

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า วรรณกรรม ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอในประเด็นดังนี้

1. แนวคิดในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
  - 1.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่าย
  - 1.2 จุดประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย
  - 1.3 องค์ประกอบการวางแผนจำหน่าย
  - 1.4 แนวคิดการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ
  - 1.5 กระบวนการวางแผนจำหน่าย
  - 1.6 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
  - 1.7 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)
  - 1.8 ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่าย
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่าย
  - 2.1 ในประเทศ
  - 2.2 ต่างประเทศ
3. กรอบแนวคิดในการการวางแผนจำหน่าย

#### 2.1 แนวคิดในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

##### 2.1.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่าย

มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ดังนี้

กิกาว (Gikow , et al. 1985 : 197) ได้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่าเป็นการพัฒนาาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

โรเดน และ ทาฟท์ (Rorden & Taft. 1990) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วย จากการดูแลในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลเป็นไปตามเป้าหมายในระยะสั้นที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล และเป้าหมายในระยะยาวของการดูแลต่อเนื่อง

อามิเทก (Armitage, 1995) ให้ความหมายว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานที่หรือสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้การสนับสนุนให้คำปรึกษา และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และรวมถึงการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อ จากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง หรือสถานบริการไปยังบ้านของผู้ป่วย

สถาบันการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ให้ความหมายว่า คือ กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งของการดูแล

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2547 : 95) ได้ให้ความหมายว่า การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นแผนการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นเพื่อการเตรียมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล เข้าใจวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติที่สุด วิธีการ ได้แก่ การจัดการศึกษาตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการตรวจซ้ำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

วันเพ็ญ พิษิตพรชัย (2546 : 5) ได้ให้ความหมายว่า การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

จินตนา ตั้งชวลิต (2541 : 17) ให้ความหมายว่า การวางแผนจำหน่าย คือ กระบวนการที่เกิดจากการร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากแนวคิดเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการที่จัดกระทำขึ้นเพื่อการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องในระยะต่าง ๆ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เข้าใจวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย การวางแผนกิจกรรมจำหน่าย กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย การนำแผนจำหน่ายไปใช้ปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.1.2 จุดประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย

ในปัจจุบันการวางแผนที่มีประสิทธิภาพนั้น หลักสำคัญจะต้องเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายจึงต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (Eilers & Walker. 1993) จุดประสงค์ทั่วไปของการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และหรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล 3) ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล 4) ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น 5) ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. 2546) ในปัจจุบันได้นำการวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เป็นหลักที่สำคัญ ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายจะต้องมีการเตรียมตัวผู้ป่วยที่เพียงพอ ไม่ควรจำหน่ายผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยยังไม่หาย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน (Eilers & Walker. 1993)

### 2.1.3 องค์ประกอบการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนการจำหน่ายดังนี้ (กองการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข. 2539)

1. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในและนอกสถานบริการ โดยพยาบาลซึ่งรับผิดชอบใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประสานกิจกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (Caregiver) ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ภายใต้อำนาจหน้าที่
3. การนำขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย
4. การมีแผนจำหน่ายที่สื่อความหมายในการปฏิบัติ
5. มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลหลังจำหน่าย

### 2.1.4 แนวคิดการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดการวางแผนจำหน่าย ที่ทำให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ แบ่งออกได้ 5 ประการ กล่าวคือ (อารี และคณะ. 2543) 1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลในการเตรียม

จำหน่ายอย่างต่อเนื่อง 2. การมีแรงสนับสนุนจากองค์กรเกี่ยวกับแนวคิดการวางแผนจำหน่าย 3. การผสมผสานและบูรณาการเตรียมจำหน่ายจากสถาบันหนึ่งไปอีกสถาบันหนึ่ง 4. การร่วมมือของ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 5. การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และหน่วย บริการต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลภายหลังจำหน่ายแก่ผู้ป่วย

แนวคิดที่เป็นกุญแจให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพนั้นที่สำคัญ (Heath Social Care Joint Unit and Charge Agent Team, 2003 : 3) คือ หลีกเลี่ยงการรับไว้ในอนรักษาใน โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และแผนจำหน่ายจะต้องถูกวางแผนเป็นระบบ สอดคล้องกับบริการที่มี อยู่จะต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุก ๆ คน ทั้งดูแล และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะต้องปฏิบัติ ตามแผนจำหน่ายที่ถูกกำหนดไว้ การจำหน่ายเป็นกระบวนการไม่ควรแยกปฏิบัติ และควรวางแผน ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อเป็นการเตรียมการของพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล การบริการต่าง ๆ และ สนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าใจ สามารถทำได้ตามแผนที่วางไว้ กระบวนการจำหน่ายจะต้องทำเป็นทีม ทุกคนต้องทำงานตอบสนองซึ่งกันและกัน แม้ในขณะที่ก่อนรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล การ ประสานงานไปยังชุมชนควรทำตั้งแต่เริ่มแรก เพราะเมื่อส่งตัวกลับบ้านได้มีการเตรียมพร้อมได้ รองรับ เรียบร้อยแล้ว ทุกคนที่ทำงานจะต้องทำงานตามกรอบที่กำหนดไว้แบบบูรณาการกับ สหสาขาวิชาชีพ และทีมทุกคนจะต้องเคารพกระบวนการจำหน่าย ประสิทธิภาพการส่งต่อไปยัง หน่วยบริการในระยะพักฟื้นจะต้องทำด้วยความเหมาะสม และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยใน แต่ละคน การประเมินผลจะต้องทำทุกวันและต่อเนื่อง เพราะจะต้องเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย แต่ละคนในระยะยาว ดังนั้น แนวคิดดังกล่าวจะมีคุณค่าอย่างยิ่งถ้าทุกฝ่ายได้ร่วมมือนำไปส่งเสริม ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปที่บ้านแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความซับซ้อน

### 2.1.5 กระบวนการวางแผนจำหน่าย

โดยทั่วไปกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือ ตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือแม้แต่หน่วยเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย (Pre-admission Clinic) ไม่ควรรอจนผู้ป่วยจะกลับบ้าน จึงวางแผนกระบวนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ (McKeehan, 1981 : 9 ; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546 : 6 - 7) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน จำหน่าย ขั้นตอนที่ 3 การนำแผนจำหน่ายไปใช้ ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยมี แนวทางปฏิบัติดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย** เพื่อทราบความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายจะกระทำทันทีที่ประเมินผู้ป่วยได้ในครั้งแรก เพื่อหา ปัญหา ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สถาน

บริการสุขภาพในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยจะใช้ได้อย่างคล่องตัว ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการชี้แนะ หรือฝึกฝนให้สามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินในครั้งนี้อาจช่วยคาดหวังหรือคาดการณ์ได้ถึงสภาพผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ข้อจำกัดความบกพร่องด้านสุขภาพ ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การให้อาหาร การให้ยาแก่ตนเอง ทักษะที่จำเป็น ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาล เพื่อจะปฏิบัติได้ดีเมื่อกลับบ้าน ความพร้อมในการเรียนรู้สภาพจิตใจและอารมณ์ ความสามารถรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง ระดับแรงจูงใจ ตลอดจนความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายควรจะต้องได้รับการวางแผนในวันแรก ๆ ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล ควรประเมินภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อนำผลของการประเมินไปวางแผนการดูแล ลงมือปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินผล เป้าหมายของการคัดกรองความเสี่ยงความต้องการวางแผนจำหน่าย เพื่อช่วยทำนายความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูง ทำให้สามารถบ่งบอกแยกแยะผู้ป่วยรายใดควรได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เพียงพอเหมาะสม และรวมถึงการได้รับหรือจัดบริการเพื่อช่วยเหลือเตรียมพร้อมให้กลับไปสู่บ้าน การประเมินความเสี่ยงจึงเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นให้การช่วยเหลือในกระบวนการวางแผนจำหน่าย การใช้การประเมินความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลและลดโอกาสการจัดบริการที่ไม่จำเป็นให้กับผู้ป่วย ดังนั้น การมีส่วนร่วมกันทุกฝ่ายในโรงพยาบาลเพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย การวางแผนและการปฏิบัติ โดยแยกจากการทำงานออกจากหอผู้ป่วย เช่น อาจกำหนดภาระงานให้มีผู้วางแผนจำหน่าย หรือทีมวางแผนจำหน่ายในรายที่มีความซับซ้อนที่ต้องมีการส่งต่อ (Victorian Government Health Information, 1998) คาเรน กริมเมอร์ (Karen Grimmer, 1999) ได้ทำศึกษาการประเมินความเสี่ยงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินมุ่งที่การทำตามหน้าที่โครงสร้าง และอื่น ๆ ที่แสดงถึงผลองค์ประกอบการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายที่สัมพันธ์กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่าสิ่งที่พยาบาลได้ทำการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายจากการบันทึก ได้แก่ ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน (12.5%) ระบบการขับถ่าย (10.6%) การบริหารจัดการยาในปัจจุบัน (8.8%) ความเสี่ยงด้านสิ่งที่จะต้องนำติดตัวเมื่อกลับบ้าน (5.3%) การเตรียมอาหาร (4.7%) ความเจ็บป่วยในอดีต (3.3%) ยารับประทาน (3.0%) และอุปสรรคในการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ข้อตกลงในสิ่งที่ประเมินได้กับสิ่งที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายที่ปลอดภัย ประสิทธิภาพของผู้ประเมินส่วนใหญ่มักประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายและความจำเป็นที่ชุมชนให้บริการ การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่การตอบสนองที่เพียงพอ การพูดคุย การตัดสินใจ การบันทึกที่ช่วยติดต่อสื่อสารกันความรู้และความรู้ของทีม ตลอดจนบทบาทที่ตอบสนองของทีมเพื่อบริหารผู้ป่วยหลังจำหน่าย ดังตารางที่ 2.1

