

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าจากตำรา วารสาร สิ่งตีพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการผ่าตัด
2. แผนจำหน่ายผู้ป่วย
3. การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างของหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการผ่าตัด

โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นโรคที่พบได้ทุกช่วงชีวิตของบุคคล และพบมากในประชากรวัยผู้ใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 75-80 เคยมีอาการปวดหลังมาก่อน ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยต้องมารับการรักษาจากแพทย์ปีละประมาณ 18 ล้านคน (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2000) ซึ่งโรคปวดหลังส่วนล่างมีสาเหตุหลายประการ แต่สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ การปวดหลังจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก

โรคปวดหลังส่วนล่าง

โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นการปวดหลังระดับบั้นเอวที่เกิดขึ้นเมื่อมีพยาธิสภาพที่โครงสร้างทั้งหมดของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว และบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บที่มีปลายประสาทอยู่ โครงสร้างเหล่านี้ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ข้อต่อที่สำคัญ คือ ข้อฟาเซท(facet joint) และหมอนรองกระดูกสันหลัง อาการที่เด่นชัดจะพบกล้ามเนื้อบริเวณหลังหดเกร็ง และข้อต่อกระดูกสันหลังยึดติด มีอาการปวดเฉพาะที่ในลักษณะปวดลึกๆ ตื้อๆ หรือรู้สึกตึงบริเวณนั้น ซึ่งอาการปวดหลังจะเกิดจากมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าจนถึงระดับต่ำสุดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (threshold) สิ่งเร้าที่กระตุ้นมักเป็นแรงที่มากกระทำหรือสารเคมีหรือทั้งสองอย่าง แต่ทั้งนี้ไม่จำเป็น

เสมอไปที่มีสิ่งเร้ารุนแรงแล้วทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงตามสัดส่วน เนื่องจากร่างกายมีกลไกธรรมชาติที่เป็นระบบปรับหรือปรุ่่งแต่ง (modulation) อาการปวดในระดับต่าง ๆ กัน ซึ่งสิ่งเร้าบางอย่างที่พบว่าเป็นสาเหตุของการการปวดหลังมีดังนี้ (วิเชียร เจริญสมบัติ, 2538)

1. การบาดเจ็บ ได้แก่ การชอกช้ำของเนื้อเยื่ออันเกิดจากอุบัติเหตุ ไม่ว่าจะเกิดจากการทำงาน หรืออุบัติเหตุทางการจราจร เช่น ตกจากที่สูง รถคว่ำ เป็นต้น โรคที่พบมักขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอุบัติเหตุ ซึ่งมีตั้งแต่เคล็ด ขัดขอก ฟกช้ำ จนถึงกระดูกหักและข้อเคลื่อน ที่มีอาการทุพพลภาพซึ่งมักจะมีการบาดเจ็บของระบบประสาทร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่

2. การติดเชื้ เนื่องจากระดุกสันหลังเป็นอวัยวะที่มีเลือดมาเลี้ยง จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้ได้จากเชื้ที่แพร่กระจายมาในกระแสโลหิต เชื้ที่พบบ่อยคือเชื้วัณโรค รองลงมาเป็นเชื้แบคทีเรีย เชื้ราอาจเป็นสาเหตุแต่พบได้น้อย เกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ จะมีอาการปวดหลังเรื้อรังมานาน ถ้าทิ้งไว้อาจมีอาการอัมพาตของขาทั้ง 2 ข้างร่วมด้วย

3. การอักเสบชนิดไม่ติดเชื้ ที่พบได้บ่อยได้แก่

3.1 โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) จะมีผลต่อเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน(connective tissue) ในคนหนุ่มสาวอายุระหว่าง 25-45 ปี อาการจะพบได้ที่ข้อสะโพก ข้อนิ้วมือ อาการปวดหลังเกิดจากหมอนรองกระดูกหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีการเสื่อม

3.2 โรคกระดูกอักเสบติดแข็ง (ankylosing spondylosis) มักพบในเพศชาย โดยมากเป็นที่ข้อกระดูกสันหลัง(vertebral column) และข้อซาโครอิลิแอก (sacroiliac joint) ผู้ป่วยมักมาหาด้วยอาการปวดหลัง การขยายของทรวงอกลดลง เพราะมีพยาธิสภาพของคอสโตเวอร์ทีบรอล(costovertebral)ด้วย โรคจะดำเนินไปเรื่อยๆจนกระทั่งมีการเกาะตัวของแคลเซียมที่เอ็นยึดกระดูกอย่างสมบูรณ์ กระดุกสันหลังจะติดแข็ง ถ้าอาการรุนแรงจะเห็นลักษณะของกระดูกสันหลังมีลักษณะคล้ายปล้องไม้ไผ่(bamboo spine) อาการปวดหลังจะเป็นในตอนเช้า รู้สึกหลังแข็งเมื่อได้บริหารร่างกาย อาการจะทุเลาลง

4. เนื้องอก พบได้ทั้งเนื้องอกธรรมดาและมะเร็งของกระดูก ประเภทแรกพบได้น้อย แต่พวกมะเร็งพบได้บ่อยได้แก่มะเร็งไขกระดูก(multiple myeloma) และมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากที่อื่น เช่น เต้านม ปอด ต่อมลูกหมาก ไทรอยด์ และไต เป็นต้น

5. ความผิดปกติแต่กำเนิด กระดุกสันหลังอาจมีโครงสร้างที่ผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด เช่น กระดุกสันหลังแตกร้าว กระดุกสันหลังเสื่อม รูปร่างของกระดูกสันหลังใหญ่หรือเล็กเกินไป เป็นต้น

6. ความผิดปกติทางการเผาผลาญของกระดูก เป็นความผิดปกติในการสร้างกระดูก หรือการทำลายกระดูก บางภาวะอาจเป็นกระบวนการปกติของร่างกาย เช่นภาวะกระดูกพรุน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง เกิดจากความล้มเหลวของการสร้างเนื้อกระดูก

7. ความผิดปกติอื่นเนื่องมาจากความเสื่อม การเสื่อมของข้อสันหลังพบได้บ่อยกว่าข้ออื่นๆของร่างกาย และส่วนมากจะเกิดกับส่วนที่เคลื่อนไหวมากที่สุดของสันหลัง คือส่วนเอวและส่วนคอ โรคที่พบจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังคือ

7.1 หมอนรองกระดูกสันหลังโป่งหรือเคลื่อน (herniated disc, herniated nucleus pulposus : HNP) เป็นโรคของกระดูกที่พบได้บ่อยมาก ตำแหน่งที่พบเรียงตามลำดับความชุกคือกระดูกสันหลังระดับที่ 4-5(L4-5) และกระดูกสันหลังระดับที่ 5 เซอร์วิคัล 1(L5-S1) พบรวมกันประมาณร้อยละ 90 (สุทธิ สุทัศน์ ณ อยุธยา และวัชรระ รุจิเวชพงศธร, 2539) และกระดูกสันหลังที่ 3-4 (L3-4) ประมาณร้อยละ 10 พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง

7.2 โพรงกระดูกสันหลังแคบจากการเสื่อม(degenerative spinal canal stenosis) เป็นภาวะที่มีการตีบแคบของช่องสันหลัง และอินเตอร์เวอเทอรัล ฟอราเมน(intervertebral foramen) อันเนื่องมาจากความผิดปกติของโครงสร้าง ซึ่งมีจากหลายสาเหตุทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น คนแคระ และเกิดภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นต้น แต่สาเหตุที่พบบ่อยคือ การเสื่อมของข้อสันหลัง พบได้บ่อยบริเวณสันหลังระดับกระดูกสันหลังที่ 4-5

7.3 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน(spondilolithesis) เป็นภาวะที่กระดูกสันหลังเลื่อนไปข้างหน้า ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุคือ การเป็นมาแต่กำเนิด กระดูกมีความบกพร่อง มีการเสื่อมของกระดูก เกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง มีการทำลายเนื่องจากภาวะโรคอื่นๆ และเป็นผลเนื่องมาจากการผ่าตัด ทำให้กระดูกเลื่อนไปจากตำแหน่งเดิม

พยาธิสภาพของโรคปวดหลังส่วนล่าง

โรคปวดหลังส่วนล่างเป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากเป็นอันดับสองรองจากโรคติดเชื้อของระบบหายใจส่วนบน ที่ทำให้คนต้องมาพบแพทย์ โดยสถิติพบว่าในผู้ใหญ่ร้อยละ 85 จะเคยมีประสบการณ์ปวดหลังมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้คนอายุต่ำกว่า 45 ปี เป็นคนที่มีสมรรถภาพลดลง พบว่าประชากรร้อยละ 30 ของประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้วป่วยเป็นโรคปวดหลังเรื้อรัง (วิลโล ซินสกูล , 2539) เนื่องจากหลังทำหน้าที่เป็นแกนหรือโครงสร้างของร่างกาย ประกอบด้วยข้อต่างๆ สำหรับยึดกระดูกแต่ละชิ้นจำนวนมาก เมื่อคนอายุมากขึ้นทุก ๆ ระบบของร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง โดยเฉพาะกระดูกและข้อ กระดูก

สันหลังซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทรงตัวและเคลื่อนไหวก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการ
 ไปด้วย เพราะกระดูกสันหลังของคนเรานั้น ถูกจัดเรียงและขึงด้วยเอ็นแข็ง และเยื่อหุ้มข้อที่ตึงพอ
 ดี และมีความยืดหยุ่นพอเหมาะให้สามารถรับน้ำหนักและมีการเคลื่อนไหวได้ในขณะเดียวกัน เมื่อ
 อายุยังน้อยส่วนประกอบของโปรทีโอไกลัยแคนส์(proteoglycans) ภายในหมอนรองกระดูกสันหลัง
 ส่วนนิวเคลียสพัลโพซัส(nucleus pulposus) ประกอบด้วยน้ำถึงร้อยละ 90 ขณะที่ในคนสูงอายุมี
 เพียงร้อยละ 70 เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางเคมีของโปรทีโอไกลัยแคนส์ ทำให้
 โมเลกุลของโปรตีนชนิดมิวคโพลีแซคคาไรด์(mucopolysaccharide) แดกเป็นหน่วยเล็กลงจำนวน
 คอนโคร อิตินซัลเฟต(chondroitin sulfate) ลดน้อยลง แต่เคอราโตซัลเฟต(keratosulfate) เพิ่ม
 ขึ้นทำให้ความสามารถในการอุ้มน้ำไว้ลดลง ความหนืดของนิวเคลียสพัลโพซัสจึงเปลี่ยนไป ทำ
 ให้กลไกแบบไฮโดรลิกของหมอนรองกระดูกสันหลังเสียไป จึงเกิดแรงเครียดต่ออนุสัฟไฟโบซัส
 (annulus fibrosus) และข้อฟาเซทเพิ่มขึ้น ในระยะแรกจะพบรอยร้าวตามวงรอบของอนุสัฟไฟโบซัส
 ถ้าหากมีแรงเครียดมากๆก็อาจทำให้อนุสัฟไฟโบซัสฉีกขาด และนิวเคลียสพัลโพซัสถูกดันออก
 มาภายนอกเรียกว่า หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน จากการศึกษาของมิลเล (Mille, 1988, อ้าง
 ใน นลินทิพย์ ตำนานทอง, 2539) พบว่าร้อยละ 97 ของคนอายุเกิน 49 ปี มีการเสื่อมของหมอน
 รองกระดูกสันหลังที่ระดับกระดูกสันหลังที่ 3-4 ถึงระดับกระดูกสันหลังที่ 5 และเซกซ์ที่ 1 หมอน
 รองกระดูกที่แห้ง จะมีขนาดเล็กลงทำให้อินเตอร์เวททิบรอลฟอราเมนแคบลงในขณะเดียวกัน เมื่อ
 อายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเอ็นหุ้มข้อ เยื่อพังพืด และเส้นเอ็นที่อยู่รอบ ๆ กระดูกสันหลัง เช่น
 แอนทีเรีย ลองจิจูดินอล ลิกกาเมนต์(anterior longitudinal ligament) โปสทีเรีย ลองจิจูดินอล
 ลิกกาเมนต์(posterior longitudinal ligament)จะค่อยๆ เสียไป ทำให้เกิดความไม่มั่นคง มีการ
 หลวมของข้อฟาเซทและระหว่างตัวกระดูกสันหลัง(vertebral body) ธรรมชาติจะแก้ไขซ่อมแซม
 โดยกระดูกงอกเพิ่มขึ้นรอบ ๆ ขอบของกระดูกสันหลัง ข้อฟาเซทตรงบริเวณที่เป็นเอ็นยึด และเยื่อ
 หุ้มข้อที่หย่อนยานไป เรียกว่าออสทีโอไฟต์(osteophyte) เพื่อทำให้เกิดความตึงและความมั่นคงขึ้น
 ใหม่ การที่มีออสทีโอไฟต์รอบ ๆ ของตัวกระดูกสันหลังและข้อฟาเซท ทำให้อินเตอร์เวททิบรอล
 ฟอราเมนที่แคบอยู่แล้วจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ยิ่งแคบลงไปอีกจนเกิดการระคายเคือง
 หรือกดทับรากประสาทไขสันหลัง และออสทีโอไฟต์ส่วนที่ยื่นเข้าไปในช่องไขสันหลัง (spinal
 canal)จะทำให้ช่องแคบลง เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ แต่ถ้าหาก
 ความเสื่อมเกิดขึ้นที่หมอนรองกระดูกมากกว่าที่ข้อฟาเซท จะเกิดการเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลัง
 อันเบนไปข้างหลังต่อตัวกระดูกสันหลังอันล่างเรียกว่า รีโทรสโพนไดโลลิสทีซิส(retrospyndylo-
 listhesis) มักจะเกิดที่ระดับกระดูกสันหลังที่ 4-5 ทำให้เกิดการตีบแคบของโพรงกระดูกด้านข้าง
 (lateral stenosis) และอาจกดทับรากประสาทไขสันหลัง หากความเสื่อมเกิดที่ข้อฟาเซทมากกว่า

จะมีการสึกกร่อนของซูพีเรีย โพรเซส (superior process) ทำให้อินฟีเรีย โพรเซส(inferior process)เลื่อนขึ้นด้านบน และตัวกระดูกสันหลังอันบนเลื่อนไปข้างหน้าต่อตัวกระดูกสันหลังอันล่าง เรียกว่ากระดูกสันหลังเลื่อนจากการเสื่อม (degenerative spondylolisthesis) พบบ่อยที่สุดที่กระดูกสันหลังที่ 4-5 ทำให้เกิดโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบเพิ่มขึ้น

ข้อของกระดูกสันหลังจะประกอบด้วย หมอนรองกระดูกและและข้อของโพสที่เรีย ฟ้าเซท(posterior facet) เมื่อเกิดการเสื่อมสภาพจะเริ่มจากจุดเล็กๆ ก่อน โดยการเปลี่ยนแปลงที่ข้อหนึ่งข้อใดก่อน แล้วจะมีผลทำให้ข้ออื่น ๆ ที่อยู่เหนือหรือใต้ลงไปเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้เกิดพยาธิสภาพในหลายระดับ ซึ่งแบ่งระยะการเกิดได้ดังนี้

1. ข้อกระดูกสันหลังด้านหลังเสื่อม ข้อกระดูกด้านหลังเป็นข้อชนิดไดอาร์โทรเดียล (diarthrodial) มีกระดูกอ่อนผิวข้อ เยื่อหุ้มข้อ และเยื่อข้อ การเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยแต่บ่อย ๆ ก็จะเริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเริ่มจากการทำลายของกระดูกอ่อน ผิวข้อ อักเสบ จนถึงกระดูกอ่อน ผิวข้อถูกทำลายจนหมด เยื่อหุ้มข้อเริ่มหย่อนยาน ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของข้อตามมา การเปลี่ยนแปลงของข้อ 2 ข้อข้างล่างนี้ อาจเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กันได้ การมีออสทีโอไฟต์ที่ซูพีเรีย อาร์ติคิวลาร์ โพรเซส(superior articular process)ยื่นไปทางด้านหน้าและด้านใน ทำให้โพรงสันหลังด้านข้างแคบลงกลายเป็นแลทเทอรอล แคนเนล สตีโนซิส(lateral canal stenosis) ถ้าเป็นอินฟีเรีย อาร์ติคิวลาร์ โพรเซส(inferior articular process) จะทำให้เกิดเซนทรอล แคนเนล สตีโนซิส(central canal stenosis)

2. หมอนรองกระดูกเสื่อม การเปลี่ยนแปลงระยะแรกของหมอนรองกระดูกนี้เข้าใจว่าเป็นผลจากแรงกระทำ และเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ โดยการบาดเจ็บทำให้เปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น เริ่มจากชั้นของแอนนูลัส(anulus)แยกจากกัน เป็นการฉีกขาดทางเรเดียล(radial)ซึ่งเนื้อของนิวเคลียสจะปลิ้นทะลักออกมา แม้ไม่ปลิ้นทะลักออกมาก็จะทำให้หมอนรองกระดูกนั้นอ่อนแอลง มีการโป่งยื่นของแอนนูลัสได้ ความสูงของหมอนรองกระดูกจะลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของสารภายในหมอนรองกระดูกจากสารเจลาติน(gelatin)ไปเป็นไฟบรัส(fibrous) ทำให้ปริมาตรลดลง โดยมีการสูญเสียน้ำและมิวโคโพลีแซคคาไรด์ นานเข้าเกิดออสทีโอไฟต์โดยรอบตัวกระดูกสันหลังซึ่งเป็นที่เกาะของแอนนูลัส กระดูกจะเริ่มแข็งมากขึ้น(sclerosis) ตัวกระดูกสันหลังก็จะใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ

3. การเสื่อมร่วมกันของข้อ (combined three - joint complex degeneration) เมื่อรวมการเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นเข้าด้วยกัน จะเกิดพยาธิสภาพขึ้น คือ

3.1 กระดูกสันหลังเลื่อนจากการเสื่อม (degenerative spondylolisthesis) เป็นผลมาจากการมีหมอนรองกระดูกแคบลง ร่วมกับการเสื่อมของข้อด้านหลังกระดูกสันหลังและ

