

5000

**ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
ในโรงพยาบาลมหाराช นครศรีธรรมราช**

นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาลชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2550

**The Effects of Caring Program for the Patients with
Hemiarthroplasty at Maharat Nakhon Si thammarat Hospital**

Miss Supit Rittichanchai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

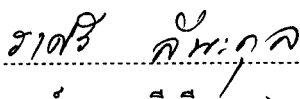
School of Nursing

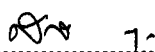
Sukhothai Thammathirat Open University

2007

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม
ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
ชื่อและนามสกุล นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. อาจารย์นายแพทย์เรืองเดช ไพบูลย์วรชาติ

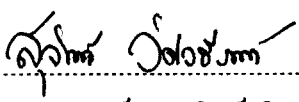
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ราศรี ลีนะกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)


..... กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์เรืองเดช ไพบูลย์วรชาติ)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิศวรธรรานนท์)

วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ในโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ผู้วิจัย นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) อาจารย์นายแพทย์เรืองเดช

ไพบุลย์วรชาติ ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และ (2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกคอของกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จำนวน 28 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนเท่ากัน ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน มีค่าความเที่ยง 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่แบบอิสระ สถิติฟิชเชอร์ และสถิติแมนวิทนี

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมมีภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (2) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และ (3) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ โปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Thesis title The Effects of Caring Program for the Patients with Hemiarthroplasty at Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital

Researcher: Miss Supit Rittichanchai; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr.Ruangdet Paiboonworachart, Medical Doctor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were: (1) to evaluate the effects of caring program for patients with hemiarthroplasty on complications, length of hospital stay, and the cost of health care between patients in the experimental group and the control group; and (2) to explore the level of satisfaction of the clients.

The sample consisted of the twenty-eight patients who were diagnosed as having the neck of their femurs fractured and they were admitted to undergo hemiarthroplasty at the Orthopedic Surgical Department of Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital. The sample was divided equally into the experimental group and the control group. Routine care was provided for the control group; while the caring program for the patients with hemiarthroplasty was arranged for the experimental group. Research instruments were used to collect data as follows: (1) the caring program for the patients who underwent hemiarthroplasty including (a) clinical pathway and (b) nurse case managers, (2) two data record forms: personal data and health status, (3) the cost of health care form, and (4) customers' satisfaction questionnaires. Content validity was verified by four experts. The reliability of the customers' satisfaction questionnaires was 0.90. Data were analyzed by descriptive statistics, Independent t-test, Fisher's exact test, and Man Whitney U test.

The results of the study were as follows. (1) the complications and length of hospital stay of the patients in the experimental group were significantly less than those in the control group ($p < 0.05$); (2) there was no significant difference in the cost of health care between the patients in the experimental group and the control group ($p > 0.05$). Finally, (3) the customers who were cared for in the program rated their satisfaction at a high level.

Keywords: Caring program, Patients with Hemiarthroplasty, Nurse case manager, Complications, Length of hospital stay, Health care costs, Customers' satisfaction

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์เรืองเดช ไพบูลย์วรชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำทั้งทางด้านวิชาการ การตรวจติดตาม และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยมีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ราศรี ลีนะกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์นายแพทย์ไพศาล คำจำ อาจารย์ ชูติมา รักษ์บางแหลม และ อาจารย์ลดา พรหมพิทักษ์ ที่กรุณาสละเวลาเพื่อการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและชาย และเพื่อนนิสิตรุ่นที่ 1 ที่ให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย

พฤษภาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมุติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
การหักงอของคอกระดูกต้นขา (Femoral neck fracture)	11
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	13
ผลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
วิธีดำเนินการวิจัย	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	55
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน ข้อตะโพกเทียม	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม.....	58
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับ การดูแลตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม.....	59
ส่วนที่ 5 ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ที่ได้รับโปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม.....	61
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปการวิจัย.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	79
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา.....	80
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
ค หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	100
ประวัติผู้วิจัย.....	102

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามกิจวัตรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิบัตรการรักษาพยาบาล	55
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	57
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนครั้ง ร้อยละ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	58
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	59
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจรายด้านของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	61
ตารางที่ 4.6 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจรายข้อของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	61

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเสื่อมของคอกระดูกต้นขาเป็นปัญหาที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ได้ง่ายขึ้น ซึ่งทำให้เกิดกระดูกคอของกระดูกต้นขาหักขึ้นได้ การรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในเรื่องของความเจ็บปวด ขาข้างที่หักจะถูกดามไว้ด้วยไม้สำหรับดามขา ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ ห้องตรวจแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย จะได้รับการดามขานักขาที่หักไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นอันดับแรก คือ การเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัวทำได้ค่อนข้างลำบากหลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ได้แก่ อาการปวดหลังผ่าตัด การติดเชื้อของข้อตะโพกเทียม การเกิดแผลกดทับ การเคลื่อนไหวหลุดของข้อตะโพกเทียม การมีลิ้มเลือดในหลอดเลือดและผนังหลอดเลือดดำอักเสบ การมีลิ้มเลือดเล็กๆอุดตันในปอด (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2539) จากสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี2549 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย กระดูกคอของกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมจำนวน 35 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ 12 ราย การติดเชื้อแผลผ่าตัดบริเวณข้อตะโพก 2 ราย ข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุด 2 ราย และเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงสูงในการดูแลรักษาพยาบาล ต้องใช้ข้อตะโพกเทียมซึ่งเป็นอุปกรณ์ราคาสูงในการทำผ่าตัด เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของอเดย์ และแอนเดอเซน (Aday & Andersen, 1975 อ้างถึงในวิภา ครุรงค์พิศิษฏ์กุล, 2525: 22-23) พบว่าเรื่องที่ประชากรมีความไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่

โรงพยาบาลและการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลและบ้านได้อย่างถูกวิธี และสามารถจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธี ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นหายเป็นปกติกลับบ้านได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) คือพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยคนหนึ่งๆ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งภายหลังจำหน่ายด้วย (Yoder Wise, 1995, P.543) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำหน้าที่ ผู้จัดการดูแล คือพยาบาลและมักเป็นพยาบาลที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) และพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) ในกรณี โพลเวล (Powell 1996) ได้เสนอความเห็นว่าการมี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาดตอน (Nemeth, 1999) และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่ยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเฉพาะราย จะช่วยให้สามารถประเมิน เฝ้าระวังความแปรปรวน ค้นหาปัญหาได้แต่เนิ่นๆ มีการแก้ปัญหาพร้อมกันโดยทีมสุขภาพ จึงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (Jacovene, Daniels, and Tyner, 1999) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหน้าที่ต้องปฏิบัติหลายด้านคือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้จัดการ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงควรมีทักษะในการบริหาร การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก และการควบคุม ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย (Rowland & Rowland, 1997 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) เป็นผู้ประสานการดูแลจนกว่าผู้ป่วยกลับบ้าน

บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมอย่างมาก ในกระบวนการตัดสินใจ กำกับ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการแสดงเอกสิทธิ์ของพยาบาลในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Zander, 1988; Rocclicerioli, 1998; Cohen, E.L. & Cesta, T.G., 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Tonges (2001) ที่พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน มีความเป็นเอกสิทธิ์ในบทบาทหน้าที่ และได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลนักปฏิบัติการ

และสิ่งสำคัญอีกอย่างของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม คือ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งทำไว้ล่วงหน้าของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดภาระในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการวินิจฉัยโรค (วิชาญ เกิดวิชัย, 2547) หรือเป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ เป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่า จะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน สมเหตุสมผล และด้วยเหตุที่แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เขียนขึ้น โดยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการปฏิบัติที่เป็นไปตามแผนจึงเป็นที่ยอมรับร่วมกัน (Zander, 1990:อารี ชิวเกษมสุข, 2542) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อแผลผ่าตัด และการเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งทำให้ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจในบริการ ดังนั้นหากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันและดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ตลอดจนประเมินผลการดูแลรักษา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเป็นระยะๆ พร้อมกับปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จึงเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น สถานบริการมีมาตรฐานเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายเหมาะสม สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้ป่วยและญาติได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น เกิดความพึงพอใจในบริการและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

ผู้วิจัยจึงเห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆในทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานและกำกับการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในเวลาที่กำหนด และใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นเครื่องมือในการ

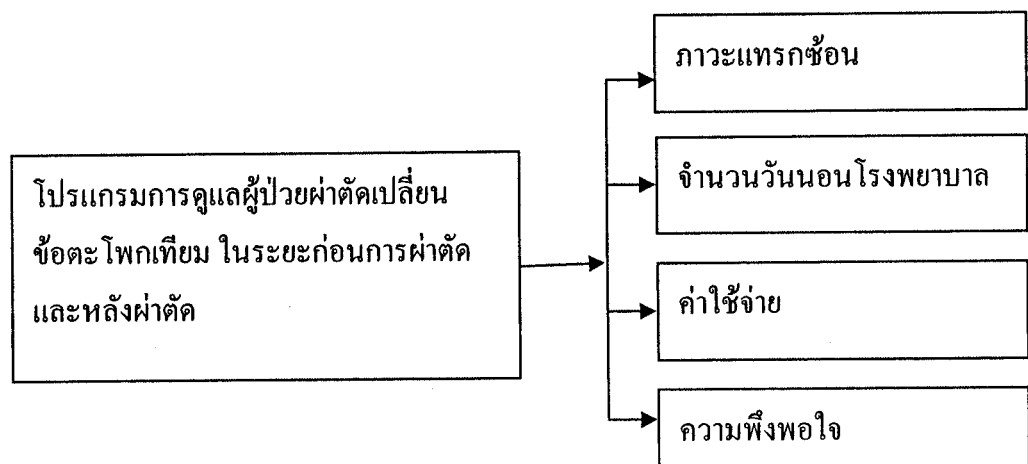
กำกับกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะส่งผลให้สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม และผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการต่อการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแล อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม และพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน โดยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการเป็นผู้ให้การบำบัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียว มาสู่บทบาทผู้ประสานประโยชน์ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน ได้ถูกต้องและมั่นใจเป็นประเด็นสำคัญ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

- 4.1 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีจำนวน วันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร
- 4.2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมเกิด ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร
- 4.3 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมี ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร
- 4.4 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีความพึง พอใจในระดับสูง

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ตะโพกเทียมต่อภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการ โดยทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550- 31 มีนาคม 2551

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

- 6.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม หมายถึง การจัดการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย
 - 6.1.1 แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลเวชกรรมสังคม และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยการประชุมหารือร่วมกัน เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นการกำหนดกิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ พร้อมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลในแต่ละช่วงเวลาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลพร้อมกับกำหนดแผนการจำหน่ายไว้ล่วงหน้าตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 12-13 วัน

ส่วนที่ 2 กำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันประกอบด้วย

2.1 การประเมิน (Assessment) คือแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก แพทย์เวรและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

2.2 การทดสอบและเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Specimen & Test) ได้แก่ การส่ง X-ray ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยอาการของโรค เพื่อสนับสนุนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมของแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.3 การให้ยา (Medication) คือแนวทางการให้ยา สารน้ำ และยาโรคร่วมในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นกิจกรรมของแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลวิสัญญี

2.4 การรักษาและการปฏิบัติ (Treatment) แสดงขั้นตอนการรักษาของแพทย์ การดูแลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลวิสัญญี

2.5 โภชนาการ (Nutrition) การดูแลเรื่องอาหาร ซึ่งโภชนากรจัดเตรียม และพยาบาลดูแลความถูกต้องอีกครั้ง

2.6 กิจกรรมการป้องกันความปลอดภัย (Safety & Activity) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่อง position การพลิกตะแคงตัว การออก exercise ซึ่งเป็นกิจกรรมของแพทย์, พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและนักกายภาพบำบัดร่วมกันดูแล

2.7 การให้ความรู้ (Health education) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยให้ความรู้แตกต่างกันในช่วงของระยะเวลา ซึ่งเป็นกิจกรรมของแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

2.8 แผนการจำหน่าย (Discharge plan) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเริ่มวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ เพื่อประเมินสภาพที่บ้าน โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน ซึ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม และเพื่อประสานนักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ราคาสูง การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาลเวชกรรมสังคม พร้อมทั้งการนัดมาพบแพทย์

6.1.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง พยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าอย่างครบถ้วนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล
- 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- 3) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์อย่างน้อย 5 ปี
- 4) มีประสบการณ์ในการสอนทางคลินิก

โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกคน ต้องผ่านการเตรียมตามขั้นตอนดังนี้

(1) เตรียมความรู้ทั่วไปในบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่

ก. การสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าของทีมสุขภาพ

ข. การสร้างความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

(2) เตรียมความรู้เฉพาะบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่

ก. การสร้างสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความสามารถในบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน บทบาทตัวแทน การมอบหมายงาน การทำงานเป็นทีม ความร่วมมือ และการเจรจาต่อรอง การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และการผสมผสานการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานจากการประชุมปรึกษา สรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

ค. จัดประชุมวิชาการประจำปีให้แก่ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อทบทวนความรู้เฉพาะทางในเรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ง. จัดให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับแพทย์หัวหน้าแผนกศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโดยผู้จัดการรายกรณี

6.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

6.3 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม หมายถึง ภาวะด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมและการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ในการวิจัยนี้ครอบคลุมในเรื่องดังนี้

6.3.1 การติดเชื้อ หมายถึง การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ๆ จนกระทั่ง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ประเมินได้จากอาการของผู้ป่วยทั้งหมดต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยมีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส
- 2) ลักษณะผิดปกติของสิ่งระบายที่ออกจากแผล
- 3) บริเวณตะโพกบวมแดง และเจ็บปวดมากเวลาเคลื่อนไหว

6.3.2 การเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียม หมายถึง ข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุดออกจากเบ้า พบได้มากตั้งแต่หลังผ่าตัดใหม่ๆ จนกระทั่ง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ประเมินการเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียมได้ดังนี้

- 1) จากการตรวจร่างกายพบว่า
 - (1) ผู้ป่วยปวดรอบตะโพกมาก และปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว
 - (2) กดเจ็บบริเวณตะโพกมาก
 - (3) บริเวณข้อตะโพกที่ทำผ่าตัดบวม คลำหวักระดุกได้บริเวณใต้

กล้ามเนื้อ gluteus maximus

(4) ขาข้างที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จะสั้นกว่าขาข้างที่ปกติและข้อตะโพกส่วนใหญ่จะเคลื่อนหลุดทางด้าน posterior ต้นขาจะอยู่ในท่าเฉพาะคือ งอ-หุบ-หมุนเข้าใน(flexion-adduction-internal rotation)

- 2) ถ่ายภาพรังสี พบว่าข้อตะโพกเทียมหลุดออกจากเบ้า
- 3) จากการวินิจฉัยของแพทย์

6.3.3 แผลกดทับ หมายถึง บริเวณที่มีการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อจากการขาดเลือด อันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานานๆ ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ระดับที่ 1 มีการอักเสบของผิวหนัง และเนื้อเยื่อต่างๆ มีการขยายตัวของหลอดเลือด และบวมจากการขาดเลือด อาการบวมแดง ร้อนและแข็งตัวขึ้นกว่าปกติ รู้สึกเจ็บ แผลจะแฉะ มีการหลุดลอกของหนังกำพริบ จมมองเห็นหนังแท้

ระดับ 2 จะมีการอักเสบมากขึ้น แผลขยายกว้างกินลึกถึงชั้นหนังแท้ ไปถึงรอยต่อของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แผลขอบชัด เนื่องจากเริ่มมี fibrosis และ pigmentation ส่วนรอบๆ มีลักษณะบวม แดง ร้อน

ระดับ 3 แผลกินลึกถึงชั้นใต้ผิวหนังอย่างกว้างขวางรวดเร็ว มีการติดเชื้อ มีการเน่าตายของชั้นไขมัน ผิวหนังบวม แดง ร้อนเป็นขอบแข็งมีวนเข้าใน แผลลึกถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง มีกลิ่นเหม็น มีการอักเสบติดเชื้อ และมีการตายของเนื้อเยื่อที่ฐานของแผล ขอบแผลจะคล้ำ แยกจากผิวหนังดีได้ชัดเจน