## ตารางที่ 2.1

## สรุปการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของคาร์เนน กริมเมอร์

หัวข้อที่สำคัญ	รายละเอียด
1 สิ่งที่แสดงให้เห็นด้านร่างกายและจิตใจ	1.1 การเคลื่อนไหว 1.2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (เช่นการใช้ชีวิตประจำวันและสถานะด้านอารมณ์) 1.3 สถานะการรับรู้ 1.4 สถานะด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น อารมณ์และสถานะด้านสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
2 การทำนายด้านร่างกายและจิตใจ	2.1 การเคลื่อนไหว 2.2 การทำหน้าที่ของร่างกาย(เช่นการใช้ชีวิตประจำวันและสถานะด้านอารมณ์) 2.3 สถานะการรับรู้
3 ประเด็นด้านสังคมของผู้ป่วย	3.1 ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทักษะและการรับรู้การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 3.2 การบริหารจัดการสถานะความเป็นอยู่ก่อนนอนโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย 3.3 การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนก่อนนอนโรงพยาบาลและบริการอื่น ๆ 3.4 แหล่งบริการอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนที่ผู้ป่วยต้องใช้เมื่อจำหน่ายและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร สุขอนามัย การเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย การดูแลเกี่ยวกับอากาศเย็น การปรุงอาหาร การจัดเตรียมยา เป็นต้น)
4 การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย	4.1 ความยอมรับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

ที่มา : Karen Grimmer. 1999

**ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแผนจำหน่าย** ภายหลังจากประเมินและต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย พยาบาลจะทราบถึงภูมิหลังของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น สภาพอารมณ์ จิตใจ วัฒนธรรม ความเชื่อ การตอบสนองทางจิตต่อการมีไข้และความพิการ และความต้องการทางจิตสังคม แบบแผนการสื่อสารกันในครอบครัว ซึ่งเอื้ออำนวยหรือก่อให้เกิดข้อจำกัดต่อระบบการดูแลที่บ้าน พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้บอกความปรารถนาของตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้าน โดยให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ฝึกฝนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบ้านก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และฝึกฝนตลอดจนระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อทักษะดังกล่าว และยังรวมถึงแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยต้องการขณะอยู่บ้าน บางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการกำลังใจอย่างมาก ซึ่งกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ในรูปองค์กรในชุมชนอาจช่วยได้มาก

**ขั้นตอนที่ 3 การนำแผนจำหน่ายไปใช้** สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมที่กลับบ้าน คือ ให้ความรู้ ทักษะ มีแรงจูงใจอย่างเพียงพอ โดยจัดให้มีการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ประสานงานจัดหาแหล่งบริการภายนอกโรงพยาบาลที่จำเป็น อาจต้องนำแผนจำหน่ายไปเชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรในชุมชนหรือหน่วยเอื้ออำนวยเพื่อการดูแลในระยะยาว แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักกับกลุ่มช่วยเหลือหรือแหล่งทรัพยากรในชุมชน เขียนแผนปฏิบัติตัวอย่างชัดเจนในรูปตารางการปฏิบัติ หรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสมให้ผู้ป่วยได้อ่านและเข้าใจได้ง่ายเพื่อปฏิบัติตัวถูกต้อง

**ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล** เมื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องประเมินผลว่าแผนจำหน่ายได้รับการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมจะกลับบ้านอย่างปลอดภัย ถ้าพบว่า ยังมีความไม่พร้อมในบางประการ พยาบาลต้องเป็นผู้แทนผู้ป่วยที่จะแจ้งให้แพทย์และทีมสุขภาพทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายอย่างครบถ้วน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย, 2546 : 7) เป็นแนววิธีการคิดและการปฏิบัติที่มีระบบ แต่ละขั้นตอนต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งในทางปฏิบัติมักจะปฏิบัติหลายขั้นตอนไปพร้อมกัน ไม่ใช่ปฏิบัติทีละขั้นตอนเป็นลำดับ (step-by-step) เช่น ประเมินข้อมูลไปพร้อม ๆ กันกับการวางแผน การปฏิบัติตามแผนหรือการประเมินผล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยร่วมกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนต้องทำล่วงหน้าก่อนลงมือปฏิบัติ โดยมีบุคคลหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับปัญหาและการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบระเบียบและ

ต่อเนื่อง และจะต้องเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายชัดเจน แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นที่ซับซ้อนและท้าทาย ต้องการความร่วมมืออย่างจริงจัง จากบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องและต่อเนื่องของการดำเนินตามแผน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ. 2539) โดยเพียร์แมน (Pearlman. 1984 : 36) ได้เสนอแนวทางการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพหลายสาขา และก่อให้เกิดความสอดคล้องของแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) ร่วมเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยในลักษณะสาขาก่อนวางแผน 2) ประชุมทีมสหสาขาเพื่อวางแผนร่วมกัน โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในลักษณะเชิงรุก 3) ระบุบทบาทของสมาชิกทีมสหสาขาแต่ละคนว่าใครรับผิดชอบเรื่องใดในแผน รวมทั้งระบุว่าควรส่งต่อผู้ป่วยให้ไปกับบุคลากรสุขภาพอื่นที่อยู่ นอกเหนือที่ประชุมหรือไม่ 4) ประชุมประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะ ๆ จนกว่าจะจำหน่าย

#### 2.1.6 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ประเทศไทยและต่างประเทศได้พยายามพัฒนารูปแบบที่จะช่วยให้การวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ และสามารถเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในยุคที่ค่าใช้จ่ายมีความสำคัญเทียบเคียงกับคุณภาพการบริการ การวางแผนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ยังมีที่จัดเป็นระบบอยู่น้อย นอกจากนี้ยังเป็นในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง กล่าวคือ ให้คำแนะนำที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่มีการประเมิน หรือวินิจฉัยเฉพาะรายก่อนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำกัดในการปฏิบัติ ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว อุษาวดี อัครวิเศษ (2546 : 12-13) ได้เสนอลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและควรจะเป็นในอนาคต นอกจากนี้จะต้องตระหนักถึงปัญหาในความต่อเนื่องของการดูแล (Fragmentation of Care) คุณภาพการรักษายาบาล (Quality of Care) ค่าใช้จ่าย (Cost Care) และมาตรฐานบริการของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ดังตารางที่ 2.2



## ตารางที่ 2.2

### ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต

ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบัน	ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในอนาคตที่ควรจะเป็น
1. ส่วนใหญ่ยังมีความเป็นระบบน้อย	1. เป็นระบบและมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ
2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง	2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เดิม
3. ส่วนใหญ่ไม่ได้ร่วมกันในระหว่างสหสาขา	3. มีการวางแผนร่วมกันในระหว่างสหสาขา
4. มักจะไม่ได้รวมญาติหรือครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย	4. รวมญาติและครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย
5. หน้าที่ความรับผิดชอบที่ระบุชัดเจน คือ พยาบาล	5. พยาบาลเป็นผู้ประสานงานให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ (อุษาวดี อัครวิเศษ. 2546) ดังเช่นรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

1. **รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning** รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และครอบครัว เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือทุกฝ่าย จากการศึกษาของ บลู และคณะ (Bull et al. 2000) พบว่า การใช้รูปแบบนี้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้ว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่มีสุขภาพดีมากกว่าและใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

2. **รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice** รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse Case Manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รูปแบบนี้รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมระยะเวลาตามความจำเป็น โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต กิจกรรมประจำวันเพิ่มมากขึ้น อัตราตายหรือความเจ็บป่วยลดลง

