรม 10) สมรรถนะของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

ขั้นการสร้างแผนจำหน่าย ซึ่งแผนการจำหน่ายประกอบด้วย 1) การกำหนดปัญหาของผู้ป่วย 2) การวางแผนเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว 3) การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบและ 4) การกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ

ขั้นยืนยันแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามแผนและ 2) การประเมินผลกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย

ในขั้นนี้ ผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการพัฒนารูปแบบ คือ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญหญิง หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์อายุรกรรม เนื่องจากเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยโดยตรงที่พยายามพัฒนาคุณภาพด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งทุกฝ่ายมีเป้าหมายที่จะยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม



อีกทั้งมุ่งหวังให้เกิดความประทับใจที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติต่อภาพลักษณ์การให้บริการของโรงพยาบาล โดยวิธีการที่จะนำมาสู่การพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายนั้นอาศัยการสื่อสารทุกช่องทางทุกช่วงเวลา ไม่ว่าจะเป็นการประชุมอย่างเป็นทางการในหอผู้ป่วย การประชุมระดับฝ่ายและระดับโรงพยาบาล การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ การสะท้อนกลับการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น ระหว่างการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถประเมินคะแนนและวินิจฉัยความเสี่ยงได้ทันทีที่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วย ครอบคลุมความต้องการจำเป็นขณะอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปยังการดูแลตนเองที่บ้าน วางแผนการดูแลได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และครอบครัว ประเมินผลผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างเฉพาะเจาะจง บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพและช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความชัดเจน สามารถเตรียมพร้อมผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการก่อนการจำหน่าย

3. ผลของการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้ โดยประเมินผลใน 3 ด้านคือ

3.1 คะแนนความเสี่ยงความต้องการวางแผนจำหน่ายกับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนของกลุ่มศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายนั้น มีผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน จำนวน 21 ราย รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงระหว่าง 11-20 คะแนน จำนวน 4 ราย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนตามความเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนนนั้นไม่มีรายใดที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ขณะที่ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงระหว่าง 11-20 คะแนน ต้องกลับมารักษาซ้ำถึง 3 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยง 21 คะแนนขึ้นไปกลับมารับการรักษาซ้ำจำนวน 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงต่ำจะมีจำนวนน้อยที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่มี 21 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนนระหว่าง 11 -20 คะแนนตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของระดับคะแนนความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน

ระดับคะแนนความเสี่ยง	การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน			Chi-Square
	ไม่กลับ (ราย)	กลับ (ราย)	รวม (ราย)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน	21	0	21	.028*
11-20 คะแนน	1	3	4	
21 คะแนนขึ้นไป	4	1	5	
รวม	26	4	30	



3.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่นำรูปแบบไปใช้และกลุ่มเปรียบเทียบ

ชื่อกลุ่มโรค DRG	กลุ่มผู้ป่วยที่นำรูปแบบไปใช้			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	จำนวน (ราย)	ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย (บาท)	วันนอน โรงพยาบาล เฉลี่ย (บาท)	จำนวน (ราย)	ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย (บาท)	วันนอน โรงพยาบาล เฉลี่ย (วัน)
3510 (Dysequilibrium, no CC)	2	5,084	2.0	16	5,925	2.87
4520 (Respiratory infection/ inflammation, no CC)	3	17,177	6.0	11	25,547	10.0
4522 (Respiratory infection/inflammation,w mild CC)	1	7,568	4.0	5	18,761	5.2
4553 (Chronic obstructive pulmonary disease,w severe CC)	2	11,438	3.0	2	29,689	8.50
4590 (Bronchitis and Asthma, no CC)	1	9,484	4.0	13	9,564	4.38
6570 (Esophagus ,gastroenteritis , no CC)	5	3,668	1.60	42	7,968	3.45
10562 (Diabetes without complicated PDx, w mild to mod CC)	1	5,808	1.0	1	16,173	16.0
10563 (Diabetes without complicated PDx, w severe CC)	2	7,489	2.50	1	11,461	4.0
11540 (Kidney and urinary tract infection, no CC)	5	18,593	5.40	30	12,874	5.23
11542 (Kidney and urinary tract infection, w moderate CC)	6	11,925	3.17	9	13,733	5.67
11543 (Kidney and urinary tract infection, w severe CC)	2	12,308	5.0	10	31,513	10.50

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของกลุ่มที่นำรูปแบบไปใช้ที่มากที่สุด คือ กลุ่ม DRG 11540 (kidney and urinary tract infection, no CC) คิดเป็น 18,593 บาท รองลงมา คือ DRG 4520 (respiratory infection/ inflammation, no CC) คิดเป็น 17,177 บาท และ DRG 11543 (kidney and urinary tract infection, w severe CC) คิดเป็น 12,308 บาท ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายปรากฏว่ากลุ่มที่ค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือกลุ่ม DRG 11543 โดยคิดเป็น 31,513 บาท รองลงมา คือ DRG 4553 (chronic obstructive pulmonary disease,w severe CC) คิดเป็น