ระดับ 4 มีการติดเชื้อ และเน่าตายมากขึ้น แผลกินลึกผ่านชั้น deep fascia เข้าถึงกล้ามเนื้อ และกระดูก ทำให้มีการติดเชื้อกระดูกและข้อ

6.4 ค่าใช้จ่าย หมายถึง จำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย ค่าห้องค่าอาหาร อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา ยาและสารอาหารทางหลอดเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล ยานำไปใช้ต่อที่บ้าน เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา บริการโลหิต และส่วนประกอบของโลหิต ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ทำหัตถการและ บริการวิสัญญี ค่าบริการทางการพยาบาล บริการทางกายภาพบำบัด และเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งผู้วิจัย บันทึกจากเอกสารของหน่วยจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

6.5 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบของผู้ป่วยที่คอกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อบริการ ประเมินได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1975 อ้างถึงในจิราพร สิมากร, 2544) ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ 2) ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ 3) ความพึงพอใจด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ 5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ และ 6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยอื่นๆเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และจัดระบบบริการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพการณ์

7.2 ด้านบริการ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการทางการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ

7.3 ด้านวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเนื้อหาโดยครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. การหักของคอกระดูกต้นขา (Femoral neck fracture)
 - 1.1 การจำแนกชนิด
 - 1.2 การวินิจฉัย
 - 1.3 การรักษา
2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
 - 2.1 แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway)
 - 2.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager)
3. ผลจากการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
 - 3.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
 - 3.2 ภาวะแทรกซ้อน
 - 3.3 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 3.4 ค่าใช้จ่าย
 - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การหักของคอกระดูกต้นขา (Femoral neck fracture)

กระดูกข้อสะโพกหัก พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ถิ่นล้ม ถือเป็นกระดูกหักที่มีพยาธิสภาพคือ ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในปัจจุบันพบว่าอายุเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ทำให้อุบัติการณ์สูงขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีโอกาสทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้สูง ถือเป็นภาวะที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ, วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, พรชัย มูลพฤษย์, 2547)

1.1 การจำแนกชนิด

นิยมใช้การจัดแบ่งของ Garden โดยดูการเคลื่อนที่ไปของกระดูกหักจากภาพถ่ายรังสี ซึ่งสามารถบอกความรุนแรง วิธีการรักษา และพยากรณ์โรคได้

Garden I กระดูกหักไม่สมบูรณ์หรือกระดูกยุบ อาจเห็นรอยหักที่คอกระดูกบางส่วน หรือเส้นขาวที่ขอบบนของคอกระดูก (valgus impact)

Garden II กระดูกหักสมบูรณ์แต่ไม่เคลื่อนที่ (complete with non-displaced Fracture) เห็นรอยหักผ่าน cortex fracture

Garden III กระดูกหักเคลื่อนที่บางส่วน (partial displaced fracture)

Garden IV กระดูกหักเคลื่อนที่แยกจากกัน (total displaced fracture)

1.2 การวินิจฉัย

มักมีอายุระหว่าง 60-80 ปี มาด้วยประวัติล้ม หรือได้รับอุบัติเหตุไม่รุนแรง มีอาการปวดข้อตะโพกมาก เดินไม่ได้ เมื่อขยับข้อตะโพกผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก ขาจะสั้นกว่าขาข้างที่ปกติเล็กน้อย และปลายเท้าหมุนออก

การถ่ายภาพรังสี

ภาพถ่ายรังสีท่าตรงจะพบ Shenton line ขาด หรือหักทำมุม ส่วนผู้ป่วยมีอาการปวดไม่ชัดเจน เช่น incomplete หรือ impact (Garden I) มองเห็นไม่ชัดเจนในภาพถ่ายรังสี หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นใน 1-2 สัปดาห์ ควรถ่ายภาพรังสีซ้ำ หรือส่งตรวจพิเศษ bone scan หรือ MRI เพื่อการวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น

1.3 การรักษา

ปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่

1. หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวกระดูกต้นขาจากส่วนปลายเกือบทั้งหมด เมื่อกระดูกหักจะขาดเลือดไปเลี้ยงทั้งหมดได้

2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง

3. การจับยึดตรึงให้แข็งแรงทำได้ยาก เนื่องจากลักษณะกายวิภาคของคอกระดูกเอง และผู้ป่วยมักจะเป็นภาวะกระดูกพรุนด้วย

4. ตำแหน่งกระดูกหักอยู่ภายในข้อ ทำให้กระดูกติดซ้ำ

การดูแลเบื้องต้น

1. ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด

2. ดึงถ่วงน้ำหนักที่ขา (Buck traction) ไว้ชั่วคราวเพื่อลดอาการปวด และป้องกันการเคลื่อนของรอยหัก

วิธีการรักษา

ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายทั่วไปพร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ นิยมทำการผ่าตัด เนื่องจากสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าและให้ผลการรักษาที่ดีกว่า

1. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (hemiarthroplasty) เหมาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากใช้งานได้ที่หลังผ่าตัด และถ้าใช้งานไม่หนักจะสามารถใช้ได้ตลอดชีวิต
2. ผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หัก (open or closed reduction with internal fixation) เหมาะกับกระดูกหักชนิด Garden I หรือผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งกระดูกมีโอกาสดีได้ดี แต่ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกไม่ติด หรือหัวกระดูกตาย ผู้ป่วยจะต้องทำผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อเปลี่ยนเป็นข้อเทียม หรือเชื่อมข้อ (arthrodesis)

ข้อควรพิจารณาทำผ่าตัดใส่ hemiarthroplasty ในผู้ป่วยดังนี้ (เจริญ โชติกวนิชย์, ธวัช ประสาทฤทธา และบรรจง มไหสวริยะ, 2539)

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ปกติไม่ได้ทำงานหนัก
2. สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยไม่ค่อยสมบูรณ์
3. พบพยาธิสภาพที่หัวกระดูกต้นขาอยู่แล้ว
4. จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ลุกขึ้น เดินได้เร็ว
5. กระดูกหักและหัวกระดูกต้นขาเคลื่อนจากเบ้า โอกาสเกิด aseptic necrosis ของหัวกระดูก femur สูง
6. เมื่อได้รับการผ่าตัดโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ และตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น non union หรือ aseptic necrosis
7. ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและจิตใจ ไม่เหมาะสมกับการรักษาแบบทำการยึดตรึงภายใน เช่น โรคจิต โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการเคลื่อนไหวประเภท Parkinsonism, spasticity ของ cerebral palsy การเคลื่อนไหวเป็นไปได้น่ายาก มีความยุ่งยากในการสอนเดิน อาจทำให้โลหะที่ตรึงภายในหักก่อนกระดูกติดได้
8. ข้อตะโพกไม่มีการติดเชื้อ
9. เบ้า Acetabulum ดี รองรับหัวกระดูกเทียมได้

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager)

2.1 แผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า (Clinical pathway)

2.1.1 ความหมาย

แผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า เป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่ย่อรายละเอียดของแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมภายใน 1 แผ่นกระดาษ (Etheredge, 1986) เป็นเสมือนแผนที่ หรือแนวทางการประเมินในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Gilliano et al, 1991) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด (Zander, 1988)

แผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า เป็นแผนปฏิบัติงานที่แสดงถึงการประสานงานที่ดี เป็นคู่มือที่มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล สร้างคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Mckenzie et. al, 1989; Simmoms, 1992; Zander, 1988)

สรุป แผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า เป็นเครื่องมือการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันแก้ปัญหาและสานประโยชน์ในการดูแลรักษาให้แก่ผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย ตามลักษณะประเภทผู้ป่วย (Case Type) ซึ่งประกอบด้วย 1) รายการปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผลลัพธ์การรักษาคาดหวัง 2) เหตุการณ์สำคัญที่จะเกิดตามลำดับขั้นของแบบแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาที่กำหนดขึ้นเพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการให้การดูแลรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด

2.1.2 วัตถุประสงค์ของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า

- 1) เพื่อใช้เป็นแนวทางที่ทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมดในการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดช่วงเวลาของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
- 2) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ การปฏิบัติ การดูแลรักษาให้เป็นไปตามขั้นตอนและช่วงเวลาที่กำหนดในแผนการดูแลรักษาที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) เพื่อเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้มีการประสานกันระหว่างสาขาวิชาชีพ ลดการกระจายของการบริการและความซ้ำซ้อนของการบริการ และมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.1.3 ประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วยล้วงหน้า

ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- 2) ผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ครอบครัว/ญาติมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษา

3) สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วย ทราบถึงแผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาในการดูแลตลอดจนการปฏิบัติตนของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ละช่วงเวลา

ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ

- 1) ทีมสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนเข้าใจการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพของแต่ละสาขาในภาพรวม
 - 2) ทีมสุขภาพมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน สามารถประสานประโยชน์แหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3) ทำให้พยาบาลจบใหม่และนักศึกษาใหม่ลดความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีแผนการดูแลที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
 - 4) ผู้ปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจสามารถลดอัตราการย้ายและลาออกของบุคลากร
 - 5) ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการตลอดจนการวิจัย
- ประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรที่สาม/ผู้ซื้อบริการ**
- 1) เป็นแหล่งข้อมูล ตรวจสอบ ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

2) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาที่เหมาะสม(Cost effectiveness)

2.1.4 ส่วนประกอบของแผนการดูแลและแผนการประสานงานกับทีมสหสาขา

วิชาชีพ แผนการดูแลและแผนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นแผนที่สร้างขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะเป็นตัวช่วยควบคุมระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Cohen & Cesta, 1996, p.118) ดังนั้นส่วนประกอบของแผนการดูแลที่สร้างขึ้นมีดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้พร้อมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลในแต่ละวัน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลพร้อมกับการกำหนดแผนการจำหน่ายไว้ล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 เป็นการกำหนดกิจกรรมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ

- 1) การประเมินและให้คำปรึกษา (Assesment/Consult) คือ แนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล หรือระหว่างแพทย์กับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย

2) การทดสอบและเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Specimen & Test) คือ แนวทางการประสานงานในการเก็บส่งตรวจหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประสานงานของพยาบาลและการวินิจฉัยอาการของโรคเพื่อสนับสนุนการรักษาของแพทย์

3) การให้ยา (Medication) คือ แนวทางการประสานงานการรักษาด้วยยา ระหว่างแพทย์กับพยาบาล และระหว่างแพทย์กับเภสัชกร

4) การรักษาและการปฏิบัติ (Treatment & Intervention) คือ แนวทางการประสานงานการปฏิบัติการรักษาของแพทย์และพยาบาล โดยแสดงขั้นตอนการรักษาของแพทย์ที่ต่อเนื่องอย่างชัดเจน

5) โภชนาการ (Nutrition) คือ แนวทางในการประสานงานการดูแลเรื่องอาหารของผู้ป่วยกับโภชนาการ

6) กิจกรรมการป้องกันและความปลอดภัย (Safety & Activity) คือ แนวทางประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย ระหว่างแพทย์และพยาบาล การดูแลเรื่องความปลอดภัยและกิจกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละวันระหว่างพยาบาลกับพยาบาล

7) การให้ความรู้ (Health Education) คือ แนวทางการประสานงานการดูแลเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ระหว่างพยาบาลและนักรักษา หรือระหว่างพยาบาลกับพยาบาล

8) แผนการจำหน่าย (Discharge Plan) คือ แนวทางในการประเมินสภาพที่บ้าน สถานการณ์ด้านการเงิน เพื่อประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น พร้อมทั้งการนัดมาตรวจของแพทย์

2.1.5 การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นการจัดทำโดยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำขึ้นอยู่กับการต้องการของสถาบันนั้น ๆ

การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า มีขั้นตอน ดังนี้

1) เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า คือ

- (1) กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- (2) กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- (3) กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- (4) กลุ่มที่มีแบบแผนการรักษาที่มีความแตกต่างกันมาก
- (5) กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับ

ภาระค่าใช้จ่าย

(6) กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

2) จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพ ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นร่วมกันกำหนด แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3) กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิก ตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลา สำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

5) สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่นๆที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

6) การเขียน แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

(1) ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

(2) การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ

(3) การส่งตรวจต่างๆ

(4) รายการยาต่างๆ

(5) ชนิดของอาหาร

(6) กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

(7) ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

(8) การวางแผนการจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

7) การทบทวน แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นขั้นตอนที่นำ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้ามาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.2.1 ความหมาย

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมี แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ซึ่งสร้างโดยใช้ DRGs เป็นหลัก โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดูแลและปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนตลอดจนรับผิดชอบตรวจตราความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการความก้าวหน้าจะต้องสื่อสารให้ทุกคนในทีมสุขภาพทราบ เพื่อประเมินปัญหาและพยายามลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะปฏิบัติบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจและอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วย

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก ซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ดังนี้ (เรวดี ศิรินคร ชูวดี เกตุสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยงกูร, 2543; Deborah, 1995)

1. เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case management
2. เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วย และครอบครัวทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด
3. เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตาม และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ตลอดจนให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย เป็นผู้ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องผู้จัดการรายกรณีจะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้

5. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอภิปรายถึงแผนการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าอาจจะเกิดขึ้น ได้อย่างมีเหตุผล

6. เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการทำหน้าที่เป็นผู้สอนถ่ายทอดความรู้ และทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล ตลอดทั้งทำการประเมินว่าทีมการพยาบาลพร้อม และศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

7. เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในทางปฏิบัติมักจะประชุมสัปดาห์ละครั้ง และมี Case conference ทุกครั้งที่ผลลัพธ์เบี่ยงเบนไปจากแผน

8. เป็นผู้นำหน้าที่ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการกำกับติดตามนี้ ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรม คือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณี ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรม และผลลัพธ์ต่างๆเป็นไปตามที่กำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ Case manager จะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับ คือการบันทึก และการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผลลัพธ์ที่คาดหวัง และปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์ การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวน (Variance) ได้แก่ ความแตกต่างใดๆระหว่างที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวร แต่ละวันกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ในการติดตามความแปรปรวน ถ้าต้องมีการเก็บข้อมูลตรวจสอบเป็นระยะๆ ถ้าพบความแปรปรวน ต้องหาสาเหตุว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 สาเหตุ คือ

8.1 สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่ายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไป

8.2 สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้

8.3 สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา

หลังจากการตรวจพบความแปรปรวน การดำเนินการคือ ถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ปฏิบัติ ต้องได้รับการจัดการแก้ไขทันที ถ้าเกิดจากระบบต้องหาว่าจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ไขปัญหานั้นจะต้องแก้ทันที หรือ ไม่ก็ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้ทีมผู้ดูแลทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วย โดยมากมักใช้วิธีการเปลี่ยนวิธีการรักษา

9. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินคุณภาพดูแลรักษา การประเมินค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2.2.2 บทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ลี (Lee, 1998) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระบบ case management ว่ามี 5 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้จัดการ (case manager) จะทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน
2. บทบาททางคลินิก (clinician) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
3. บทบาทที่ปรึกษา (consultant) ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับคนในทีม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือในการรักษา
4. บทบาทผู้สอน (educator) อธิบายคำแนะนำในแผนการดูแลผู้ป่วย
5. บทบาทนักวิจัย (researcher) ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง (continuously monitors)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ที่มีบทบาทหลายด้านในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล Hussein Tahan ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Nursing Professional Practice Programs ของโรงพยาบาล Mount Simmai ในรัฐ New York (2001) ได้วิเคราะห์บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและได้จำแนกบทบาทไว้ 5 มิติ คือ

1. มิติทางคลินิก/การดูแลผู้ป่วย

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และทำการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอในด้านการงาน ด้านจิตสังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีม

สุขภาพ เพื่อปรับปรุงและตามเป้าหมายของแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และต้องควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลต้องแน่ใจในความถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการจำหน่ายและแผนการดูแลต้องคำนึงการตกลงใจหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนและปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Cohen & Cesta, 1993; Tahan, 1993; Taham and Cesta, 1995; Thompson et al., 1991; Zander, 1988; อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2545)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องติดตามให้การดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือในบางรายอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ต้องประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา (coping) ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ว่ากรณีใดก็ตามผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยจัดการให้มีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันที่เชี่ยวชาญโดยตรง และให้ความมั่นใจในการที่จะส่งต่อไปยังระดับที่เหมาะสมหรือเชี่ยวชาญขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องการ

2. มิติในการจัดการ หรือมิติภาวะผู้นำ

บทบาทเกี่ยวกับการจัดการ หมายถึง การรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในเรื่องการประสานงาน ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (Cohen & Cesta, 1993; Tahan, 1993) ในบางกรณีหน้าที่เหล่านี้ถูกกำหนดและติดตามทดสอบกระบวนการปฏิบัติ การรักษาการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวการเปลี่ยนแปลงงานการตกลงกับชุมชนในเรื่องการใช้ทรัพยากร การกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การได้มาซึ่งใบรับรองผลและสิทธิที่ได้รับจากองค์กรที่จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย (Cohen, Tahan & Fink, 1998) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแลทุกครั้งที่มีโอกาส โดยการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล การฟื้นฟู การฝึกวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ เกษตรกรรม โภชนาการ และงานรังสี หรือหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรบริการสุขภาพ ผู้ดูแลที่บ้าน พยาบาลประจำบ้าน และหน่วยบริการด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ

นอกจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา ประเมินความต้องการแพทย์ที่มีความสามารถ ถ้าพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยก็ต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญและเหมาะสมต่อไป

3. มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ

ในความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล และต้องสามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น ความล่าช้าของผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือปรับแผนการดูแลทันที เพื่อป้องกันการแปรปรวนที่จะเกิดมากขึ้น และเพื่อให้ได้ผลดีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลาด้วย

4. มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร

การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสาร เป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสมบูรณ์แบบ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับมาแล้ว บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ เพราะหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเน้นในด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน ข้อมูลข่าวสารจะรวมอยู่ในกิจกรรมเหล่านั้นเพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแล ผู้ป่วยและประสิทธิผลขององค์กร หรือเป็นการป้องกันการเกิดการแปรปรวนของแผนการดูแลได้

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีส่วนร่วมในการจัดการข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารหลาย ๆ ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ แนวคิดและการรายงาน เช่น ความแปรปรวนของข้อมูล ข้อมูลประกันคุณภาพ ข้อมูลการวิจัย ฯลฯ
2. การรายงานสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการบันทึกการจัดการดูแลผู้ป่วย การแปรปรวนของข้อมูล การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย การวิเคราะห์ความคุ้มค่า การปฏิเสธและการเรียกร้อง ระยะเวลาในการดูแล อัตราความถี่ของการอยู่โรงพยาบาล หรือกลับมารักษาใหม่

3. การติดต่อสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ การรายงาน การประชุมอภิปรายปัญหาผู้ป่วย การประชุมข้างเตียงผู้ป่วย การทบทวนการใช้เครื่องมือ การดูแล

4. การนำเสนอ ประชาพิจารณ์ ตีคประกาศ และการพิมพ์แจกจ่าย

5. บริการจัดทำผลสะท้อนกลับให้ทีมงานเพื่อการพัฒนา

6. การพัฒนาหรือการทบทวนนโยบายและการปฏิบัติ

7. แบ่งหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารของผู้ป่วยกับสมาชิกในทีม

8. การจัดหาเอกสารมาประกอบ

9. การได้รับการมอบอำนาจสำหรับการให้บริการจากองค์การในการจัดการดูแล และการรายงาน การทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ

5. มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า

การพัฒนาวิชาชีพและความก้าวหน้าเป็นสิ่งจำเป็นของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพซึ่งเป็นผลดีต่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะคงอยู่ในสถานะสมาชิกในองค์การ ซึ่งน่าจะถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่น ๆ ได้ และปรับปรุงสถานการณ์ภายใต้การมอบหมายของการบริการสุขภาพให้มีความก้าวหน้า และดำรงการเป็นสมาชิกสัมพันธ์ขององค์กรวิชาชีพ เช่น Case Management Society of America, America Nurse Association และมีการบริการจัดการพิเศษ ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายกับสมาคมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับวิชาการใหม่ ๆ ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการยอมรับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการฝึกปฏิบัติอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ

5. เสนอมาตรฐานการฝึกปฏิบัติทั้งในระดับปกติและระดับชาติ

6. พัฒนามาตรฐานการฝึกปฏิบัติ โดยเน้นประเด็นจริยธรรมหรือชี้นำพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีฝึกรวมเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจด้านจริยธรรม

7. ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากสังคมถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของชุมชนกลุ่มใหญ่

8. จัดทำเป็นนโยบายหรือจัดอบรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้แพร่หลายสู่สาธารณชน

2.2.3 รูปแบบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

เวย์แมน (Wayman, 1999) ได้กล่าวถึงการทำงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลว่ามีอยู่ 4 รูปแบบ ซึ่งการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับพิจารณาของโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้แก่ (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545)

1. Utilization
2. Insurance
3. Primary
4. Advanced practice

รูปแบบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่กล่าวมา มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. Utilization Nurse Case Manager (UNCM) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้จะผสมผสานบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดเน้น 3 ประการ คือ ค่ารักษา การจ่ายเงินของบริษัทประกัน และการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบดั้งเดิม

ในบทบาทนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องศึกษาประวัติและรายละเอียดผู้ป่วย (Chart review) เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วยและกำหนดการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่เริ่มรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งถูกจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยถูกรับไว้รักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะร่วมกับทีมผู้ดูแลจากสาขาวิชาชีพช่วยกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตลอดจนใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้

2. The Insurance Nurse Case Manager (INCM) รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบนี้เกิดจากมุมมองของผู้รับประกันสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งจะเน้นที่การใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์แก่บริษัทประกัน ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาการรักษาที่ยาวนาน และใช้ทรัพยากรมาก INCM ต้องติดต่อกับหน่วยงานและเครือข่ายอื่น ๆ ภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายบ่อยครั้งที่ INCM ทำหน้าที่เป็นคนกลางติดต่อระหว่างโรงพยาบาลและ HMO

นอกจากนั้นบทบาทของ INCM ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ต้องติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการสุขภาพในชุมชน INCM จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในการช่วยผู้ป่วยให้รู้จักระบบการดูแลและเชื่อมต่อบริการที่จำเป็นเมื่อถูกจำหน่ายเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยังช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3. The Primary Nurse Case Manager Model (PNCM) เป็นรูปแบบที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีความสามารถทางเทคนิคสูง มีทักษะและประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง PNCM จะประสานความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเล็ก ๆ ของคนจากสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบนี้ PNCM จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชม. โดยมีพยาบาลอื่น ๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อ PNCM ไม่ขึ้นเวร รูปแบบนี้ท้าทายให้ PNCM ต้องจัดการกับเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดี

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางการดูแลเหมือนรูปแบบอื่น ๆ แต่สิ่งที่มีเด่นชัดกว่ารูปแบบอื่นคือ การสร้างสัมพันธภาพที่มีบทบาทสูงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีมากกว่ารูปแบบอื่น

4. Advanced Practice Nursing Case Manager (APNCM) แม้ว่าบทบาทของ APNCM ยังไม่ได้รับการจัดกลุ่มจาก American Nurses Association ว่าเป็นบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่มาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความสอดคล้องเป็นอย่างยิ่งกับการปฏิบัติงานของ APNCM ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้อาจอยู่ในหอผู้ป่วยหรือแผนกผู้ป่วยนอก ทำการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยว่าใครจะได้ประโยชน์จากการจัดการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

APNCM จะเป็นผู้สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพและประสานการดูแลที่วางแผนไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการตาม Clinical pathway ที่สร้างขึ้นให้เหมาะกับผู้ป่วยและทำการประเมินความแปรปรวนของ Clinical pathway พร้อมกับปรับแผนให้เหมาะสม เช่นเดียวกับการใช้ ของรูปแบบอื่น ๆ ทั้งนี้ APNCM จะครองบทบาทผู้นำโดยอัตโนมัติในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลและนักวิเคราะห์ APNCM จะรับผิดชอบโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีเรื่องที่ต้องการการตัดสินใจ

บทบาทของ APNCM ในการสร้างโปรแกรมที่ใช้ในการสนับสนุนการดูแลประชาชนและผู้เจ็บป่วยในชุมชนและเขตพื้นที่ต่าง ๆ กำลังมีมากขึ้นเรื่อย ๆ (Wayman, 1999) ผู้มาทำงานนี้ จำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ ทักษะผู้นำ และความผูกพันในวิชาชีพ เพื่อสามารถจะร่วมมือปฏิบัติงานกับแพทย์ คลินิกภายนอก HMO บริษัทประกันสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพได้

2.2.4 หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความรับผิดชอบในงานของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ละคนอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจุดเน้นของงาน เช่น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นองค์กรอิสระ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยหลากหลาย แต่โดยทั่วไปแล้วหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ (Powell, 2000)

1) การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย คือ การทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความมีอิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายกังวล สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและมีความชัดเจนในคุณค่าของตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดพลังอำนาจสามารถกระทำได้โดยช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลต่าง ๆ อย่างถูกต้อง และตรงตามความต้องการ

2) ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น คือ การที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

3) ผู้เชี่ยวชาญการคัดกรองผู้ป่วย คือ การที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ของผู้ป่วยรายกรณีตามข้อตกลงของสถาบันนั้นๆ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้รับผลประโยชน์สูงสุด

4) ผู้ประสานงานของแผนการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุด ซึ่งจะทำให้ระบบการทำงานราบรื่นให้ประโยชน์แก่ทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการประสานงานและทำให้เกิดความร่วมมือของทีมสุขภาพ เพื่อเกิดการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ การประสานงานการบริการนี้ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม การคุ้มครองของบริษัทประกันและอื่น ๆ

5) การประเมินและการประเมินซ้ำ ความต้องการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ละวัน แม้แต่ภายในแต่ละชั่วโมง การช่วยเหลือของด้านจิตสังคม ความต้องการของด้านจิตวิญญาณ และการประเมินใหม่อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และยังเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงหรือเมื่อมีสถานการณ์รุนแรงเกิดขึ้น

6) ผู้วางแผนจำหน่ายและผู้ประสานงานเมื่อแผนการดูแลเปลี่ยนแปลงวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ โรคที่เป็น การปฏิบัติตามที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมต่าง ๆ อาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น การวางแผนจำหน่ายนี้จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใส่ใจในความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกระยะ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เลวลง

7) ติดตามผลการรักษาตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องทำหน้าที่ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุกระยะ ไม่ว่าจะอยู่ในระยะวิกฤติในโรงพยาบาลหรือระยะพักฟื้นที่บ้าน ต้องสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้หรือไม่ ภาวะสุขภาพขณะนั้นอยู่ในระดับใด ประเมินได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับเพียงใด ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจในการจัดการดูแลหรือไม่ ผลของการรักษาที่พบเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด จะต้องปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือไม่ เหล่านี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องให้ความสนใจใส่ใจและติดตามอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นการปฏิบัติประจำและต้องเป็นไปด้วยสัมพันธภาพของความไว้วางใจที่ผู้ป่วยยอมรับได้ บางกรณีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอาจใช้โทรศัพท์ติดตามผลก็ได้ ถ้าพบปัญหาที่จะนำมาประชุมร่วมในทีมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

8) ผู้ตรวจสอบผลประโยชน์ที่ได้รับเป็นผู้ติดตามกระบวนการจัดการปริมาณการบริการที่ได้รับความรุนแรงของโรค ความจำเป็นในการใช้ยา และระดับการดูแลที่เหมาะสม ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ปกป้องไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความจำเป็น หรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เช่น การตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การให้ยาเกินขนาดจากแพทย์ฝึกหัด หรือคำสั่งการรักษาที่ต้องตรวจทดลองหลายอย่างไม่จำเป็นกับโรค หรืออาการผู้ป่วย หรือการให้ยา และสารน้ำทางเส้นเลือดนานเกินไป ซึ่งบางรายน่าจะเปลี่ยนมาเป็นยารับประทานได้ ในกรณีผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเข้าไปดูแผนการจำหน่ายด้วยว่าเหมาะสมและครอบคลุมหรือไม่ ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติหรือยัง หรือต้องให้คำแนะนำอะไรบ้างแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อพักฟื้นที่บ้าน เป็นหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องรับผิดชอบ โดยการประสานกับผู้ร่วมทีมสุขภาพโดยใช้แผนการดูแลของทีมสุขภาพ(Clinical pathway) เป็นแนวทางกำหนดถ้าเกิดข้อขัดแย้งขึ้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องสามารถจัดการข้อขัดแย้งเหล่านี้ได้อย่างทันท่วงที และมีศิลปะในการต่อรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากที่สุด

9) การให้ความรู้ด้านการประกันสุขภาพ/การได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสุขภาพ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลายแห่งต้องการให้มีการวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับหรือเสียประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ต้องประสานกับบริษัทกองทุนหรือองค์กรที่รับผิดชอบในการจ่ายเงินประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหน้าที่ติดต่อบริษัทประกันชีวิตหรือผู้จ่ายมาทำการตกลง โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในโรงพยาบาลอย่างละเอียดและครอบคลุมอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงกระบวนการจัดการและผลประโยชน์ที่ควรได้รับ ซึ่งอาจต่อเนื่องเป็นปีในรายผู้ป่วยวิกฤติและโรคเรื้อรัง

10) การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบางคนไม่เห็นด้วยกับความรับผิดชอบในหน้าที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมการได้ยากและไม่แน่นอน พยายามจะหลีกเลี่ยงหน้าที่นี้โดยให้เหตุผลว่า เป็นการยากที่จะเข้าใจถึงระบบและกรรมวิธีในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย แต่ในความเป็นจริงแล้ว บทบาทนี้สำคัญมากในกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถที่จะจัดการกับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าให้มีคุณภาพได้ สามารถที่จะประสานกับทีมสุขภาพ กำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาล กำหนดวันนอนในโรงพยาบาลและสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และแสดงถึงคุณภาพทางการพยาบาลในปี ค.ศ. 1996 องค์กรประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Health Insurance Association of America (HIAA)) รายงานว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละรายได้ถึง 30 เหรียญดอลลาร์ ดังนั้น คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องรับผิดชอบในหน้าที่นี้ต่อไป

2.2.5 ทักษะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความเชี่ยวชาญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบผลสำเร็จได้ และทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรประกอบด้วย (More and Mandell, 1997:50-88)

1) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ประกอบด้วย

(1) ทักษะการสื่อสาร (Communication) ผู้จัดการรายกรณีจะต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของตนให้ดี เพื่อที่จะสามารถติดต่อกับผู้รับบริการ หรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้นอกจากนี้ควรมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากหลายๆแห่ง และมีการจัดทำข้อมูลต่างๆ ได้อย่างกระชับ เข้าใจง่าย และนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

(2) ความมีไหวพริบและศิลปะการทูต (Tact and diplomacy) ผู้จัดการรายกรณีควรพัฒนาความมีไหวพริบในการติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง และในการค้นหาข้อมูลจากผู้รับบริการหรือครอบครัวของผู้รับบริการ ในขณะที่ศิลปะของนักการทูต จะช่วยให้การพัฒนาการสื่อสารทางบวก การประสานความสัมพันธ์และการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น

(3) ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness skills) ผู้จัดการรายกรณีควรมีพฤติกรรมที่กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม จริงใจ ตรงไปตรงมา ในการกำหนด

เป้าหมาย ปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ มีความรับผิดชอบสำหรับผลการกระทำที่ตามมา