3. **รูปแบบ Structured discharge procedure** รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ The structure discharge package ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย (Structure Discharge Interview) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหอบหืด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดอาการ วิธีในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้ การรับประทานยา และการใช้เครื่องมือช่วยต่าง ๆ 2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 3) แผนในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย 4) การอบรมระยะสั้น ๆ เกี่ยวกับการรับประทานสเตียรอยด์ 5) สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในบริเวณข้างเคียง ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ในกรณีที่มึปัญหาหรือเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

4. **รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning** รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้น โดย จูดิท โรเดน และ อริซาเบส ทาฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990) โดยมีลำดับขั้นดังนี้

**ขั้นตอน A : Assessment** การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ภายหลังจากจำหน่าย เป็นการรวบรวมข้อมูล เกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำเป็นต่อการวางแผนจำหน่าย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

**ขั้นตอน B : Building a plan** การสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้และเป้าหมายของความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

**ขั้นตอน C : Confirming the Plan** การยืนยันแผนจำหน่าย กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการประเมินผลจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

5. **รูปแบบ METHOD** กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- **Medication (M)** ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

- **Environment and Economic (E)** ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ภายหลังจากจำหน่าย การใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามเหมาะสม

- **Treatment (T)** ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ทราบ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

- **Health (H)** ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

- **Outpatient Referral (O)** ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเจ็บปวด นอกจากนั้นยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลต่อเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

- **Diet (T)** ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพรวมถึงยาเสพติดด้วย

6. รูปแบบ **Comprehensive Discharge Planning** รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Discharge Planning Program) นอยเลอร์ และคณะ (Naylor et. Al. 1999) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในระบบต่าง ๆ เช่น ในระบบหัวใจและทรวงอก ที่มีการลงทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก การวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์แบบมุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้พยาบาลโดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา โดยเฉพาะการพยาบาลระดับสูงกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป ตลอดจนสนใจระบบการปรับผ่านให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### 2.1.7 ความสัมพันธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) กับการวางแผนจำหน่าย

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นนวัตกรรมด้านการบริหารโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงปี 1970 ในขณะที่โรงพยาบาลต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ประเทศต้นกำเนิดของ DRG ยังไม่มีระบบบัญชีและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารที่เอื้อให้พัฒนาขึ้นมาได้ แต่ด้วยความสามารถของหัวหน้าคณะวิจัยของมหาวิทยาลัยเยล 2 คน คือ Robert Fetter ศาสตราจารย์

ทางวิศวกรรมศาสตร์ และ John Thompson พยาบาล ได้ช่วยกันคิดค้นเครื่องมือนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรกที่ใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพของการบริหารงานโรงพยาบาล และต่อมากลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดสรรในระบบสาธารณสุข และการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล และต่อมากลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดสรรเงินในระบบสาธารณสุข และการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งระบบการจัดกลุ่มผู้รับบริการของโรงพยาบาล (Hospital Case-mix) หรือระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (Patient Classification System) เพื่อประโยชน์สำหรับการบริหารจัดการและบริการผู้ป่วย (ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุ โนทัย, 2544) หลังจากที่ HCFA (Health Care Financing Administration) ใช้ DRG เป็นกลไกการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล ทำให้ DRG แพร่ขยายอย่างรวดเร็วในประเทศต่าง ๆ ทั้งในลักษณะงานวิจัย การปรับคิดแบ่งกลุ่มในประเทศต่าง ๆ นำไปใช้ เพื่อเปรียบเทียบผลผลิตระหว่างโรงพยาบาล เพื่อทำการทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการ หรือเพื่อการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข หลักสำคัญของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) มีคุณสมบัติสำคัญดังนี้ (Fetter, 1980)

1. สามารถสื่อความหมายทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มใหญ่ หรือกลุ่มย่อยเดียวกันจะต้องมีความคล้ายคลึงกันทางคลินิก (Homogeneous) เมื่อนำเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันแก่แพทย์แล้ว ต้องได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีกระบวนการรักษาที่คล้ายคลึงกัน

2. การจัดกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในใบสรุปผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลนี้มีความสัมพันธ์กับประเภทของบริการในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือกระบวนการรักษาที่มีอยู่

3. จำนวนกลุ่มผู้ป่วยต้องอยู่ในปริมาณที่สามารถบริหารจัดการได้ ผู้ป่วยรายหนึ่งต้องสามารถจัดเข้ากลุ่มได้เพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น (Mutually Exclusive) และกลุ่มเหล่านี้ต้องสามารถครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Exhaustive List)

4. ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ควรใช้บริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน

5. การจัดกลุ่มควรให้ผลลัพธ์เหมือนกัน ไม่ว่าจะมียวิธีให้รหัสทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

**ประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุ โนทัย, 2544) ได้แก่**

1. ใช้เป็นเครื่องมือการจ่ายเงินตามรายป่วย
2. ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณ
3. ใช้เป็นเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อประโยชน์ทั้งผู้จัดสรรงบประมาณ และผู้บริหาร
4. เป็นฐานของการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาของแพทย์
5. ใช้สำหรับการบริหารงานภายในโรงพยาบาล

- 5.1 เพื่อหาว่าใครเป็นผู้ที่นอกการกระจายปกติ
- 5.2 เพื่อเป็นหน่วยสำหรับบอกความแตกต่าง
- 5.3 เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้การรักษา

ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อหาหนทางทำให้บริการโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพ คุณภาพและความเป็นธรรม ดังนั้น ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล หรือเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล จึงเป็นวัตถุประสงค์สำคัญ DRG จึงเป็นตัวเลือกที่ดี ประกอบกับวิธีการจัดกลุ่ม DRG ใช้ตัวแปรการรักษาผู้ป่วยไม่มาก จึงสอดคล้องกับมาตรการการตัดสินใจเลือกข้างต้น

การพัฒนา กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทย (สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547) เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เมื่อประเทศไทยเริ่มบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จาก การวิจัยฉบับแรกที่สถาบันวิจัยสาธารณสุขให้การสนับสนุนขยายสู่การวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล การวิจัยเพิ่มประสิทธิภาพของการจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก จนกระทั่งมั่นใจว่าระบบสาธารณสุขของ ประเทศไทยสามารถประยุกต์ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ สำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงประกาศใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ให้การ รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลราคา สูงในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล ตั้งแต่ตุลาคม 2541 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1 จึงเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ

การพัฒนา กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 2 ได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาขาต่าง ๆ กว้างขวางมากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1 ที่ไม่ครอบคลุมรหัส โรคต่าง ๆ อย่างครบถ้วน และคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ยังไม่สะท้อนการใช้ทรัพยากรในการรักษา ผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ ได้ดีนัก ซึ่งสำนักประกันสุขภาพได้ประกาศใช้ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 2 เดือนตุลาคม 2543

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 มีข้อจำกัดอย่างเดียวกัน เนื่องจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่อ้างอิงวิธีการจัดกลุ่ม DRG ที่ใช้ในโครงการสวัสดิการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (Medicare) จึงไม่ละเอียดมากพอสำหรับกลุ่มโรคเด็ก และโรคที่พบในเขตร้อน เช่น ประเทศไทย ดังนั้น หลักประกันสุขภาพใหญ่ทั้ง 3 หลักประกัน (กรมบัญชีกลาง สำนักประกันสุขภาพ และ สำนักประกันสังคม) จะใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือทางการคลังสุขภาพ จึงสมควรพัฒนา กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 3 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทยยิ่งขึ้น โดยใช้เป็น เครื่องมือจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (Acute Inpatient Casemix) ชนิดเดียวกัน และจะ ครอบคลุมสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงพัฒนา กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 3 ให้เป็นที่

ยอมรับของผู้ใช้บริการ และครอบคลุมผู้ป่วยทุก ๆ ลักษณะของประชากรในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม (มีกลุ่ม DRG ประมาณ 1,250 กลุ่ม) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ 30 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นมา

ลักษณะสำคัญของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3 มีดังนี้

1. สะท้อนความรุนแรงของกลุ่มโรคในระยะเฉียบพลัน
2. ครอบคลุมลักษณะการเจ็บป่วยของทุกกลุ่มอายุ
3. สะท้อนต้นทุนการให้บริการในสถานพยาบาลทุกสังกัดและระดับ
4. กลุ่มโรคเด็ก แยกย่อยมากขึ้น เพื่อสะท้อนต้นทุนการให้บริการที่แตกต่างกัน