เกิดข้อเคลื่อน ทำให้กระดูกสันหลังอันบนเลื่อนตัวไปข้างหน้าเหนือตัวกระดูกสันหลังอันล่าง ทำให้โพรงกระดูกด้านข้างและโพรงกระดูกตรงกลางแคบลงตามไปด้วย ซึ่งจะพบได้บ่อยบริเวณกระดูกล้มบาร์ที่ 4-5 ส่วนรากประสาทสันหลังที่ถูกกดจะเป็นกระดูกล้มบาร์ที่ 5 โดยอยู่ระหว่างอินฟีเรีย อาร์ติคิวลาร์ โพรเซสของกระดูกล้มบาร์ที่ 4 ที่เคลื่อนตัวมาข้างหน้ากับด้านหลังของตัวกระดูกสันหลังของกระดูกล้มบาร์ที่ 5 โพรงกระดูกด้านข้างแคบเริ่มจากการมีการเคลื่อนหลุดของข้อทางด้านหลัง และการแคบของหมอนรองกระดูกด้านบนของอาร์ติคิวลาร์ โพรเซสของกระดูกสันหลังอันล่างจะเคลื่อนไปข้างหน้าและข้างบน(forward and upward) เมื่อเกิดการแอ่นและหมุนตัวของกระดูกสันหลัง จะทำให้มีการเคลื่อนมากขึ้น การเกิดการบีบรัดรากประสาทเป็นครั้งคราวเรียกภาวะนี้ว่าไดนามิก แลทเทอรอล สตีโนซิส(dynamic lateral stenosis) เมื่อนานไปมีการเสื่อมสภาพมากขึ้น มีการเกิดของกระดูกงอกรอบ ๆ อาร์ติคิวลาร์ โพรเซสและเยื่อหุ้มข้อด้านหลัง(disc posterior joint capsule)หนาตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวของข้อลดลง รากประสาทที่ถูกกดอยู่จะไม่เปลี่ยนแปลงตามภาวะการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง เรียกภาวะนี้ว่า ฟิกซ์ แลทเทอรอล สตีโนซิส (fixed lateral stenosis) โพรงกระดูกตรงกลางแคบเกิดจากการขยายตัวใหญ่ขึ้นของออสทีโอไฟต์ที่อินฟีเรียร์ อาร์ติคิวลาร์ โพรเซส และลามิना(lamina) ส่วนด้านหน้าเป็นการหนาตัวของออสทีโอไฟต์จากขอบของตัวกระดูกสันหลัง ในกรณีที่เป็นมาก ๆ จะเกิดการอุดกั้นอย่างสมบูรณ์ได้

3.2 โรคหมอนรองกระดูกโป่งยื่นทับรากประสาท เป็นภาวะที่หมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกที่พบได้บ่อย พบในผู้ป่วยช่วงอายุ 30 - 50 ปี ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ กระดูกล้มบาร์ที่ 4-5 กระดูกล้มบาร์ที่ 5 และเซครัมที่ 1 พบในชายมากกว่าหญิง เกิดจากแรงกดบนหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้หมอนรองกระดูกโป่งยื่นบางส่วนเคลื่อนผ่านจุดอ่อน และตรงรอยแตกของแอนนูลัส ไฟโบรซัสออกทางด้านหลังทางด้านใดด้านหนึ่งของโพสทีเรียร์ ลอนจิจูดินอล ลิกกาเมนต์ และเข้าสู่ช่องสันหลัง ส่วนใหญ่จะดันแอนนูลัสชั้นนอกที่เหลืออยู่เพียงบาง ๆ ให้โป่งออกเป็นก้อน เรียกว่าหมอนรองกระดูกยื่น(prolapse disc) ก้อนนี้จะทำให้เกิดการระคายเคือง หรือกดทับรากประสาทที่ทอดผ่านในช่องสันหลังที่ทอดข้ามหมอนรองกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพผ่านออกช่องสันหลังที่อยู่ถัดไปทางด้านล่าง เช่น ภาวะที่มีหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นทับรากประสาทที่หลังระดับกระดูกล้มบาร์ที่ 4-5 หรือเรียกว่าโรค HNP L4-5 ในระยะที่เป็นครั้งแรกๆ จะหายไปได้เองโดยไม่ต้องผ่าตัดประมาณร้อยละ 75 เนื่องจากในเวลา 2 - 3 สัปดาห์ส่วนของนิวเคลียสที่เคลื่อนออกมาจะเกิดไฟโบรซัส(fibrosis) และหดตัวกลายเป็นการกดทับรากประสาทลงได้ ในระยะที่ 3 ของการเสื่อมของข้อสันหลัง นิวเคลียสพัลโพซัสจะหดตัวลง มีการแทนที่ด้วยเยื่อพังผืด ทำให้แรงดันภายในช่องหมอนรองกระดูก

สันหลังลดลง จึงมีโอกาสดกดหมอนรองกระดูกโป่งยื่นได้น้อย ส่วนผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกโป่งยื่นมีอาการปวดหลังเฉียบพลัน เกิดขึ้นหลังจากยกของหนักไม่นาน ไอหรือจามอย่างแรง เป็นต้น บางครั้งจะมีอาการปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งตามแนวเส้นประสาทไซอะติก(scaitic) เรียกว่าไซอะติกา(sciatica)

กระดูกสันหลังเลื่อน (spondylolisthesis)โดยทั่วไป หมายถึงการเคลื่อนตัวของปล้องกระดูกสันหลังไปข้างหน้าบนปล้องที่อยู่ถัดลงมา ถ้ามีการเคลื่อนตัวไปด้านข้างเรียกว่าแลทเทอรอลสปอนไดโลลิททีซิส(lateral spondylolisthesis) เฮอรับินเกซ์(Herbiniaux) สูติแพทย์ชาวเบลเยียมเป็นท่านแรกที่ใช้คำว่าสปอนไดโลลิททีซิส หมายถึงการเลื่อนไปด้านหน้าของกระดูกสันหลัง นิวแมน (Newman,1965) ได้แบ่งชนิดของกระดูกสันหลังเลื่อนออกเป็น 5 ชนิดและต่อมามีการแบ่งเพิ่มเป็น 6 ชนิดดังต่อไปนี้

1. กระดูกสันหลังเลื่อนมาแต่กำเนิด การเลื่อนเกิดจากความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดของซูพีเรียร์ ซาครอล ฟาเซท หรือ อาร์ช(arch)ของกระดูกสันหลังที่ 5 ทำให้เกิดการเลื่อนของกระดูกสันหลังที่ 5 ต่อกระดูกเซครัมที่ 1 มีอาร์ติคิวลาร์ เป็น 2 ลักษณะคือแอคซิลารี ออเรียนเตด(axillary oriented) ทำให้ไม่มีความมั่นคง และแซกจิทอล ออเรียนเตด(sagittal oriented)
2. กระดูกสันหลังเลื่อนจากการขาดเลือด มีความบกพร่องเกิดขึ้นที่บริเวณรอยต่อของข้อฟาเซทระหว่างกระดูกสันหลังที่ 5 และเซครัมที่ 1 มีรูปร่างผิดปกติ เป็นชนิดที่พบบ่อยและพบในชายมากกว่าหญิง
3. กระดูกสันหลังเลื่อนจากการเสื่อม การเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลังจากการเสื่อมทำให้เกิดความไม่มั่นคง และกระบวนการเสื่อมที่เกิดขึ้นรอบกระดูกสันหลังตั้งแต่หมอนรองกระดูกถึงข้อฟาเซท ไม่มีพาร์ ดีเฟกต์(pars defect)
4. กระดูกสันหลังเลื่อนจากการบาดเจ็บ เกิดกระดูกหักบริเวณข้อฟาเซทที่สันหลังที่ 5 และเซครัม 1 ตามมาด้วยการเลื่อนมาข้างหน้าของกระดูกสันหลัง
5. กระดูกสันหลังเลื่อนจากการเกิดโรค มีการทำลายของพาร์(pars) เพดดิเคิล(pedicle) หรือข้อฟาเซท จากโรคหรือภาวะต่างๆ เช่น เนื้องอก การติดเชื้อ ภาวะกระดูกกร่อน
6. กระดูกสันหลังเลื่อนจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นผลมาจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง

การรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

การรักษาผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม (conservative treatment) ได้แก่

1.1 การใช้ยา ประกอบด้วย ยาต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยากล่อมประสาท (anti-depressants)

1.2 การทำกายภาพบำบัด ประกอบด้วย การใช้ความร้อน ความเย็น การดึง ถ่วงน้ำหนัก การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า(TENS) การนวดด้วยมือ(manipulation massage)

1.3 การฉีดยาเข้าข้อหรือกล้ามเนื้อสันหลัง เช่น ฉีดเข้าเนื้อเยื่ออ่อน(soft tissue injection) ฉีดอิพิดูรอล คอร์ติโคสเตียรอยด์(epidural corticosteroid injection) ฉีดเข้าข้อฟาเซท (facet joint injection)

1.4 การใช้กายอุปกรณ์ เช่น ลัมโบ ซาครอล คอร์เซท(lumbo - sacral corset)

1.5 การสอนให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เป็นการอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุของโรค แนวทางแก้ไข การจำกัดกิจกรรมในขณะที่มีอาการปวดรุนแรง การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อการรักษา (therapeutic exercise)

1.6 การรักษาอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม เป็นต้น

2. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด เพื่อแก้ไขการบีบกดรากประสาทไขสันหลัง ซึ่งแพทย์จะผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของระบบขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรงต่ำกว่าเกรดสาม ลงไป และอาการปวดไม่ดีขึ้นหลังการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีหลายวิธีพอสรุปได้ ดังนี้ (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, 2538)

2.1 การตัดแผ่นหรือหลังคากระดูกสันหลังออก (laminectomy) เพื่อลดการบีบกดรากประสาทด้านหลัง ซึ่งถ้าทำมากกว่า 3 ระดับ จะเกิดปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงของกระดูกสันหลังได้ ต้องทำการเชื่อมโครงสร้างของกระดูกที่หลวมร่วมด้วย

2.2 การผ่าตัดส่วนหลังของอินเตอร์เวอร์ทีบรอล ฟอราเมนออก เรียกว่า ฟอรามิโนโตมี(foraminotomy)