(4) การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีการแบ่งปันความรู้และความคิดกัน เพื่อแผนการดูแลที่ครอบคลุม ผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ ซึ่งจะต้องมีทักษะในการส่งเสริมให้สมาชิกในทีมสนทนากันอย่างเปิดเผย เพื่อให้สมาชิกในทีมมั่นใจว่าการทำงานร่วมกันที่เกิดจากความมานะ อุทิศสาคะของสมาชิกในทีม นั้น ยังเป็นการทำงานร่วมกันของทีม

(5) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) ความสำเร็จของผู้เจรจาต่อรอง ประกอบด้วยความสามารถในการ โน้มน้าวผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ความยืดหยุ่น และทักษะการเจรจาต่อรอง

2) ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional skills) ประกอบด้วย

(1) การตลาดและเชื่อมโยงเครือข่าย (Marketing and networking) ผู้จัดการรายกรณีสามารถให้บริการได้อย่างอิสระ ดังนั้นควรมีความรู้เกี่ยวกับการขายและการตลาด การเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อการพัฒนาและคงไว้ถึงการติดต่อ และสัมพันธ์ภาพของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

(2) การสืบสวน (Investigation) สถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและหลากหลาย เมื่อมีข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจนเกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีควรพิจารณาใช้แนวทางหลายๆแนวทางในการสืบสวน แนวทางในการดำเนินการประกอบด้วย การให้ความสนใจในรายละเอียด การทำให้ข้อมูลกระจ่างชัด การให้คำแนะนำที่เหมาะสม และความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ทักษะความรู้พื้นฐาน (Knowledge base skills) ประกอบด้วย

(1) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ผู้จัดการรายกรณีควรมีการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวาง เช่น การติดตามกำกับ Clinical pathway ให้เป็นไปตามเป้าหมายแม้มีการเปลี่ยนแปลง (Variances) เกิดขึ้น

(2) การวิจัย (Research) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือความเป็นวิชาชีพ และพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

(3) การประเมิน (Assessment) ผู้จัดการรายกรณี ควรมีความสามารถในการประเมินที่ครอบคลุมปัญหา การประเมินควรใช้ความรู้ที่กว้างขวาง เก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง และใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี

4) ทักษะส่วนบุคคล (Personal skills) ประกอบด้วย

(1) การจัดองค์การและการบริหารเวลา (Organization and Time Management) การจัดสรรเวลาเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานการจัดการ ผู้จัดการผู้ช่วยควรมีการกำหนดเวลาการดำเนินงานที่แน่นอนระบุไว้อย่างชัดเจนในแผน และมีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมทั้งต้องทำหน้าที่บริหารจัดการ ควบคุมทีมคุณภาพให้ดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ภายในเวลาที่กำหนด เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญคือคุณภาพบริการ ในค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมภายในเวลาที่กำหนด

(2) การจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง เป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในทักษะการจัดองค์การและการบริหารเวลา การจัดลำดับความสำคัญควรคำนึงถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้จัดการผู้ช่วยที่ไม่สามารถอธิบายจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของงานได้อย่างชัดเจน จะไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังของงานต่างๆ ได้

(3) การมอบหมายงาน (Delegation) ในการบริหารจัดการ การมอบหมายงานให้บุคคลที่มีศักยภาพดำเนินงานตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล โดยให้ความไว้วางใจ ให้อิสระ สนับสนุนให้บุคคลสามารถชี้แจงการปฏิบัติงานต่างๆ ได้

(4) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) กระบวนการจัดการผู้ช่วยรายกรณีเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการด้วยวิธีการต่างๆ ผู้จัดการผู้ช่วยควรเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

(5) ความมีระเบียบวินัยในตนเอง (Self Discipline) ผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี เป็นผู้ที่ทำงานโดยอิสระและมีการปกครองตนเอง ดังนั้นความมีระเบียบวินัยในตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี ประสบความสำเร็จในการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงกำหนดโปรแกรมการดูแลผู้ช่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งประกอบด้วย

1. แผนการดูแลผู้ช่วยล่วงหน้า ซึ่งเป็นแผนการดูแลและแผนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสร้างขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามแนวคิดของ Cohen&Cesta, 1996 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ และกิจกรรม

การพยาบาลที่ให้พร้อมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลในแต่ละวัน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งการกำหนดแผนการจำหน่ายไว้ล่วงหน้า และส่วนที่ 2 กำหนดกิจกรรมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแล คือ การประเมินและให้คำปรึกษา การทดสอบและเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยา การรักษาและการปฏิบัติ โภชนาการ กิจกรรมการป้องกันและความปลอดภัย การให้ความรู้ และแผนการจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเห็นด้วย ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีส่วนสำคัญในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องปฏิบัติงานในเวรเช้า บ่าย ค่ำ ทำให้บางเวรไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของ เวย์แมน (Wayman, 1999) คือ รูปแบบ The Primary Nurse Case Manager Model (PNCM) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความสามารถทางเทคนิคสูง มีทักษะและประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รูปแบบนี้ PNCM จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลอื่นๆ ให้การดูแลเมื่อ PNCM ไม่ขึ้นเวร ซึ่งรูปแบบนี้ทำให้ PNCM ต้องจัดการกับเวลาให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นแนวทางการดูแล เหมือนรูปแบบอื่นๆ แต่สิ่งที่เด่นชัดกว่าคือการสร้างสัมพันธภาพที่มีบทบาทสูงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้บทบาท 5 มิติ ของ Taban, 2001 คือ มิติทางคลินิก/การดูแลผู้ป่วย มิติในการจัดการหรือมิติภาวะผู้นำ มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงินหรือมิติด้านธุรกิจ มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารหรือมิติการติดต่อสื่อสาร และมิติการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า ในการดูแลผู้ป่วยและการประสานในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นบทบาทที่ท้าทายและต้องอาศัยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งภายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ไว้ดังนี้คือ

2.1 รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.2 ทำหน้าที่ในการบันทึกประเมินแรกรับ วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการดูแลตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล จัดทำแผนการดูแลและแผนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง

2.3 ประสานงานและติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพทุกวันที่ยื่นปฏิบัติงาน ตามแผนกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ การรักษาทางด้านคลินิกทุกวัน พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข เมื่อพบปัญหาพร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ให้การดูแลในแต่ละช่วงเวลา ดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพบปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างขั้นตอนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย พร้อมทั้งประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

3. ผลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

3.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of Stay)

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542)

Lusis และคณะ (1993) กล่าวว่า จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษาและระบบการพยาบาล ที่ขาดประสิทธิภาพ (Jackson, 1989)

สุวรรณี มหาภานันท์ (2538) กล่าวว่า จำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนผู้อยู่รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือ การเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

สรุป จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of Stay) เป็นผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิผลและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง

3.2 ภาวะแทรกซ้อน

3.2.1 การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วินาทีแรกหลังผ่าตัด หรือหลังจากนั้นต่อมาอีกเป็นเดือน หรือปี เชื่อที่พบว่าเป็นสาเหตุและพบบ่อย คือ Staphylococcus ทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูง ปวด บวมแดง บริเวณตะโพก หากติดเชื้อรุนแรงมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเอาข้อตะโพกเทียมออก (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2539:383) เหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่ การแกะหรือดึงแผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอาการสับสน และขาดการระมัดระวังในการดูแลแผลผ่าตัด

3.2.2 ข้อตะโปกเคลื่อนหลุด มีสาเหตุจากข้อเทียมที่ใส่ยังไม่มีความมั่นคงเพียงพอ เมื่อพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าไม่เหมาะสม ทำให้ข้อตะโปกหุบเข้ามากเกินไป จึงเกิดการเคลื่อนหลุด (Guccione, 1996:823) เมื่อมีการหลุดของข้อตะโปกเกิดขึ้น การดูแลที่จำเป็น คือ รีบจัดให้ข้อตะโปกเข้าที่โดยเร็ว จัดท่านอนให้อยู่ในลักษณะขาเหยียด และกางตะโปกประมาณ 15-20 องศา นาน 1-3 สัปดาห์ และเข้า skin traction เพื่อให้ข้อตะโปกอยู่ในท่าที่ต้องการ บางรายต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไข (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2539:385)

3.2.3 แผลกดทับ เกิดจากแรงกดเฉพาะที่ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ และเกิดเป็นแผล เป็นสาเหตุให้ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการรักษามากขึ้น (Allman & Goode, 1992:229) เหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดแผลกดทับหลังผ่าตัด คือ ขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือนอนอยู่บนเตียงในท่าเดียวนานๆ เข้า เครื่องยึดตรึงขาหรือ traction และมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก หรืออาจเข้าใจผิดและกลัวข้อตะโปกหลุดเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2539:411)

3.3 ความพึงพอใจ

ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมาย ความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ

ดุษฎี ใหญ่เรื่องศรี (2541) ให้ความหมาย ความพึงพอใจคือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งหวัง หรือต้องการในเรื่องต่างๆ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจมีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

Aday and Andersen (อ้างถึงใน จิราพร สิมากร, 2544) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของพยาบาลเมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ จำนวน 4,966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 Aday and Andersen ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาล และ

ความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการซึ่งเป็นการประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่าประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมด 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
 - 1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base on getting to care)
2. ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งตามความต้องการ (Getting all needs at one place)
 - 2.2 ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
 - 2.3 มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)
3. ความพึงพอใจด้านอริยาสัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาสัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

กนกพร คุปตานนท์ (2539) สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลมีดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของ โรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาลและการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทางอธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมทางการพยาบาล ที่เน้นความสนใจ ความเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกผู้ป่วย การรับฟังปัญหาและความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลขณะที่อยู่โรงพยาบาล

4. สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

สรุปความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการหรือไม่ หากผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการไปแล้วก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการหมายถึงบริการที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ การรับรู้ของผู้ใช้บริการยังคงเกี่ยวข้องกับมนุษย์สัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร อธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ และความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ นอกจากการให้บริการอย่างมีคุณภาพแล้วในปัจจุบันต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วยจึงจะทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ จากการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม โดยมี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้มีคุณภาพบริการที่ดีและผู้ใช้บริการพึงพอใจ ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดของ Aday and Andersen (1975) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ การประสานบริการ อธยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ คุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ สอดคล้องกับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จึงนำกรอบแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

3.4 ค่าใช้จ่าย หรือต้นทุน (cost)

3.4.1 ความหมาย

ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2543) ได้กล่าวถึง ต้นทุน (cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต (final products หรือ outputs) หรือบริการซึ่งต้นทุนนี้จะไม่เท่ากับบริการ (charge) เพราะบริการในภาครัฐจะมีการอุดหนุนบางส่วนโดยรัฐ ดังนั้นค่าบริการมักจะต่ำกว่าต้นทุน แต่ในภาคเอกชนนั้นส่วนมากวัตถุประสงค์ของการให้บริการต้องการทำกำไร (profit) ดังนั้น ค่าบริการมักจะสูงกว่าต้นทุน

รวมพล สวนสี่ดา (2540) ค่าใช้จ่ายหรือบางครั้งเรียกว่า ต้นทุน (cost) ใน พรรคชนะของนักเศรษฐศาสตร์ คือทรัพยากรต่างๆที่นำมาใช้จ่ายใน โครงการต่างๆทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน

ในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นปัญหา สำคัญของประเทศเนื่องจากงบประมาณที่รัฐใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลสูงมาก ในการให้บริการ รักษาพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อให้การกระจายทรัพยากรทาง การแพทย์เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ส่วนการประเมินค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนในระดับเฉพาะ เช่นการให้บริการใน โรงพยาบาล การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรียกว่า การประเมิน เศรษฐศาสตร์คลินิก (Clinical economic evaluation) (จริยา เลิศอรธมยมณี และคณะ 2542)

แนวคิดในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์คลินิก มี ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนดีขึ้น เนื่องจากมีการนำข้อดีข้อเสียของการรักษาที่มีผล หลายๆด้านมาพิจารณา ไม่ได้มุ่งแต่ผลการรักษาว่าหายหรือตายอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงอาการ แทรกซ้อน ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และต้นทุนการรักษาด้วย ส่วนผลการดูแลผู้ป่วยรายกลุ่มดีขึ้น เนื่องจากข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์คลินิกช่วยในการวางแผน งานและปรับปรุงงานให้ดีขึ้น มีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาหรือ เปรียบเทียบวิธีการรักษาพยาบาล ทำให้สามารถตัดสินใจได้ดีกว่า การจัดทำโครงการต่างๆมีความ ชัดเจนขึ้น โอกาสได้รับการสนับสนุนมีมากขึ้น

ข้อมูลที่ใช้ประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คือต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล โดยทั่วไปหมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน เป็น ทรัพยากรที่ต้องใช้ไปในกิจกรรมนั้นทั้งหมด เช่นค่าแรงบุคลากร ค่าลงทุนของอาคารหรือครุภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่ายา และค่าใช้จ่ายอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลเสียอื่นๆ

3.4.2 ประเภทของต้นทุนแบ่งเป็นชนิดต่างๆ คือ

1) ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (direct medical cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดจากคนไข้โดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเงินเดือนของ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นๆ

2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่ต้องเกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ (direct non-medical cost) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาคนไข้โดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจาก การเจ็บป่วยของคนไข้ และคนไข้ต้องเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภท นี้มักเป็นค่าใช้จ่ายที่คนไข้จ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการมา โรงพยาบาล ค่าที่พักของ ญาติที่มาพร้อมกับคนไข้ ค่าเลี้ยงดูลูกที่พ่อแม่ต้องมาตรวจ หรือเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นต้น

3) *ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost)* เป็นต้นทุนที่ไม่ได้เกิดจากการให้บริการโดยตรง แต่เป็นผลเนื่องจากการเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้คนต้องขาดงานคือเสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือผลของการเจ็บป่วยทำให้เกิดความพิการ ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง หรือความตาย (mortality) ซึ่งทำให้คนไข้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร อาจประเมินจากเงินเดือนที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียไป

4) *ต้นทุนที่ไม่มีตัวตน (intangibile cost)* เป็นค่าเสียหายที่ยากจะประเมิน เช่น ความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ความโศกเศร้าและเสียใจ ความกลัว ความว้าเหว่ ซึ่งผลดังกล่าวยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นตัวเงินได้

อุษาวดี อัครวิเศษ (2544) ได้จำแนกวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Inpatient hospital direct costs) ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่ายา ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ

2. ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา (Follow up direct costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจตามนัด การตรวจทางห้องทดลองต่างๆหรือค่ายา ขณะยังไม่ได้นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายสำหรับการเยี่ยมบ้าน

3. ค่าใช้จ่ายโดยอ้อม (Indirect costs) ได้แก่ภาวะที่ต้องสูญเสียรายได้จากการออกจากงาน หรือการสูญเสียทางเศรษฐกิจต่างๆ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและธุรกิจอันเป็นผลมาจากการเจ็บ

สำหรับค่าใช้จ่ายในส่วนที่ 2 และ 3 เป็นส่วนที่ถูกมองข้ามไป โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าควรนำมาคิดคำนวณเป็นค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลด้วย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2541) ได้จำแนกต้นทุนออกเป็น

1. ต้นทุนการลงทุน (Capital cost) มีลักษณะการลงทุนครั้งเดียวเป็นก้อน และจะเป็นต้นทุนที่คงที่ไม่แปรผันตามจำนวนผลผลิตหรือเรียกว่า Fixed cost เช่น ต้นทุนด้านยานพาหนะ เครื่องมือสิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

2. ต้นทุนดำเนินการ (Recurrent) เป็นต้นทุนที่จะแปรผันไปตามจำนวนผลผลิตไม่คงที่ (Variable cost) เช่นเงินเดือน ค่าแรงงาน ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าใช้สอยต่างๆ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาค่าใช้จ่ายโดยตรง และค่าใช้จ่ายคงที่เท่านั้น โดยจะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะค่าใช้จ่ายโดยตรงของผู้ป่วยที่เป็นตัวเงินเท่านั้น โดยไม่ศึกษาค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าแรงของผู้ให้บริการ ค่าเสื่อมราคา เนื่องจาก