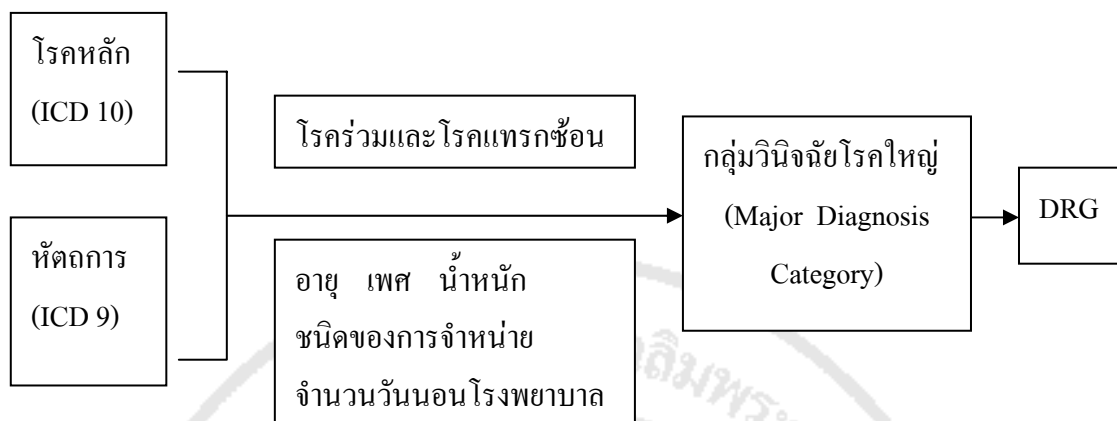
โดยเฉพาะการดูแลเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

5. แยกแยะโรคเขตร้อน ให้สะท้อนต้นทุนแบบแผนการรักษาที่ใช้ต้นทุนแตกต่างกัน
6. แยกระดับความรุนแรงที่เป็นมาตรฐานภายในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแต่ละกลุ่ม

โดยพิจารณาการพบโรคร่วม (Comorbidity) และภาวะแทรกซ้อน (Complication) ตัวแปรที่สำคัญในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547) ประกอบด้วย

1. รหัสโรคหลัก รหัสโรครอง และหรือรหัสโรคแทรก กำหนดให้ใช้รหัสเป็น ICD 10 (International Classification of disease, 10<sup>th</sup> edition คือ บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 การปรับปรุงเพิ่มเติมอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก)
2. รหัสผ่าตัดหรือหัตถการ กำหนดให้ใช้รหัสเป็น ICD 9 CM (International Classification of disease, 9<sup>th</sup> edition, Clinical Modification คือ บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 9 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก การปรับปรุงเพิ่มเติมอยู่ในความรับผิดชอบของ HCFA (Health Care Financing Administration)
3. อายุ (ปี)
4. น้ำหนักเด็ก (กรณีอายุไม่เกิน 1 ปี)
5. ชนิดการจำหน่าย
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) (คือวันที่เข้ารับการรักษา-วันที่จำหน่าย)

**แผนภูมิที่ 2.1**  
**หลักทั่วไปในการจัดกลุ่ม**



ความหมายของค่า ที่ใช้ในการจัดสรรเงินหรือการเปรียบเทียบศักยภาพในการรักษาพยาบาล ได้แก่

**RW (Relative Weigth) หรือค่าน้ำหนักสัมพัทธ์** เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์จึงใช้เป็นหน่วยในการคำนวณจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลได้

**WTLOS (Weigth Length of Stay)** หมายถึง ค่ามาตรฐานวันนอนเฉลี่ย โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยเลขคณิตของวันนอนในแต่ละ DRG ที่ได้ตัดผู้ป่วยนอนนานเกินเกณฑ์

**OT (Outlier Trim Point)** คือ ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 97 ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเป็นจุดตัดวันนอนนาน

**ADJRW (Adjusted Relative Weigth)** หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนจริง ใช้สำหรับคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ เพื่อการจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายมีค่าวันนอนจริงต่ำมาก (ต่ำกว่า 1 ใน 3 ของ WTLOS) หรือสูงมากกว่าค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT) เพื่อให้ค่าที่ได้มีความเหมาะสมและแม่นยำยิ่งขึ้น เช่น DRG 04550 (Chronic Obstruction Pulmonary Disease, no Complication and Comorbidity) มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW = Relative Weigth) = 0.8289 ค่ามาตรฐานวันนอน WTLOS (Weigth Length of Stay) = 3.42 วัน ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT = Outlier Trim Point) = 19 วัน

### 2.1.8 ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่าย

จากการศึกษาของ ทราซี และคณะ (Tracey M. et.al. 2001) ได้ทำการศึกษาเรื่องการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผลทำให้การวางแผนจำหน่ายล่าช้า พบว่า การยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคที่ทำให้การวางแผนจำหน่ายล่าช้ามีผลต่อการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน กังวลสิ่งอำนวยความสะดวกหลังจำหน่าย และช่องว่างการติดต่อการสื่อสารเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหลังการจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบล์ และเนย์ลอร์ (Bowles & Naylor. 2002) พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่แพทย์ให้จำหน่ายกลับไปบ้านมีความเสี่ยงสูงมาก ลักษณะของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสถานที่กลับไปพักฟื้นต่อ และขึ้นกับการตัดสินใจอาการทางคลินิก บริษัทประกันสุขภาพ หรือผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัย ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งทำให้แผนการจำหน่ายไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ จากการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพ พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ ทีมงาน ทีมงานทางคลินิก คณะกรรมการบริหารพยาบาล และระบบการเตรียมจำหน่าย (เรวดีศิรินคร. 2546) โดยสรุป คือ

1. ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนไม่ได้สัดส่วนกับการดูแลผู้ป่วย ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพและลักษณะเชิงทฤษฎี และรูปแบบโดยขาดความเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริง เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2. ปัญหาด้านทีมนำคลินิก ได้แก่ ขาดความชัดเจนในบทบาท ขาดความชัดเจนในแนวคิดการวางแผนและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในระบบที่วางไว้ ทำให้การส่งเสริมการนำลงสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน

3. ปัญหาด้านคณะกรรมการบริหารพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพมีลักษณะเชิงทฤษฎี และรูปแบบโดยขาดเป้าหมายที่แท้จริง ทำให้การกระตุ้นส่งเสริม เพื่อให้เกิดกระบวนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพขาดความชัดเจน การติดตามประเมินผล การควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบไม่ชัดเจน กลุ่มงานฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทสูงในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในด้านการพยาบาล แต่ให้ความสำคัญกับการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพค่อนข้างน้อย

4. ปัญหาด้านระบบงาน ได้แก่ ดิสรูปแบบขาดความชัดเจนในเป้าหมายที่แท้จริง เช่น การใช้ M – E – T – H – O – D ทำให้มุ่งเน้นที่แบบบันทึกค่อนข้างมาก เน้นที่การให้สุขศึกษาเป็นหลักมากกว่าการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างแท้จริง ขาดความเชื่อมโยงกับระบบวิชาชีพอื่น

จากปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลดังข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยฉัตร ศิลปราคม (2546) พบว่า ภาระงานมาก (37.23%) การไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติและครอบครัว (30.85%) การดำเนินไม่เป็นระบบขาดความต่อเนื่อง (30.85%) การ



ไม่ได้รับความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพ (20.21%) และพยาบาลบางคนอาจมองการปฏิบัติงานด้านการจำหน่ายว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของผู้ที่เป็นหัวหน้าทีมเป็นหลัก ทำให้ขาดความตระหนักถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ฝ่ายแพทย์ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการกำหนดแผนการจำหน่ายล่วงหน้า เนื่องจากทีมสุขภาพส่วนใหญ่มองการจำหน่ายเป็นจุดสิ้นสุด (End Point) ของการดูแล ทำให้ไม่มีการเตรียมการดูแลอย่างแท้จริง ผู้บริหารจึงควรให้มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งแนวปฏิบัติในการประกันคุณภาพการดูแลต่อเนื่องชัดเจนแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกคนได้ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมมือกันมากขึ้น (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายยังเป็นกิจกรรมที่ต้องพัฒนาต่อไปในการนำมาเป็นกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายยังคงได้รับการพัฒนาต่อไป

โดยสรุปปัญหาการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วย มีทั้งสาเหตุจากผู้ป่วยเอง ญาติ และนโยบายทางสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ระดับประเทศ สภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยหลังการจำหน่าย ปัญหาต่าง ๆ ต้องได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ วิชาชีพเข้ามาช่วยเหลือร่วมกัน รวมทั้งองค์กรบริหารในท้องถิ่นที่มีศักยภาพ ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในบางประเด็นได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

## 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.2.1 งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยในประเทศมีผู้ที่ศึกษาไว้ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องรูปแบบวางแผนจำหน่าย

ประภัสสรี ชวางษ์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ Pretest Posttest One Group Design เพื่อสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบโดยการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของญาติผู้ป่วยเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย ต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการเตรียมผู้ป่วยและญาติใช้รูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติผู้ป่วย และญาติกลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมของญาติสูงกว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติและญาติต่อการวางแผนผู้ป่วยอยู่ระดับมาก