2.3 การผ่าตัดยกหลังคาของกระดูกสันหลังให้สูงขึ้น สามารถทำได้หลายระดับ

2.4 ผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนที่ขึ้นไปกดรากประสาทออก ซึ่งอาจทำได้โดยการผ่าตัดเข้าทางด้านหลังผ่านหลังคากระดูกสันหลัง

2.5 การเชื่อมโครงสร้างของกระดูกและข้อเพื่อความมั่นคง เป็นการเชื่อมกระดูกสันหลังด้วยโลหะหรือโบน ซีเมนต์(bone cement) จะทำในกรณีที่กระดูกสันหลังเสียความมั่นคง อาจเชื่อมทางด้านหลัง เชื่อมทางด้านหลังกับด้านข้าง หรือเชื่อมทางด้านหน้า แล้วแต่ความเหมาะสม

2.6 การผ่าตัดผสมผสานทั้ง 2 วิธีคือ การแก้ไขการบีบทับรากประสาท
 สันหลัง และการเชื่อมโครงสร้างของกระดูกและข้อ ในกรณีที่มีการบีบทับรากประสาทสันหลัง
 และสูญเสียความมั่นคงของกระดูกสันหลังร่วมด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ความต้องการการ
 ดูแลของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นประกอบด้วย 3 ด้านคือ ความต้องการด้านร่างกาย ความ
 ต้องการด้านจิตสังคม และความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ที่รับการ
 รักษาโดยการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจะต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ คือ (Smeltzer & Bare, 1996;
 สมหมาย วนะวานันต์, 2540)

1. การจัดการกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ความรู้สึกไม่สบาย การเจ็บปวดหลัง
 ผ่าตัด จะเกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ที่เป็นลักษณะ
 เฉพาะบุคคล โดยมีปัจจัยด้านสรีระและจิตสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลจะต้องให้การแนะนำ
 การพักผ่อน การจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสม การใช้ยาแก้ปวด การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ

2. การป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัด ที่อาจจะเกิดขึ้น จากผล
 ของการผ่าตัด และการดมยาสลบ ได้แก่ ปอดแฟบ การตกเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ ขาชา
 อ่อนแรง ปวดขา หรือเป็นอัมพาต น้ำไขสันหลังรั่วซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก การ
 ขับถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือผิดปกติ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ แผล
 กดทับกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าเมื่อลุกขึ้น เดิน เครื่องมือที่ใส่
 เลื่อนหลุดหลวม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั่วไประยะแรกหลังผ่าตัด ระยะก่อนกลับบ้าน และ
 เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งผู้ป่วยควรจะเรียนรู้เข้าใจและสังเกตการผิดปกติที่อาจเกิด
 ขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าว และสามารถประเมิน
 อาการและกลับมารับการรักษาได้ทันที

3. การดูแลให้ร่างกายได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม ป้องกันการ
 เกิดความไม่สมดุลของน้ำ อิเล็กโทรลัยต์ และปริมาณการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ซึ่งจะให้อยู่
 ประมาณ 2 - 3 วัน หลังผ่าตัดเมื่อเริ่มรับประทานอาหารได้ จะประเมินและให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก
 ในขณะรับประทานอาหาร และแนะนำให้รับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง และดื่มน้ำ
 อย่างน้อยวันละ 2,500 - 3,000 มิลลิลิตร

4. การดูแลแผลผ่าตัด การระบายของเลือด น้ำเหลือง ของเสียต่าง ๆ จากบาดแผล และท่อระบายต่าง ๆ ให้เป็นไปตามปกติ โดยให้ท่อเหล่านี้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ต่ำกว่าแผลเสมอ

5. รู้จักปฏิบัติตามภายใต้ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในการรักษาแนวของกระดูกสันหลังให้ตรงอยู่เสมอ ได้แก่ การนอนราบ การพลิกตะแคงแบบท่อนไม้ การใช้กายอุปกรณ์การจัดท่าในขณะนั่ง เดิน นอน เพื่อให้กระดูกสันหลังอยู่นิ่ง (immobilization) หรือเคลื่อนไหวน้อยที่สุด ลดการแบกน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวด ป้องกันการเคลื่อนที่ของกระดูกที่ปลุกถ่ายไว้หรือเครื่องมือค้ำกระดูก ประคับประคองให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวที่ต้องการ และลดภาวะเครียดต่อกระดูกสันหลัง โดยปฏิบัติดังนี้

5.1 การนอนราบ โดยทั่วไปจะให้ผู้ป่วยนอนหงายราบในระยะแรกหลังผ่าตัด 3 ชั่วโมง เพื่อช่วยกดบาดแผลผ่าตัดที่หลังป้องกันเลือดออก จากนั้นควรพลิกตะแคงตัวแบบท่อนไม้ทุก 2 ชั่วโมงถ้าไม่มีข้อห้ามในบางกรณี เช่น การผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง แพทย์อาจให้ผู้ป่วยนอนหงายราบตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ของกระดูกที่ปลุกถ่ายเชื่อมไว้ (Footner, 1992) อาจใช้หมอนรองได้เข้า ให้งอเล็กน้อยเพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหลัง ช่วยป้องกันการปวดเมื่อยหลัง

5.2 การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนไม้ถ้าไม่มีข้อห้าม การพลิกตะแคงตัวในวันแรก ๆ ผู้ป่วยยังต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเกร็งตัวแข็ง วางหมอนระหว่างเข่า เข่าเล็กน้อย พยาบาลจับบริเวณไหล่และตะโพก ให้ผู้ป่วยตะแคงมาพร้อม ๆ กัน ไม่ให้หลังบิด และสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง เมื่อสามารถช่วยตนเองได้

5.3 การใช้และดูแลกายอุปกรณ์ในรายที่แพทย์ให้ใส่ เพื่อช่วยลดการแบกรับน้ำหนัก พุงกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวที่ต้องการได้เกิดการเคลื่อนที่ ทรวดหรือโค้งงอ โดยต้องใส่เมื่อลุกจากเตียงทุกครั้ง การใส่ต้องให้กระชับพอดี ไม่กดผิวหนัง และใส่อย่างถูกต้อง

5.4 ท่าทางในการลุกจากที่นอน ทำนั่ง และการล้มตัวลงนอน การลุกยืน เมื่อแพทย์อนุญาต โดยการตะแคงตัวแล้วคว่ำตัวลงค่อย ๆ หย่อนขาลงพื้น และยันตัวลุกจากเตียง โดยไม่ต้องนั่ง ส่วนการล้มตัวลงนอนให้ทำท่าย้อนกลับตรงข้ามกัน โดยคว่ำตัวลงกับเตียงแล้วยกขาขึ้นค่อย ๆ พลิกตัวมานอนหงายตามปกติ โดยทั่วไปหลังผ่าตัดบริเวณเอว แพทย์มักจะให้นั่งเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ควรนั่งนานเกิน 15 - 20 นาที ควรยืน เดิน และนอนเลย

6. การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลัง แขน ขา เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและเตรียมความพร้อมสำหรับการลุกยืน เดิน เมื่อแพทย์อนุญาต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

และข้อจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวนาน ๆ สำหรับเวลาที่จะใช้ในการบริหารนั้น ควรจะทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งการบริหารสามารถทำได้ทั้งไอโซเมตริก (isometric) และไอโซโทนิค (isotonic) และการบริหารกล้ามเนื้อหลังและสะโพก

7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันภายใต้ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวและพยาธิสภาพของร่างกาย เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากวัตถุประสงค์ของการจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งต้องการการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตให้เป็นปกติสุข ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อสอดคล้องให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

7.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การยืน เดิน นั่ง ก้ม นอนให้ถูกต้องดังนี้

ท่ายืน ถ้าจำเป็นต้องยืนนานควรลงน้ำหนักบนขาที่ละข้าง โดยพักเท้าอีกข้างบนม้านั่งสูงประมาณ 10-20 เซนติเมตร หรืออาจเปลี่ยนเป็นยืนพิงผนังบ้างบางขณะ

ท่าเดิน ควรเดินหลังตรง สวมรองเท้าสันเตี้ยพอเหมาะไม่เกิน 1.5 นิ้ว เพราะถ้าส้นรองเท้าสูงเกินไป จะเพิ่มความโค้งแอ่นของกระดูกสันหลัง (lordosis)

ท่านั่ง หลีกเลี่ยงการนั่งนาน ๆ หรือนั่งยอง ๆ ควรนั่งตัวตรงพิงเก้าอี้ นั่งให้เต็มก้น เก้าอี้ควรมีพนักพิง เบาะรองนั่งพอควร ไม่ควรขับรถหลังผ่าตัดใหม่ 4-6 สัปดาห์

ท่านอน เมื่อนอนหงายควรใช้หมอนรองใต้เข่าให้สะโพกเอเล็กน้อย เพื่อให้ความแอ่นของเอวลดลง เข่าเอเล็กน้อย หากนอนตะแคงควรให้ข้อเข่าและตะโพกขึ้นมา วางหมอนระหว่างเข่าไว้หรือนอนกอดหมอนข้างก็ได้ ไม่ควรนอนในท่าคว่ำ

ท่าลุกจากเตียงให้เลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงด้านใดด้านหนึ่ง แล้วตะแคงตัว งอเข่า ใช้ฝ่ามือและศอกยันตัวให้ลุกขึ้น พร้อมกับหย่อนขาลงข้างเตียงทั้ง 2 ข้าง ไม่ควรลุกจากท่านอนหงายโดยการเกร็งตัวลุกขึ้นเพราะจะทำให้ปวดหลังมากขึ้น ส่วนท่านอนให้ใช้เท้าย้อนกลับจากท่าลุก ไม่ควรนั่งแล้วล้มตัวลงนอนหงายทันที