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งได้รับงบประมาณด้านค่าจ้างเงินเดือนของบุคลากร ค่าก่อสร้าง หรือค่าวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นบริการที่ไม่มุ่งผลกำไรจากผู้ป่วย จึงไม่ได้นำค่าใช้จ่ายโดยอ้อมมาคิดด้วย แม้ว่าในทางหลักเศรษฐศาสตร์แล้วการคิดค่ารักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ต้องคิดค่าใช้จ่ายทางตรง และทางอ้อมด้วย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อตะโพกเทียม 1 ราย ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายต่างๆตามรายการค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดังนี้

1. ค่าห้อง/ค่าอาหาร
2. ภาวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา
3. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล
4. ยานำไปใช้ที่บ้าน
5. เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
6. บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
7. ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
8. ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
9. ทำหัตถการและบริการวิสัญญี
10. ค่าบริการทางการพยาบาล
11. บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราพร สิมากร (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอนความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน และทีมสหสาขา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 22 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน
2. จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงาน เป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยทำ การทดลองกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวง สาธารณสุข จำนวน 40 รูป แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 รูป ผลการศึกษาพบว่า

1. การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ที่ขาหนีบ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.2267 และ 3.3811 ตามลำดับ

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ของกลุ่มที่ ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่าของกลุ่ม เปรียบเทียบเท่ากับ 10,466.80 บาท และ 13,016.35 บาท ตามลำดับ

3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ของกลุ่มที่ ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ เท่ากับ 6.5 วัน และ 11.25 วันตามลำดับ

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึง พอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาล และการเกิดการแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาล และการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ ไตรภักตร์ (2544) ได้ศึกษาถึงการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยการทำการศึกษาใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการ

พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่รักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 30 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง
2. ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Leininger (1996) ได้ศึกษาถึงผลการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก โรงพยาบาลในรัฐ Pennsylvania สหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าใช้จ่ายลดลงถึง 6,000 ดอลลาร์ต่อราย
2. จำนวนวันนอนเฉลี่ยจาก 11 วัน เหลือ 6 วัน
3. บุคลากรมีความพึงพอใจร้อยละ 90 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

Ireson (1997) ศึกษาผลการใช้ Clinical pathway ต่อประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการทดลองในโรงพยาบาล St. Joseph ขนาด 450 เตียง ในรัฐ Kentucky สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อตะโพก จำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 64 คน โดยศึกษาถึงประสิทธิผล 3 ด้าน คือ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และคุณภาพการรักษา ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย และการผิปกติทางจิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้ Clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และกลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ Clinical pathway

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยใช้โปรแกรมการดูแลซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็น ผู้ประสานและติดตามกำกับดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ดีคือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง พ้นหายจากโรคโดยเร็ว ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายลดลง และผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อบริการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

Group	Pre-test	Experiment	Post test
E	-	X	O ₁
C	-	-	O ₂

X = โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

C = ในกลุ่มควบคุม

E = ในกลุ่มทดลอง

O₁ = การเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนในกลุ่มทดลอง

O₂ = การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกคอของกระดูกต้นขาหัก และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

1. แพทย์ตัดสินใจให้ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้

2. ญาติไม่ยินยอมให้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและ ศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระยะเวลา 1 ปีก่อนการใช้โปรแกรม (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 - 31 ธันวาคม 2549) เป็นกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เป็นกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีเพศเดียวกัน การผ่าตัดชนิดเดียวกัน และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าคอของกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนการพัฒนา ดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมและบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. กำหนดโครงสร้างของโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งเป็นผู้จัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาในโรงพยาบาล และประสานงานในการส่งต่อทีมสุขภาพของชุมชน

3. กำหนดเนื้อหาในองค์ประกอบแต่ละส่วน (รายละเอียดตามภาคผนวก)

4. นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะ

ทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 3 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. เพื่อให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้จัดการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวน 5 คน พยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 คน วิทยุพยาบาล 1 คน พยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน รวม 17 คน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้ได้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความเห็นพ้องและยอมรับในการนำไปใช้

6. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมที่พัฒนาแล้วไปนำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอความร่วมมือในการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมกับผู้ป่วย จำนวน 3 ราย

ผลที่ได้จากการทดลองใช้ในขั้นต้นพบว่า

6.1 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจถึงวิธีใช้แผนการดูแล รวมถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงแก้ไขและชี้แจงทำความเข้าใจใหม่อีกครั้ง

6.2 ปรับกิจกรรมในแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมบางส่วนดังต่อไปนี้

6.2.1 หัวข้อ Nutrition ของวันที่ 1-5 ซึ่งเดิมกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับอาหารธรรมดาเพียงอย่างเดียว ได้ปรับให้ผู้ป่วยได้รับอาหารธรรมดาหรืออาหารเฉพาะโรค ก็ได้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.2 หัวข้อ Health วันที่ 6-7 ซึ่งกำหนดให้เป็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลวิสัญญี มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) ระบุให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องอธิบายวิธีการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด/สภาพห้องผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทุกราย เดิมเป็นกิจกรรมที่อาจมีหรือไม่มีก็ได้

2) พยาบาลวิสัญญีซึ่งเดิมกำหนดให้อธิบายวิธีการเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างกว้าง ๆ จึงปรับปรุงให้มีการบันทึกชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกในแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดใดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.3 หัวข้อ Assessment มีการปรับปรุงดังนี้

- 1) วันที่ 7 ซึ่งเป็นกิจกรรมในห้องผ่าตัด กำหนดให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ตรวจสอบชื่อ สกุล HN. ไบอินยอมผ่าตัด ป้ายข้อมือ ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด X-ray Lab EKG สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การสูญเสียเลือดในผู้ป่วยทุกราย
- 2) Post -op (day 7) ซึ่งเป็นกิจกรรมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กำหนดให้ ต้องสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะและจำนวนปัสสาวะที่ขับออกทุกราย
- 3) วันจำหน่าย (Day 13) กำหนดให้ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยเครื่องพยุงได้หรือไม่ อาจขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.4 หัวข้อ Activity มีการปรับปรุงดังนี้

- 1) วันที่ 7 (Post-op day 7) เดิมกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับ Spinal block นอนราบ 6-8 ชั่วโมง ปรับปรุงเป็น 2 กรณี คือ นอนราบ หรือ หุ่นหมอน ก็ได้ ขึ้นอยู่กับขาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ โดยวิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา
- 2) วันที่ 2-5 หลังผ่าตัดซึ่งเดิมกำหนดให้ส่งกายภาพบำบัดทุกราย มีการปรับปรุงให้ส่งกายภาพบำบัด หรือ ยังไม่ส่งกายภาพบำบัดก็ได้โดยพิจารณาตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.5 หัวข้อ Medication มีการปรับปรุงคือ เดิมกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาบำรุง เช่น แคลเซียมทุกราย มีการปรับปรุงให้มีการให้ยาบำรุงหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

7. การเตรียมพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้วิจัยเลือกพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในรูปแบบ The Primary Nurse Case Manager (PNCM) เพื่อให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งอยู่ในภาวะขาดพยาบาลในการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบนี้ PNCM จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลอื่นๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อ PNCM ไม่ขึ้นเวร รูปแบบนี้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องมีความสามารถทางเทคนิคสูง มีทักษะและประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จะประสานความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆ ของตนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งควบคุมกำกับให้การดูแลเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้นต้องมีบทบาทในการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันแก้ไขโดย

7.1 กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

วุฒิการศึกษาพื้นฐาน	: สำเร็จปริญญาตรีทางการพยาบาล
การศึกษาเพิ่มเติม	: ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาศัลยกรรมอโรปีดิกส์
ประสบการณ์	: มีประสบการณ์เฉพาะในคลินิกอย่างน้อย 5 ปี และมีประสบการณ์ในการสอนทางคลินิก

หลังจากกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้พยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจำนวน 4 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง 2 ราย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 2 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยเตรียมความพร้อมแก่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดังนี้

7.1.1 จัดอบรมพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยหัวหน้างานผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งผ่านการอบรมและเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดย กำหนดเนื้อหาพร้อมกับผู้วิจัยคือ

- 1) แผนการดูแลผู้ป่วยล่งหน้า
- 2) บทบาทและทักษะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 3) การสร้างสัมพันธภาพและการทำงานเป็นทีม
- 4) ทักษะการเจรจาต่อรอง การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ
- 5) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและการวางแผนจำหน่าย
- 6) การบริหารระบบการเงิน

7.2 กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

7.2.1 รับผิดชอบการวางแผน การประสานงานและการเฝ้าระวังติดตามการดูแลของทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆในแต่ละวัน

7.2.2 รับผิดชอบในการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และจัดการให้มีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้มีการทำงานตามมาตรฐาน เพื่อให้ผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวังในระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

7.2.3 รับผิดชอบตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ส่วนที่เบี่ยงเบนไปจากแผนที่กำหนดไว้ซึ่งได้แก่ อะไรคือกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนและสาเหตุ และอะไรคือผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ในแต่ละช่วงเวลา/วันและสาเหตุ เพื่อใช้ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.3 ขอบเขตของการปฏิบัติงาน

7.3.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องสร้างเครือข่ายในการทำงานเพื่อประสานความร่วมมือกับแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

7.3.2 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องทำงานร่วมกับแพทย์และสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆในการดูแลผู้ป่วย

7.4 การปฏิบัติงานด้านคลินิก

7.4.1 ผู้ป่วยรับใหม่ตามที่ได้รับมอบหมาย ประเมินปัญหาและความต้องการ

7.4.2 ประสานงานกับแพทย์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการประเมิน กำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยตามปัญหา ความต้องการและตามการเจ็บป่วย

7.4.3 คาดการณ์เกี่ยวกับ DRGs ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

7.4.4 รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาทางช่วยเหลือ แก้ไข ตลอดระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล

7.4.5 ช่วยเหลือและร่วมมือกับทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล

7.4.6 เฝ้าระวัง ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและสื่อสารข้อมูลเพื่อประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

7.4.7 ทบทวนแผนการดูแล ร่วมกับผู้ให้การดูแล ประเมินผลลัพธ์และริเริ่ม หรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย

7.4.8 กำหนดเกณฑ์หรือแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และกำหนดคำสั่งทางการแพทย์ เพื่อดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

7.4.9 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกรายงานการเฝ้าระวังและบันทึกทางการแพทย์ และตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติตามมาตรฐานจากบันทึกดังกล่าว

7.4.10 ประเมินผลการดูแลตามมาตรฐานการปฏิบัติ นโยบายและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

7.4.11 ประเมินการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

7.4.12 เลือกใช้แผนการดูแล หรือริเริ่มวางแผนการพยาบาล และประสานงานการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.5 กำหนดบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

7.5.1 ด้านคลินิก

- 1) รับผู้ป่วยใหม่ ประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- 2) วางแผนการดูแลโดยใช้ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
เปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
- 3) ค้นหาปัญหา/สิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากแผนการดูแล
- 4) นิเทศ กำกับ และสอนงานการดูแลแก่ทีมพยาบาล
- 5) จัดการให้มีการดูแลต่อเนื่อง
- 6) เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน
- 7) ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสม
- 8) ประสานงานกับทีมสุขภาพในการแก้ไขปัญหา
- 9) เริ่มการวางแผนจำหน่ายโดยเร็ว

7.5.2 ด้านการจัดการ

- 1) ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะสื่อกลางในการเชื่อมโยง/สื่อสารภายในทีมสหสาขา
วิชาชีพ
- 2) เอื้ออำนวยให้เกิดผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลา
- 3) ประเมินความพร้อมในการจำหน่าย
- 4) ทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
- 5) ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality

Improvement)

- 6) ดูแลให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนด

7.5.3 ด้านการเงินการคลัง

- 1) การดำเนินการเกี่ยวกับ DRGs, LOS และการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
- 2) ควบคุมการทำงานไม่ให้ซ้ำซ้อน หรือแยกส่วน
- 3) ควบคุมการจัดการด้านทรัพยากรต่างๆ
- 4) ป้องกันการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน โดยไม่จำเป็น
- 5) คาดการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน
- 6) คาดการณ์และควบคุมสิ่งที่เบี่ยงเบนต่างๆ
- 7) ค้นหาปัญหาเชิงระบบของโรงพยาบาล
- 8) ค้นหาปัญหาเชิงระบบของการพยาบาล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

1. แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ได้มาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพยอมรับและให้ความร่วมมือ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มีการกำหนดคุณสมบัติ หน้าที่ความรับผิดชอบ บทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์

ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบระหว่างทดลองใช้โปรแกรม

1. ในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และชาย ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน ให้ความสนใจและนำแผนการดูแลล่วงหน้าจากผู้วิจัยไปศึกษาเพิ่มเติม ปฏิบัติตามแผนการดูแลล่วงหน้า อย่างเคร่งครัด ความแปรปรวนที่พบไม่รุนแรง และสามารถแก้ไขได้ เช่น ลืมเปิดแผลผ่าตัดตามวันที่กำหนดไว้ ความแปรปรวนที่เกิดจากบุคลากรลืมสั่งให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก เมื่อพยาบาลมาถึงขณะแพทย์มาทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นนอกเวลาราชการ และเมื่อทีมเริ่มคุ้นเคยและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น แพทย์ พยาบาล จะช่วยเหลือกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน หากกิจกรรมเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาลก็ปฏิบัติได้ทันที เช่น การถอดสายสวนปัสสาวะออก การหยุดให้น้ำเกลือ สามารถให้การดูแลรักษาตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานเป็นทีมกันมากขึ้น สัมพันธภาพในทีมดีขึ้น คือ นอกจากจะมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลทุกวันแล้ว มีการ Conference ร่วมกันในการประชุม PCT ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงานและกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วยให้อภิปรายร่วมกัน

2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเพิ่มเติมจากเอกสารตำรา ที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้ และปรึกษาผู้วิจัยเป็นระยะๆ ส่วนด้านทักษะการบริหารจัดการ การติดต่อประสานงานนั้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถทำได้ดี เนื่องจากมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ ติดต่อประสานงานที่อยู่แล้วและมีตำแหน่งเป็นกรรมการในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยัง พบว่าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในการจัดการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรม ถึงแม้ว่าทีมจะมีแผนการดูแลร่วมกันอยู่แล้วก็ตาม

ถ้าผู้ป่วยรายใดไม่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาทำหน้าที่กำกับติดตาม ประสานงานให้ผลลัพธ์ที่ได้จะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และทักษะที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้นั้นคือ ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการติดต่อประสานงาน

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อบุคลากรทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่างละเอียดเป็นระยะๆ และรู้สึกพึงพอใจที่พยาบาลเข้าไปเยี่ยมบ่อยๆ ให้โอกาสซักถามปัญหาต่างๆ และถึงแม้ทีมสหสาขาวิชาชีพจะให้ข้อมูลตามแผนที่วางไว้ทุกวัน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้สรุปผลการทดลองโดยจัดประชุมและรายงานต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้ข้อสรุปว่าโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการและโรงพยาบาล และเห็นพ้องกันว่าจะนำไปขยายผลในกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ และเล็งเห็นโอกาสพัฒนาว่าสามารถปรับปรุง แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจะมุ่งเน้นที่การลดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์ หรือค่าข้อตะโพกเทียม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้บันทึก ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถิติในการรักษาพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบและแบบเลือกเติม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อบริเวณข้อตะโพกเทียม และการเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียม โดยการบันทึกว่าเกิดหรือไม่เกิด

2. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์มใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของหน่วยจัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 11 รายการ ได้แก่ ค่าห้อง/ค่าอาหาร อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล ยาที่นำไปใช้ต่อบ้าน เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา บริการ โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และพยาธิวิทยา ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ทำหัตถการและบริการวิสัญญี ค่าบริการทางการแพทย์ บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู

3. แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบันทึกปัญหาและอุปสรรค และการแก้ปัญหาในการใช้โปรแกรมในลักษณะของการบรรยาย เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลในการปรับปรุงโปรแกรม

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการรักษาพยาบาลภายใต้โปรแกรม การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของ จิราพร สิมากร 2544 ซึ่งสร้างตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอเซน (Aday & Andersen, 1975) สอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกที่รับจากการบริการ ด้านการประสานงานของการบริการ ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