ยุพาพิน ประสารธิดม (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โอเรม เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลัง เพื่อที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว และความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันก่อนและหลัง การทดลองในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลรามาราชิจนผ่านระยะวิกฤติ ได้รับการเตรียมก่อนกลับบ้านตามปกติจากพยาบาล และส่งต่อหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้านจำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และเช่นเดียวกัน ความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองที่บ้าน มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเท่ากับร้อยละ 6.67 ผลวิจัยเสนอแนะให้มีหน่วยงานหรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน ให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้ และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

สิริวรรณ เดียวสุวรรณ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีและได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหาคใหญ่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 11 คน 2) ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 14 คน และ 3) ทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักอรรถบำบัดจำนวนรวม 30 คน การดำเนินการวิจัย เริ่มจากการสำรวจปัญหา วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ แล้วนำมาวางแผนกำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนกำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สังเกต บันทึกภาคสนามและการสะท้อนโดยกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ ความคิดและสร้างข้อสรุป ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 1) โครงสร้าง ก) ทีมสุขภาพเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักอรรถบำบัด ข) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้รับบริการ ค) พยาบาลประจำการเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายและมีการประสานงานอย่างเป็นทางการ 2) กระบวนการจำหน่าย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาความสามารถ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัดหรือฉายรังสี และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามา

มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะ เป็นการพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพให้สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล โดยการสอน สาธิตประกอบภาพพลิก วิดีทัศน์ และแผ่นพับ ร่วมกันฝึกปฏิบัติทุกวัน โดยใช้หลักการบริหารบริการ และการกระจายงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพในขณะที่ทีมสุขภาพยังสามารถปฏิบัติงานประจำได้เช่นเดิม และระยะที่ 3 คือ ทีมสุขภาพ มีทักษะในการเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ สร้างระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และส่งต่อไปสถานบริการใกล้บ้าน 3) ผลลัพธ์ ผู้ป่วย 11 คน ได้รับการรักษาตามแผน มีความรู้และความเข้าใจดีต่อวิธีการรักษา ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และกลับบ้านด้วยความมั่นใจ สามารถลดจำนวนวันในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้ ไม่มีกรณีกลับเข้ารับรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น และทีมสุขภาพปรับการวางแผนจำหน่ายเป็นภาระงานประจำ พยาบาลประจำการเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่าย โดยมีบทบาทเป็นผู้จัดการ ประสานงาน ให้บริการ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เหมาะสมถูกต้องตามแผน และตรงตามความต้องการ

ไพรวลัย พรหมที (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น วัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรจากสาขาวิชาชีพ 8 สาขา เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีระดับความพิการ น้อยถึงปานกลาง หรือดัชนีบาร์เชล เอ ดี แอล มีค่าคะแนน 50-95 ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2547- มิถุนายน 2548 ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย การตรวจสอบเวชระเบียน การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินผลจากเสียงสะท้อนของผู้บริการ เนื้อหาที่กำหนดไว้ ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะ อย่างมีแบบแผนครอบคลุมด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพและการดูแลด้านจิตใจ การเตรียมอุปกรณ์เพื่อนำไปใช้ที่บ้าน การติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ผลการศึกษาการตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62 ปี จำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 6.8 วัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 13,608 บาท จากการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 2 ครั้ง ปรากฏว่า ครั้งที่ 1 ทดลองจำนวน 10 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 64 ปี จำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 4.6 วัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,596 บาท นอกจากนี้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนแล้ว ทีมสหสาขาวิชาชีพยังมีความภูมิใจและพึงพอใจมาก เนื่องจากได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้แสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างทีม มีการสื่อสารในทีมอย่างชัดเจน ทำให้การ

ทำงานไม่ซ้ำซ้อน ทำให้งานมีมาตรฐานคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและญาติปรากฏว่า มีความพึงพอใจระดับสูงมาก คือ ร้อยละ 98 เนื่องจากทราบแนวทางหรือแผนการรักษาที่ชัดเจน ได้รับการสอน สาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

สุปราณี ศรีพลาวงษ์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาถึงผลการใช้รูปแบบการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยสองขั้นตอน คือ 1) การสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) ทดสอบ ประสิทธิภาพของรูปแบบ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อการรับรู้ คุณค่าของการปฏิบัติตัวเพื่อการ ดูแล ตนเองและการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่มีพึ่งอินซูลินที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉลิมสิริบุญการ 3 โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตาม คุณสมบัติที่กำหนด โดยวิธีจับคู่เป็น รายคู่ ได้กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบจำนวน 10 คน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบ จำนวน 10 คน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลิมสิริบุญการ 3 จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด คือ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าของการ ปฏิบัติตัว เพื่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และแบบประเมินการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความ เทียบของแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ .95, .91 และ .93 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ คุณค่าของการปฏิบัติตัว เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับ มาก โดยกลุ่มที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ การ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มที่ไม่ ใช้รูปแบบ และใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก และมากที่สุดตามลำดับ โดยกลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูป แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด และ มาก ตามลำดับ โดยหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ คุณค่าต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย

ชนิตา มณีวรรณ และคนอื่น ๆ (2537 : บทคัดย่อ) ได้สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวนเท่า ๆ กัน อย่งละ 110 คน โดยการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวออกไปหลายชนิด และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้องการการพยาบาลพิเศษอย่างต่อเนื่อง หลายอย่างเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ แผลกดทับ ร้อยละ 68.4 และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 31.6 สำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 31.8 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นบุตร หรือธิดาต้องดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่า มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย มีความวิตกกังวลสูงที่สุด และมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลมากที่สุด พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากด้วย

ดวงตา นิมศรีทอง (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 223 คน ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลส่วนมากมีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการรับรู้บทบาทของพยาบาล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน การบริหารของหน่วยงาน และการได้รับการฝึกอบรม ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน หรือเพื่อนร่วมงาน และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งตัวแปรที่มีประสิทธิภาพสามารถทำนายระดับการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาทของพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน หรือเพื่อนร่วมงาน เจตคติต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน และนโยบายของหน่วยงาน

จินตนา ตั้งชวลิต (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน สังกัดมูลนิธิในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 176 คน ผลการศึกษา พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติการประกอบด้วยเจตคติต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัจจัยสนับสนุนของโรงพยาบาลประกอบด้วยนโยบายโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล การกำหนดขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารระบบบันทึกรายงาน และสภาพการทำงาน ปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของการวางแผน

เจ้าหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ คือ ระบบบันทึกรายงานการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เจตคติต่อการวางแผนจำหน่าย การกำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและสภาพการทำงาน

ปิยฉัตร ศิลปราคม (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 94 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลการศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยพบมีการปฏิบัติมาก เรียงลำดับรายด้านจากมากไปน้อย ได้แก่ การปฏิบัติวางแผนจำหน่าย ประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนจำหน่าย การประเมินผล ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ภาระงานมาก การไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติและครอบครัว การดำเนินงานไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง การไม่ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ข้อเสนอแนะควรมีคู่มือที่สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้จริง ควรจัดให้มีการอบรม มีทีมงานวางแผนจำหน่ายโดยเฉพาะ

ศิริพร บุญพูน (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่พยาบาลปฏิบัติประจำ คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย และพบว่า ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย การฝึกอบรม การรับรู้ต่อการวางแผนจำหน่าย การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติการพยาบาล และปัจจัยเกี่ยวกับองค์กรประกอบด้วย นโยบายของโรงพยาบาล การบริหารจัดการสภาพการทำงาน ระบบการบันทึกรายงานและการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติการพยาบาล

## 2.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบคัดกรองความเสี่ยงความต้องการวางแผนจำหน่าย

มุลท์ และคณะ (Mauthe et al. 1996) ศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงที่ใช้ทำนายหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาหาความเที่ยงของแบบคัดกรองความเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินสมรรถของร่างกายในการช่วยเหลือตนเอง (Functional Independence Measure) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 298 คน ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนเมษายน ค.ศ. 1991 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 1993 เมื่อเข้ารับการรักษาแล้วต้องได้รับการประเมินใน 3 วัน และใน 24 ชั่วโมงก่อนการจำหน่าย ประเมินผลโดยใช้คะแนนของสมรรถของร่างกายในการช่วยเหลือตนเองมาวิเคราะห์จากการศึกษา พบว่า มี 6 ข้อ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการทำนายเมื่อจำหน่ายกลับไปบ้าน ด้านช่วยอำนวยความสะดวกการฟื้นฟูร่างกาย

ด้านการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลเป็นผู้เยี่ยม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การอาบน้ำ 2) การขับถ่าย 3) การเข้าห้องน้ำ 4) การเข้าสังคม 5) การแต่งตัว 6) การรับประทานอาหาร เป็นตัวที่ใช้ทำนายมีความเที่ยงร้อยละ 70 สรุปการศึกษาได้ว่าแบบประเมินสมรรถของร่างกายในการช่วยเหลือตนเอง (Functional Independence Measure) มีประสิทธิภาพในการใช้ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้