ท่ายกหรือหยิบของ ควรย่อเข่าลงและยกของชิดลำตัว อย่าหยิบสิ่งของในท่าเข่าเหยียดตรง และไม่ควรถือม เอี้ยวตัวหรือเขย่งปลายเท้าหยิบของ ควรใช้อุปกรณ์ช่วยให้หยิบถึง เพราะจะเพิ่มความเครียดต่อกระดูกสันหลัง หากต้องหิ้วของหนักด้วยแขนข้างเดียว ควรรักษาระดับไหล่ทั้ง 2 ข้างให้เสมอกัน โดยอาจกางแขนอีกข้างหนึ่งเพื่อถ่วงให้เกิดการสมดุล หากสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนควรแบ่งของแล้วหิ้วด้วยแขนทั้งสองข้าง ในช่วงแรกหลังผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงทำงานบ้าน หรือยกของหนักมากกว่า 2.5 กิโลกรัม

7.2 การทำงานขึ้นอยู่กับข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยแต่ละคน โดยปกติผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติภายใน 3 เดือน ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานหนัก ใช้แรงงานมาก อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนงานเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

7.3 การออกกำลังกาย ต้องคำนึงถึงพยาธิสภาพของโรคและควรกระทำภายหลังจากผ่าตัด 6 สัปดาห์ขึ้นไป ห้ามเล่นกีฬาที่ต้องปะทะกันหรือต้องกระโดด ประมาณ 1 ปีหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจกลับมาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติโดยไม่มีข้อห้าม ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด

7.4 ควรงดสูบบุหรี่ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีผลขัดขวางต่อการเชื่อมติดของกระดูก ทำให้กระดูกไม่เชื่อมติดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า (Silcox, et. al., 1995) และมีความเสี่ยงสูงในการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบหลังผ่าตัด ได้มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

7.5 การควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ควรให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากเกินไป เพราะจะเป็นผลให้หน้าท้องยื่นมากขึ้น กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว มีการโค้งแอ่นของกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น เกิดภาวะเครียดต่อกระดูกสันหลังได้ ควรลดอาหารที่มีแคลอรีสูง เช่น ของหวาน ไขมัน

7.6 การมีเพศสัมพันธ์ ในระยะหลังผ่าตัด 2-3 สัปดาห์แรก ควรงดการร่วมเพศหรือจนกว่าความเจ็บปวดจากการผ่าตัดและความไม่สุขสบายจะบรรเทาลง การใส่เสื้อพยุงหลังและอยู่ในท่าที่ถูกต้อง เช่น การนอนหงายหรือตะแคงในการร่วมเพศ จะช่วยให้เอวและสะโพกมีการเคลื่อนไหวลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวดหลังได้

ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์หลังผ่าตัดจนกว่าจะครบ 18 เดือนไปแล้ว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดต่อแนวกระดูกสันหลังส่วนเอวในระหว่างการหายเป็นปกติของการเชื่อมติดของข้อ แต่ถ้าเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมา จะต้องจำกัดกิจกรรมและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ การใส่เสื้อช่วยพยุงขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลและแพทย์ผู้ให้การรักษา

8. การรู้จักคัดแปลงสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ได้แก่

8.1 ที่นอน ควรใช้เตียงหรือที่นอนที่สูงพอเหมาะ เพื่อช่วยให้ไม่ต้องก้มหลังมากเกินไป เวลาที่งอตัวลงนอน ที่นอนควรมีความแน่นหนาพอสมควร ไม่ยุบตัวเวลานอนซึ่งจะทำให้หลังแอ่นหรือโค้งมากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดต่อกระดูกสันหลัง

8.2 เก้าอี้ที่นั่ง ควรมีพนักพิงหลังพอดีและมีที่เท้าแขนไม่สูงเกินไป เวลานั่งเท้าควรเหยียบบนพื้นพอดี

8.3 ห้องน้ำ ห้องส้วม การอาบน้ำควรใช้ฝักบัว ไม่ควรตักน้ำอาบ และควรใช้ส้วมโถนั่งหรือหาเก้าอี้ไม้เจาะรู หรือเก้าอี้สำเร็จที่ใช้วางคร่อมไปบนโถส้วมเพื่อนั่งถ่าย

8.4 ไม่ควรจะขึ้นลงบันไดในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะ 2 - 3 สัปดาห์แรก หรือจนกว่าอาการเจ็บปวดจะลดลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดต่อกระดูกสันหลังขณะขึ้นลงบันได

9. การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังผ่าตัดแพทย์มักจะสั่งยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ แคลเซียม ยาบำรุงเลือดและวิตามินกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ป้องกันแผลติดเชื้อ และส่งเสริมการหายของเนื้อเยื่อและกระดูก ผู้ป่วยควรใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

10. การกลับมาตรวจตามนัด ภาวะแทรกซ้อนจากผลของการผ่าตัดอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ซึ่งอาจเป็นอันตรายก่อให้เกิดความพิการหรือโรคกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้นจะต้องกลับมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินปัญหาความก้าวหน้าของผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวและความสามารถในการทำกิจกรรมที่ควรทำเพิ่มขึ้นได้ ตลอดจนคำแนะนำที่เหมาะสมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการเลือกตัดสินใจในการดูแลตนเอง และควรกลับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างนั้น มีความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดและข้อจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างมาก หรือจากผลของการผ่าตัด ดังนั้นการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือครอบครัวและญาติให้การช่วยเหลือดูแล โดยให้มีส่วนร่วมในการพิจารณา ตัดสินใจ ประเมินความสามารถ ความต้องการ และวางแผน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น จึงควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพราะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อการดูแลระยะต่อไปและได้รับการช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต่าง ๆ ในการดูแลในระยะนั้นๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัว (American Nurses' Association, 1975)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมาย

แผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ แผนที่เกิดจากการที่ผู้ประกอบวิชาชีพในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมมือกันวางแผนการดูแลสุขภาพ เป็นการประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม (American Hospital Association, 1983)

The American Nurses' Association(1975 อ้างใน O'Hare, 1996) กล่าวถึงแผนจำหน่ายว่า เป็นส่วนประกอบของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะต่อไป ช่วยเหลือและจัดการเกี่ยวกับสิ่งต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว หรือแหล่งประโยชน์จากหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ

แมคคีแฮน(McKeehan, 1981)กล่าวว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จากสภาพแวดล้อมหนึ่งไปยังสภาพแวดล้อมอื่น

โรเดนและทอฟท์ (Roden & Taft, 1990) กล่าวถึงแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆหลายขั้นตอน โดยในระยะแรกจะเน้นเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ระยะหลังจะมุ่งหวังการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง

เพียร์ลแมน(Pearlman, 1984) กล่าวว่าเป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้การรักษาพยาบาลเกิดความต่อเนื่อง

กองการพยาบาล (2539) กล่าวถึงแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้การสนับสนุนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

แผนจำหน่ายจึงหมายถึง แผนที่จัดทำขึ้นเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายของการดูแล กิจกรรมการดูแลรักษา และการประเมินผลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ที่ส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และเป็นแผนที่ได้มาจากความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดในการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและประหยัด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและของโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลซ้ำ (สุภาณี อ่อนชื่นจิต, 2537)

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแนวทางของกระบวนการพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ และครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงแหล่งประโยชน์จากชุมชน สถานที่ที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมใหม่ (Clemen - Stone , Eigsti , & McGuire, 1995)

แนวคิดในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้ (Corkery, 1989)

1. ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องร่วมมือกันกำหนดกิจกรรมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. ความต้องการของผู้ป่วยจะต้องถูกกำหนดไว้ตั้งแต่แรกเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านจะต้องได้รับการสนับสนุนที่ดี และมีเครื่องมือทดแทนที่จำเป็นต้องใช้
4. ต้องมีการวางแผนป้องกันการกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ คำแนะนำ การสอน ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. บุคคลที่จะให้การดูแลที่บ้านจะต้องได้รับทราบเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยา และข้อมูลทางสังคม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง
7. ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่รักษาเป็นอย่างดี และความต้องการติดตามผลการรักษาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
8. แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลจะต้องถูกใช้อย่างเหมาะสม

องค์ประกอบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

องค์ประกอบในการวางแผนจำหน่ายนั้น แมคคีเฮน(McKeehan,1981)กล่าวว่า ประกอบด้วย

1. ตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับผู้ให้ดูแลในการวางแผนจำหน่าย โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ เพื่อที่จะได้มีเวลาวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม
2. การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น บ้านผู้ป่วย องค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ หน่วยงานในชุมชนที่ให้การสนับสนุน
3. ภาวะเทียบที่ใช้ในการปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพ จะต้องมีผู้รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้าใจต่อภาวะเทียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ และมีการประเมินผลย้อนกลับให้ผู้วางกฎรับทราบ
4. หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติงานแบบผสมผสาน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปสู่การให้บริการ ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้ต่อเมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

ลักษณะของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี

แผนจำหน่ายมีผู้กำหนดไว้หลายท่าน ซึ่งแผนจำหน่ายที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ (Stack-House, 1998)