ข้อคำถามมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงทั้งหมด
 คะแนน 4 เห็นด้วย หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนใหญ่
 คะแนน 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริง

คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนน้อย
 คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลย

การแปรผลคะแนนที่ได้จากการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ให้ความหมายโดยใช้หลักการแปรผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยมาก

4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมองค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียม จำนวน 20 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียมที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา 2 ราย โรงพยาบาลพัทลุง 10 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 8 ราย นำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินโครงการวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

3. จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย และบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ก่อนจะเริ่มใช้โปรแกรม

4. จัดประชุมพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง เพื่อชี้แจงก่อนการใช้โปรแกรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 มีนาคม 2551 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียมไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก/อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พยาบาลประจำห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จะเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) ซึ่งเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่กำหนดไว้ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ประวัติการใช้ยา ประวัติโรคร่วม

2. เมื่อแพทย์รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและศัลยกรรมกระดูกชาย จะประเมินสภาพและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่กำหนดไว้

3. มอบหมายพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้เป็นผู้ดูแลประจำสำหรับผู้ป่วยรายนั้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรับผิดชอบการดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายโดยทำหน้าที่ในการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าอย่างสมบูรณ์

4. ในกรณีที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรใด ๆ พยาบาลวิชาชีพจะรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ในแต่ละเวร ภายใต้การดูแลกำกับของหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากความสามารถของพยาบาลปฏิบัติการแต่ละคนมีความสามารถไม่เท่าเทียมกันและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะคอยกำกับติดตามอีกครั้ง เมื่อขึ้นปฏิบัติงาน

5. เมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขและดำเนินการตามแนวทางนั้น พร้อมคอยกำกับติดตามและประเมินซ้ำ

6. เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้จำหน่าย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมิน และสรุปผลการดูแลรักษา

7. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประเมินผลระยะสิ้นสุดของการทดลอง โดยเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

7.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

7.2 ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาลตามแบบบันทึก

7.3 ค่าใช้จ่าย

7.4 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

4.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยใช้สถิติ Independent t- test

4.4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่าย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยใช้สถิติ Mann Whitney u

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 4.1)
- ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (ตารางที่ 4.2)
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (ตารางที่ 4.3)
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (ตารางที่ 4.4)
- ส่วนที่ 5 ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (ตารางที่ 4.5, 4.6)

มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าคอของกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และศัลยกรรมกระดูกชาย จำนวน 28 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร จำนวน 14 ราย และกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จำนวน 14 ราย ซึ่งสามารถแสดงเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามกิจวัตรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิบัตรการรักษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับการดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการ	Fisher's Exact Test
	ตามกิจวัตร (N = 14)	ใช้โปรแกรม (N = 14)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	(P-value)
อายุ (ปี)			.884
60-69 ปี	2(14.29)	3(21.43)	
70-79 ปี	6(42.86)	4(28.57)	
80-89 ปี	5(35.71)	6(42.86)	
> 89 ปี	1(7.14)	1(7.14)	
	$(\bar{X} = 79.43, SD = 8.32)$ $(\bar{X} = 78, SD = 9.07)$		
เพศ			1.000
ชาย	1(7.14)	1(7.14)	
หญิง	13(92.86)	13(92.86)	
ระดับการศึกษา			.236
ไม่ได้รับการศึกษา	3(21.42)	6(42.86)	
ประถมศึกษา	11(78.57)	8(57.14)	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามกิจวัตร (N = 14)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดย การใช้โปรแกรม (N = 14)	Fisher's Exact Test
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	P-value
สถานภาพสมรส			.593
โสด	0	2(14.29)	
สมรส	14(100)	12(85.71)	
อาชีพ			1.000
งานบ้าน	13(92.86)	12(85.71)	
มีอาชีพ	1(7.14)	2(14.29)	
รายได้ (บาท)	($\bar{X} = 571.43, SD=1222.50$)	($\bar{X} = 428.57, SD=1157.87$)	
ไม่มีรายได้	11(82.1)	12(85.1)	.753
2,000	2(10.7)	1(7.1)	
4,000	1(7.1)	1(7.1)	
สิทธิบัตรการรักษา			
บัตรประกันสุขภาพ	13(92.86)	13(92.86)	1.000
บัญชีต้นสังกัด	1(7.14)	1(7.14)	

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย คอของกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาอยู่ระหว่างอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.71 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาอยู่ระหว่างอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.57 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.86

ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.57 และ 57.14 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.42 และ 42.86

สถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมส่วนมากสมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 100 และ 85.71

อาชีพ ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย เปลี่ยนข้อศอกเทียม ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 92.86 และ 85.71 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย

รายได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อศอกเทียม ส่วนใหญ่จึงไม่มีรายได้เป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 82.1 และ 85.1

ส่วนสิทธิบัตรการรักษาพยาบาลนั้นส่วนใหญ่จะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 92.86 รองลงมาคือสิทธิเบิกการรักษาพยาบาลของส่วนราชการ คิดเป็นร้อยละ 7.14

อาชีพ รายได้และสิทธิบัตร พบว่าจากการทดสอบความสัมพันธ์ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน $P > .05$

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียม

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียม

	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร (N = 14)				กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการโปรแกรม (N = 14)				t	P-value
	Max	Min	\bar{X}	SD	Max	Min	\bar{X}	SD		
จำนวนวันนอน ในโรงพยาบาล	30	14	19.07	3.77	19	7	14.79	3.17	3.26	.001

* $p < .05$

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลพบว่าการกระจายเป็นโค้งปกติ (KS) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อศอกเทียม พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มที่

ได้รับการดูแลตามกิจวัตรมีจำนวนวันนอนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรม โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 19.07 วัน (SD 3.77) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 14.79 วัน (SD 3.17) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($P=.001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนครั้ง ร้อยละ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม การดูแล N = 14	Fisher's Exact Test
	N=14 จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	8 (57.1)	14 (100)	.008*
เกิดภาวะแทรกซ้อน	6 (42.9)	0 (0)	

ตารางที่ 4.3 จากการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.008$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

หมวดค่าใช้จ่าย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร (N = 14)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรม (N = 14)		mann-whitney u	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	1. เติง/ค่าอาหาร	3928.57	920.22	4435.71		
2. ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์การรักษา	13552.57	6786.09	17666.71	13591.49	68.00	.168
3. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือด	200.71	2611.78	1471.14	983.91	97.00	.963
4. ยานำไปใช้ที่บ้าน	166.43	622.72	564.79	428.39	20.50	.000**
5. เวชภัณฑ์ไม่ใส่ยา	351.64	400.41	456.57	324.65	69.00	.183
6. บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	375	459.829	1030.71	1220.34	60.00	.078
7. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2433.57	3108.05	1080	324.49	72.00	.232
8. ตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางรังสีวิทยา	609.29	427.22	486.43	291.14	96.50	.945
9. การตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
10. อุปกรณ์เครื่องใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	1280	2517.34	2881.07	4413.56	81.50	.426
11. ทำหัตถการและบริการวิสัญญี	8481.29	3495.36	8319.29	2637.77	91.00	.748
12. ค่าบริการทางการพยาบาล	8181.5	7954.62	3683.57	2569.63	64.00	.116
13. บริการทางทันตกรรม	-	-	-	-	-	-
14. ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู	7.86	29.4	-	-	91.00	.317

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

หมวดค่าใช้จ่าย	กลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามกิจวัตร (N = 14)		กลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยการใช้โปรแกรม (N = 14)		mann- whitney u	P- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	15. บริการฝังเข็ม/การบำบัด ของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ	-	-	-		
16. บริการอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา	-	-	-	-	-	-
รวม	41377.43	1905.231	42076.00	14400.39	87.00	.613

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลชุดนี้พบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ mann-whitney u

จากตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีค่าใช้จ่ายโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = 42076.00 บาท ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = 41377.43 บาท และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ($P = .613$) และพิจารณาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายรายหมวด พบว่า ในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกัน ($P > .05$) ยกเว้นหมวดที่ 4 ยาที่นำไปใช้ที่บ้านเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .000$)

ส่วนที่ 5 ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจรายด้านของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม (N=14)				
	MAX	MIN	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	3.70	4.90	4.29	.41	สูง
2. ด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ	3.40	4.80	4.21	.35	สูง
3. ด้านผลลัพธ์ของบริการ	3	5	4.38	.57	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่าความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ที่ระดับสูง โดยพบว่าด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านผลลัพธ์ของบริการ ($\bar{X}=4.38, SD=.57$)

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจรายข้อของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ข้อความ	คะแนนความพึงพอใจ หลังการใช้โปรแกรม (N = 14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ
ส่วนที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น			
1. การอธิบายเกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางรักษา	4.36	0.745	สูง
2. การบอกระเบียบต่าง ๆ ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล	4.29	0.726	สูง
3. คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด	4.14	0.663	สูง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อความ	คะแนนความพึงพอใจ หลังการใช้โปรแกรม (N = 14)		
	\bar{X}	SD	ระดับ
4. คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด	4.50	0.650	สูง
5. คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินหลังผ่าตัด	4.36	0.663	สูง
6. คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน หลังผ่าตัด	4.07	0.65	สูง
7. คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา	3.71	0.633	สูง
8. คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสม กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด	4.64	0.616	สูง
9. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.43	0.726	สูง
10. คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด	4.36	0.497	สูง
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมผู้ให้บริการ			
11. ความเป็นกันเอง	4.43	0.756	สูง
12. การให้โอกาสซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ	4.43	0.633	สูง
13. คำอธิบายมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.43	0.646	สูง
14. ความเร็วในการพูด	3.36	0.646	กลาง
15. การเอาใจใส่ช่วยเหลือด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว	4.43	0.514	สูง
ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของบริการ			
16. ความอบอุ่นมั่นใจในการรักษาพยาบาลเพราะได้รับกำลังใจ	4.36	0.497	สูง
17. การดูแลที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้หายเร็ว	4.57	0.646	สูง
18. ความสามารถในการทำกิจวัตรด้วยตนเองหลังผ่าตัด	4.21	0.699	สูง
19. ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลในภาพรวม	9.07	0.829	สูง

จากตารางที่ 4.6 ผู้ใช้บริการที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในรายชื่อ พบว่า ทุกข้อมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีคะแนนสูง 3 ลำดับแรก คือ 1) คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ($\bar{X} = 4.64, SD = .616$) 2) การดูแลที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำให้หายเร็ว ($\bar{X} = 4.57, SD = .646$) 3) คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ($\bar{X} = 4.50, SD = .650$) ยกเว้นพฤติกรรมบริการในเรื่อง ความเร็วในการพูด ผู้ใช้บริการพึงพอใจในระดับกลาง ($\bar{X} = 3.36, SD = .646$)

ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.07 ($SD = .829$)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายและ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย และ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1.2 สมมุติฐานการวิจัย

1.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จะมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.2.4 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในระดับสูง

1.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 31 มีนาคม 2551 จำนวน 14 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549- 31 ธันวาคม 2549 จำนวน 14 ราย เป็นกลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีเพศเดียวกัน การผ่าตัดชนิดเดียวกัน และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.4.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ประกอบด้วย

1) แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม สร้างขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช พิจารณาตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน พยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 คน วิทยุพยาบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน รวม 17 คน และเสนอผ่านหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน

2) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยกำหนดคุณสมบัติพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อย่างน้อย 5 ปี และได้รับการเตรียมตามขั้นตอนที่กำหนด

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้บันทึก

2) แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์มใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของหน่วยจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช แล้วนำไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคิดค่าใช้จ่าย

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการรักษาพยาบาลภายใต้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมของจิราพร สิมากร, 2544 ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Aday & Andersen (1975) จำนวน 19 ข้อ

โดยผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจึงนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 2 ราย โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 10 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 8 ราย แล้ววิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการเท่ากับ .90

1.5 ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1.5.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.26, p = .001$) โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร เฉลี่ย 19.07 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เฉลี่ย 14.79 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร(ตารางที่ 4.2)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.5.2 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.3)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เกิดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.5.3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน (ตารางที่ 4.4)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

1.5.4 ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ทั้งรายด้าน รายข้อ และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4.5, 4.6)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 คือผลการศึกษาระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมอยู่ในระดับสูง

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.79 วันและ 19.07 วันตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.2) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป้าหมายและระยะเวลาอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า จากแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันสร้างขึ้น จะมีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มมีการประสานงานและมีระบบที่ชัดเจนมากขึ้นทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพร้อม ดังนั้นเมื่อใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมจึงไม่พบการเลื่อนหรืองดผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความสามารถในบทบาทด้านการตัดสินใจทั้ง 4 บทบาทคือ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและบทบาทตัวแทน ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้รับการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมากขึ้นโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและการดูแลรักษาตามแผน และเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนประกอบกับผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติและเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงหลังใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Leininger (1996) พบว่าผลการใช้ clinical pathway ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จำนวนวันนอนเฉลี่ยจาก 11 วันเหลือ 6 วัน และการศึกษาของ Ireson (1997) พบว่า ผลการใช้ clinical pathway ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ clinical pathway และจากการศึกษาของ จิราพร สิมากร (2544) พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย (2543) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญ

สมมุติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย แผลกดทับ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และข้อตะโพกเคลื่อนหลุด หลังการทดลอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 ซึ่งในการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ในฐานะผู้ชำนาญทางคลินิก และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร (เรวดี ศิรินคร ยวดี เกตุสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร, 2543; Deborah, 1995) ในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันแก้ปัญหาได้ทันเวลาดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นส่งผลให้การควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยซึ่งในปัจจุบัน มิได้หมายถึงการประหยัดใช้ทรัพยากรที่เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งทำให้ต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดีที่สุด (รักดาว พวงทอง, 2540; Yaksic, Dewoody and Cambell, 1998)

สมมุติฐานที่ 3 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร

ผลการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนเงิน 41,377.43 บาท และ 42,076 บาท ตามลำดับ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน และเมื่อวิเคราะห์รายหมวด ค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม พบว่า ค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกัน ยกเว้นยาที่นำไปใช้ที่บ้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าใช้จ่ายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสูงขึ้น เนื่องจากอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเปลี่ยนแปลงค่าบริการ เช่น หมวดค่าเตียง/ค่าอาหาร จากเดิมคิดราคาวันละ 200 บาท เพิ่มเป็นวันละ 300 บาท ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม 698.57 บาท

สมมุติฐานที่ 4 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในระดับสูง

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการในภาพรวม รายด้านและรายข้อ หลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม อยู่ในระดับสูงตามสมมุติฐานที่ 4 ซึ่งเป็นไปตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เน้นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่องของการดูแล โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถทราบข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย ปัญหา การเปลี่ยนแปลง หรือความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตรวจเยี่ยมพูดคุยเพื่อประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อธิบายแผนและกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับให้ผู้ป่วยและญาติทราบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ให้บริการ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยนึกถึงสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลในการค้นหา ประเมิน