เพตทริก มิสเตียน และคณะ (Patriek et al. 1999 : 1050) ศึกษาเรื่องการทำนายและวัดความเที่ยงของแบบคัดกรองความเสี่ยง BRASS กับปัญหาสุขภาพหลังจำหน่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความตรงของแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยง BRASS กับปัญหาที่พบหลังจำหน่าย รูปแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล (Prospective Study) เก็บข้อมูลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงหลังจำหน่ายใน 7 วัน และ 30 วัน ตัวชี้วัด ได้แก่ วันนอนโรงพยาบาล สถานที่อยู่หลังการจำหน่าย สถานะหลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบคัดกรอง BRASS คำถามเกี่ยวกับปัญหาหลังการจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 503 คน การศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับบ้านหลังการจำหน่าย วันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 3 วัน (จำนวน 226 คน) คะแนนของแบบประเมิน BRASS ที่สูงมีความสัมพันธ์กับคะแนนของปัญหาที่พบหลังจำหน่าย แต่ความไวค่อนข้างต่ำ ผลสรุปการใช้แบบคัดกรอง BRASS พบว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่ไปอาศัยอยู่ในสถานบริการสุขภาพอื่นที่ไม่ใช่บ้าน คะแนนความเสี่ยงและความต้องการที่สูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาหลังการจำหน่าย จึงมีความไวที่ใช้ทำนายปัญหาหลังจำหน่ายและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยได้

ศูนย์สุขภาพและการส่งต่อแคนาดา (Health Canada, Health Transition Fund. 2001) ได้ศึกษาการพัฒนาลักษณะทางคลินิกที่ใช้ทำนายความต้องการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดทางลักษณะคลินิกเพื่อวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเซนต์เมรี่ ช่วงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2000 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2001 เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนจำหน่าย จำนวน 160 คน ที่เจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน นำข้อมูลวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เพื่อใช้ทำนายการส่งตัวรักษาต่อ และวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบประเมิน ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะทางคลินิกที่ใช้ทำนาย มี 9 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางศัลยกรรม 2) อารมณ์ของผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินแล้วควรได้รับการช่วยเหลือ 3) การตกเตียงภายใน 3 เดือน 4) ผลกดทับ 5) ปัญหาความจำ 6) การเปรียบเทียบการตัดสินใจ 7) การอยู่คนเดียว 8) การมองเห็น 9) ผู้ดูแล นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความตรง พบว่า คะแนนของผู้ที่ส่งต่อมีคะแนนสูงกว่าคะแนนของผู้ที่ไม่ต้องส่งต่อ

ซิมมอนส์ และ แพท (Simon & Petch. 2002 : 435) ได้ศึกษาเรื่องความจำเป็นการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้แบบประเมิน Camberwell

Assesment of Need (CAN) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วยด้านที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ สังคม หน้าที่การทำงานของร่างกาย และแหล่งบริการ หลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชและใน 98 ชุมชน ในประเทศสกอตแลนด์ จากการศึกษา พบว่า ความต้องการวางแผนจำหน่ายยังมีความซับซ้อนและการบริการทางจิตเวช ยังต้องคำนึงด้านการวินิจฉัยโรค การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และการบูรณาการความต้องการของผู้ป่วยเข้าไปในแผนการดูแลผู้ป่วยด้วย

ไดแอน และคณะ (Diane E. et al. 2003 : 678) ได้ศึกษาแบบประเมินคัดกรองความต้องการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบค่าทำนายของแบบคัดกรองความเสี่ยง (PRA) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยะภูมิ จำนวน 991 คน เครื่องมือคือแบบการคัดกรอง (PRA) ใช้แบบการสังเกต และเทปบันทึกเสียง วัดผลโดยประเมินผล เปรียบเทียบวันนอนโรงพยาบาลตามจริงกับวันนอนมาตรฐานกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผลการศึกษา พบว่า ตัวที่ใช้ทำนายในการวางแผนจำหน่ายในการเตรียมพร้อมการใช้สถานบริการอื่น ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) ผู้ดูแล 3) อายุ 4) เพศ มีความไวร้อยละ 74 และตัวที่ใช้ทำนาย วันนอนโรงพยาบาลยาวนาน ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) เพศ มีความไวร้อยละ 58 และ ความเสี่ยงที่ใช้ทำนายในการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มคนที่ต้องการวางแผนจำหน่ายมากกว่าปกติ ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) ผู้ดูแล 3) อายุ 4) เพศ 5) โรคเบาหวาน มีความไว ร้อยละ 79 สรุปผลการศึกษาว่าการใช้แบบคัดกรอง (PRA) ทางด้านคลินิกสามารถใช้กับผู้ป่วยที่ ต้องการวางแผนจำหน่ายมากกว่าการดูแลตามปกติ

อริสซาเบท ไวทิง (Elizabeth Whiting. 2003) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาลนาน และจัดหาแหล่งทรัพยากรที่ ต้องใช้หลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบคัดกรองของ เบลลอค (The Blaylock Risk Assessment Screen) ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ 1) อายุ 2) สภาพความเป็นอยู่และการ สนับสนุนทางครอบครัว 3) ด้านสติปัญญาและการรับรู้ 4) ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับ ประสาทสัมผัส 5) จำนวนการนอนโรงพยาบาลที่ผ่านมาในรอบ 3 เดือน 6) แบบแผนพฤติกรรม 7) การเคลื่อนไหว 8) สมรรถนะของผู้ป่วย 9) จำนวนโรคที่กำลังรับการรักษา 10) จำนวนยาที่ รับประทาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 510 คน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของ ข้อมูลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุในการจัดเตรียมแหล่งทรัพยากรที่ต้องใช้หลังจำหน่ายได้ โดย สามารถลดวันนอนโรงพยาบาลจาก 10.9 เป็น 7.2 วัน แนวโน้มลดการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) ลดจากร้อยละ 35.6 เป็นร้อยละ 24.3 และลดการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยระยะฉุกเฉิน จากร้อยละ 12.3 เป็นร้อยละ 6.8



ฮอลแลนด์ และคณะ (Holland et al., 2006 : 62-71) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาและวัดความตรงของแบบประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายจัดบริการให้กับผู้ป่วย วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและวัดความตรงของแบบคัดกรองวางแผนจำหน่ายในด้านคลินิกเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ต้องการจัดเตรียมการบริการกับไม่ต้องจัดเตรียมการบริการ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบศึกษาไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล (Prospective Study) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มในโรงพยาบาล Midwestern United States City จำนวน 991 คน ในปี ค.ศ. 1998 เพื่อพัฒนาแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยง และในปี ค.ศ. 2002 จำนวน 303 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ บันทึกในเครื่องบันทึกเสียง และข้อมูลที่บันทึกในใบส่งต่อที่ต้องส่งให้กับบุคคลที่ต้องดูแลต่อเนื่องในหน่วยบริการอื่น ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลด้านอายุ การเคลื่อนไหว การอาศัยอยู่คนเดียว การช่วยตนเองในการเดิน เป็นตัวชี้วัดที่สามารถใช้ทำนายในการจัดบริการวางแผนจำหน่ายให้กับผู้ป่วย ความตรงของแบบประเมินที่สร้างขึ้นมีความไว (Sensitivity) ประมาณร้อยละ 75 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 78 สรุปผลการศึกษาพบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองความต้องการวางแผนจำหน่ายได้ สามารถใช้ทำนายได้ค่อนข้างสูงในการจัดเตรียมการบริการหลังผู้ป่วยจำหน่าย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย

โธรด และคณะ (Rhoads, et al. 1992 : 13-18) ได้ศึกษาเรื่องความครอบคลุมของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับองค์การดูแลสุขภาพ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพปานกลาง ผู้ดูแลเพียงส่วนน้อยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และมีผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่งที่ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการประสานงานที่ขาดประสิทธิภาพในเรื่องการใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้ดูแล และผู้ป่วยมากกว่าครั้งหนึ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแลที่บ้าน ได้ตามที่ได้รับการสอน และสาธิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้ความสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขึ้นกับการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับองค์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

แอนเดอร์สันและ ฮิมส์ (Anderson & Helms. 1993 : 537-556) ได้ศึกษาเรื่องการติดต่อสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 300 ราย เพื่ออธิบายข้อมูลที่อยู่ในใบส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งกล่าวถึงปริมาณและประเภทของข้อมูลที่อยู่ในใบส่งต่อผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลเพียงครั้งหนึ่งที่ได้ส่งผ่านโดยใช้แบบฟอร์มในการส่งต่อ 2 ใน 3 เป็นข้อมูลทางการแพทย์ น้อยกว่าครึ่งเป็นข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลทางจิตสังคมน้อยกว่า 1 ใน 3 และหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีโรงพยาบาลเป็นเจ้าของจะมีผลให้การส่งผ่านข้อมูลในปริมาณที่มากกว่า ผลกระทบกับเนื้อหาของ