1. วินิจฉัยความต้องการของผู้รับบริการหลังออกจากโรงพยาบาล ด้านการดูแลให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และทำการวางแผนอย่างต่อเนื่อง
2. ใช้วิธีการประเมิน การวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล อย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการแก้ปัญหาในการวางแผนจำหน่าย หรือเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลนั่นเอง มีการประเมิน ผู้ป่วยอย่างถูกต้องทั้งทางร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระบบที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เป็นองค์ประกอบสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
3. การวางแผนจำหน่ายจะต้องทำให้ผู้รับบริการและครอบครัวของเขามีความสอดคล้องกันในด้านของการดูแล

4. มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมสำหรับผู้รับบริการให้ดีที่สุดและมีการวางแผนที่จะส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการตามความต้องการ
5. ประยุกต์ใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน อย่างเหมาะสม
6. ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้นตามความจำเป็น
7. เป็นหลักประกันว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างครบถ้วน และนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
8. เป็นหลักประกันได้ว่า ผู้รับบริการต้องได้รับการสอนแนะนำอย่างครบถ้วน ในเรื่องของการใช้ยา การใช้แหล่งประโยชน์ และมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
9. มีการสื่อสารให้ผู้รับบริการกลับมาตรวจตามนัด และการประเมินผลการวางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลผู้ให้การดูแล

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายมีผู้กำหนดไว้หลายท่านด้วยกัน แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงแผนการจำหน่ายของแมคคีแฮน(McKeehan,1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทั้งในปัจจุบันและก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล และประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดความต้องการและวินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและการดูแลที่ต่อเนื่อง การประเมินความต้องการของผู้ป่วยต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ในด้านการวางแผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการเจ็บป่วย และความต้องการเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

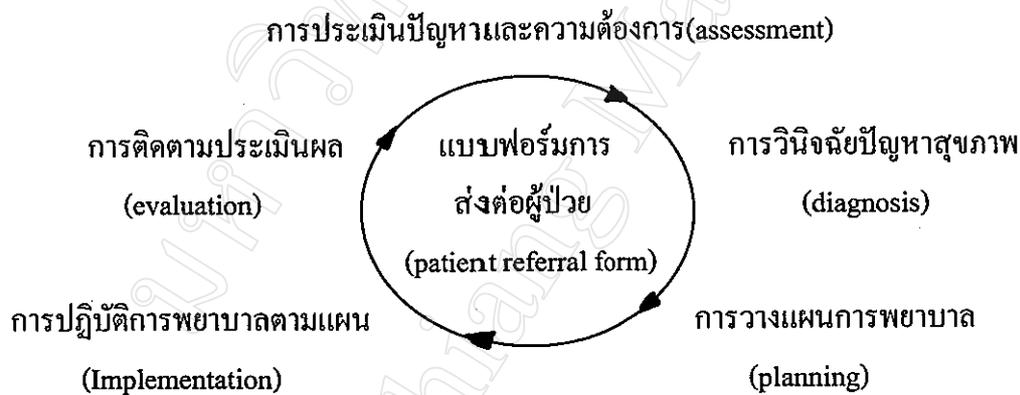
2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ จากข้อมูลที่รวบรวมไว้จากการประเมินข้างต้น บุคลากรในทีมสุขภาพนำข้อมูลเหล่านั้นมาร่วมกันวิเคราะห์ และให้การวินิจฉัย เกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบัน และต่อเนื่องซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการเหล่านี้การประเมินความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนการพยาบาล เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติ กับผู้ให้การดูแลอื่นๆ การสอนและการส่งต่อ ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชน โดยมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ทำให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยครอบครัว ญาติ และทีมสุขภาพ

5. การติดตามประเมินผล เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม พยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หลังจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับ ผู้ป่วยในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย ผลสะท้อนกลับจากพยาบาลในชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ทำให้ทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารวิธีต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีการที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพนั้น ๆ กำหนดขึ้น ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเฮนแสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : แผนภาพกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (McKeehan, 1981)

จากการทบทวนวรรณคดีที่กล่าวมา วิธีการวางแผนจำหน่ายถือเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผล และทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประ โยชน์ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ของหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น แมคคีเฮน(McKeehan,1981)ได้กำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งในขั้นต้นต้องทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ประเมินได้ กำหนดเป้าหมายและวางแผนให้การพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย และทำการประเมินผล

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง สำหรับหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3 นั้น ได้มีการดำเนินงานสร้างแผนการจำหน่ายโดยใช้กระบวนการพยาบาล จัดทำในรูปเอกสารของแผนซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบฟอร์มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบฟอร์มแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แบบฟอร์มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาและความต้องการในการจำหน่ายของผู้รับบริการ

การวางแผนจำหน่ายนั้น ควรวางแผนกับผู้ป่วยทุกรายที่กำลังจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะต้องการเรียนรู้กิจกรรมทั่วไป ส่วนพยาบาลที่ดูแลต่อในชุมชนอาจต้องการรายละเอียดของการจำหน่าย ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาวางแผนจำหน่าย จะพิจารณาเกี่ยวกับ อายุ พัฒนาการ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ปัญหาที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์ ความต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สถานที่พักอาศัย สภาพจิตใจจากปัญหาความเจ็บป่วย ความต้องการความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ คลาก (Clarke,1996)แดช ชาร์ล โอ คอนเนล และวินซ์ วิทแมน(Dash, Zarle, O'Donnell , & Vince-Whitman, 1996) กล่าวว่าควรนำสิ่งเหล่านี้มาพิจารณา คือ

อายุ จะมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย เพราะแต่ละช่วงอายุจะมีความต้องการการดูแลแตกต่างกันเช่น ทารก เด็ก วัยชรา วัยหนุ่มสาว

ด้านร่างกาย มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายเช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องการการตรวจรักษาเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องกัน ผู้รับบริการที่มีความพิการด้านร่างกาย อาจต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ช่วย

เหลือต่างๆ หรือต้องการกายภาพบำบัด การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดที่ พักอาศัย การประกอบอาหาร การซื้อของใช้

สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของบุคคล เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจมีความ จำเป็นต้องปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองได้เมื่อ เกิดความพิการขึ้น

สภาพแวดล้อมทางจิตใจ จะมีผลกระทบต่อความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อ กลับไปสู่บทบาทเดิมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ อาจต้องการการ รักษาที่ต่อเนื่อง ในด้านการส่งเสริมทางสังคมและอารมณ์ การมีความวิตกกังวลหรือมีความเก็บกด อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองในสถานการณ์ที่บ้านและการกลับมาตรวจตาม นัด

สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา ความพร้อมของระบบการสนับสนุน ทางสังคม สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ การเดินทาง อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำ อาจต้องการการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างละเอียด ครอบ คลุมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดี ผู้ป่วยที่มีระบบสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง สถานทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแล ตนเอง และความสามารถของผู้รับบริการอย่างมาก ผู้รับบริการบางรายอาจต้องการความช่วยเหลือ ทางเศรษฐกิจ เพื่อการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของตนเอง เช่น อาหาร ที่พักอาศัย เช่นเดียวกับความ ต้องการการวางแผนจำหน่ายด้วย

การเดินทางเป็นอีกอย่างหนึ่งใน องค์ประกอบทางสังคมที่อาจมีอิทธิพลต่อความ สามารถดูแลตนเองของผู้รับบริการ หลังจำหน่ายผู้รับบริการอาจไม่สามารถกลับมาตรวจตามนัด อีก เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวกได้

แบบแผนการดำเนินชีวิต(life style) การดูแลตนเองหลังจำหน่ายอาจมีอิทธิพลจากแบบ แแผนการดำเนินชีวิต เช่นผู้รับบริการมีความต้องการจะลดน้ำหนัก การหยุดสารเสพติด อาจ ต้องการกำลังใจ การสนับสนุนด้านความรู้ การให้บริการปรึกษา และการส่งต่อเพื่อการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง

สำหรับแนวทางการประเมินผู้รับบริการนั้น แดชและคณะ(Dash et al, 1996) กล่าวว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบันและความเชื่อของเขา จะมีผลกระทบต่อแบบ แแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติเพื่อ ดูแลตนเอง การใช้ยา การรับประทานอาหาร สภาพทางอารมณ์และสติปัญญา สัมพันธภาพกับ

ครอบครัว การดำเนินกิจวัตรประจำวัน ด้านสุขนิสัยและนิสัยส่วนตัว ด้านสภาพแวดล้อมเช่น เพื่อนบ้าน บ้านพักอาศัย และผลลัพธ์ของการจำหน่ายที่ไม่ดี จะรวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ การสร้างระบบตายตัว การเจ็บป่วยจากการกระทำของแพทย์หรือพยาบาล และการเพิ่มความเครียดต่อผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ

เกณฑ์ที่ใช้จำหน่ายผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกนั้น สมเมลท์เซอร์ แบร์ อัลริช คานเนลและเวนเดล (Smeltzer & Bare, 1996 ;Ulrich , Canale, & Wendell, 1998) กล่าวว่าประกอบด้วย อาการทางระบบประสาทดีขึ้น การหายของแผลดีเป็นปกติ ถ้ามีการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงคิวนั่งบริเวณที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ รู้จักป้องกันการเกิดหมอนรองกระดูกเคลื่อนซ้ำ แสดงให้เห็นว่าสามารถใส่เครื่องช่วยพยุงได้ถูกต้องและถอดเองได้เมื่อถึงเวลา วิธีการใช้ยา เข้าใจวิธีการดูแล ตนเอง การทำกิจกรรม การดูแลแผล รู้อาการและอาการแสดงที่ต้องกลับมาพบแพทย์ เข้าใจถึงการต้องกลับมาตรวจตามนัดและการนัดหมายในอนาคต