สภาพ การวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง กระบวนการตัดสินใจ การประสานงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการที่แสดงออกด้วยการสนใจฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้พูดคุยความต้องการและเสนอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ใช้บริการเอง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ใช้บริการคลายความวิตกกังวล ซึ่งสิ่งเหล่านี้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการได้อย่างชัดเจนกว่าที่ปฏิบัติในรูปแบบปกติ ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ได้รับความรู้ค่า และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Aday & Andersen (อ้างถึงในจิราพร สิมากร, 2544) พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 Aday&Andersen ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการซึ่งเป็นการประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่าประกอบด้วย ปัจจัยทั้งหมด 6 ด้าน คือความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ด้านการประสานบริการ ด้านอรรถศาสตร์และความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ด้านคุณภาพของบริการและด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านผลลัพธ์ของบริการ ซึ่งประกอบด้วยความอบอุ่นและความมั่นใจในการรักษาพยาบาล เพราะได้รับคำแนะนำและให้กำลังใจจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การดูแลที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ท่านหายเร็ว ความสามารถในการทำกิจวัตรด้วยตนเองหลังผ่าตัด ($\bar{X}=4.38$, $SD=.57$) ลำดับที่ 2 คือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ($\bar{X}=4.29$, $SD=.41$) ได้แก่ การอธิบายเกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะการบอกระเบียบต่างๆที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล เช่น การชำระค่าเกินสิทธิอุปกรณ์ราคาสูงซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับแนวคิดของโยเดอร์และแพทริเซีย (Yoder & Patricia, 1995) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติในทางบวก เห็นเด่นชัดจากความต้องการรับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องเกี่ยวข้อง จะช่วยลดความตึงเครียดให้ต่ำลงเพราะความตึงเครียดเป็นผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการด้านสังคม หรือเศรษฐกิจจะทำให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้นและความรู้สึกพึงพอใจมากขึ้นเมื่อสิ่งนั้นให้ประโยชน์ทางด้านวัตถุ จิตใจและสามารถตอบสนองความต้องการด้านพื้นฐานได้เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการต้องการทราบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อลดความเครียดหรือความวิตกกังวลเป็นผลให้ความพึงพอใจบริการอยู่ใน

ระดับสูงเนื่องจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติตลอดช่วงระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนลำดับที่ 3 คือ ด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ($\bar{X}=4.21$, $SD=.35$) แสดงว่าผู้ใช้บริการพึงพอใจในพฤติกรรมบริการอันเกิดจากการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมอยู่ในระดับสูง ดังนั้น เมื่อพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเองทำให้ผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ได้ว่ามีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน โดยให้ความเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจอธิบายชัดเจนเข้าใจง่าย เอาใจใส่ช่วยเหลือด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว จากพฤติกรรมการให้บริการทำให้ระดับความพึงพอใจบริการพยาบาลจึงอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของชานาญกู่เอี่ยม (2540) ที่สนับสนุนว่า พฤติกรรมบริการเป็นเรื่องสำคัญและสอดคล้องกับ Wendy, 1976 (อ้างถึงใน รองรัตน์ ประเสริฐสุข, 2542) พฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออกนั้นมีความหมายต่อผู้ป่วยและญาติไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง หรือความกระตือรือร้นในการให้บริการจะเป็นผลสะท้อนให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่แตกต่างกันได้

ระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ยกเว้นข้อที่เกี่ยวกับความเร็วในการพูด ซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้ให้บริการอยู่ในระดับกลาง สำหรับ 3 ลำดับแรกที่มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ลำดับแรกคือ คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ($\bar{X}=4.64$, $SD=.616$) ลำดับที่ 2 ความพึงพอใจในการดูแลที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ท่านหายเร็ว ($\bar{X}=4.57$, $SD=.646$) ลำดับที่ 3 คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ($\bar{X}=4.50$, $SD=.650$) แสดงว่าการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานการบริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้พูดคุยความต้องการ และมีการเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ใช้บริการเอง โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

ส่วนคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในลำดับสุดท้าย คือพฤติกรรมของผู้ให้บริการในเรื่องของความเร็วในการพูด ($\bar{X}=3.36$, $SD=.646$) เนื่องจากผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยสูงอายุ หูได้ยินไม่ค่อยชัด ประกอบกับเนื้อหาในการสอนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองมีค่อนข้างมากถึงแม้ว่าจะใช้คู่มือในการสอนแล้วก็ตาม ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มีความพึงพอใจในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมผู้ให้บริการ และผลลัพธ์บริการ โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลในภาพรวมซึ่งอยู่ในระดับสูง

ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบของ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม มาใช้ในผู้ป่วย Fracture Intertrochanteric of femur ซึ่งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมเช่นกัน และควรนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคอื่นที่มีการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วย Cervical spine injury เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3.1.2 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการในเรื่องความเร็วของการพูด ผู้ใช้บริการพึงพอใจในระดับกลาง จึงควรพัฒนารายละเอียดของเนื้อหาของกลุ่มสื่อสารในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสม

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คือทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน

3.2.2 ศึกษาในส่วนรายละเอียด ในเรื่องของ การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า, การพัฒนาพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ให้มีบันไดอาชีพที่แท้จริง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกพร คุปตานนท์ (2539) “ผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล : การศึกษาเฉพาะกรณี หอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จริยา เลิศอรรมณมณี, ประดิษฐ์ สมประกิจ และอุบลรัตน์ สันตวัตร 2542 งานวิจัยทางคลินิก กรุงเทพมหานคร ไพศาลการพิมพ์

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิราพร สิมากร 2544 “ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2542) ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ ประชาชนเคราะห์ รายงานการวิจัย (อัดสำเนา)

จุฬามณี คุณวุฒิ (2542) “ผลการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร” วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เจริญ โชติกวนิชย์, ธวัช ประสาทฤทธา และบรรจง มไหสวริยะ (2539) กระจุกหัก ข้อเสื่อมบริเวณตะโพก ในเจริญ โชติกวนิชย์ (บรรณาธิการ), กระจุกหัก ข้อเสื่อมในผู้ใหญ่ กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง

- ชำนาญ ภูเอี่ยม (2537) *การสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐ*
 อุดรดิษฐ์ ทีออฟเซ่ทอาร์ท
- คุณฎี ใหญ่เรืองศรี (2541) “คุณภาพบริการตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจใน
 บริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุอาพาธในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวง
 สาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการ
 บริหารโรงพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ประคอง วรรณสุด (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พรทิพย์ ไตรภักทร (2544) “การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดิน
 อาหาร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า” โครงการปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2543) หลักและการประยุกต์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สำหรับผู้บริหาร
 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- รวมผล สวนสีดา (2540) “ศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยตามกิจกรรมของสถานีนอนมาย จังหวัดอุดรธานี
 ปี 2538 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รองรัตน์ ประเสริฐสุข (2542) “การศึกษาเวลาและความพึงพอใจต่อการให้บริการพยาบาล
 ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รักดาว พวงทอง (2540) “ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ใน
 การให้บริการประชาชนที่มีบัตรประกันสุขภาพ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ (2546) การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร
 บุญศิริการพิมพ์
- เรวดี ศิรินคร, บุวดี เกตุสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร (2543)
*Case Management ในหนังสือประกอบการประชุม Nation Forum On Hospital
 Accreditation* วันที่ 23 – 25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ก
 กรุงเทพมหานคร J.S.การพิมพ์

- วรรณิ สัตยวิวัฒน์ (2539) การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพมหานคร
ไพศาลศิลป์การพิมพ์
- วิชาญ เกิดวิชัย (2547) “การบริหารคุณภาพในสถานพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา
การวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล หน่วยที่ 14
หน้า 210-211 นนทบุรี* สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ และคณะ (2547) ออร์โธปิดิกส์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
โฮลิสติกพับลิชชิง
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, อุษาวดี อัครวิเศษ(2545) การจัดการทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สำนักพิมพ์นิยมวิทยา
- วิภา ศรงค์พิสิฐกุล(2525) ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ
วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิริอร สีนรุ (2545) *การออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่อง : มิติใหม่ของการพยาบาลในหนังสือ
ประกอบการประชุมวิชาการ 60 ปี การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาล
หัวเดียว วันที่ 19 – 20 ธันวาคม 2545 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร
ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร*
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2541) การวัดต้นทุน เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการวัดต้นทุน
นักศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต หลักสูตรวิจัยและพัฒนาระบบ
สาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(สำเนา)
- สุวรรณิ มหาภายนันท์ (2538) “ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเรียมต่อความผาสุก
ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุษาวดี อัครวิเศษ การจัดการทางการพยาบาลต่อคุณภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่ง
ประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว
กรุงเทพมหานคร
- อารี ชิวเกษมสุข (2542) แนวทางการดูแลรักษา : ทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพ
การรักษาพยาบาล รามาริบัติพยาบาลสาร 5 (กันยายน- ธันวาคม)

- Brown, M. (1992). *Nursing management issues and ideals: Health care management review*
Maryland: An Aspen.
- Cohen, E.L., & Cesta, T.G. (1996). *Nursing case management from concept to evaluation*
St. Louis: Mosby.
- _____. (1996). *Nursing Case Management : From Essentials to Advanced
Practice Applications*. St. Louis: Mosby.
- Deborah, S.S. (1995). *Standards of practice for case management. Case Management
Society of America*. (January) : 5-24.
- Etheredge, M.L.S. (1989). *Collaborative care: Nursing case management*. Chicago: American
hospital.
- Gilliano, K.K. and Poirier, C.F. (1991) "Nursing case management: Critical pathways to
Desirable outcome" *Nursing Management* 2(3): 52-55.
- Ireson, C.L. (1997) "Critical Pathway : Effectiveness in achieving patient outcomes" *Journal Of
Nursing Administration* 27 (6) : 16-23.
- Jacovene, J.B. (1999) CNS. Facilitation of a cardiac surgery clinical path way program
Clinical Nurse Specialist 13.
- Lee, Diana T. F., et al. (1998) Case management : A review of the definitions and
practices. *Journal of Advances Nursing* . 27(5), 933-939.
- Luis, S.A., Hydo, B., & Clark, L. 1993. Nursing Assesment of Mental Status in the Elderly.
Geriatric Nursing 14(5):255-259.
- Mckenzie, C.B, Torkelson, N.G. and Holt, M.A. (1989). Care and cost: Nursing case
Management improve both. *Nursing Management* 20(10) : 26-42.
- More, P.K. and Mandell, S. (1997) *Nursing case management: An evolving practice*. New York:
Mc Graw-Hill.
- Nemeth, L. 1999. Leadership for coordinatted care : role of a project manager. *Critical Care
Nurse Quarterly* 2 (February).
- Rowland, H. S., & Rowland, B. L. (1997) *Nursing administration handbook*. (4 ed.).
Gaithersburg, MD: An Aspen Publication.

- Tahan, H. A. (2001). The role of the nurse case manger. In E. L. Cohen, & T. G. From essentials to advanced practice applications (3 ed.,pp.281-297).St.Louis, MI: Mosby.
- Tonges, M.C. (2001) Nurse case manager job characteristics and effect on well-being. In Yoder, W., & Patricia, S. (1995). *Leadership and managing in nursing* St. Louis USA: Mosby-year Book.
- Yaksic, J.R., Dewoody, S. and Cambell, S. (1998). Case management of chronic ventilator Patients reduce average length of stay and cost by half. Lippincott's Case Management 1: 2-10.
- Zander, K. (1988) "Nursing case management: strategic management of cost and quality Outcomes." *Journal of Nursing Administration* 18 (15) : 23-30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. อาจารย์ ดร. ราศรี ถิ่นะกุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. อาจารย์นายแพทย์ ไพศาล คำขำ
แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. อาจารย์ ชูติมา รักษ์บางแหลม
วิทยากร อาจารย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
4. อาจารย์ลดา พรหมพิทักษ์
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลพัทลุง

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

โดย

นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย

โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์
ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นายแพทย์เรืองเดช ไพบูลย์วรชาติ

คำนำ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเรื่อง "ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จัดทำขึ้นจากการค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา โดยได้รับความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดีจากพยาบาลทุกระดับ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse Case Manager) เป็นผู้ประสานและมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical path way) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง/ชาย พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ แพทย์/พยาบาลวิสัญญี นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร และเภสัชกร ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ซึ่ง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และแบบฟอร์มต่างๆ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมได้

สุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย
ผู้วิจัย

คำแนะนำในการใช้คู่มือ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจสาระ และแนวคิดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
2. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจเป้าหมายของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
3. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือสามารถใช้แบบฟอร์ม และเครื่องมือต่างๆ ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม เช่น Clinical pathway แบบประเมินความแปรปรวนแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม และแบบสังเกตและบันทึกการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวกับวิธีการปัญหาอุปสรรค

วิธีใช้คู่มือ

1. อ่านเนื้อหาในคู่มือทั้งหมดให้เข้าใจ ก่อนนำไปใช้
2. ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อต้องการความชัดเจน หรือมีข้อสงสัยเนื้อหาในคู่มือ
3. คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Clinical pathway) และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับ หรือตั้งแต่ก่อนรับเข้านอน ในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยังเน้นการจัดการ ใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ในแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

คำจำกัดความ

1. แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) หมายถึง เอกสารย่อๆที่แสดงถึง กิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมใน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมราช ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ซึ่ง คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ กำหนดระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจเพื่อการวินิจฉัย การตรวจพิเศษและการส่งปรึกษา รายการยา การดูแลแผล ผ่าตัด ชนิดอาหาร ระบบขับถ่าย กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติรวมทั้งการทำกายภาพบำบัด ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรในทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรมกระดูก, แพทย์อายุรกรรม วัสดุพยาธิวิทยา วัสดุพยาธิวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน นักสังคมสงเคราะห์

3. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการจัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ทั้งหมด ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและชาย จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประสานส่งต่อทีมสุขภาพชุมชน โดยทำหน้าที่ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาการวางแผน การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทีมพยาบาลในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงาน เป็นผู้กำกับ ติดตาม ควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และประเมินผลการดูแล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมในการดูแล

4. แนวทางการประสาน หมายถึง การประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และ

ทีมการพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย จากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ รวมทั้งประสานกับผู้ป่วย ญาติตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าคอกระดูกต้นขาหัก และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมตามเกณฑ์
2. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยทุกด้านทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด
3. อธิบายแผนการรักษาดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
4. เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่าย
5. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและต่อเนื่อง
6. ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาล
7. ติดตามประเมินความก้าวหน้าและผลการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้
8. ติดตาม ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน
9. ถ้าหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เป็นผู้บันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข
10. เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในกรณีที่เกิดความแปรปรวน
11. เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ
12. เป็นผู้ประสานถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล
13. สรุปผลการดูแล และประเมินผล

แพทย์เจ้าของไข้ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ตรวจสอบวินิจฉัยและให้การรักษาดำเนินทาง Clinical pathway ที่สร้างร่วมกัน
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ
3. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. ปรึกษาหารือ อภิปรายปัญหา และวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ปรึกษาหารือร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเรื่องการใช้ยาในประเด็นต่างๆ
2. เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องชนิดของยา ราคา ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย
3. ร่วมอภิปรายปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และความพร้อมของผู้ป่วย โดยบันทึกลงในแบบฟอร์ม Anesthesia Record
2. ตรวจสอบให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และผ่าตัด
3. ให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับการผ่าตัด และสภาพร่างกายของผู้ป่วย
4. ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
5. ดูแลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องฟื้นคืนและประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย
6. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วย/พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว
7. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึก โดยบันทึกลงในแบบฟอร์ม Anesthesia Record
8. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น

นักรายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. รับผิดชอบ และให้บริการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหา
2. สอนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกายภาพบำบัด

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก/อุบัติเหตุฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่

1. ชักประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย
2. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ และดำเนินการเตรียมผู้ป่วย เช่น ส่งตรวจ lab ต่างๆ X-ray ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือส่งปรึกษาแผนกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. ส่งตรวจสอบสิทธิบัตร หน่วยจัดเก็บรายได้
4. ประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย/พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเมื่อผู้ป่วยเข้าอน
โรงพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยคัดลยกรรมกระดูกหญิง, ชาย มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ชักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การปฐมนิเทศ และบันทึกลงในแบบฟอร์ม
การรับผู้ป่วย
2. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่งหน้า ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
(Clinical pathway)
4. ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับแพทย์ และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และเป็นผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้จัดการ
ผู้ป่วยรายกรณี หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. กรณีมีความแปรปรวน จะร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนว
ทางแก้ไข

พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัดคัดลยกรรมออร์โธปิดิกส์ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ตรวจเช็คตารางการผ่าตัด ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เรื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการ
ผ่าตัด เพื่อวางแผนในการเตรียมห้องผ่าตัด/เครื่องมือต่างๆ
2. ประสานกับบริษัทเพื่อสั่งซื้อตะ โปกเทียม ขนาดที่เหมาะสมจะใช้กับผู้ป่วย
3. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร การลงนาม ยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย
รายงานการเตรียมผ่าตัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย
5. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยในการเตรียม/ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วย รวมถึงการรับส่งผู้ป่วยด้วย
6. ดูแลเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย และลงรายละเอียดการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ครบถ้วน
7. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีที่เกิดความแปรปรวนขึ้น