ใบส่งต่อ หรือการดูแลของหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้านที่จัดให้กับผู้รับบริการค่อนข้างไม่ชัดเจน จึงเป็นความจำกัดในปริมาณและประเภทของข้อมูลที่ถูกสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน

โลเวนสไตน์ และ ฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994 : 45-50) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลท้องถิ่น 8 แห่ง ภายใน Southern State จำนวน 225 คน ที่ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และจิตเวช ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับผิดชอบเบื้องต้นครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และอีกครึ่งหนึ่งเห็นว่า ควรเป็นนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า พยาบาลวิชาชีพควรเป็นผู้ประเมินปัญหา และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้าโรงพยาบาล ครอบครัวควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนจำหน่าย และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ทำให้แผนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพ รวมถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ข้อเสนอแนะ ควรมีแผนเฉพาะรับผิดชอบ และการปฐมนิเทศยังไม่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ตระหนักและทราบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ข้อมูลผู้ป่วยในการส่งต่อไม่เพียงพอ และพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถช่วยลดจำนวนวันที่พักในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การปฏิบัติกรวางแผนจำหน่าย พยาบาลส่วนใหญ่ยอมรับว่า บทบาทภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการจัดเตรียมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่บางกลุ่มยังสับสนว่า แผนการจำหน่ายจะบรรลุผลสำเร็จอย่างไร พยาบาลวิชาชีพเห็นว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายต้องกำหนดให้ชัดเจน และตระหนักถึงมาตรฐานการปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากการศึกษาพยาบาลวิชาชีพยังไม่ได้ทำบทบาทเหล่านี้อย่างเต็มที่ ซึ่งต้องการสนับสนุนจากผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล

รีเลย์ (Reiley, et al. 1996 : 143-147) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาว่า พยาบาลวิชาชีพ สามารถทำนายสถานภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 เดือนได้ดีเพียงใด และประเมินผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันในเรื่องความเข้าใจของผู้ป่วยถึงการดูแลหลังจำหน่ายเพียงใด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกับพยาบาลจำนวน 97 คู่ ใน Boston's Israel Hospital โดยการสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งแรก ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการทำสิ่งต่าง ๆ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ครั้งที่สอง ภายในสองสัปดาห์หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล สัมภาษณ์เกี่ยวกับการอยู่ที่โรงพยาบาล การทำงานของบุคลากร ครั้งที่สามภายในสองเดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสัมภาษณ์เกี่ยวกับความสามารถในการทำสิ่ง

ต่าง ๆ และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจะถูกสัมภาษณ์หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว เกี่ยวกับเรื่องของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องในการทำนายของพยาบาล ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลมักจะคาดการณ์ความสามารถของผู้ป่วยต่ำกว่าความเป็นจริง และพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างความคิดของผู้ป่วยและพยาบาล ในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลมักคิดว่า ผู้ป่วยรู้ว่าควรทำอะไรมากกว่าที่ผู้ป่วยคิด พยาบาลจึงควรหารูปแบบอื่นในการให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่จำนวนวันที่พักอยู่ในโรงพยาบาลลดลงและการดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนจากผู้ป่วยหนัก (Acute Care) เพื่อเป็นการดูแลต่อที่บ้าน ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะมีโอกาสนางแผน เพื่อการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

เนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al. 1999 : 613 - 20) ได้ทำการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมหลังการจำหน่ายในกลุ่มผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการของการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเมื่อจำหน่ายกลับมาอยู่ที่บ้าน โดยจะสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 ภายหลังการจำหน่ายแล้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ในช่วงปี ค.ศ. เดือนสิงหาคม ค.ศ. 1992 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ.1996 และเป็นกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาอายุรกรรมหรือศัลยกรรม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย โดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง วัดและประเมินผลในด้านอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ช่วงเวลาที่กลับมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ต้องกลับเข้ามารักษาลงหลังจากจำหน่าย ค่ารักษาพยาบาล สมรรถนะการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 363 คน(กลุ่มควบคุมจำนวน 183 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 177 คน) พบว่า อายุเฉลี่ย 75 ปี ร้อยละ 50 เป็นผู้ชาย และร้อยละ 45 เป็นผิวดำ ติดตามผลหลัง 24 สัปดาห์แล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำ วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 แต่ไม่พบความแตกต่างกันในด้านการกลับมาพบแพทย์ครั้งแรก สมรรถนะการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายโดยใช้พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำ ช่วงการกลับมารักษาซ้ำยาวนานขึ้น ลดค่ารักษาพยาบาล

เนลเลอร์ และคณะ (Mary D. Naylor et al. 2001 : 94 - 102) ได้ทำการศึกษาและติดตามผลผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) ผู้ป่วยแต่ละคน จะได้รับการวางแผนการจำหน่ายและติดตามผลเยี่ยมบ้านใน 4 สัปดาห์หลังการจำหน่ายในกลุ่ม

ผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยจะมีการส่งต่อปัญหาให้กับพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง เป็นผู้ดูแลและให้การดูแลต่อเนื่องจะบันทึกไว้ในแบบบันทึกของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์ พบว่า 10 ปัญหาแรกของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง สรุปได้ว่าปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาแบบง่าย ๆ และที่มีความซ้ำซ้อน เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้วปัญหาเหล่านั้นได้ถูกนำมาส่งต่อ ทำให้ช่วยลดและมีความเข้าใจการดูแลต่อเนื่องได้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพขั้นสูงเป็นผู้วางแผนและดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหล่านั้น

แนนซี คลาบอน (Nancy Claiborne. 2006 : 57 - 66) ได้ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตั้งคสมสเคราะห์ในการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในด้านการดูแลแบบมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือกัน จัดหาแหล่งทรัพยากรเพื่อช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วย ผลด้านคลินิกที่พัฒนาดีขึ้น วิธีดำเนินการวิจัยใช้แบบทดลองทำการทดสอบก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่าง วัดและประเมินผลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ในกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความเสี่ยงของแต่ละบุคคล การได้รับการแก้ไขปัญหาและแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติ ให้คำปรึกษาด้านความเชื่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย ติดตามประเมินผลผู้ป่วยในด้านการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน การใช้ทรัพยากรหลังการจำหน่ายในช่วง 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีการกลับมาใช้บริการพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่าการไปพบแพทย์ภายนอกโรงพยาบาล สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีนักตั้งคสมสเคราะห์เป็นผู้ประสานงาน ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดีขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยด้วย

เอสเนอร์ และคณะ (Ettner SL et al. 2006 : 613 - 20) ได้ทำการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้สหสาขาวิชาชีพแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูง ทำให้ช่วยลดค่ารักษาพยาบาล วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลโดยทีมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพขั้นสูง ช่วยวางแผนการดูแล มีการตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วยทุกวัน และติดตามผลหลังการจำหน่าย ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 1,200 คน จาก 7 โรงพยาบาล แบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินผลจากค่ารักษาพยาบาลขณะที่รักษาในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลในระยะช่วง 4 เดือนหลังการจำหน่าย ผลการศึกษา พบว่า ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่ารักษาพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยลดค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อรายลดลงจาก 2,165 เป็น 978 เหรียญดอลลาร์ สรุปผลได้ว่า การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้สหสาขาวิชาชีพแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางขั้นสูงช่วยทำให้ลดค่ารักษาพยาบาล และการดูแลหลังการจำหน่ายมีความเหมาะสมและคุ้มค่ามากขึ้น

คลาอัส ไรดาห์ ทอลป์ และคณะ (Claus Rydahl Torp et al. 2006 : 1514) ได้ศึกษาพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผล การมีทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการลดวัน นอนโรงพยาบาลผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ การเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย การลดการ พึ่งพิงผู้อื่น วิธีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 190 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 103 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 95 คน และติดตามประเมินผลใน 6 และ 12 เดือน โดยคอยติดตามการให้ความช่วยเหลือในเรื่องการพึ่งพิงตนเอง ผลการศึกษา พบว่า วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (35.2 กับ 39.8 วัน) แต่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านการกลับมารักษาซ้ำ การกลับมาพบแพทย์ที่ระดับปฐมภูมิ และการจัดบริการการดูแลในระดับระดับปฐมภูมิ ด้านคะแนนการวัดการทำหน้าที่ของร่างกาย และความพึงพอใจของผู้ป่วย สรุปได้ว่า การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นไม่สามารถแสดงให้เห็นชัดว่ามีประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย แต่ทำให้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