25,547 บาท และ DRG 4520 เฉลี่ย 25,547 บาท ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายของทุกกลุ่มโรคจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มผู้ป่วยที่นำรูปแบบไปใช้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกกลุ่ม DRG

สำหรับวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนั้น กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่นำรูปแบบไปใช้ DRG 4520 (Respiratory infection / inflammation, no CC) คือ 6 วัน รองลงมา คือ DRG 11540 คือ 5.40 วัน และ DRG 11543 คือ 5.0 วัน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายปรากฏว่าวันนอนโรงพยาบาลที่สูงที่สุด คือ กลุ่ม DRG 10562 (diabetes without complicated



PDx, w mild to mod CC) คิดเป็น 16.0 วัน
รองลงมา DRG 11543 คิดเป็น 10.50 วัน และ
DRG 4520 คิดเป็น 10.0 วัน ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำนวนวันนอนเฉลี่ยของทุก
โรคเห็นได้ชัดเจนเช่นเดียวกันว่ากลุ่มผู้ป่วยที่นำ
รูปแบบไปใช้มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบในทุกกลุ่ม DRG เมื่อทดสอบความ

แตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่ม
ที่นำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย
วันนอนเท่ากับ 3.42 วัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ
มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 7.44 วัน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วย
ที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและกลุ่ม
เปรียบเทียบด้วยสถิติ t - test

กลุ่มตัวอย่าง	วันนอนโรงพยาบาล			Sig.
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	
ที่นำรูปแบบไปใช้	3.42	1.61	3.24*	0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.44	3.77		

ตารางที่ 4 แสดงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของกลุ่มที่นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้และกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าใช้จ่าย (บาท)			Sig.
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	T	
กลุ่มที่นำรูปแบบไปใช้	10,049.3	4,803.57	2.196*	0.04
กลุ่มเปรียบเทียบ	16,655.3	8,764.84		

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยค่า
ใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่นำรูปแบบไปใช้เท่ากับ
10,049.3 บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ
16,655.3 บาท โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบมีค่า
ใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่
พัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การประเมิน

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลัง
จำหน่าย ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนจำหน่าย ขั้นตอน
ที่ 3 การนำแผนจำหน่ายไปใช้ ขั้นตอนที่ 4 การ
ติดตามและประเมินผล ซึ่งพบว่า ขั้นตอนที่ 1 การ
ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
ภายหลังจำหน่าย เป็นขั้นที่ทำให้ทราบความจำเป็น
ในการวางแผนจำหน่ายสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและ
ความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งสามารถกระทำ
ได้ทันทีที่ประเมินผู้ป่วยในครั้งแรก ช่วยให้พยาบาล
ตัดสินใจให้การดูแลรักษาได้สอดคล้องกับปัญหา



และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยแยกแยะลักษณะการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งช่วยให้สหสาขาวิชาชีพไม่ว่าจะเป็น แพทย์พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถทำงานสื่อสารและประสานงานกัน อย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแผนจำหน่าย เป็นขั้นที่ช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนด แผนการดูแลที่บ้านโดยให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัว ได้ร่วมเรียนรู้ฝึกฝนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนจำหน่าย จากโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 การนำแผนจำหน่าย ไปใช้ปฏิบัติ เป็นขั้นที่เน้นการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ใน ระยะยาวได้ ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล เป็นขั้นที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลว่า แผนจำหน่ายได้รับการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าพบว่ายังมีความไม่พร้อมพยาบาลต้องใช้บทบาทการเป็น ผู้ประสานงานและพิทักษ์สิทธิเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์จากแผนการรักษามากที่สุด ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ เนลเลอร์และคณะ (Naylor, M., et al. 2007 : 255 - 266) ที่พบว่า การวางแผน จำหน่ายด้วยการพัฒนาสมรรถภาพร่างกายให้ ช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันจะช่วยแก้ไข ภาวะสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผล ให้ลดวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยจากอัตรา 1.10 เป็น 0.68 แพทย์สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากอัตรา 0.52 เป็น 0.95 และอัตราการกลับมา พบนักกายภาพบำบัดค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.16 เป็น 0.42 ภายในระยะ 9 เดือน

2. จากการศึกษาด้านค่าเฉลี่ยวันนอน โรงพยาบาลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบจะมี จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและทำให้ สามารถประสานงานผู้ป่วยเฉพาะรายได้ดีขึ้น ทำให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถทำงานตามบทบาท หน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้อง กับภาวะโรคของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ไพรวัลย์ พรหมที (2549) เกี่ยวกับรูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การวางแผนจำหน่าย ที่ดีสามารถลดจำนวนวันนอนรักษาพยาบาลเฉลี่ย จาก 6.8 วัน เป็น 4.6 วัน

3. จากการศึกษาคะแนนความเสี่ยงการ วางแผนจำหน่ายกับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า พบว่ากลุ่มที่มีคะแนน ความเสี่ยงในการดูแลต่อเนื่องจะไม่มีกรกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ในขณะที่กลุ่ม ที่มีคะแนนความเสี่ยงตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป มีการ กลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผน จำหน่ายที่ผู้ป่วยได้รับช่วยลดความเสี่ยงต่อการ กลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการตอบสนองทันทีด้วยรูปแบบการดูแลที่ หลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งต่ออย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ไคล์บอร์น (Claiborne. 2006) และไวท์ทิง (Whiting. 2003) ที่กล่าวว่า



การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมแหล่งทรัพยากรจำเป็นภายหลังการจำหน่าย จะลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 24.3 และลดการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยระยะถูกเงินจากร้อยละ 12.3 เป็นร้อยละ 6.8

4. สำหรับการศึกษาด้านคำรักษาพยาบาลเฉลี่ย พบว่าคำรักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ทันทีที่แรกรับ ทำให้สามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความจำเป็นก่อนหลังในการเตรียมพร้อมก่อนการจำหน่าย ส่งผลให้การกำหนดแผนการดูแลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทำให้คำรักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาเอทเนอร์และคณะ (Ettner, et al. 2006 : 613 - 20) ที่พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง จะทำให้คำรักษาพยาบาลของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดคำรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายลดลงจากจาก 2,165 เป็น 978 เหรียญดอลลาร์ และประสิทธิภาพของแผนการจำหน่ายยังสามารถลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ (Armitage and Kavanagh. 1996 ; Bear and Myers. 1994 ; Gerties, et al. 1993)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้คำรักษาสูงและต้องพึ่งพิงผู้อื่นค่อนข้างมากในการช่วยเหลือตนเอง

2. ควรต่อยอดการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ การเชื่อมโยงหน่วยงานระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาล และการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลวิชาชีพและวิชาชีพอื่นต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น หรือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

4. ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้นั้น ควรมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนแต่ละวิชาชีพและดัดแปลงการใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับสภาพและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

5. ควรให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยและครอบครัว

6. ควรมีการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายเฉพาะส่วนงานบริการ เช่น จำแนกตามรายโรคอาชญากรรมโดยเฉพาะโรคที่มีความชุกสูงเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเฉพาะโรคเชิงลึก



เอกสารอ้างอิง

- นันทวัน สุวรรณรูป. (2546) “การวางแผนจำหน่ายกับการพยาบาลในชุมชน” ใน **การวางแผนจำหน่ายจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)**. วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และคณะ. (2551) **การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.jvkk.go.th>. (1 พฤษภาคม 2009)
- ไพรวลัย พรหมที. (2549) **รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแผนก อายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการบริหารการศึกษา) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550) **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.thaitgri.org>. (29 พฤษภาคม 2009)
- วรรณิ ตปนียากร และคณะ. (2552) **การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาลเล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร : โอกรุปเพรส จำกัด.
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และคณะ. (2546) “แนวคิดและกระบวนการการวางแผนจำหน่าย” ใน **การวางแผนจำหน่ายจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง)**. วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Armitage, S. K. and Kavanagh, K. (1996) “Hospital nurses perception of discharge planning for Medical patients” **Australian Journal of Advanced Nursing**. 14 (2) page 16-23.
- Beare. P. G. and Myers, J. L. (1994) **Principles and Practice of Adult Health Nursing**. 2rded. St. Louise : Mosby.
- Claiborne, N. (2006) “Efficency of a care coordination model : a randomized study with stroke patients” **Research on Social Work Practice**. 16 (1) page 57 - 66.
- Ettner, S. L. et al. (2006) “An alternative approach to reducing the costs of patient care? a controlled trial of the multi - disciplinary doctor - nurse practitioner (MDNP) model” **Med Decis Making**. 26 (1) page 9 - 17.
- Gerties, M. et al. (1993) **Introduction : Medicines and Health form the Patient's Perspective Through the Patient's Eye**. San-Francisco : Jossey-Bass.
- McKeehan, K. M. (1981) **Continuing care : A multidisciplinary approach to discharge planning**. St. Loius. The C.V. : Mosby.



- Naylor, M. et al. (2007) "Community - based care model for high - risk adults with severe disabilities" **Home Health Care Management & Practice**. 19 (4) page 255 - 266.
- Rorden, J. W. and Taft, E. (1990) **Discharge Planning Guide for Nurse**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Whiting, Elizabeth. (2003) **A Better Third Age : A Better Third Age : Health Care for Older People**. [Online] Available : <http://www.health.vic.gov.au/discharge/paper.htm> (27 December 2005)