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่

1. ชักประวัติ ประเมินสภาพจิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย
2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนเกินของราคาข้อตะโพกเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่งหน้า (Clinical pathway) ที่กำหนดไว้
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว แก่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น
5. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องเศรษฐกิจได้

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ได้แก่ การดูแลก่อนการผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่งหน้า (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

1. ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagnosis Related Groups (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย
2. แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
3. แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา
4. แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- 4.1 การประเมินสภาพ
- 4.2 การส่งตรวจ/วินิจฉัย
- 4.3 การรักษา
- 4.4 การให้ยา
- 4.5 การส่งปรึกษาแผนกอื่นๆ
- 4.6 กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย
- 4.7 อาหาร
- 4.8 การให้ความรู้ผู้ป่วย

ความแปรปรวน (Variance) หมายถึง ความแตกต่างใดๆระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละผลัดการทำงานในแต่ละวัน กับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้นกว่าที่กำหนด โดยทั่วไปความแปรปรวนเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย เช่น สุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไป หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ปฏิเสธการจำหน่าย เนื่องจากผู้ใช้บริการจากทีมสุขภาพ
2. สาเหตุจากระบบ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษา แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่าง ทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
3. สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ เช่น การเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษาผู้ป่วย หรือคิดฐานะ จึงเลื่อนการรักษา

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้บันทึกความแปรปรวนเหล่านี้ ลงในใบบันทึกความแปรปรวน พร้อมทั้งแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

Clinical path way of Fracture neck of femur
PCT ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
(LOS 12-13 วัน)

Aspect of care	Admission Day				Pre-op	
	by	<input type="checkbox"/> ER, <input type="checkbox"/> OPD (Day)	by	Ward (Day 1-5) Date.....	by	Ward (day 6-7) Date.....
Aim		- ได้รับการวินิจฉัย	N	- เข้าใจขั้นตอนและยอมรับการรักษา		- มีความพร้อมในการทำการผ่าตัด ผล Investigate พร้อม
Assessment	D N	<input type="checkbox"/> ซักประวัติ/ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> V/S <input type="checkbox"/> ประวัติการใช้ยา <input type="checkbox"/> สังเกตตรวจสอบสิทธิบัตร หน่วยจัดเก็บรายได้ <input type="checkbox"/> ประวัติโรคร่วม	N	<input type="checkbox"/> ซักประวัติ/ตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ประวัติการใช้ยา NSAID ประวัติการแพ้ยา <input type="checkbox"/> V/S <input type="checkbox"/> ประเมินความปวด <input type="checkbox"/> สิทธิบัตร <input type="checkbox"/> เซ็นยินยอมรับการรักษา	N	<input type="checkbox"/> ความพร้อมร่างกาย/จิตใจ <input type="checkbox"/> ความพร้อม x-ray, lab, EKG <input type="checkbox"/> ใบเซ็นยินยอม/ป้ายข้อมือ
Test	D	<input type="checkbox"/> film both Hip AP <input type="checkbox"/> CXR ◇ EKG	N	<input type="checkbox"/> CBC, UA, HIV, BUN, Cr, e'lyte, FBS, LFT ◇ PT, PTT, CT, BT	N	◇ G/M PRC ◇ G/M Whole Blood
Medication	D	◇ Analgesic	D	<input type="checkbox"/> Analgesic	D	<input type="checkbox"/> IV Fluid ◇ Pre-Medication ◇ ให้ยาโรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อน
Treatment	N	<input type="checkbox"/> Splint ขา	N	◇ Skin traction ◇ skeletal traction	N	<input type="checkbox"/> เตรียมบริเวณที่ทำการผ่าตัด ◇ Retained Foley's catheter <input type="checkbox"/> SSE
Consult		-	N	◇ Underlying problem ◇ สังคมสงเคราะห์ กรณีมีปัญหา ค่าใช้จ่ายซื้อตะโพกเทียม <input type="checkbox"/> ส่งกายภาพบำบัด		-
Nutrition		◇ NPO	N	◇ อาหารธรรมดา ◇ อาหารเฉพาะโรค	N	<input type="checkbox"/> NPO AMN อย่างน้อย 8 ชั่วโมง
Activity		<input type="checkbox"/> Bed rest	N	<input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.		<input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. <input type="checkbox"/> ช่วยทำ ADL/ Hygeine
Health	D N	<input type="checkbox"/> พยาธิสภาพ/แนวทางการรักษา <input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวขณะ splint ขา	D N	◇ พยาธิสภาพ/แนวทางการรักษา <input type="checkbox"/> ปฐมนิเทศแรกรับ <input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวขณะดึง traction <input type="checkbox"/> วางแผนการจำหน่ายการ เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด	ORN AN	<input type="checkbox"/> วิธีการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด/ สภาพห้องผ่าตัด <input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> การเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับ ความรู้สึก <input type="checkbox"/> ชนิดของการให้ยาระงับ ความรู้สึก ◇ GA ◇ RA

หมายถึง ต้องมีทุกราย ◇ หมายถึง อาจมีหรือไม่มี ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....แพทย์.....ค่าใช้จ่าย.....

Aspect of care	by	Operation room (Day 7)	by	Post-op (Day 7)	by	Post-op Day 1 st (Day 8)
Aim		- เครื่องมือพร้อมผ่าตัดผู้ป่วย ปลอดภัย		- ไม่มีภาวะช็อค ได้รับการดูแล ใกล้ชิด		- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน Early ambulation
Assessment	OR N	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบชื่อ/HN/ใบยินยอม ผ่าตัด/ป้ายข้อมือ <input type="checkbox"/> ความพร้อมอุปกรณ์/เครื่องมือ ผ่าตัด <input type="checkbox"/> ความพร้อม x-ray, Lab, EKG <input type="checkbox"/> V/S, ระดับความรู้สึก <input type="checkbox"/> การสูญเสียเลือด	N	<input type="checkbox"/> V/S ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง Then ทุก 4 ชั่วโมง จน stable <input type="checkbox"/> V/S ทุก 4 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> การสูญเสียเลือด <input type="checkbox"/> การเคลื่อนหลุดข้อตะโพก <input type="checkbox"/> ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ประเมินความปวด <input type="checkbox"/> Observe Void/ urine out put ◇ Record urine ทุก 8 ชั่วโมง	N	<input type="checkbox"/> TPR ทุก 4 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> การสูญเสียเลือด <input type="checkbox"/> ประเมินความปวด <input type="checkbox"/> ประเมิน Position
Test		-	N	◇ Hct at ward ◇ Film hip หลังผ่าตัด	D	◇ Hct ◇ Film hip หลังผ่าตัด
Medication	AN	<input type="checkbox"/> ยาระับความรู้สึก ◇ ตรวจสอบยาโรคร่วม/ โรคแทรกซ้อน		<input type="checkbox"/> Analgesic (IM, IV) ◇ ATB IV ◇ ยาโรคร่วม	N	<input type="checkbox"/> Analgesic ◇ ATB ◇ ยาโรคร่วม
Treatment	D AN	<input type="checkbox"/> ใส่ Prosthesis ◇ แก้ไขภาวะโรคร่วม/ภาวะ แทรกซ้อน	D	<input type="checkbox"/> IV Fluid ◇ Blood transfusion	N	◇ Off Foley's cath ◇ Dry dressing กรณีแผลชุ่ม/สกปรก
Consult		-		-		-
Nutrition		-	N	◇ อาหารธรรมดา ◇ อาหารเฉพาะโรค	N	◇ อาหารธรรมดา ◇ อาหารเฉพาะโรค
Activity			N	◇ นอนราบ 6-8 ชม. หมอนหนุนได้ (กรณี SB) <input type="checkbox"/> จัด Position นอนกางขา โดยใช้ หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขา <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.	N	<input type="checkbox"/> การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. <input type="checkbox"/> Position นอนกางขา โดยใช้ หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขา <input type="checkbox"/> Quadricep exs., ROM
Health	ORN	<input type="checkbox"/> Psycho Support <input type="checkbox"/> บอกรสภาพทั่วไปห้องผ่าตัด	N	<input type="checkbox"/> การบริหารปอดโดยฝึกการ หายใจ <input type="checkbox"/> การบริหารข้อเท้า	N	<input type="checkbox"/> วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา <input type="checkbox"/> เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อน - การติดเชื้อแผลผ่าตัด - การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ - แผลกดทับ - การเคลื่อนหลุดของข้อตะโพก เทียม - ปวดขวม - DVT

หมายถึง ต้องมีทุกราย

◇ หมายถึง อาจมีหรือไม่มี ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....แพทย์.....ค่าใช้จ่าย.....

Aspect of care	by	Post – op 2-5 (9-12) Date.....	by	Discharge (Day 13) Date.....
Aim		Exercise ไม่มีภาวะแทรกซ้อน		เดินได้มีความพร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
Assessment	N	<input type="checkbox"/> TPR ทุก 4 ชม. (Day 2-3) <input type="checkbox"/> ประเมินผล/sign การติดเชื้อ <input type="checkbox"/> แผลกดทับ <input type="checkbox"/> การเคลื่อนหลุดข้อตะโพก	N	<input type="checkbox"/> ความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ◇ ความสามารถในการเดินด้วยเครื่องพยุง <input type="checkbox"/> ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน
Test		-	-	-
Medication	AN	◇ Analgesic ◇ ATB	D	◇ Analgesic ◇ ยาบำรุง
Treatment		◇ off RD ◇ of Foley's cath		-
Consult	N	<input type="checkbox"/> HHC	N	<input type="checkbox"/> สังคมสงเคราะห์กรณีปัญหาด้านเศรษฐกิจที่พัว อาศัย
Nutrition	N	◇ อาหารธรรมดา ◇ อาหารเฉพาะโรค	N	◇ อาหารธรรมดา ◇ อาหารเฉพาะโรค
Activity		◇ นั่งห้อยขาข้างเตียงยกขาขึ้น – ลงไม่งอตะโพกเกิน 90 องศา ◇ ช่วยเหลือลุกนั่ง/เดินโดยใช้ Walker ◇ PT Program	PT	◇ เดินเองโดยใช้ walker
Health	N	<input type="checkbox"/> วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน - ห้ามงอตะโพก > 90 องศา เช่น นั่งเก้าอี้เตี้ย นั่งยอง ๆ - ห้ามนั่งไขว่ห้าง/โน้มตัวไปข้างหน้า - ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างผ่าตัด ใช้หมอนสามเหลี่ยมวาง ระหว่างขา - บริหารกล้ามเนื้อต้นขา ตะโพก - การสังเกต/เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน - เตรียมพื้นบ้าน, โถส้วม, แสงสว่างภายในบ้าน	N	<input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน <input type="checkbox"/> อาการที่พบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้ ปวดเสียว ขณะเดิน เคลื่อนไหวตะโพกได้น้อย แผลมีน้ำเหลือง/ หนอง <input type="checkbox"/> มาพบแพทย์ตามนัด

หมายถึง ต้องมีทุกราย

◇ หมายถึง อาจมีหรือไม่มี ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HCN.....แพทย์.....ค่าใช้จ่าย.....

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หญิง ชาย

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Case ที่.....H.N.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ

ผู้ป่วย

1.1.1 อายุ.....ปี

1.1.2 สถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง

เพศ หญิง ชาย

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา

มัธยมต้น มัธยมปลาย

ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

1.1.5 อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทำนา ทำสวน ค้าขาย

รับจ้าง ระบุ..... ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ โปรดระบุ...

1.1.6 รายได้.....บาท/เดือน

1.1.7 สิทธิบัตร บัตรประกันสุขภาพ พรบ. รด บัญชีต้นสังกัด

1.2 ผู้ดูแล

1.2.1 อายุ.....ปี

1.2.2 สถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง

1.2.3 เพศ หญิง ชาย

1.2.4 ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา

มัธยมต้น มัธยมปลาย

ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

1.2.5 อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทำนา ทำสวน ค้าขาย

รับจ้าง ระบุ..... ธุรกิจส่วนตัว อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกและภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล

	มี	ไม่มี
<input type="checkbox"/> 2.1 แผลกดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.2 ดัดเข่าบริเวณข้อตะโพกเทียม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2.3 การเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน
 ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....
 วันที่รับไว้.....วันที่จำหน่าย.....เวลา.....น. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน
 สิทธิ์ 1.....สิทธิ์ 2.....สิทธิ์ 3.....
 เลขที่สิทธิบัตร..... หนังสือรับรองสิทธิ์ของ.....
 สถานบริการหลัก..... สถานบริการรอง.....
 ICD 10..... ICD 9.....
 Discharge status Discharge type
 รหัสแพทย์..... E COD E.....

รายการ	เงื่อนไขในการชำระเงิน			จำนวนเงิน รวม
	สิทธิ์ 1	สิทธิ์ 2	สิทธิ์ 3	
1. ค่าห้อง/ค่าอาหาร				
2. ภาวะเทียบ/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา				
3. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล				
4. ยาที่นำไปปรับประทานต่อที่บ้าน				
5. เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา				
6. บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต				
7. ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา				
8. ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา				
9. ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ (EKG)				
10. อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์				
11. ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี				
12. บริการพยาบาลทั่วไป(ตามระเบียบกระทรวงการคลัง)				
13. บริการทางทันตกรรม				
14. บริการทางกายภาพบำบัด				
15. บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ				
16. บริการเช่าอาคารรักษาพยาบาล				
17. บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา				
18. อื่นๆ				
รวมทั้งสิ้น				

ขอรับรองว่าค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เงิน

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อการรักษาพยาบาล
ภายใต้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับบริการ
ส่วนที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด					
1. การอธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ และแนวทางการรักษา					
2. การบอกระเบียบต่าง ๆ ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล เช่น การชำระค่าเกินสิทธิ์					
3. คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด					
4. คำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด					
5. คำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินหลังผ่าตัด					
6. คำแนะนำเกี่ยวกับ อาหารที่ควรรับประทานเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด					
7. คำแนะนำเกี่ยวกับ การรับประทานยาที่ได้รับ					
8. คำแนะนำเกี่ยวกับ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การใช้โถส้วมชักโครก การเตรียมบริเวณพื้นบ้าน					
9. คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน					
10. คำแนะนำเกี่ยวกับ การมาตรวจตามนัด					
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมผู้ให้บริการ ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มากน้อยเพียงใด					
11. ความเป็นกันเอง					
12. การให้โอกาสในการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ					
13. คำอธิบายมีความชัดเจน เข้าใจง่าย					
14. ความเร็วในการพูด					
15. การเอาใจใส่ช่วยเหลือด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับบริการ
ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของบริการ					
ท่านรู้สึกพึงพอใจในหัวข้อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด					
16. ความอบอุ่นและมั่นใจในการรักษาพยาบาลเพราะได้รับคำแนะนำและให้กำลังใจจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี					
17. การดูแลที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ท่านหายเร็ว					
18. ความสามารถในการทำกิจวัตรด้วยตนเองหลังผ่าตัด					

ความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลในภาพรวม

โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลทั้งหมดในภาพรวม โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขจาก 0 ไม่พึงพอใจเลย จนถึง 10 พึงพอใจมากที่สุด

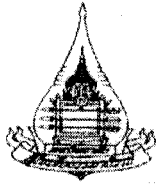
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่พึงพอใจเลย						พึงพอใจมากที่สุด				

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ชาย
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัน เดือน ปี	ปัญหาอุปสรรคในการใช้โปรแกรม การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม	การแก้ปัญหา

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... 43

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อ
ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2485100636

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย

ที่ทำงาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *อรุณี ใจทองสุข*

(อาจารย์ ดร.อรุณี ใจทองสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *อรุณี ใจทองสุข*

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณี ใจทองสุข หึงถาวร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 16-5-63

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย
วัน เดือน ปี เกิด	9 กันยายน 2504
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2526
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7