เนลเลอร์ และคณะ (Naylor et al. 2007 : 255 - 266) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้รูปแบบการ ดูแลในชุมชนกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและมีความพิการ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้พิการที่มีความเสี่ยงสูง เลือกกลุ่มผู้ป่วยใน 5 เมืองที่ฟิลาเดเฟีย 49 เมือง อายุระหว่าง 20- 55 ใช้การทดสอบก่อนและหลังในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว วิธิดำเนินการโดยใช้ พยาบาลวิชาชีพขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) เป็นผู้ดูแลอย่างน้อย 6 เดือน และให้ความสำคัญ กับการพัฒนาศักยภาพของสมรรถภาพร่างกายในการช่วยเหลือชีวิตประจำวัน ช่วยแก้ไขภาวะ สุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วย และญาติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินผล ได้แก่ สมรรถภาพร่างกายในการช่วยเหลือชีวิตประจำวัน จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การกลับมาพบ แพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มที่ทดลองหลังจากที่พยาบาลวิชาชีพขั้นสูงได้ติดตามและประเมินผลแล้ว พบว่า สามารถลดวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยจากอัตรา 1.10 เป็น 0.68 แพทย์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก อัตรา 0.52 เป็น 0.95 อัตราการพบนักกายภาพบำบัดค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.16 เป็น 0.42 ภายในระยะ 9 เดือน ที่พยาบาลวิชาชีพขั้นสูงได้ให้การดูแล สรุปจากการศึกษาได้ว่า การดูแลผู้ป่วยแบบการมี ส่วนร่วม (Comprehensive) และประสานงานเฉพาะรายบุคคล สามารถช่วยลดภาวะ สมรรถภาพ ร่างกายในการช่วยเหลือชีวิตประจำวันได้

จากงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมพร้อม ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาต่อเนื่องได้ และการส่งตัวต่อเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์ต่อระบบบริการทางสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ และยังสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอีกด้วย รูปแบบที่ใช้ในการ

ดูแลส่วนใหญ่ใช้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพหลาย ๆ วิชาชีพเข้ามาร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกทีมวิชาชีพและบทบาทของวิชาชีพต่าง ๆ มาร่วมมือกันดูแลการประสานงานที่ดีมีความเชื่อมโยงกันโดยวิชาชีพต่าง ๆ เน้นการส่งต่อปัญหาที่มีประสิทธิภาพให้พยาบาลและแพทย์ในระดับปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) และนักสังคมสงเคราะห์เข้าไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ งานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าการดูแลของหน่วยปฐมภูมิ ที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถช่วยให้การดูแลต่อเนื่องเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในบางประเทศถือว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องจัดให้ผู้ป่วยได้รับตามนโยบายการดูแลสุขภาพในระดับนโยบายของประเทศจัดเป็นสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ที่ประชาชนจะต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มุ่งเน้นกระบวนการวางแผนจำหน่าย ช่วยทำให้มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วย ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีความสำคัญมากที่สุดขั้นตอนอื่น ๆ เพื่อแยกแยะว่าผู้ป่วยรายใดควรจะต้องจัดเตรียมวางแผนจำหน่ายอย่างไรบ้าง เพราะการค้นหาโดยใช้แบบคัดกรองมีหลายชนิดขึ้นกับกลุ่มอายุ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ สภาพสังคม ความเหมาะสมขึ้นกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่แตกต่างกัน เพื่อนำความเสี่ยงมาบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลและความพร้อมของทีมสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาล หรือสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกันทั้งในหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐบาล ภาคเอกชน และการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกันในระบบสุขภาพอย่างครบวงจร

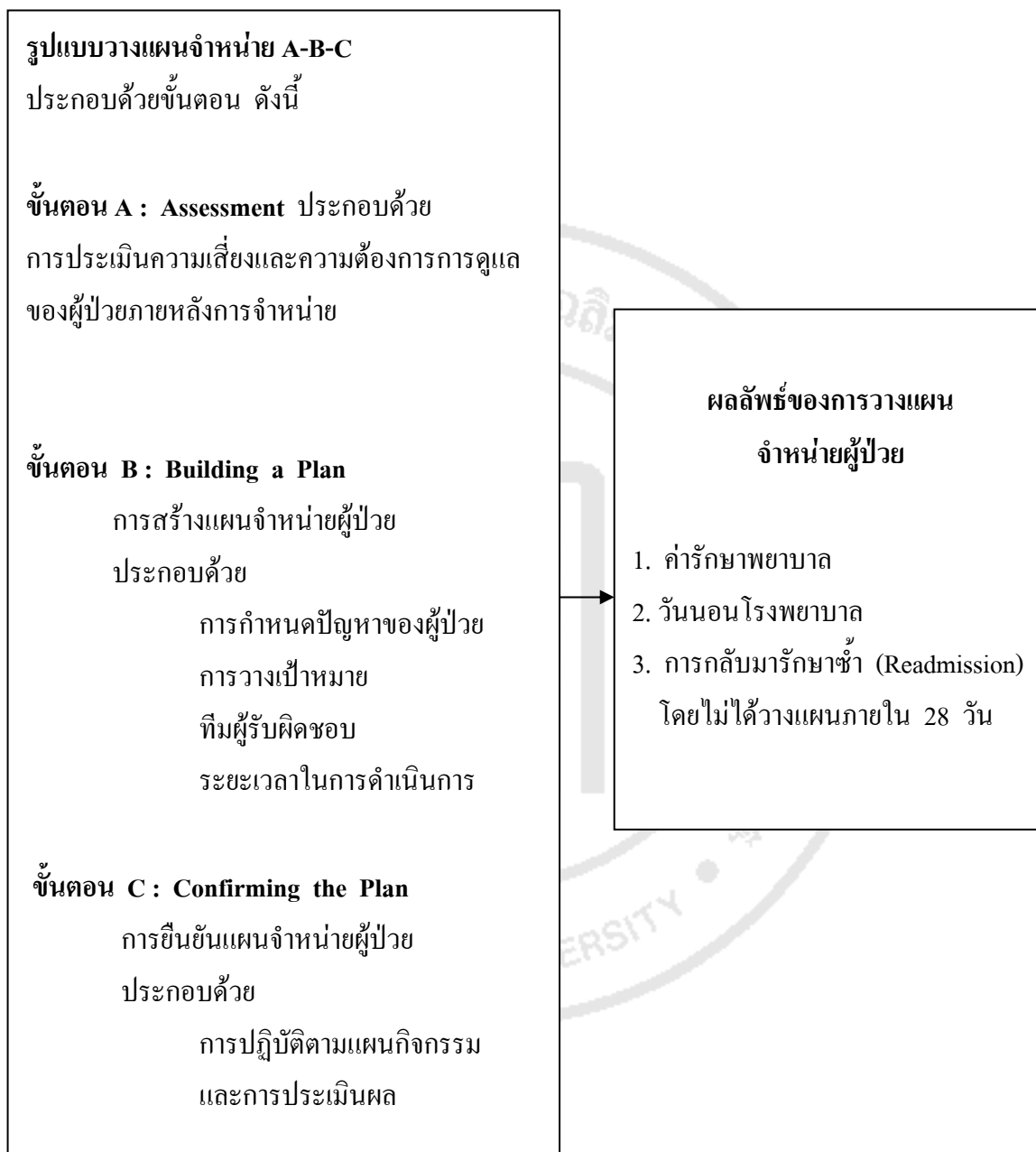
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายได้มีการพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งโครงการหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ ที่มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกมากยิ่งขึ้นภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด แต่ต้องบริหารการเงินให้คุ้มค่ากับประสิทธิภาพการรักษา กลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้ลดวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น รวมทั้งต้องสร้างความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้วย ทั้งนี้ ต้องอยู่บนพื้นฐานการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษา โดยมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นผู้ประเมินตามมาตรฐานระดับโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในการวางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

### 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบวางแผนจำหน่าย A-B-C ซึ่งพัฒนาโดย จูดิท โรเดนส์ และ อริสซาเบท ทาฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft : 1990) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอน A : Assessment ประกอบด้วยการประเมินปัญหาความเสี่ยงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย ขั้นตอน B : Building a Plan การสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยการกำหนดปัญหาของผู้ป่วย การวางเป้าหมาย ทีมผู้รับผิดชอบระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอน C : Confirming the Plan การยืนยันแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วยการปฏิบัติตามแผนกิจกรรม และการประเมินผลกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย 1. ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 2. วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3. การกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน (ดังแผนภูมิที่ 2.2)

## แผนภูมิที่ 2.2

กรอบแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายกับผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย



ที่มา : แมคคีฮาน (Mckeehan, 1981 : 9) ; วันเพ็ญ พิชาติพรชัย, 2546 : 6 – 7 ; จูดีท โรเดน และ อริซาเบท ทาฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990)