การประเมินการทำกิจวัตรของผู้ป่วยหลังนั้น แมกกี(Magee, 1997) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่หลังมีผลต่อการทำกิจวัตรของผู้ป่วยในเรื่องของการเดิน การยืน การก้มตัว การยกของหนัก การเดินทาง การเข้าสังคม การแต่งตัว สำหรับเครื่องมือในการประเมินความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพบริเวณเอวนั้น มีอยู่หลายชนิด เช่น เครื่องชี้วัดการพร้อมความสามารถของออสเวสตรี (Oswestry Disability Index) จะประเมินเกี่ยวกับ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลในเรื่องของการอาบน้ำ แต่งตัว การยกของ การเดิน การยืน การนั่ง ฯลฯ เครื่องมือ Hendler 10-minuted Screening Test for Chronic Low back pain Patients ซึ่งกำหนดคำถามให้ผู้ตรวจสอบถามและผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนน และมีเกณฑ์กำหนดคะแนนรวมเป็นผลการวินิจฉัย เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ ลักษณะ ความถี่ ของอาการปวด ปัญหาการนอนหลับ การใช้ยาแก้ปวด การทำงานอดิเรก ฯลฯ ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัย โรค อาการ การดำเนินของโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยสามารถรวบรวมได้ในระหว่างการตรวจร่างกาย ก่อนหรือกำลังจะเข้ารับการรักษา ข้อมูลในชั้นตอนดังกล่าว จะเป็นส่วนที่นำมาวิเคราะห์ เพื่อจำแนกและบ่งชี้ความต้องการการจำหน่ายที่มีคุณภาพและแหล่งทรัพยากรที่ต้องการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และข้อมูลที่น่ามาบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงการจำหน่าย หรือวางแผนใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนเมื่อออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้เบอร์กัสส์(Burgess, 1983) ได้กล่าวว่า สิ่งที่ต้องประเมินก่อนวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพ (health data) ได้แก่ การวินิจฉัยโรคอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทางกายภาพทั่วไป ความรู้สึก ทิศนคติต่อการเจ็บป่วย สภาพทางจิตสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่อาศัย ลักษณะชุมชน ทรัพยากรในชุมชน

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ การใช้บริการหรือขอความร่วมมือในหน่วยบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุน

ส่วนที่ 4 แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรเพื่อนำมาวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ครอบครัวผู้ป่วย โรงพยาบาลในชุมชน และหน่วยงานในโรงพยาบาล เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด

สรุปจากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้นำมาสร้างเป็นแผนจำหน่าย แบบฟอร์มการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โรคปวดหลังส่วนล่างของหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3 จึงประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมในบ้านและในชุมชน และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

แบบฟอร์มแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคคีสแตนนั้น เมื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแล้ว นำมาวินิจฉัยทางการแพทย์ และวางแผนให้การพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากการตัดสินใจทางวิชาชีพของพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจากผู้ป่วย ครอบครัว หรือจากวิชาชีพอื่นในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้ อาจได้มาโดยตรงคือจากการสังเกต หรือได้มาโดยทางอ้อมเช่น จากการบอกเล่า การเขียน รวมทั้งการบันทึกผู้ป่วย โดยผู้วางแผนจำหน่ายจะใช้ข้อมูลที่ประเมินได้มาวินิจฉัยความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการวางแผนจำหน่ายตามความต้องการความช่วยเหลือของเขา เช่น ปัญหาขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในการวางแผนจำหน่ายอาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิต และองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตามสภาพของผู้รับบริการ ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนนั้น มีแนวทางดังนี้ (ลินจง โปธิบาล พิกุล บุญช่วง และวารุณี ฟองแก้ว, 1997)

- 1) ลำดับตามความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ สามารถให้แนวทางในการจัดลำดับของปัญหา ตามความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของบุคคลได้มากที่สุดนั้น สมควรที่จะได้รับการกำหนดให้มีความสำคัญสูงกว่า ความต้องการอื่น ๆ
- 2) ควรมุ่งเน้นที่ปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกที่สำคัญ เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด แต่ปัญหาดังกล่าวต้องไม่ขัดกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์
- 3) การพิจารณาวัฒนธรรม คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยในการกำหนดลำดับความสำคัญ และนำมาพิจารณาตามความเป็นไปได้
- 4) พิจารณาผลของปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อจัดลำดับความสำคัญ การป้องกันปัญหาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นสิ่งที่ควรทำมากกว่าการบำบัดรักษา
- 5) พิจารณาค่าใช้จ่าย แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ บุคลากร และเวลาที่ต้องการในการวางแผนสำหรับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหา
- 6) พิจารณากฎหมายของรัฐ นโยบายของโรงพยาบาลและเกณฑ์ในการประเมินผลสำหรับสถานปฏิบัตินั้น ๆ

และการวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนจำหน่ายจะปฏิบัติได้ดังนี้

- 1) การวินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้าที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น เพื่อให้เกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ
- 2) การคาดการณ์ล่วงหน้าที่ต้องปฏิบัติ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลเป็นพิเศษ เป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
- 3) เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่างนั้น ประกอบด้วยหัวข้อหลักๆ

ดังนี้ (Smeltzer & Bare, 1996: Ulrich, Canale & Wendell, 1998)

- 1) ปัญหาความเจ็บปวดซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค เช่น หมอนรองกระดูกกดทับรากประสาท ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด
- 2) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายจากความเจ็บปวด การเกร็งของกล้ามเนื้อ ปัญหาการผ่าตัด
- 3) การขาดความรู้เกี่ยวกับการกำหนดอิริยาบถการทรงตัวที่ถูกต้อง
- 4) สูญเสียบทบาทในการดำเนินชีวิต เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและอาการปวดเรื้อรัง
- 5) การมีน้ำหนักรวมทำให้เกิดผลเสีย

- 6) การพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- 7) การกลับมารับการตรวจตามนัดหรือไปรับการรักษาต่อตามแผนการรักษา

การวางแผนการพยาบาล

หลังจากได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยแล้ว จึงเป็นขั้นตอนการวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหา

การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี หรือช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ พยาบาลต้องวิเคราะห์จุดเด่น และจุดด้อยของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการพยาบาล สิ่งเอื้ออำนวยให้การดูแลสุขภาพ และแหล่งประโยชน์อื่นๆ นอกจากนี้ยังต้องตรวจสอบจุดเด่น ความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคลที่อาจมีผลกระทบต่อระยะการวางแผน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะประกอบไปด้วย (พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2533)

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์
- 2) กำหนดวิธีปฏิบัติ
- 3) กำหนดวิธีติดตามประเมินผล
- 4) วางแผนการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

ซึ่งการวางแผนควรกำหนดเป็นแผนการพยาบาล 2 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การวางแผนการพยาบาลประจำวัน 2) การวางแผนการพยาบาลระยะยาว

ในการให้การพยาบาลนั้น ควรมีการวางแผนเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งการตั้งเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน จะทำให้สามารถสร้างแผนให้การพยาบาลเฉพาะตัวผู้ป่วยแต่ละคนได้ดีที่สุด (Johnson & Pachano, 1981) การวางแผนเป้าหมายกระทำได้ 2 ระยะคือ

1. เป้าหมายระยะสั้น เป็นสิ่งที่คาดผลสำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น อาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ พฤติกรรมที่คาดหวังหรือปฏิกิริยาจะสังเกตเห็นได้ชัดเจน อาจเป็นข้อบ่งชี้หรือปัญหาที่รีบด่วนในระยะวิกฤต ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ของเป้าหมายระยะยาว

2. เป้าหมายระยะยาว เป็นจุดมุ่งหมายที่เกิดจากข้อมูลต่างๆ ที่พยาบาลและผู้ป่วยคาดหวัง เป็นจุดมุ่งหมายขั้นสุดท้ายที่อาจต้องการเวลาถึงจะสำเร็จ หรือต้องการให้พฤติกรรมนั้นๆ อยู่เป็นระยะเวลานานที่สุด หรือเป็นความต้องการที่คาดว่าจะต้องให้ความช่วยเหลือในระยะต่อไป หรือเพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านหรือหน่วยงานที่ส่งต่อ

ในการวางแผนต้องอาศัยการประสานงาน ตลอดจนความร่วมมือจากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อให้แผนจำหน่ายมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การวางแผน ควรดำเนินการดังนี้ (สุปาลี พันธุ์น้อย, 2529)

1. กำจัดสาเหตุถึงปัญหาถ้าหากทราบสาเหตุ และสาเหตุนั้นสามารถกำจัดได้
2. ช่วยให้สาเหตุนั้นเหลือน้อยที่สุด ถ้าไม่สามารถขจัดสาเหตุได้แต่สามารถบรรเทาผลกระทบจากปัญหาได้
3. ช่วยให้กระบวนการภายในเกิดขึ้นตามหลักสรีระวิทยา
4. ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ในระยะที่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมให้เกิดปัญหา หรือทำให้ปัญหารุนแรงขึ้น
5. เปลี่ยนแปลงลำดับการกระทำ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยให้น้อย
6. เพื่อความสามารถในการปรับตัว ของผู้ป่วยและครอบครัว
7. รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่
8. เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในสถานการณ์นั้น ๆ ให้คลายความหวาดกลัวหรือวิตกกังวล
9. ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ

ขอบเขตการวางแผนจำหน่ายนั้น แมคทีเฮนกล่าวว่าประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะบุคคลสำคัญในการวางแผน โดยผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะเริ่มต้นที่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
2. มีการวางแผนในการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องนำมาใช้ในการวางแผน
3. การวางแผนจำหน่ายต้องมีความสอดคล้องกับกฎหมายควบคุมคุณภาพของสาธารณสุข
4. การวางแผนจำหน่ายต้องเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่เป็นเจ้าของไข้ โดยรวมเอาแผนจำหน่ายไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละคนจะวางแผนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับข้อจำกัด ของความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด (Johnson & Pachano, 1981) ซึ่งผู้ป่วยญาติควรมีส่วนในการกำหนดและรับทราบถึงทางเลือกตลอดจนการพยาบาลที่จะให้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือมากที่สุด

การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น จะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสอนเรื่อง การปฏิบัติตัว จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ และการส่งต่อผู้ป่วย

(พรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2533) แบ่งเป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนระยะยาว ดังนี้

1. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลระยะสั้น เป็นการให้การพยาบาลตามปัญหาเร่งด่วน และปัญหาปัจจุบัน ให้เกิดบริการครอบคลุม 4 ด้าน คือ การรักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลในด้านต่าง ๆ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเยียวยารักษา มุ่งให้ผู้ป่วยปรับตัวในสภาพธรรมชาติให้มากที่สุด การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของคนตามการวินิจฉัยการพยาบาลจากพฤติกรรมที่สังเกตและซักถาม มุ่งช่วยเหลือให้เกิดการพึ่งพาตนเอง เกิดกำลังใจ กำลังใจ และให้ความรู้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นไปด้วยดี เป็นการพยาบาลเพื่อให้บุคคลจัดระบบพฤติกรรมของตนเองตามสถานการณ์ที่เหมาะสม เพื่อดำรงภาวะสุขภาพในภารกิจประจำวัน

2. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลระยะยาว เป็นการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติกรดูแลตนเองตามพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง โดยมีกิจกรรมต่อไปนี้

2.1 การสอนผู้ป่วยและญาติ

2.2 การประสานงานกับบุคคลในหน่วยต่าง ๆ ทั้งบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 การส่งต่อไปรับบริการยังผู้ช่วยเหลือในชุมชน องค์กร มูลนิธิ หน่วยงาน ประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยบริการอื่น ๆ

การส่งต่อ เป็นการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพในชุมชน หรือหน่วยงานบริการสังคมต่างๆ ด้วยเหตุผลและเป้าหมายต่างกัน การส่งต่อทำให้พยาบาลชุมชนรู้ถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ โดยพยาบาลผู้วางแผนจะต้องรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และลักษณะการให้บริการของแต่ละแห่งที่จะส่งผู้รับบริการไปรับบริการต่อ แหล่งให้ความช่วยเหลือและการส่งผู้รับบริการไปต้องเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการด้วย โดยมีการประเมินความต้องการก่อนจะส่งต่อไป ในด้านของสภาพแวดล้อม จิตใจ การยอมรับของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นสิ่งแรกที่น่ามาพิจารณาส่งต่อ ความเหมาะสมระหว่างปัญหาของผู้รับบริการกับลักษณะบริการที่ให้ความจำเป็นตามสถานการณ์ แหล่งประโยชน์ที่สามารถจะหาได้(availability of resources) ในชุมชน ที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ(Clark,1996)

การวางแผนเพื่อส่งต่อเริ่มต้นเมื่อสามารถกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ ตามสภาพความเหมาะสมของผู้รับบริการ และแหล่งให้บริการ และการเลือกแหล่งที่ผู้รับบริการต้องการจะไปรับบริการ หลังจากนั้น นักกลับมารับการตรวจตามแผนการรักษา ก่อนจะส่ง

ไปรับการรักษาต่อ และต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่จะไปรักษาต่อกับผู้รับบริการ โดยสังเขปรวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการแก่สถานที่ที่รับการส่งต่อด้วย

โดยสรุปหลักของการส่งต่อ ควรทำเมื่อมีความจำเป็นจริงๆและเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยควรเป็นไปในทางที่ผู้รับบริการได้รับประโยชน์มากที่สุด ไม่เป็นการเสียเวลาและเสียทรัพย์สินของผู้รับบริการ และผู้รับบริการต้องการและยินยอมที่จะไปรับบริการต่อหรือเขาสามารถปฏิเสธการส่งต่อได้

การติดตามประเมินผล

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการปฏิบัติ ฉะนั้นความสำเร็จตามเป้าหมายคือ บรรลุผลการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน (Johnson & Pachano, 1981) ดังนั้นการประเมินควรกำหนดจากการนำผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาล มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายการพยาบาลที่วางไว้ การติดตามประเมินผลผู้ป่วยต้องการความต่อเนื่องในการเฝ้าสังเกตความเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบแต่ละขั้นตอนของการวางแผนว่าถูกต้องหรือไม่ ควรมีการปรับแก้ที่ขั้นตอนใดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของแผน ซึ่งหลักเกณฑ์ที่สำคัญ คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อผลที่เกิดขึ้น (สุปานี พันธุ์น้อย, 2529) การติดตามประเมินผลประกอบด้วยกิจกรรม การเยี่ยมบ้าน การนัดผู้ป่วยเพื่อมารับการตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยและครอบครัว (Burgess, 1983 อ้างใน พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2533) วิธีที่สะดวกและได้ผลเร็วในการประเมินผลที่พบจะได้ผลดีในต่างประเทศที่มีการคมนาคมที่สะดวกและแพร่หลาย คือ การใช้โทรศัพท์สอบถามหรือสัมภาษณ์ (Aucoin & Wegmann, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว และเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและสมบูรณ์ แบบฟอร์มแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างของหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ชาย 3 จึงประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล แผนการพยาบาล และการประเมินผลตามกระบวนการของการพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง

การที่จะให้ได้มาซึ่งแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประกอบด้วยแบบประเมินปัญหาและความต้องการ และแบบฟอร์มแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สร้างแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง และแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยนำแนวคิดมาจากแผนการจำหน่ายของแมคคีฮัน (McKeehan,1981) ซึ่งกล่าวไว้ว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลคือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ5) การติดตามประเมินผล

2. หลังจากสร้างแบบฟอร์มตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำการประชุมกลุ่มกับทีมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อระดมสมองเกี่ยวกับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะรูปแบบของแผนจำหน่าย ซึ่งการระดมสมอง เป็นกระบวนการอย่างมีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะ จำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่ม และมุ่งเน้นที่จำนวนความคิดไม่ใช่คุณภาพ การระดมสมองที่ดีจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์มากที่สุด และไม่มีการจำกัดความคิดด้วยวิธีการใดๆ รูปแบบที่เป็นอิสระนี้ทำให้เกิดความตื่นตัว เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน และได้ทางออกใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหา (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุลและคณะ,2540) เมื่อนำวิธีการนี้เข้ามาใช้ในการสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแผนให้มีความครอบคลุม สามารถนำไปประเมินผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติการพยาบาลตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาวที่ตั้งไว้

3. การตรวจสอบเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเครื่องมือ(validity) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งของเครื่องมือที่สามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัด (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2537) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีวัดความตรงของเนื้อหา(content validity) โดยอาศัยการพิจารณาคัดสินของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ หรือมีความชำนาญในเรื่องนั้นๆ ในทางปฏิบัตินักวิจัยมักกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในแต่ละชุด ดังนั้นค่าความตรงตามเนื้อหาจึงไม่สามารถแสดงให้เห็นด้วยค่าสถิติหรือคำนวณออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่ความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน แสดงถึงความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือชิ้นนั้นๆ ได้ ภายหลังจากที่ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้เชี่ยวชาญจะให้ข้อเสนอแนะต่างๆ นักวิจัยจะต้องนำมาแก้ไขปรับปรุง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตรวจสอบอีกจน

กว่าจะได้รับการยอมรับ เมื่อผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่า แบบสอบถามดังกล่าวมีความตรงตามเนื้อหาแล้ว นักวิจัยก็สามารถนำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้ได้

หลังจากผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำแบบฟอร์มไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์ที่กำหนดหลายคน ซึ่งการทดลองใช้แผนซ้ำกันหลายครั้ง เพื่อให้ทราบถึงจุดบกพร่องและปัญหาอุปสรรคของแบบฟอร์มที่ใช้

ในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ประภัสสรี ชาวงษ์ (2534) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยรูปแบบที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดำเนินการวางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติผู้ป่วยตลอดจนสื่อสารและประสานงานกับทีมสุขภาพ และทีมการพยาบาล ให้เกิดแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผน และได้ทดสอบประสิทธิผลของแผนโดยสอบถามรู้และวัดความพึงพอใจศึกษาของญาติผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง โรคและพยาธิสภาพ การดูแลเรื่องอาหาร ยา การจัดสภาพแวดล้อม และการฟื้นฟูสภาพ หลังการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนวางแผนจำหน่าย และมีความพึงพอใจต่อแผนการจำหน่ายในระดับสูง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่างจะใช้แนวคิดของแมคคิแฮนเพื่อเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการระดมสมองเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้สร้างแผนจำหน่ายตามขั้นตอนการปฏิบัติเช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาล คือการประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาลตามแผน และการติดตามประเมินผล หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สามารถใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำซึ่งทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก