

ผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นางสมพร เป็รื่องพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**Effects of Using Case Management for Patients with Laminectomy
at Maharat Nakornratchasima Hospital**

Mrs. Somporn Prueangpong

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

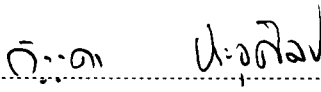
School of Nursing


Sukhothai Thammathirat Open University

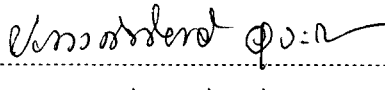
2009

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ชื่อและนามสกุล นางสาวสมพร เป็รื่องพงษ์
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล
2. รองศาสตราจารย์ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์

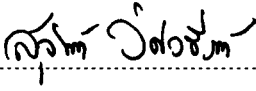
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลา)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิทธีรานนท์)

วันที่ 16 เดือน กันยายน พ.ศ. 2553

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้วิจัย นางสมพร เป็รื่องพงษ์ ปริญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2) รองศาสตราจารย์ปรารงค์ทิพย์
อุจะรัตน์ ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ก่อนและหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ สถิติทดสอบแมนวิทนียู

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีดังนี้ (1) จำนวนวันนอนก่อนและหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) ความพึงพอใจของบุคลากร หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี การผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง จำนวนวันนอน ความพึงพอใจ

Thesis title: Effects of Using Case Management for Patients with Laminectomy at Maharat Nakornratchasima Hospital

Researcher: Mrs. Somporn Prueangpong; **Degree:** Master of Nursing Science in Nursing Administration ; **Thesis advisors:** (1) Dr. Warinee Iemsawadikul, Associate Professor; and (2) Prangtip Ucharatana, Associate Professor; **Academic year:** 2009

Abstract

This study was quasi-experimental research, and the purpose of which was to find the effectiveness of using the case management model for patients with laminectomy at Maharat Nakornratchasima Hospital.

The research subjects comprised 60 patients who had been undergone a laminectomy operation, both before and after using the case management model, and 12 professional nurses who took care of these patients at the fourth floor of the Male Orthopedics Departments at Maharat Nakornratchasima Hospital. The research instruments consisted of case management tools and data collection instruments including record form of length of stay, patient satisfaction questionnaire and personnel satisfaction questionnaire. Frequency, Percentage, mean, standard deviation, median, quartile deviation, and Mann - Whitney U test were used for data analysis.

The results of the study were as follows. (1) The length of stay of patients who had a laminectomy operation, both before and after using case management, was not significantly different. (2) Patients rated their satisfaction after using case management significantly higher than before at the level 0.05 (3) Staff rated their satisfaction after using case management at the high level.

Keywords Case management, Laminectomy operation, Length of stay, Satisfaction

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จากความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และรองศาสตราจารย์ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำแนวทาง ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยมาตลอดระยะเวลาและสม่ำเสมอ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกสิลา ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในงานวิจัย ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้แนวทางในการคิด และให้คำแนะนำ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณพี่น้องและเพื่อน ในที่ทำงานทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราชที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้บางส่วน

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ความรักความห่วงใย และขอขอบคุณ คุณสมชาย เป็รื่องพงษ์ นางสาวประไพพรรณ เป็รื่องพงษ์ และนายพงษ์พัฒน์ เป็รื่องพงษ์ ที่ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือสนับสนุนจนบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สมพร เป็รื่องพงษ์

เมษายน 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	10
รูปแบบการพยาบาล	12
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	17
ประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	38
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การดำเนินการวิจัย	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	71
ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง	75
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปการวิจัย	80
อภิปรายผล	83
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	96
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	97
ข เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	99
ค เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	138
ประวัติผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ลักษณะทางคลินิกของการปวดหลัง จำแนกตามสาเหตุ 47
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค การตรวจเพื่อสืบหารอยโรค ความแปรปรวน และการดูแลที่ได้รับ 71
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน 74
ตารางที่ 4.3	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบน ควอร์ไทล์ของจำนวนวันนอนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 75
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ ของ ความพึงพอใจโดยรวม และรายด้านของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง 76
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ รายข้อ รายด้านและ โดยรวม หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 78

ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างสายการบังคับบัญชาหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4	11
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างการมอบหมายงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4.....	12

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างรวดเร็ว โดยแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน ด้วยการมอบหมายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทำหน้าที่เฉพาะการจัดหาหรือซื้อบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุด กลุ่มค่าที่สุด และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเท่าเทียมกัน โดยรัฐได้จัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการสาธารณสุขตามจำนวนประชาชน ที่อยู่ในความดูแลของสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ นอกจากนี้ยังจัดตั้งหน่วยงานตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และหน่วยตรวจสอบทานทรัพยากรทางการแพทย์ (Utilization review) ให้ทำหน้าที่ตรวจสอบเป็นระยะๆ เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการบริการสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการจัดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (รัชณี นามจันทร์ 2548) รวมทั้งกำหนดให้ซื้อบริการจากสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

การดำเนินการดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการของตนเองให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อจูงใจประชาชนให้มาใช้บริการมากขึ้น อันจะส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณมากขึ้นด้วย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังต้องเร่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุข เพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลหลายแห่งจึงพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยลดขั้นตอนบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้วยการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม (Patient care team) เพื่อประโยชน์สูงสุดทั้งด้านผู้ใช้บริการ (Consumer) ผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายค่าบริการ (Payer) (เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา 2543) หอผู้ป่วยเป็นหน่วยย่อยหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับการดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายหลักด้านสุขภาพของโรงพยาบาลและของ

ประเทศ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ก้าวหน้า และความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่สูงขึ้น โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องหาแนวทางการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

แนวทางหนึ่งที่สามารถกระทำได้คือ การปรับรูปแบบการให้บริการการพยาบาลให้เหมาะสม รูปแบบการให้บริการการพยาบาลมีหลากหลาย แต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อเสีย การเลือกรูปแบบใดมาใช้ในหน่วยงาน ต้องคำนึงถึงนโยบายของโรงพยาบาลและบริบทของหน่วยงานด้วย ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีนโยบายให้หอผู้ป่วยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบผสมผสาน (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มการพยาบาล 2539) โดยหอผู้ป่วยที่มีอัตราค่าเตียงร้อยละ 52 ของอัตราค่าเตียงทั้งหมด ได้แก่ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม ให้ใช้รูปแบบการพยาบาลที่ยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก ให้ใช้รูปแบบการพยาบาลเป็นทีม นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ (Patient care team: PCT) มาใช้ในหอผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลและวางแผนการจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นต้น แต่การดำเนินการในแต่ละหอผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด ตามบริบทของแต่ละหอผู้ป่วยในเรื่องของอัตราค่าเตียง บรรยากาศในองค์กร และความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพรอบใหม่ (Re-accreditation) ประกอบกับนโยบายการควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาล จึงได้มีความพยายามที่จะนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป้าหมายของแต่ละกลุ่มงานตามที่ได้กำหนดไว้ เพื่อพัฒนาการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนั้นๆ โดยเน้นคุณภาพการบริการและค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า คุ้มทุน (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2549)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการรายบุคคลหรือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์ คือ บริการที่มีคุณภาพด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการดีขึ้น โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานความร่วมมือและติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลตามแผนที่กำหนดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วนหรือซ้ำซ้อน และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน เป็นรูปแบบบริการหนึ่งซึ่งเหมาะสม สอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เนื่องจากสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง

และประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีม โดยจัดทำแผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในผู้ป่วยแต่ละประเภทในเชิงรุก ร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนที่กำหนด (ทัศน นุญทอง 2543) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จึงเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางขนาดใหญ่ มีวิสัยทัศน์จะเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ระดับสูง มีระบบบริการในหน่วยงานเฉพาะทาง เพื่อความเป็นเลิศเฉพาะกลุ่ม เป็นสถาบันผลิตและ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เป็นศูนย์รับส่งผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษาที่ย่างยากซับซ้อน มินโยบายมุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จึงได้กำหนดให้กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็นกลุ่มงานนำร่องที่จะใช้ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และมอบหมายให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง-เด็ก นำร่องในการศึกษาครั้งนี้ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2549)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 รับผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อเข้ารับ การรักษา ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยปวดหลัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปีก กระดูกสันหลัง (Laminectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเอาปีกกระดูกสันหลัง ส่วนที่เรียกว่า ลามิน่า (Lamina) ที่เคลื่อนหรือกดทับรากประสาทหรือไขสันหลังออกไป เพื่อเพิ่มหรือขยายช่องกระดูกสันหลังให้ กว้างขึ้น และลดการกดทับของเส้นประสาทไขสันหลัง เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากสถิติของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 ปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง จำนวน 79 คน ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง จำนวน 81 คน และปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยผ่าตัดปีก กระดูกสันหลัง จำนวน 113 คน เมื่อทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยพบว่า มีความหลากหลายของ แผนการรักษา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 43,717 บาท/คน (ค่า DRG ปี 2548 เท่ากับ 36,400 บาท) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.7 วัน และยังพบว่าเกิดแผลติดเชื้อในช่วงเดือน ตุลาคม – เดือนธันวาคม 2550 จำนวน 3 คน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการปวดหลัง ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 4 คน (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2550) เนื่องจากการปฏิบัติตัว และท่าทางของการใช้หลังที่ไม่ถูกต้อง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ชายชั้น 4 จึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอริโซนา ซึ่งครอบคลุม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มาพัฒนารูปแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วย โดยเลือกที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ซึ่ง มีจำนวนมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี คุ่มค่า คุ่มทุน สอดคล้องกับภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด

โดยคาดหวังว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะก่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดี คือ จำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และบุคลากรมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายการดูแลอย่างมีคุณภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

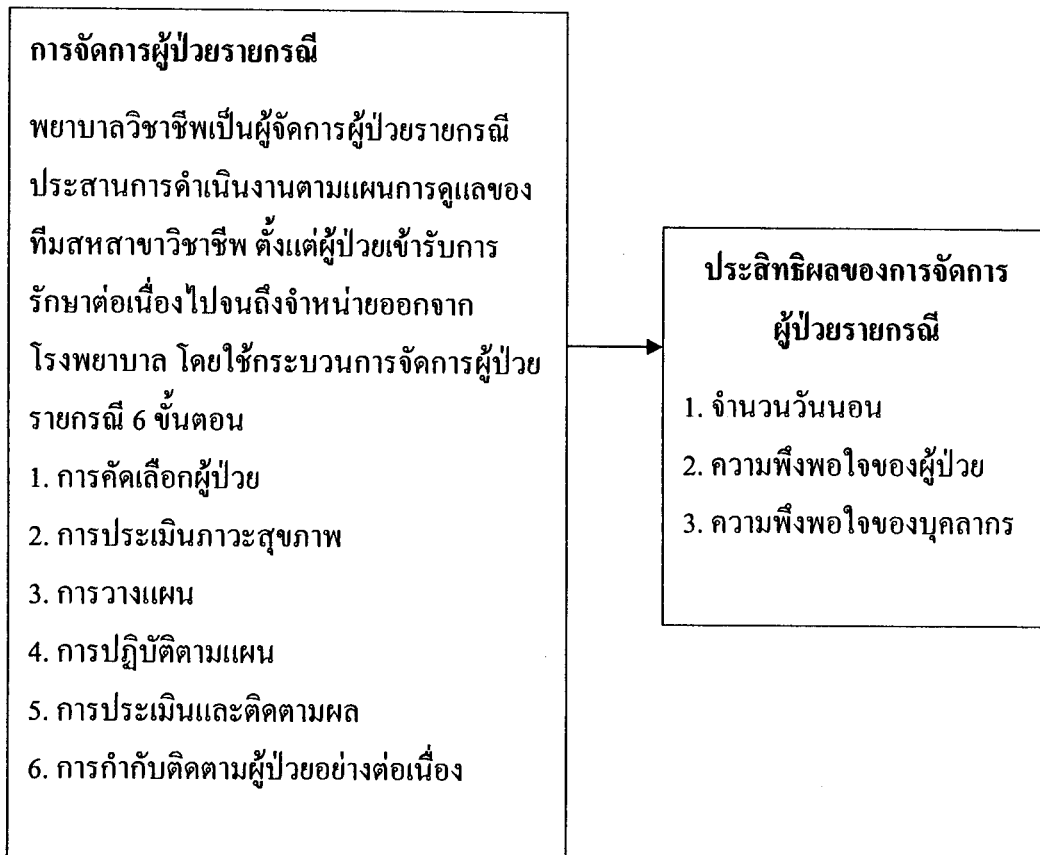
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย

- 2.1 จำนวนวันนอน
- 2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 2.3 ความพึงพอใจของบุคลากร

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอริโซนา (The Arizona Model) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโพลเวล (Powell 2000) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินภาวะสุขภาพ 3) การวางแผน 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การประเมินและติดตามผล และ 6) การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 เพื่อศึกษาประสิทธิผลด้านจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

- 4.1 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกระดูกสันหลัง ภายหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (กลุ่มทดลอง) ต่ำกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (กลุ่มควบคุม)
- 4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ภายหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 4.3 ความพึงพอใจของบุคลากร ภายหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ซึ่งมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่

5.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เนื่องจากมีอาการปวดหลังและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวแถบ/ยื่น (Intervertebral lumbar disc herniation) กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ (Lumbar canal stenosis) และกระดูกสันหลังส่วนเอวไม่มั่นคง (Lumbar spinal instability) ไม่มีอาการแสดงของโรคประจำตัวที่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตวาย และรูมาตอยด์ ไม่มีอาการแสดงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด แพทย์ระบุว่าสามารถผ่าตัดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

5.1.2 พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้จะครอบคลุมเกี่ยวกับตัวแปร 2 ตัว ดังนี้

5.2.1 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

5.2.2 ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2551

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (Case Management Model in Patients with Laminectomy) หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้บริการสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (Laminectomy) ตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ดำเนินการตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

6.1.1 การคัดเลือกผู้ป่วย หมายถึง การคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (Laminectomy) เข้ารับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอว แลบน/ยื่น กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ และกระดูกสันหลังส่วนเอวไม่มั่นคง โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

6.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.1.3 การวางแผน หมายถึง การกำหนดกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่แสดงรายละเอียดของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected outcome) การประเมินและการวินิจฉัย (assessment and investigate) การส่งปรึกษา (consult) ยาและการรักษา (medication and treatment) กิจกรรม (activity) โภชนาการ (nutrition) การสอน (teaching) และแผนการจำหน่าย (discharge planning) รวมทั้งการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเมื่อพบความแปรปรวน ซึ่งหมายถึง ความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในแต่ละช่วงของกิจกรรมการดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.1.4 การปฏิบัติตามแผน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพตามระยะเวลาที่กำหนด

6.1.5 การประเมินและติดตามผล หมายถึง การประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบุความแปรปรวนที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วง และการแก้ไขที่ได้กระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้แผนการดูแลเดิมได้ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6.1.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามและประเมินผลอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป้าหมาย (Goal) ในกรณีที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามนัด จากการ โทรศัพท์ และเวชระเบียน โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

6.2 ประสิทธิภาพการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง หมายถึง ระดับความสำเร็จของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ซึ่งวัดได้จาก จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งประสิทธิผลแต่ละด้านมีความหมายและรายละเอียด ดังนี้

6.2.1 จำนวนวันนอน (Length of stay) หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยนับจากจำนวนวันนอนที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย

6.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับ 4 ด้าน ได้แก่

1) ความพึงพอใจด้านความรวดเร็ว หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการทันทีและรวดเร็วจากบุคลากร

2) ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องครบถ้วน หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจากบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม

3) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่ ตรงกับความต้องการ/ปัญหาสุขภาพ ปลอดภัยและเป็นไปตามความคาดหวัง

4) ความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันความพิการ

6.2.3 ความพึงพอใจของบุคลากร (Staff satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีต่องาน 6 ด้าน ได้แก่

1) ความพึงพอใจด้านผลงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผลงานที่เกิดจากการดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และผลการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ความพึงพอใจด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ซ้ำซ้อนกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และความต่อเนื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสาร

4) ความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการติดต่อสื่อสาร การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน การประสานงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

5) ความพึงพอใจด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่

6) ความพึงพอใจด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพอย่างอิสระ และการมีโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างเต็มที่

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิจัยจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลดังนี้

7.1 ประโยชน์ต่อการจัดบริการ หน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นต้นแบบในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้

7.2 ประโยชน์ต่อบุคลากร ทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้เต็มตามศักยภาพ

7.3 ประโยชน์ต่อองค์กร สามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคปอดหลังที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าคุ้มทุน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

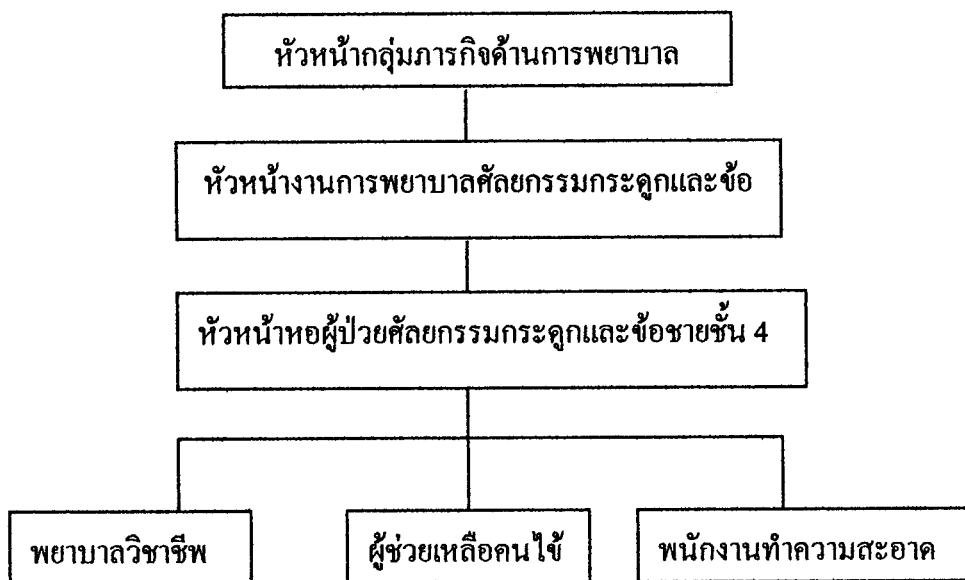
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการให้การพยาบาล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง และจะนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. รูปแบบการพยาบาล
3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แบ่งหน่วยงานในความรับผิดชอบเป็น 14 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาลสูติกรรม กลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและหน่วยจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก และกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและข้อ แต่ละกลุ่มงานจะมีหน่วยงานในความรับผิดชอบ 3-5 แห่ง โดยกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ 6 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อฟื้นฟู หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง-เด็ก หอผู้ป่วยสงฆ์- ศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 5 และห้องพิเศษหลวงพ่อดุณชั้น 1 ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 โครงสร้างสายการบังคับบัญชาหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างสายการบังคับบัญชาหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4

1.2 จำนวนเตียงและประเภทของผู้ป่วย

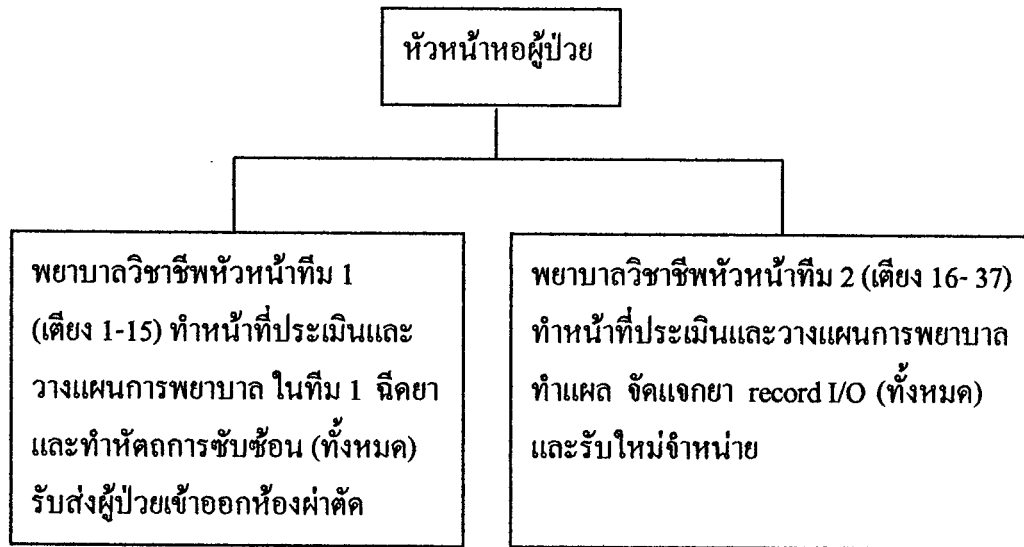
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 37 เตียง โดยรับผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปี ขึ้นไป และมีปัญหาทางด้านโครงสร้างกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ที่เกิดจากอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุ (Trauma & Non trauma) ได้แก่ โรคกระดูกระยะยางค์ (Extremity) หักทุกชนิด โรคทางข้อต่อ (Joint) โรคที่เกิดจากกล้ามเนื้อ

1.3 จำนวนบุคลากรทางการพยาบาล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 มีจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด 26 คน คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน และพนักงานทำความสะอาด จำนวน 5 คน บุคลากรในแต่ละเวรประกอบด้วย เวรเช้า มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน และพนักงานทำความสะอาด จำนวน 2 คน เวรคึก-บ่าย มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน และพนักงานทำความสะอาด จำนวน 1 คน

1.4 รูปแบบการพยาบาลที่ใช้

รูปแบบการพยาบาล ที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ การพยาบาลที่ยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลักและการพยาบาลเป็นทีมผสมผสานกัน โดยแบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ ทีม 1 รับผิดชอบเตียง 1-15 และทีม 2 รับผิดชอบ เตียง 16- 37 โดยมีลักษณะการมอบหมายงานดังนี้



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างการมอบหมายงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4

1.5 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

การดูแลผู้ป่วยปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง มีแผนการรักษาที่หลากหลาย ทั้งในด้านการวินิจฉัยแยกโรค การให้ยาปฏิชีวนะ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระหว่าง เดือนตุลาคม 2550 – เดือนธันวาคม 2550 จำนวน 30 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ย 12.63 วัน โดยมีวันนอนอยู่ระหว่าง 5- 19 วัน

2. รูปแบบการพยาบาล

รูปแบบการพยาบาล เป็นคำภาษาไทย ที่มีความหมายคล้ายกับคำภาษาอังกฤษหลายคำ เช่น Care delivery system (ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์ 2541) Type of nursing care delivery system (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพุดสุข หิงคานนท์ 2548) Nursing care delivery model (Cherry 2002: 448) และ Pattern of nursing care delivery (วาริณี เอี่ยมสวัสดิศุกุล 2548) ซึ่งมีผู้กล่าวถึงความหมายของรูปแบบการพยาบาลไว้แตกต่างกัน ดังนี้

“การจัดระบบการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย มุ่งการจัดกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์การ” (ฟาริดา อิบราฮิม 2542: 83)

“วิธีการที่ใช้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้บริการที่ดีมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่าย มุ่งเน้นเรื่องการประหยัดค่าใช้จ่าย” (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน 2541: 28)

“รูปแบบการพยาบาล ให้รายละเอียดเกี่ยวกับ การมอบหมายงาน ประเภทของบุคลากร สุขภาพที่จะปฏิบัติงาน บุคลากรที่จะรับผิดชอบและมีอำนาจตัดสินใจ ความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของบุคลากร ที่จะส่งเสริมให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุถึงความสำเร็จ” (Cherry 2002: 444; วาโรณี เอี่ยม สวัสดิกุล 2548: 352)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาล หมายถึง การจัดระบบและวิธีดำเนินการ เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับ การมอบหมายงาน ประเภทของบุคลากรทางการพยาบาลที่จะปฏิบัติงาน ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจของบุคลากรแต่ละประเภท และทรัพยากร เพื่อส่งเสริมให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุถึงความสำเร็จ ตามเป้าหมาย/จุดมุ่งหมายของหน่วยงาน ซึ่งก็คือการบรรลุถึงประสิทธิผลในการดำเนินงาน คือ ให้บริการที่ดีมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน

รูปแบบการพยาบาลที่นิยมใช้มาก มี 5 รูปแบบ คือ การพยาบาลผู้ป่วยทั้งบุคคล (Total patient care or Case method) การพยาบาลที่ยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก (Functional nursing) การพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary nursing) และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) (Cherry 2002: 436; Spitzer –Lehmann 1994) ซึ่งการพยาบาลแต่ละรูปแบบมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยทั้งบุคคล อาจเรียกอีกอย่างว่า การพยาบาลเฉพาะราย (Case nursing) เป็นรูปแบบการพยาบาลต้นแบบที่เก่าแก่ที่สุด เน้นการมอบหมายงานให้พยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1 คน หรือมากกว่า 1 คน ขณะขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร โดยรับผิดชอบปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่างที่เป็นความจำเป็นหรือความต้องการของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการพยาบาลแบบนี้ คือ ให้พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดิมในเวลาที่พยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น ข้อดี คือ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากพยาบาลผู้ชำนาญ (Expert) และเป็นองค์รวม (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2548) สะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพหรือผลการดูแลในแต่ละเวร มีความต่อเนื่องในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัด คือ พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญต้องเสียเวลาในการให้การพยาบาลที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญ เสียค่าใช้จ่ายในการตอบแทนพยาบาลที่มีความชำนาญสูง และใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2548)

2.2 การพยาบาลที่ยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก เป็นรูปแบบที่เน้นหน้าที่เป็นหลัก มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จึงมีการผลิตพยาบาลระดับต้น (Licensed Practical Nurses: LPNs) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ (Unlicensed Assistive Personnel: UAPs) สำหรับช่วยในการพยาบาล (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2548) ใช้หลักแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็นกิจกรรมย่อยๆ ที่ชัดเจนหรือแตกเป็นงาน แล้วมอบหมายให้เหมาะสมกับทักษะและระดับการศึกษาของบุคลากร ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ความสามารถของบุคลากรแต่ละบุคคลให้เกิดประโยชน์ เช่น พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้ยา พยาบาลระดับต้นให้การดูแลด้านสุขวิทยาทั่วไป ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำความสะอาดเตียง เป็นต้น ข้อดี คือ เจ้าหน้าที่ทุกระดับทำงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามความรู้ความสามารถและหน้าที่ของตน และเกิดทักษะการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย แต่อาจไม่มีคุณภาพหากได้รับมอบหมายงานที่ไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ ข้อจำกัด คือ การดูแลไม่ต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งใช้เวลาในการสื่อสารเกี่ยวกับกิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยระหว่างผู้ปฏิบัติมาก และอาจเกิดปัญหาการติดตามงานในภาพรวม เหมาะกับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือต้องดูแลในระยะเวลาานานและหน่วยงานที่ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ(ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2548)

2.3 การพยาบาลเป็นทีม เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในโรงพยาบาลในปัจจุบัน (Bernhard and Walsh 1995 อ้างถึงใน ปราภค์ทิพย์ อุจะรัตน์ 2541) พัฒนาแนวคิดมาจากการมอบหมายงานที่เป็นหน้าที่ ในราวปลายปี ค.ศ. 1940 เพื่อลดข้อจำกัดของการพยาบาลที่ยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก โดยจะมอบหมายให้ทีมซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภทที่มาทำงานร่วมกัน (Skill mix) (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2548) รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยอาจจัดทีมผู้ดูแลตามจำนวนผู้ป่วยพื้นที่ที่จัดให้กับผู้ป่วย ลักษณะ โรค หรือลักษณะของการพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม แต่ละทีมจะดูแลผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งการรักษาพยาบาล การดูแลสุขวิทยาทั่วไป และการให้การพยาบาลตามอาการที่จำเป็นของผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย จำนวนผู้ป่วยในแต่ละทีมอาจไม่เท่ากัน ข้อดี คือ ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพสูงและสมบูรณ์แบบ สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ใช้บริการได้ดี สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลได้ทุกขั้นตอน ช่วยให้หัวหน้าทีมเข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาและใช้ศักยภาพ ทักษะ หรือความชำนาญพิเศษ มาสนับสนุนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มเอกสิทธิ์ของพยาบาล ผู้ป่วยและแพทย์พึงพอใจ ข้อจำกัด คือ อาจเกิด

ปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การสื่อสารกับสมาชิกทีม การนิเทศงาน การวางแผนงานร่วมกัน ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน และใช้ความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม เมื่อใดที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546)

2.4 การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ถูกนำมาใช้ในระหว่างปลายปี ค.ศ. 1960 (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพุลสุข หิงคานนท์ 2548) หลังจากนำรูปแบบการพยาบาลเป็นทีมมาใช้แล้ว 20 ปี รูปแบบนี้เน้นการมอบหมายงานภายใต้แนวคิดที่จะนำพยาบาลกลับไปปฏิบัติกรพยาบาลให้กับผู้ป่วยข้างเตียง (Bed side nursing) มากขึ้น โดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) ต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับเข้ามาจนกระทั่งจำหน่าย และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายตลอด 24 ชั่วโมง หัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่ในการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับผู้ปฏิบัติ การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนต้องไม่มากเกินไป อาจให้พยาบาลระดับต้น ช่วยให้การพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน ข้อดี คือ เป็นการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่นๆ พยาบาลมีเอกสิทธิ์มากขึ้น ข้อจำกัด คือ ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดการรักษายาบาลล้มเหลว (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546)

2.5 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ที่ประยุกต์มาจากการพยาบาลสาธารณสุขและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งให้ญาติดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่บ้าน (Sullivan and Decker 2005; Heidenthal 2005 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพุลสุข หิงคานนท์ 2548) มีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวม ให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังภายในระยะเวลาที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกัน และมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วย ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและประสานแผนการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามเฝ้าระวังความแปรปรวนของแผนการดูแล ข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพรวดเร็ว ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลสั้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน ลดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในตนเองและการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะผู้จัดการผู้ป่วย เป็น

การขยายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้กว้างขวางมากขึ้น ข้อจำกัด คือ บทบาทบางเรื่องของพยาบาลผู้จัดการซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ถ้าพยาบาลผู้จัดการ ไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอ และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไป อาจทำให้ผลการดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพยาบาลแต่ละรูปแบบมีข้อดี ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การเลือกรูปแบบการพยาบาลใดไปใช้จึงต้องพิจารณาให้เหมาะสม ซึ่งวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2548) เสนอไว้ว่า จะต้องคำนึงถึงปรัชญา นโยบาย บรรยากาศภายในองค์กร ความสามารถของพยาบาล ความต้องการของผู้ใช้บริการ ความต้องการของบุคลากรในทีมสุขภาพและความต้องการของคณะกรรมการบริหาร หน่วยงานส่วนมากจึงมักใช้รูปแบบที่ผสมผสาน เพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพสูงสุด โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสามารถตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคลได้อย่างครอบคลุม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกรูปแบบการพยาบาลมาใช้ให้เหมาะสม จึงใช้รูปแบบการพยาบาลที่ผสมผสาน (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มการพยาบาล 2539) คือ กำหนดให้มีการใช้รูปแบบการพยาบาลที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง แต่หอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้การพยาบาลเป็นทีมและการพยาบาลที่ยืดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก โดยใช้การพยาบาลที่ยืดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก ในหอผู้ป่วยที่มีอัตรากำลังร้อยละ 52 ของอัตรากำลังที่พึงมี ใช้การพยาบาลแบบเป็นทีม ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน เช่น หอผู้ป่วยหนัก นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์รูปแบบการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลและวางแผนการจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นต้น รูปแบบการพยาบาลที่นำมาใช้ก่อให้เกิดข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน จึงยังไม่อาจจะกำหนดรูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงได้ ประกอบกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re-accreditation) และนโยบายการควบคุมรายจ่ายจากการที่โรงพยาบาลมีสถานะการเงินลดลง กลุ่มการพยาบาลจึงมีแนวคิดที่จะนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของแต่ละกลุ่มงาน เพื่อบริหารจัดการการดูแลให้มีคุณภาพและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็นกลุ่มงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ จึงมีเหมาะสมที่จะนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกจากพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จึงมอบหมายให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและ

ข้อชายชั้น 4 และหอผู้ป่วยหญิง-เด็ก นำร่องในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต่อไป แต่การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในหอผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง และผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นโรคร้ำได้อีกหากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ประกอบกับมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังจำนวนมาก เพราะเป็นการผ่าตัดเพื่อลดอาการปวดหลัง และอาการปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางประเภท การนำมาใช้จึงต้องทำความเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ถูกต้อง

3.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้คำภาษาไทยสำหรับคำว่า Case management แตกต่างกันไป เช่น การจัดการด้านผู้ป่วย (ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน์ 2541) การจัดการผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล 2548) การจัดการการดูแลผู้ป่วย (ฟาริดา อิบบราฮิม 2545) และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ จะใช้คำว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีผู้ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐหรือมุมมองของแต่ละองค์กร (เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา 2543; สุวิภา นิตยางกูร และกฤษดา แสงดี 2543) ในที่นี้จึงขอนำเสนอความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นบางส่วนดังต่อไปนี้

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurse Association: ANA) (Powell 2000: 5) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย คือ การให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการที่แยกเป็นส่วนๆ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ และควบคุมค่าใช้จ่าย

สมาคมพยาบาลฟื้นฟูสภาพแห่งอเมริกา (American Rehabilitation Nurse Association: ARN) (More and Mandell 1997: 5) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการวางแผนการดูแล การจัดองค์กร การประสานงานติดตามการบริการ และเป็นแหล่งรับผิดชอบที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ชมรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแห่งอเมริกา (Case Management Society of American: CMSA) (More and Mandell 1997: 5) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

โพลเวล (Powell 2000: 5) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมี การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การติดตามควบคุมกำกับ การประเมินผล และการให้บริการพยาบาลตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่หาง่าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ

ยังและโซเวล (Young and Sowell 1997) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รักษาคุณภาพของการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด และกระบวนการจัดการอยู่บนพื้นฐานการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ

รัชณี ศุภจันทร์รัตน์ (2546: 90 อ้างถึงใน วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล 2548) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพทั้งมวลที่บุคคล และหรือครอบครัวได้รับ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ในทุกสถานที่ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลหรือบ้าน โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด และมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงาน

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2548) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการร่วมมือที่ต่อเนื่องมีระบบ ในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยทั้งในสถานที่บริการและบ้าน โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ภายในเวลาที่กำหนด โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสาน

เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา (2543) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบ/แนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วย ที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage Care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ และผู้จัดการ (การดูแล) (Case manager หรือ Patient care manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อหน่วยบริการในชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจในผลงาน โดยระบบเน้น

การจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลให้เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม เกิดความต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วย สามารถลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายได้

โดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการให้บริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการรายบุคคลหรือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์คือ บริการที่มีคุณภาพด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการดีขึ้น โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานความร่วมมือและติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลตามแผนที่กำหนดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วนหรือซ้ำซ้อน และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน

3.2 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เกิดขึ้นจากนโยบายการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ โดยจำกัดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลักษณะการจัดกลุ่มโรค และค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มโรค (Diagnosis Related Groups -DRGs) และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลกับทีมสุขภาพ และมีคลินิกอลพาร์ทเวย์ (Clinical pathway) เป็นแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ (รัชนี สุจินทรรัตน์ 2545: 19) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ปีค.ศ. 1830 เรียกว่า Managed Care หลังจากนั้นมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยประเภทต่างๆ คือ ปีค.ศ. 1920 นักสังคมสงเคราะห์นำมาใช้ให้บริการสุขภาพจิต ปีค.ศ. 1930 พยาบาลสาธารณสุข (Public health nursing) นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ปีค.ศ. 1970 มีการจัดทำระบบสนับสนุนชุมชน (Community Support System: CSS) เพื่อทดสอบแนวคิดและรูปแบบการประสานบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีอำนาจในการทำงานด้วยตนเอง (เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา 2543) และปีค.ศ. 1980 เริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้อย่างจริงจัง จนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติเฉียบพลัน มีการพิจารณาแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค เพื่อควบคุมจำนวนวันรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการ (American Nurses' Association 1988)

สำหรับประเทศไทย ความตื่นตัวจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการทางด้านสุขภาพ และวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายหลักด้านสุขภาพของประเทศ ทำให้องค์กรพยาบาลหลายแห่งเคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงได้ถูกหยิบยกมาเป็นแนวทางทดลองปฏิบัติ (อรพรรณ โดสิงห์ 2545) โดยบางแห่งให้ความสำคัญกับบทบาท

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะจะเป็นผู้ประสานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพได้เหมาะสมที่สุด แต่การศึกษารูปแบบบริการยังไม่แพร่หลายและไม่มีรูปแบบบริการพยาบาลที่ชัดเจน จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในสถาบันการศึกษา โดยนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้คือ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยได้เลื่อนขาหนีบ เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยพระภิกษุอาพาธ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศุวัชรีย์ งามิมา (2543) ศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จิราพร สิมากร (2544) ศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) ศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการรายกรณี และเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมการแพทย์ทหารบก นอกจากนี้ ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) ยังศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดุกดันขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่ต้องไปดึงถ่วงที่บ้าน (Home skin traction) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นต้น

3.3 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีผู้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไว้ดังนี้
 เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา (2543) การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ มีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน มีการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม และก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลของแต่ละวิชาชีพ สามารถควบคุมระยะเวลาอนนอนในโรงพยาบาลและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

กิวเลียโน และพอยเรีย (Giuliano and Poirier 1991 cited in Sullivan and others 1992: 2/9) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีจุดมุ่งหมาย 5 ประการ ดังนี้ 1) ยกย่องหรือส่งเสริมผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยให้ดีขึ้น 2) ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติร่วมกันหรือประสานกิจกรรมระหว่างทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย 3) การกำหนดแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาล ทั้งในเรื่องของคน เครื่องมือที่สามารถประหยัดได้ทั้งเวลา พลังงาน 4) กำหนดช่วงเวลา วันนอนตาม DRG 5) ส่งเสริมเอกสิทธิ์ และยกระดับทางวิชาชีพทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

อรพรรณ โตสิงห์ (2545) ได้กล่าวถึง การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ มีเป้าหมายหลัก ให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้หายเร็วที่สุด และกลับบ้านได้เร็ว พร้อมความสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านอย่างปลอดภัย ที่สำคัญคือ เสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ย่อมหมายถึงพยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด วางแผนการพยาบาลตามลักษณะและการวินิจฉัยการพยาบาลที่ประเมินได้ มีการสอนและวางแผนฟื้นฟูสภาพแต่เนิ่นๆ พร้อมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชน เป็นระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตต่อไปได้ด้วยดี

โดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ส่งเสริมเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพการพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม มีความต่อเนื่องในการดูแลของแต่ละวิชาชีพ สามารถควบคุมระยะเวลาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายได้

3.4 ลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เรวดี สิรินคร (2548: 74) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะ ดังนี้

3.4.1 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งกาย จิต และสังคม

3.4.2 มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกันที่เรียกว่า แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้จัดการประสานการดูแล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย หรือก่อนรับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

3.4.3 มุ่งเน้นการจัดการการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น แล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการด้วย

3.4.4 เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง
- 4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้อง

รับภาระค่าใช้จ่าย

- 5) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

3.4.5 สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล การพยาบาลโดยยึดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

สรุปลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่าย ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกัน และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้จัดการประสานการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง

3.5 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่ามีรูปแบบที่หลากหลายตามเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดรูปแบบ หากพิจารณาตามสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นเกณฑ์สามารถจะแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) รูปแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน 2) รูปแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน และ 3) รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (Stamton, Walizu, Graham & Keppel 2000 อ้างถึงใน สุภาวดี ลิขปนาทร 2546) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.5.1 รูปแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน เป็นรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน หรือกลับไปอยู่ในชุมชน

3.5.2 รูปแบบชุมชนเป็นฐาน เป็นรูปแบบการให้บริการที่เริ่มเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในชุมชนอย่างดี และให้อยู่ในชุมชนนานที่สุด ลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการ

ให้บริการในรูปแบบนี้ จะเป็นผู้ป่วยที่ได้มีการวางแผนการจำหน่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาลและการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง เพราะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางคลินิก และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.5.3 รูปแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีลักษณะการดำเนินการที่แตกต่างกันทั้งในพื้นที่ที่ดำเนินการ และการดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การกำหนดพื้นที่ดำเนินการในโรงพยาบาล มีการดำเนินการที่แตกต่างกัน 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (เรเวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา 2543; สุวิภา นิตยางกูร และกฤษดา แสงวงศ์ 2543)

(1) การดำเนินงานครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base)

(2) การดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (unit base) ซึ่งอาจจะดำเนินงานในหน่วยงาน 1-2 แห่ง เท่านั้น ไม่ดำเนินการทั้งโรงพยาบาล เช่น ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

(3) การดำเนินการในบางโรค (Disease management) โดยมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่เป็นอยู่ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งสิ้นสุด จะมีการให้สุศึกษาและวิธีการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นส่วนประกอบสำคัญ

2) การกำหนดช่วงระยะเวลาดูแลผู้ป่วย มีการดำเนินการใน 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (Conti 1993; Bower 1992)

(1) การดำเนินการเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น รูปแบบของนิวอิงแลนด์ (The New England Acute Care Hospital Model)

(2) การดำเนินการในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น รูปแบบของอริโซนา (The Arizona Model)

(3) การดำเนินการในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือเป็นการดูแลในระยะ ก่อน ขณะ และหลังเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เช่น รูปแบบการดำรงสุขภาพ (The Health Maintenance Model) ซึ่งรูปแบบนี้จะมีลักษณะคล้ายกับรูปแบบที่ใช้โรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน

สรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีรูปแบบที่แตกต่างกัน หากพิจารณาตามสถานที่ให้การบริการสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐาน รูปแบบชุมชนเป็นฐาน และรูปแบบโรงพยาบาลเป็นฐาน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลสามารถแบ่งตามความครอบคลุมของพื้นที่ออกเป็น 3 รูปแบบ คือ ดำเนินการทั้งโรงพยาบาล ดำเนินการในบางหน่วยงาน และดำเนินการเฉพาะโรค เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาในการดูแล มี 3 รูปแบบ คือ

ดำเนินการเฉพาะในช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดำเนินการในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดำเนินการตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอริโซนา มาใช้ โดยมุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังตลอดระยะเวลาเข้ารับการรักษา ต่อเนื่องไปจนถึงกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดในการดำเนินการ ทั้งในเรื่องบุคลากร ทรัพยากร เวลา และระบบการสื่อสารเพื่อส่งต่อ ข้อมูล และเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งในการติดตามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในรายที่ต้องส่ง ข้อมูลการรักษาไปยังเครือข่าย

3.6 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา 2543: 7) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.6.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล

(Collaborative practice) หมายถึง การประสานความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพ ประกอบด้วยการดำเนินงานต่างๆ ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ เพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ
- 2) การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ บุคลากร และระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่น การบริหารจัดการทรัพยากร (Utilization management) หรือการทบทวนความคุ้มค่า/การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization review)
- 3) การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.6.2 เครื่องมือ เครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่ แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance analysis)

- 1) แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

(1) ความหมายของแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นคู่มือปฏิบัติงานที่ย่อรายละเอียดของแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาใน

โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามระยะเวลาที่กำหนด (Zander 1988 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย 2543) เป็นแผนการปฏิบัติงานที่แสดงถึงการประสานงานที่ดี เป็นคู่มือที่มีประสิทธิผลในการลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล สร้างคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (Simmons 1992) เป็นเสมือนแผนที่หรือแนวทางการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Guliano and Poirier 1991) นอกจากนี้ยังสามารถทำนายหรือคาดการณ์เรื่องเวลา วันนอนที่ใช้ในการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการให้ความรู้ (Woldum 1988 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย 2543) สรุปได้ว่าแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง แผนการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่แสดงรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามระยะเวลาที่กำหนด ใช้สำหรับติดตามประเมินผลการรักษาและสื่อสารระหว่างทีม สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดระยะเวลาวันนอนไว้ที่ 8 วัน (ปรับตามค่า Rate weight ในการวินิจฉัยโรคร่วม = 7-9 วัน)

(2) ส่วนประกอบหลักของแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะต้องประกอบไปด้วยส่วนประกอบหลัก ดังนี้ (สำนักงานพยาบาล 2548)

ก. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcome) เมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา

ข. ระยะเวลาที่กำหนด (Timeline) ที่เฉพาะเจาะจงตามลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดเป็นวัน ตั้งแต่เริ่มรักษาและสิ้นสุดการรักษา

ค. การประสานความร่วมมือกัน (Collaboration) ในการดูแลรักษา ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

ง. กิจกรรมหลักหรือประเด็นหลักของการดูแลรักษา (aspect of care) ของผู้ป่วยโรคนั้น ในแต่ละช่วงเวลา ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมหลัก 8 ด้าน ได้แก่ การประเมินและการปรึกษา (assessment/ consults) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Diagnosis test) การรักษา (Treatment/ Intervention) ยาที่ใช้ (medication) ความปลอดภัย/ กิจกรรมต่างๆ/ การเคลื่อนไหว (safety/ activity/ mobility) โภชนาการ/อาหาร (nutrition/ diet) การสอน (teaching) และแผนการจำหน่าย (discharge planning)

(3) ประโยชน์ของแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

แผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีประโยชน์ 3 ด้านที่สำคัญ ดังนี้ (พัชรี เนียมศรี 2547: 286)

ก. ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยทราบแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษา

ข. ประโยชน์ต่อผู้ให้บริการ คือ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนเข้าใจการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพในภาพรวม มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน สามารถประสานประโยชน์แหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาใหม่ ลดความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีแผนการดูแลที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการและการวิจัย

ค. ประโยชน์ต่อหน่วยงาน / องค์กรที่สาม / ผู้ซื้อบริการ คือ เป็นแหล่งข้อมูล ตรวจสอบ ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาที่เหมาะสม

2) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน

การวิเคราะห์ความแปรปรวน (variance analysis) คือ การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงว่ามีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ความแตกต่างที่เกิดขึ้น เรียกว่า ความแปรปรวน (variance) เมื่อพบความแตกต่างจะต้องมีการจดบันทึกความแปรปรวน (Variance recording) รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแปรปรวน หลังจากนั้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับข้อมูลและร่วมกันวิเคราะห์สภาพความแตกต่าง เพื่อช่วยกันหาแนวทาง และปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแล (จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546) ผลที่เกิดขึ้นเกินกว่าที่กำหนดไว้ในเป้าหมาย เรียกว่า ความแปรปรวนทางบวก (Positive Variance) และผลที่เกิดขึ้นต่ำกว่าที่กำหนดในเป้าหมาย หรือกิจกรรมบางอย่างเกิดล่าช้าไปกว่าเดิม เรียกว่าความแปรปรวนทางลบ (Negative Variance) (เรวดี ศิรินคร 2548)

อิกนาตเวียส และฮอสแมน (Ignatavicius and Hausman 1995 อ้างถึงใน พัทรี เนียมศรี 2547) ได้นำเสนอแบบบันทึกความแปรปรวนไว้ 2 แบบ ดังนี้

(1) แบบบันทึกความแปรปรวนแบบปลายเปิด มีส่วนประกอบหลัก คือ วันที่เกิดความแปรปรวน (Date) ความแปรปรวน (Variance) เหตุผล (Reason) วิพากษ์/แผนปฏิบัติการ (Comments/Action Plan)

(2) แบบบันทึกความแปรปรวนแบบกำหนดรหัส (Coding)

ประกอบด้วยความแปรปรวน 4 ส่วน ได้แก่

- ก. โรงพยาบาลหรือระบบ (System related) ได้แก่ เพียงไม่พอ อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ เป็นต้น
- ข. ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family related) ได้แก่ อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความไม่พร้อม การไม่กล้าตัดสินใจ เป็นต้น
- ค. ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver related) ได้แก่ แพทย์และพยาบาลรักษาล่าช้า แผนการรักษาผิดพลาด เป็นต้น
- ง. ชุมชน (Community related) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายล่าช้า การส่งต่อ เป็นต้น

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบบันทึกความแปรปรวนแบบปลายเปิด แต่กำหนดหัวข้อสำหรับการบันทึกข้อมูลตามแนวคิดของแบบบันทึกความแปรปรวน แบบกำหนดรหัส ครอบคลุมเนื้อหา 4 ส่วน คือ ความแปรปรวนด้านระบบ ผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากร และชุมชน เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งยังเป็นหัวข้อที่บุคลากรมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของระบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานในเรื่องการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังจะนำเสนอรูปแบบในภาคผนวกต่อไป

3.6.3 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในอดีตมีการนำนักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลวิชาชีพ มาเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ (เรวดี ศิรินคร 2548) เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพได้ดีและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาคุณสมบัติของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนใหญ่ จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist: CNS) หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner: NP) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี

3.7 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้ทรงคุณวุฒิได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ซึ่งแตกต่างกัน ในที่นี้จะขอนำเสนอเฉพาะกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโพเวล (Powell 2000) และโบเวอร์ (Bower 1992) ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.7.1 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโพเวล (Powell 2000: 241–291)

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1) การสรรหาและคัดเลือกผู้ป่วย (Case screening and selection) ขั้นตอนนี้ เป็นจุดแรกของกระบวนการ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย ตามข้อ บังคับทั่วไป คือ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน ค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปเกินจำนวนที่กำหนด และ ข้อบังคับอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาด แหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอีกภายใน 15 วัน มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการ การดูแล มีปัญหาทางสุขภาพจิต เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และผู้ป่วยที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

2) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา (Assessment/ Problem identification) เป็นกระบวนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกเข้ามา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ คือ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือแฟ้มประวัติ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางทำให้การพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนั้น ต้องประเมินข้อมูลด้านการเงินว่ามีการประกันสุขภาพหรือไม่ มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและด้านจิต สังคมหรือไม่

3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย (Coordinating and developing the treatment/ Discharge plan) หลังจากประเมินด้านคลินิกและจิตสังคมของผู้ป่วย แล้ว ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกัน ในเรื่องการตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ โดยกำหนดว่าจะต้องทำอะไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลา นานเท่าใด โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย และการใช้ แหล่งทรัพยากร โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลนี้

4) การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ในขั้นตอนนี้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตาม เวลาที่กำหนดไว้ และแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามแผนการดูแลที่วางไว้ รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการ จำหน่ายที่วางไว้

5) การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล เป็นการ ประเมินตัดสินใจว่า อะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอย่างไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่ง ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การติดตามเยี่ยม อาจทำได้โดยการโทรศัพท์ หรือไปด้วยตนเอง

6) การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพใหม่ และการประเมินผลใหม่ (Continuous monitoring, reassessing and reevaluating) เนื่องจากสภาพของ ผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการเฝ้าติดตามและประเมินใหม่ ในเรื่องของ

การเปลี่ยนแปลงด้านอาการเจ็บป่วย ความมั่นคงทางสังคม ความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วย และครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ถึงสุดท้ายที่ต้องทำการประเมินใหม่ถ้าจำเป็น คือ เป้าหมาย (Goal)

3.7.2 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโบเวอร์ (Bower 1992) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การคัดเลือกผู้ป่วย (*Interact*) เพื่อเข้ารับการดูแลในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อมีผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาล จะได้รับรหัสตามกลุ่มโรค/อาการ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณารับเข้าเป็นกลุ่มเป้าหมาย
- 2) การประเมิน (*Assess*) เป็นการประเมินผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความต้องการ การดูแล และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง โดยสมาชิกทีมแต่ละคนจะเป็นตัวแทนของแต่ละวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความสำเร็จของการดูแลขึ้นอยู่กับความร่วมมือ
- 3) การวางแผน (*Plan*) เป็นการนำแผนการดูแลที่ได้จัดทำไว้แล้ว (*Clinical pathway*) มาปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลา
- 4) การนำแผนไปปฏิบัติ (*Implementation*) บุคลากรในทีมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่รับผิดชอบตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ร่วมกัน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้สื่อสารข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ติดต่อประสานกับทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลา
- 5) การประเมินผล (*Evaluation*) เป็นการประเมินผลเฉพาะราย คือ เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ความแปรปรวน เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและบุคลากรในทีมทุกคน การติดตามการปฏิบัติและสถานะของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และการประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยรวบรวมข้อมูลสถิติต่างๆ วิเคราะห์และนำเสนอผลการดำเนินการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป การวิเคราะห์ความแปรปรวนและการดำเนินการแก้ไข เป็นกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่ง (Zander 1988)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่ากระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล แม้จะมีการแบ่งขั้นตอนไว้ในจำนวนที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้จะได้ประยุกต์กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ โปเวล (Powell 2000: 241–291) ให้ครอบคลุมแนวคิดของอริโซนา คือ ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ต่อเนื่อง ไปจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน และกลับมารับการตรวจติดตามผล ซึ่งจะมีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัย และการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการดูแล และการประเมินผล (ประพิณ วัฒนกิจ 2541) ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความคุ้นเคยกับขั้นตอนดังกล่าวเป็นอย่างดีอยู่แล้ว จึงช่วยให้นำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.8 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง มีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอน มีการดำเนินการดังรายละเอียด ต่อไปนี้

3.8.1 การคัดเลือกผู้ป่วย เป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลังที่ต้องผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวแตก/ยื่น กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ และกระดูกสันหลังส่วนเอวไม่มั่นคง เพื่อเข้ารับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.8.2 การประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยปวดหลังที่ต้องผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังและมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เพื่อกันหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3.8.3 การวางแผน เป็นการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเมื่อพบความแปรปรวนในแต่ละช่วงของกิจกรรมการดูแล แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จะต้องครอบคลุมผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินและการวินิจฉัย การส่งปรึกษาและการรักษา กิจกรรม โภชนาการ การสอน และแผนการจำหน่าย โดยมีการกำหนดปัญหาและความต้องการในแต่ละระยะ ดังนี้

1) *ระยะรับใหม่/ระยะก่อนผ่าตัด* ควรมีการวางแผนในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการเข้ารับการรักษาและการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม คือ การเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติ การตรวจทางรังสี เช่น การเอ็กซเรย์ปอด (Chest x-ray) การฉีดสีเข้าโพรงกระดูกสันหลัง (Myelogram) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging: MRI) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัด เช่น โรคที่เป็นอยู่เดิม ยาที่เคยรับประทานประจำ การส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ และวิสัญญีแพทย์ เป็นต้น

2) *ระยะหลังผ่าตัด* ให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การจัดทำนอน การประเมินภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด การลดอาการปวด การให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดและชนิดรับประทาน การให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การขยับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด การประเมินระบบประสาท (Neurological sign) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดในเรื่อง ปอดอักเสบและปอดแฟบ แผลกดทับ การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก การรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง การมีก้อนเลือดในแผลผ่าตัด การลุกจากเตียง ระยะฟื้นฟูสภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริหารหลัง (Back exercise) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับท่าทางที่ถูกต้อง การใส่เครื่องพยุงหลัง

3) *ระยะก่อนกลับบ้าน/ระยะกลับบ้าน* ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติตัวในเรื่องการทำงานและการเคลื่อนไหว การใส่เครื่องพยุงหลัง การดูแลแผลผ่าตัด การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การมาตรวจตามนัด

3.8.4 การปฏิบัติตามแผน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพตามระยะเวลาที่กำหนด โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประสานและติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.8.5 การประเมินและติดตามผล เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง แต่ละกิจกรรม ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีผลลัพธ์ในแต่ละระยะดังนี้

- 1) *ระยะรับใหม่* ผู้ป่วยมีความพร้อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการปวดบรรเทาลง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
- 2) *ระยะก่อนผ่าตัด* ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ยินยอมรับการผ่าตัด และเข้าใจคำแนะนำที่ได้รับจากวิสัญญีแพทย์ / อายุรแพทย์
- 3) *ระยะผ่าตัด* ผู้ป่วยไม่มีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด
- 4) *ระยะหลังผ่าตัด* ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก นอนในท่าที่ถูกต้อง อาการปวดบรรเทาลง
- 5) *ระยะฟื้นฟูสภาพ* ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะฟื้นฟูสภาพ เข้าใจวิธีการฟื้นฟูสภาพ
- 6) *ระยะก่อนกลับบ้าน* ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน สามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม เครื่องมือมีความพร้อมในการดูแล / ติดตาม

3.8.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการเฝ้าติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อของแผล

ผ่าตัด ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป้าหมาย (Goal) ในกรณีที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามนัด

3.9 บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดำเนินงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องมีการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญ และมีลักษณะเฉพาะหลายด้าน ในที่นี้จึงขอแยกกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ไว้ในหัวข้อต่อไป ส่วนหัวข้อนี้จะขอกล่าวถึงบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่ง จินตนา ยูนิพันธ์ และคนอื่นๆ (2548) ได้กล่าวถึงบทบาทของทีมสหวิชาชีพสาขาต่างๆ ไว้ดังนี้

3.9.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

- 1) มอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 2) มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพอื่นดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวร
- 3) เป็นที่ปรึกษาของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการแก้ปัญหาประสานงานในรายที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง
- 4) ร่วมรับ-ส่งเวร เพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย
- 5) เยี่ยมตรวจผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลการพยาบาลและสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- 6) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินผลการพยาบาล
- 7) ร่วมประชุมปรึกษากับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา
- 8) ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยและแผนการประสานงานให้เหมาะสม
- 9) แสดงความคิดเห็น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วย
- 10) จัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ
- 11) จัดให้มีการประชุมร่วมกันภายในหน่วยงาน ทุกวันก่อนปฏิบัติงานหรือทุกสัปดาห์

3.9.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล (เวร 8 ชั่วโมง)

- 1) รับผิดชอบหมายการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และอยู่ในความดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลหัวหน้าเวร โดยปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยและแผนการประสานงาน ให้ทำหน้าที่แทนพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง
- 2) ติดต่อประสานงานกับทีมการพยาบาล และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี/ หัวหน้าหอผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- 3) ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ในแผนการดูแลผู้ป่วย
- 4) ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล/พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่เข้ามาปฏิบัติงานในเวรถัดไป

3.9.3 บทบาทหน้าที่ของแพทย์

- 1) ทำการตรวจ ประเมินอาการและอาการแสดง รวมทั้งวินิจฉัยโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
- 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) สั่งการ ให้การรักษา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 4) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการรักษา
- 5) อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) เขียนใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์
- 7) ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางแก้ไข ให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

3.9.4 บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัด

- 1) สอนและแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ในการทำกายภาพบำบัด
- 2) รับผิดชอบและให้บริการ ทำกายภาพบำบัดในผู้ที่มีปัญหา
- 3) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย

3.9.5 บทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

- 1) จัดหายาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามแผนการรักษา ให้มีพร้อมใช้ตลอดเวลา
- 2) เป็นแหล่งข้อมูล เรื่องชนิดของยา ราคา ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย
- 3) เป็นที่ปรึกษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเรื่องการใช้ยาในประเด็นต่างๆ
- 4) ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและอภิปรายปัญหา ความต้องการผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.10 บทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

โคเฮนและเซสตา (Cohen & Cesta 2001) และ โทฮัน (Tahan 2001 อ้างถึงใน รัชนี ศุภจินทรรัตน์ 2545) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกเป็น 5 บทบาท ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการท่านอื่น บทบาทดังกล่าวประกอบด้วย 1) บทบาทการดูแลผู้ป่วย 2) บทบาทการจัดการหรือการใช้ภาวะผู้นำ 3) บทบาทด้านธุรกิจการเงิน 4) บทบาทด้านการจัดการข้อมูลหรือการติดต่อสื่อสาร 5) บทบาทด้านการพัฒนาวิชาชีพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ละบทบาท มีรายละเอียดดังนี้ (Cohen & Cesta 2001; Tahan 2001 อ้างถึงใน รัชนี ศุภจินทรรัตน์ 2545; Powell 2000; จินตนา ยูนิพันธ์ และคนอื่นๆ 2548)

3.10.1 บทบาทการดูแลผู้ป่วย (The clinical/ Patient care dimension) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องแสดงบทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยดังนี้

- 1) บทบาทในการเป็นผู้เชี่ยวชาญการคัดกรองผู้ป่วย (Case screening expert)
- 2) บทบาททางคลินิก (Clinician) หรือบทบาทผู้ดูแล (Caregiver's role) โดยประเมินสถานะของผู้ใช้บริการ จัดลำดับความสำคัญในการดูแลรักษา การประสานและส่งต่อ งานระหว่างฝ่ายต่างๆ การวินิจฉัยโรคทั้งทางการพยาบาลและทางการแพทย์ จัดตารางเวลาให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมตามแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) บทบาทในการเป็นผู้ประเมินผลการดูแลและการประเมินซ้ำ
- 4) บทบาทในการเป็นผู้วางแผนจำหน่ายและผู้ประสานงาน เมื่อแผนการดูแลเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้วางแผนการเปลี่ยนผ่านการดูแล
- 5) บทบาทในการเป็นผู้ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุกระยะ ตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

3.10.2 บทบาทการจัดการหรือการใช้ภาวะผู้นำ (The managerial/ leadership role dimension) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องแสดงบทบาท ดังนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (*Change agent*) โดยเป็นผู้นำเสนอรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้แก่องค์กร แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และเป็นตัวอย่างที่ดี

2) บทบาทในการเป็นผู้จัดการ (*Manager*) โดยทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการจัดสรรการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) บทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ (*Educator*) แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรในทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

4) บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ (*Consultant*) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องเป็นผู้ที่ชี้แนะทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ทราบถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ชี้แจงนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเป็นที่ปรึกษาและผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล เป็นที่ปรึกษาทางด้านคลินิก จริยธรรม กฎหมาย การบริหารความเสี่ยง และการบริหารจัดการที่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5) บทบาทเป็นผู้ประสานและเป็นผู้สนับสนุนการให้การพยาบาล (*Coordinator and facilitator of care*) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในทีมสหสาขาวิชาชีพ รับผิดชอบในการประสานงานและเป็นผู้ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบวันต่อวัน ปรับแผนการดูแล เป็นที่ปรึกษาและประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

6) บทบาทในการเป็นผู้เจรจาต่อรอง (*Negotiator*) ในเรื่องแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ความต้องการการให้บริการ เป็นต้น และเจรจาต่อรองด้านความพึงพอใจของบริการที่ได้รับ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอน โรงพยาบาล และเมื่อส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องยังชุมชน

7) บทบาทในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว (*Patient and family advocate*) โดยเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจที่จะรับการรักษาตามแผนที่กำหนดและตัดสินใจที่จะเลือกการดูแล เป็นกระบอกเสียงของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์กรที่ดูแลเกี่ยวกับสิทธิการรักษา

8) บทบาทในการเป็นผู้ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น (*Protector of privacy and confidentiality*) คือ การปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

9) บทบาทในการเป็นผู้บริหารความเสี่ยง (Risk manager) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีบทบาทในการที่จะระบุนงานการพยาบาลที่เป็นความเสี่ยงทางกฎหมาย มีหน้าที่ในการให้การวินิจฉัยและแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ โดยปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ การตรวจสอบการใช้และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การเผยแพร่ข้อมูลแก่บุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในช่วงเวลาที่เหมาะสม

3.10.3 บทบาทด้านธุรกิจการเงิน (The financial/ business role dimension)

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องแสดงบทบาท ดังนี้

- 1) บทบาทในการเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากร (Utilization manager) ดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล สามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแล แก้ไขหรือปรับแผนการดูแลทันที
- 2) บทบาทในการเป็นตัวแทน (Broker's role) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่เป็นคนกลางในการนำทรัพยากรและบริการต่างๆ ไปสู่ผู้ใช้บริการทำให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ติดต่อบริการระหว่างทีมรักษาพยาบาลและผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ในการนำเสนอบริการต่างๆ เปรียบเทียบกับผู้ให้บริการทุกเรื่อง
- 3) บทบาทในการเป็นผู้วิเคราะห์ค่าใช้จ่าย (Cost – benefit analyst) บทบาทนี้สำคัญมากในกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจัดการแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาล กำหนดวันนอนในโรงพยาบาล และประมาณการค่าใช้จ่าย

3.10.4 บทบาทด้านการจัดการข้อมูลหรือการติดต่อสื่อสาร (The information management / communication role dimension) ซึ่งบทบาทในมิตินี้มีดังนี้

- 1) บทบาทด้านการจัดการข้อมูล ข่าวสาร และการติดต่อสื่อสาร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีส่วนร่วม ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ความแปรปรวน ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการดูแล อัตราความถี่ของการอยู่โรงพยาบาลหรือกลับมารักษา การเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร จัดทำผลสะท้อนกลับให้ทีมงานเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา หรือทบทวนนโยบายและการปฏิบัติ และการบันทึกข้อมูลต่างๆ
- 2) บทบาทในการเป็นผู้ประสานการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement coordinator) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตลอดเวลา แต่ต้องมีระบบควบคุมค่าใช้จ่าย โดยไม่มีการลดจำนวนวันนอนและลดต้นทุนการรักษา ประสานและควบคุมคุณภาพการดูแล ประเมินผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามที่

คาดหวัง และความแปรปรวนที่เกิดขึ้น พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.10.5 บทบาทด้านการพัฒนาวิชาชีพ (The professional development/ advancement role dimension) บทบาทในมิตินี้มีดังนี้

- 1) บทบาทด้านการพัฒนาวิชาชีพ ให้เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ และถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ
- 2) บทบาทในการเป็นนักวิจัย (Researcher) เป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง โดยสนับสนุนหรือทำวิจัยที่จะประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่สามารถนำมาเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการพยาบาล นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติต่างๆ ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากบทบาท 5 ด้านที่กล่าวไปแล้วสามารถประมวลได้ว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรจะมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

- (1) เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ
- (2) ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกาย จิตใจ สภาพะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงินด้วย หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด
- (3) ตัดสินใจสั่งการ ให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือทีมการพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาที่ยังยากซับซ้อนของผู้ป่วย ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย
- (4) ประสานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้
- (5) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอภิปรายถึงแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพตามลำดับของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าอาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล

(6) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมพยาบาล ตลอดทั้งประเมินว่าทีมพยาบาลมีความพร้อม และมีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

(7) นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปฏิบัติมักจะมีการประชุมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย (Case conference) ทุกครั้ง ที่มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบี่ยงเบนไปจากขีดจำกัด (Control limit) ที่กำหนดไว้

(8) ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

(9) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย

สรุป หน้าที่ความรับผิดชอบหลักของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้เลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตัดสินใจสั่งการ ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ประสานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลการดูแล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร

4. ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.1 ความหมายของประสิทธิผล

การให้ความหมายของประสิทธิผล (Effectiveness) มีความหลากหลาย ซึ่งในที่นี้จะขอนำเสนอเพียงบางส่วน ดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร (2550) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลผลิตหรือผลการดำเนินงานขององค์การ ที่มีคุณภาพและบรรลุผลตามเป้าหมายขององค์การ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ผู้ปฏิบัติงานในองค์การ

สุวรรณา จันทรประเสริฐ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2549) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับของความสามารถในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในการบรรลุถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการหรือกิจกรรม ประสิทธิภาพในการ

ดูแลสุขภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของประชาชนในสภาพการณ์ปกติ รวมถึงความปลอดภัย ความเหมาะสม ความเป็นเลิศของการดูแลสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นได้จาก ภาวะสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จำนวนวันนอน จำนวนชั่วโมงการดูแลรักษาพยาบาล

พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (ราชบัณฑิตยสถาน 2542) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น

สรุป ประสิทธิภาพ คือ ระดับความสำเร็จของผลการดำเนินงาน หรือผลลัพธ์การดำเนินการในการบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากความหมายดังกล่าว การวัดประสิทธิภาพ จึงเป็นการวัดระดับของความสำเร็จหรือการบรรลุผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการดำเนินการที่ตั้งไว้

4.2 การวัดประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การวัดประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องพิจารณาจากระดับความสำเร็จของการบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่ง โพลเวล (Powell 1996) มอร์และแมนเดล (More and Mandell 1997) เรวดี ศิรินคร (2548) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษายาบาลว่า ประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1) เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ 2) ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 3) ลดการดูแลแบบแยกส่วน 4) ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 5) ลดจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 6) มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม 7) ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม 8) ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ 9) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในงาน 10) แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทั้ง 10 ประการดังกล่าว จะพบว่า ครอบคลุมผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และ 3) ผลลัพธ์ด้านทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของเรวดี ศิรินคร (2549) ว่า การวัดผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) ผลสัมฤทธิ์ด้านผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับเข้าทำงานได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ และมีความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 2) ผลสัมฤทธิ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจในงาน ไม่เกิดความซ้ำซ้อนของบริการ 3) ผลสัมฤทธิ์ด้านผู้จ่ายค่าบริการ ได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้ ลดการกลับมาหรือยืดเวลาการกลับเข้านอนในโรงพยาบาล ในครั้งต่อไปให้ห่างออกไปได้

การวัดประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในครั้งนี้จึงครอบคลุมผลลัพธ์

3 ด้าน คือ 1) ด้านทรัพยากร ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย 2) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอน (Length of stay) หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยนับจากจำนวนวันนอนที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย

4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกที่พอใจ ชอบใจ (ราชบัณฑิตยสถาน 2546) เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้ไปในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Aday and Andersen 1975 อ้างถึงใน จิราพร สิมากร 2543) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้รับจากการที่เข้ามาใช้บริการ สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการ (Brown 1992 อ้างถึงใน จิราพร สิมากร 2543)

การวัดความพึงพอใจ สามารถกระทำได้หลายแนวทาง ซึ่ง อเคย์และแอนเดอเซน (Aday and Andersen 1975 อ้างถึงใน จิราพร สิมากร 2543) ได้เสนอเป็นแนวคิดที่มาจากการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของพยาบาล ซึ่งเป็นการประเมินระบบบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย 6 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base on getting to care)

2) ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ (Coordination) ได้แก่ การได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการในสถานที่เดียว (Getting all needs at one place) ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for overall health) และการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

3) ความพึงพอใจในด้านอัธยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัย ท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Information about what was wrong) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (Information about treatment)

5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการ โรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกของผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย โดยแสดงออกในลักษณะยินดี ชื่นชอบ หรือพอใจ ซึ่งหากพิจารณาจากจุดมุ่งหมายและข้อดีของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมระยะเวลานอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายได้ การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย จึงจะครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

(1) ความพึงพอใจด้านความรวดเร็ว หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการทันทีและรวดเร็วจากบุคลากร

(2) ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องครบถ้วน หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจากบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม

(3) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่ ตรงกับความต้องการ/ปัญหาสุขภาพ ปลอดภัยและเป็นไปตามความคาดหวัง

(4) ความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันความพิการ

4.2.3 ความพึงพอใจของบุคลากร

การบริหารจัดการในองค์กรใดๆ นอกจากจะต้องคำนึงถึง ความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการเป็นสำคัญแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของบุคลากรต่องาน เนื่องจากความพึงพอใจในงาน จะช่วยให้คนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ลัดดา ตันกันทะ 2540 อ้างถึงใน สุวัชรีย์ ฐพิมาย 2543) ผู้บริหารจึงต้องสำรวจ

ความพึงพอใจในงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงแก้ไขของค์ประกอบต่างๆ ของงาน ให้มีสิ่งจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานของอย่างมีประสิทธิภาพ และด้วยความสมัครใจ

ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่เป็นผลมาจากงาน และปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ความสำเร็จในงาน อำนาจการบริหารงาน และการมีสายสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ สามารถตอบสนองตามความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม และจะกระตุ้นให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ขนิษฐา กุลกฤษณา 2539 อ้างถึงใน สุวัชรีย์ ฐุพินาย 2543) ความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึกในด้านบวกของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จเป็นอย่างดี (Good performance) (Hackman & Oldham 1980 อ้างถึงใน สุวัชรีย์ ฐุพินาย 2543)

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานของบุคลากร หมายถึง ความรู้สึกที่ดี หรือ ความรู้สึกทางบวกของบุคลากรที่มีต่องาน อันเป็นผลมาจากการที่บุคลากรปฏิบัติงานได้สำเร็จตามความคาดหวังของตน ซึ่งหากพิจารณาจากจุดมุ่งหมายและข้อดีของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะพบว่าจุดมุ่งหมายและข้อดีที่จะส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจในงานสูง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ และการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพการพยาบาล การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม การลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม และความต่อเนื่องในการดูแลของแต่ละวิชาชีพ การวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรจึงจะครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจด้านผลงาน หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อผลงานที่เกิดจากการดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และผลการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2) ความพึงพอใจด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ซ้ำซ้อนกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และความต่อเนื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสาร
- 4) ความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการติดต่อสื่อสาร การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน การประสานงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

5) ความพึงพอใจด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่

6) ความพึงพอใจด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพอย่างอิสระ และการมีโอกาสนในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างเต็มที่

5. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

การผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง เป็นการรักษาที่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในที่นี้จึงขอกล่าวเฉพาะอาการปวดหลัง ซึ่งมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป

5.1 ความหมายของอาการปวดหลัง

อาการปวดหลัง หมายถึง อาการปวดที่เกิดขึ้น ในบริเวณหลังของลำตัว ตั้งแต่ระดับคอลงไปจนถึงก้นกบ (Coccyx) อาการปวดหลังจะทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติได้ อาการปวดชนิดเฉียบพลันจะมีอาการไม่เกิน 3 เดือน ส่วนชนิดเรื้อรังจะมีอาการนานกว่า 3 เดือน อาการปวดหลังส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในบริเวณบั้นเอวจนถึงก้นกบ หรือที่เรียกว่าอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากในเวชปฏิบัติทั่วไป และเป็นสาเหตุของการหยุดงานในวัยทำงานที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่ จะมีประวัติปวดหลังส่วนล่างเป็นบางเวลา แต่มีเพียงจำนวนน้อยคือ ร้อยละ 14 ที่มีอาการนานเกิน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่อยู่ในวัยทำงานจะพบอาการถึงร้อยละ 50 ในจำนวนนี้ร้อยละ 15-20 ต้องรับการรักษา และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้คนอายุน้อยกว่า 45 ปี ค่อยสมรรถภาพ กลุ่มที่ปวดเฉียบพลันร้อยละ 90 หายเองโดยไม่ต้องรักษา แต่ที่ไม่หายจะกลายเป็นชนิดเรื้อรัง และกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังร้อยละ 15 เท่านั้นที่สามารถค้นพบสาเหตุได้ (ปิยวรรณ จตุปาริสุทธิ์ 2544)

5.2 สาเหตุของอาการปวดหลัง

อาการปวดหลังมีสาเหตุหลักๆ อยู่ 5 ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1 *ความคิดปกติของอวัยวะภายใน* เช่น โรคของระบบทางเดินปัสสาวะระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน อาการปวดเนื่องจากการระคายเคืองต่อเยื่อเมอรัล

ช่องท้องทางด้านหลัง จะไม่สัมพันธ์กับการทำงานของหลังและจะไม่หายปวดเมื่อพัก อาจจะปวดแบบเกร็งเป็นพักๆ

5.2.2 ความผิดปกติของหลอดเลือด จะมีลักษณะปวดแตกต่างกันตามความผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง มักปวดตื้อๆ ตามการเต้นของหัวใจ อาจปวดเสียวร้าวไปตามขาในบริเวณที่เส้นประสาทเซียดิกา (Sciatica) เลี้ยว อาการปวดจะไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดบริเวณหลัง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ในอุ้งเชิงกรานหรือขา จะทำให้เกิดอาการปวดน่องจากการไหลเวียนไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีอาการมากขึ้นในขณะที่เดินและอาการจะน้อยลงเมื่อหยุดเดิน เป็นต้น

5.2.3 ความผิดปกติจากระบบประสาท โรคของไขสันหลังหรือเส้นประสาทไขสันหลัง เช่น การติดเชื้อ เนื่องจากอาจมีการกดเบียดเส้นประสาทไขสันหลังคล้ายหมอนรองกระดูกปลิ้น อาจพบร่วมกับมีไข้ หนาวสั่น เบื่ออาหาร

5.2.4 ความผิดปกติจากกระดูกไขสันหลัง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด อาจทำให้เกิดเฉพาะอาการปวดหลัง หรือมีอาการปวดร้าวมาที่ขาหรือมีอาการทั้ง 2 อย่าง อาจพบสาเหตุที่มาจากกระดูกสันหลัง หรือเนื้อเยื่ออ่อนรอบกระดูกสันหลัง

1) **โรคของกระดูกสันหลัง** ได้แก่ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ เช่น กระดูกสันหลังเป็นหนอง วัณโรคกระดูก การอักเสบ เนื่องจาก โรคที่เป็นกับกระดูกแบบแพร่กระจาย ความพิการบริเวณสันหลัง ข้อกระดูกสันหลังเสื่อม เป็นต้น

2) **โรคของเนื้อเยื่ออ่อนรอบกระดูกสันหลัง** ได้แก่ กล้ามเนื้อและพังผืด เกิดการอักเสบ กล้ามเนื้อบาดเจ็บไม่รุนแรง การใช้งานมากเกินไป หรือพยาธิสภาพที่หมอนรองกระดูกสันหลังหรือพยาธิสภาพที่ข้อฟาเซต (Facet)

5.2.5 ปัญหาทางจิตใจ (Psychogenic causes) ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจ ในขณะที่ความวิตกกังวลต่ออาการปวด ส่งผลให้มีอาการของโรคมมากขึ้นและรักษาไม่หาย

5.3 ลักษณะทางคลินิกของอาการปวดหลัง

อาการปวดหลังจะมีลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันตามความผิดปกติของสันหลังและโครงสร้างโดยรอบ (ศิริภพ สุวรรณโรจน์ 2548) ซึ่งจะวินิจฉัยได้จากประวัติและการตรวจร่างกาย ดังนี้

5.3.1 ประวัติที่สำคัญในผู้ป่วยปวดหลัง ได้แก่

1) **อายุของผู้ป่วย** สาเหตุของอาการปวดหลังที่พบบ่อยในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน เช่น โรคข้อเสื่อม มะเร็ง หรือ โพรงกระดูกสันหลังแคบ จะพบในผู้ป่วยสูงอายุ

ในขณะที่ภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นจะพบในผู้ป่วยอายุ 30-50 ปี และข้อกระดูกสันหลังอักเสบตื้อจะพบในผู้ป่วยอายุน้อย เป็นต้น

2) อาการปวดหลัง จะมีลักษณะแตกต่างกันตามสาเหตุ ซึ่งการซักประวัติเกี่ยวกับอาการปวดหลังจะช่วยให้วินิจฉัยสาเหตุได้ง่ายขึ้น ประวัตินี้สำคัญของอาการปวดหลัง ได้แก่

(1) จุดเริ่มต้นของอาการปวด (Onset of pain) อาการปวดหลังทันทีทันใด จะพบในการบาดเจ็บของโครงสร้างโดยรอบและหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการทำงานหนักหรือการบาดเจ็บ ส่วนการปวดแบบค่อยเป็นค่อยไป จะพบในการปวดหลังจากภาวะข้อเสื่อม เนื้ออก และมะเร็ง โรคในกลุ่มข้อสันหลังอักเสบ และโพรงกระดูกสันหลังแคบ เป็นต้น

(2) ระยะเวลาของอาการปวดหลังก่อนมาพบแพทย์ โดยทั่วไปอาการปวดหลังที่เกิดจากความผิดปกติของสันหลังและโครงสร้างโดยรอบ มักจะเป็นอยู่ในช่วงสั้น เป็นวันถึงสัปดาห์ แต่การปวดหลังจากสาเหตุอื่นๆ เช่น วัณโรคกระดูกสันหลัง ข้อสันหลังอักเสบตื้อแข็งมักจะกินเวลานาน เป็นต้น

(3) ลักษณะของการปวด จะปวดแบบตื้อๆ ลึกๆ (Deep somatic pain) ส่วนอาการปวดแสบปวดร้อน (Burning) มักจะเกิดจากโรคที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เช่น งูสวัดหรือผิวหนังอักเสบ ในขณะที่อาการปวดที่ส่งต่อมาจากบริเวณอื่น (Referred pain) จะมาจากอวัยวะภายในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน แต่ถ้ามีอาการปวดร้าว (Radiating) หรือปวดเหมือนเข็มแทงมักจะเกิดจากประสาทไขสันหลังถูกกดทับ หรืออาจมีอาการปวดร้าวลงขา เป็นต้น

(4) ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น อาการปวดหลังที่เกิดจากการกดทับของเส้นประสาทไขสันหลัง จะมีอาการมากขึ้นเวลาไอ จาม หรือเบ่ง ในผู้ป่วยหมอนรองกระดูกปลิ้นมักจะปวดเวลานั่งหรือก้มหลัง ซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม และโพรงข้อสันหลังแคบ มักปวดหลังมากขึ้นเวลาขึ้น เดินนานๆ หรือแอ่นหลัง

(5) ปัจจัยที่ทำให้ดีขึ้น อาการปวดหลังที่เกิดจากความผิดปกติของสันหลังและโครงสร้างโดยรอบ มักจะมีอาการดีขึ้นเมื่อพัก แต่อาการปวดหลังที่เกิดจากโรคข้อสันหลังอักเสบตื้อจะมีอาการปวดหลังดีขึ้นเมื่อทำงาน หรือบริหารร่างกายสักพัก

(6) ช่วงเวลาที่มีอาการปวดหลังมากที่สุดในแต่ละวัน โรคข้อสันหลังอักเสบตื้อจะมีอาการปวดหลังมากในตอนเช้าหลังตื่นนอน และจะมีอาการดีขึ้นเมื่อสายๆ อาการปวดหลังจากเนื้ออกมะเร็งจะปวดในเวลากลางคืน

3) การบาดเจ็บ การได้รับอุบัติเหตุหรือทำงานหนัก อาจเป็นสาเหตุของการปวดหลังได้ เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น กระดูกสันหลังหักยุบ

4) อาการทั่วไปและอาการร่วม เช่น ไข้ เบื่ออาหาร ชีต น้ำหนักลด เป็นอาการร่วมที่พบในโรคซิสเต็มิกที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม เช่น การติดเชื้อเนื้อเยื่อ มะเร็ง ซึ่งอาจจะมีพยาธิสภาพที่หลังหรืออวัยวะภายในช่องท้องและเชิงกรานได้

5) โรคประจำตัว เช่น มะเร็ง ข้ออักเสบ เบาหวานก็ทำให้ปวดหลังได้

6) ประวัติการทำงานและอาชีพ

7) การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือยาที่ใช้ประจำ เป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ซึ่งจะทำให้ปวดหลังและกระดูกหักง่าย

5.3.2 พยาธิสภาพของโรคปวดหลังชนิดต่างๆ (พรภิรมย์ พรหมเทศ 2546)

1) อาการปวดหลังที่เกี่ยวกับแรงกล (Mechanical low back pain, Low back strain, Idiopathic back pain) เกิดเนื่องจากการมีท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดแรงเครียดที่มากเกินไป ต่อกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อ อาการปวดมักแปรตามอิริยาบถ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปวดหลังบ่อยที่สุด

2) หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น/แฉก (*Herniated nucleus pulposus*: *HNP*) คือ มีการแตกของไฟโบรคาร์ติเลจ (Fibrocartilage) ที่อยู่ล้อมรอบหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของนิวเคลียสพัลโพซัส (Nucleus pulposus) ออกไปกดทับรากประสาท สาเหตุการเกิดจะเป็นแบบทันทีทันใด จากการก้มหลังหรือบิดตัว ยกของหนัก ลื่นไถล หรือตกจากที่สูงโดยเอาก้นหรือหลังกระแทก การไอ จาม เบ่ง และการเสื่อมของกระดูกตามอายุ พบระหว่างอายุ 30 – 50 ปี มักเกิดบ่อยบริเวณกระดูกเอวที่ 4 กับ 5 (L4-5) และกระดูกเอวที่ 5 กับกระดูกสะโพกที่ 1 (L5 –S1) จะมีอาการปวดหลังแบบเฉียบพลัน การนั่งและการก้มตัวจะทำให้ปวดมากขึ้น การยืนและการเอนหลังจะลดอาการปวดหรือไม่ปวดเลย

3) ภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน (*Lumbar spondylolisthesis*) หมายถึง การเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลังปล้องหนึ่งไปจากตำแหน่งเดิมที่เคยอยู่ ส่วนมากจะเป็นบริเวณรอยต่อของแต่ละระดับของกระดูกสันหลัง เช่น ภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวต่อกับกระเบนเหน็บ (*Lumbosacral spine*) คือ บริเวณกระดูกเอวที่ 1 กับกระดูกสะโพกที่ 1 (L1-S1) จะมีอาการปวด ตามความรุนแรงของแรงที่มากกระทำ เช่น การบิดตัวหรือเอี้ยวตัวทันทีทันใด จะทำให้เกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลัง ลักษณะการปวดจะเป็นแบบเฉียบพลัน และอาการทุเลาลงเมื่อได้พัก

4) ช่องไขสันหลังแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังแคบ (*Spinal stenosis*) คือ สภาพ (Condition) หรือพยาธิกายวิภาค (Pathoanatomy) ที่โพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal) หรือช่องทางผ่านของเส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal nerve root canal) หรือช่องทางออกของเส้นประสาท (Neural foramen) แคบลง ทำให้เกิดอาการปวดขาหรือปวดน่อง (Leg pain) เมื่อเดินไถลหรือเดินนาน (Neurogenic intermittent claudication) และอาการจะดีขึ้นเมื่อพักหรือหยุดเดิน

หรือก้มตัวไปข้างหน้า ตลอดจนมีอาการรุนแรงทางประสาท เช่น ปัสสาวะ อุจจาระไม่ปกติ หรือ กล้ามเนื้อเล็กลีบ การแคบของโพรงไขสันหลังอาจเกิดจากการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นหรือข้ออักเสบ หรือเนื้อเยื่อรอบๆ หนาตัว (อดิเรก จิระพงศ์ 2548)

5) การขาดตอนของกระดูกสันหลังส่วนเอว (*Spondylolysis*) คือ การมีส่วนบกพร่อง (Defect) หรือการมีรอยแตกหักของกระดูกสันหลังส่วนลามิना (Lamina) ที่อยู่ระหว่าง ซุปิเรียและอินฟีเรียอาร์ติคิวลาร์ โพรเซส (Superior and Inferior articular process) ซึ่งบริเวณนี้เรียกว่า พาร์อินเตอร์อาร์ติคิวลาริส (Pars interarticularis) ส่งผลให้กระดูกสันหลัง ไม่มั่นคง (Spinal instability) จะมีอาการปวดหลังที่ค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรัง การยืนและแอนหลังจะทำให้ปวดมากขึ้น การนั่ง และการก้มตัวจะไม่ทำให้ปวด

5.4 อาการและอาการแสดง

อาการปวดหลังจะมีอาการและอาการแสดง ที่แตกต่างกันตามสาเหตุ/ความผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ลักษณะทางคลินิกของการปวดหลัง จำแนกตามสาเหตุ

ลักษณะทางคลินิก	กล้ามเนื้ออก	หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น	ข้อเสื่อม	โพรงกระดูกสันหลังแคบ
อายุ (ปี)	20-40	30-50	มากกว่า 50	มากกว่า 60
ตำแหน่งที่ปวด	หลัง	หลัง	หลัง	ขา
จุดเริ่มต้น (Onset)	เฉียบพลัน	เฉียบพลัน	ค่อยเป็นค่อยไป	ค่อยเป็นค่อยไป
การยืน	ปวดเพิ่มขึ้น	ไม่ปวด	ปวดเพิ่มขึ้น	ปวดเพิ่มขึ้น
การนั่ง	ไม่ปวด	ปวดเพิ่มขึ้น	ไม่ปวด	ไม่ปวด
การก้มตัว	ปวดเพิ่มขึ้น	ปวดเพิ่มขึ้น	ไม่ปวด	ไม่ปวด
การแอนหลัง	ไม่ปวด	ไม่ปวด	ปวดเพิ่มขึ้น	ปวดเพิ่มขึ้น

5.5 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยเป็นขั้นตอนสำคัญของการให้บริการทางการแพทย์ การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม (สุกิจ แสงนิพันธ์กุล 2544) การวินิจฉัยประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ คือ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.5.1 การซักประวัติ เกี่ยวกับระยะเวลาปวด บริเวณที่ปวด ลักษณะและความรุนแรงของความปวด ช่วงเวลาที่ปวด สิ่งส่งเสริมให้ปวดมากขึ้น สิ่งที่ทำให้อาการปวดทุเลา

ระยะทางที่สามารถเดินได้ ความผิดปกติอื่น ๆ เช่น อาการชาหรือขาอ่อนแรง ปัสสาวะและอุจจาระลำบาก เป็นต้น

5.5.2 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การสังเกตอาการโดยทั่วไป การตรวจหลัง (Back examination) ด้วยการกด การเคาะ การคลำบริเวณหลังที่ปวด การตรวจระบบประสาท (Neurologic testing) ได้แก่ ปฏิกริยาตอบโต้ (Reflex) ความผิดปกติในการรับรู้ของแขนขา (Sensory impairment) การยืดเส้นประสาทขา (Straight leg raising) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle atrophy) การรับความรู้สึกสัมผัสและความเจ็บปวดตามการควบคุมของรากประสาทแต่ละระดับ (Dermatome sensation) และการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ของขา โดยให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นลง เป็นต้น

5.5.3 การตรวจด้วยวิธีอื่นๆ (Diagnostic procedure) เป็นการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยการเอกซเรย์ (X-ray) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การฉีดสีเข้าโพรงกระดูกสันหลัง การตรวจไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyogram: EMG) และการตรวจการสื่อประสาท (Nerve conduction study: NCS)

5.6 การรักษา

5.6.1 วัตถุประสงค์ของการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ปิยวรรณ จตุปารีสุทธิ์ 2544)

- 1) ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและการดำเนินของโรค
- 2) ให้กำลังใจ
- 3) ลดอาการปวด
- 4) ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานโดยเร็ว
- 5) ป้องกันความเสื่อมของโครงสร้างบริเวณหลัง ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

5.6.2 วิธีการรักษา

การรักษาอาการปวดหลังสามารถทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์และการผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) **การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์** ผู้ป่วยส่วนมากจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นอย่างดี มีเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้นที่อาจต้องทำผ่าตัด กลุ่มที่มีอาการปวดก่อนข้างเจ็บขาค้น มักตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ดี มีโอกาสต้องได้รับการผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและขา ผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาแบบสิวโคคลอดิเคชัน (Pseudoclaudication) ที่มีอาการปวดเรื้อรัง มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ ผู้ป่วย

ปวดเรื้อรังมักมีปัญหาทางจิตใจร่วมด้วย ซึ่งแพทย์ผู้รักษาต้องให้ความสนใจตรวจรักษาประกอบกันไป การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ ได้แก่

(1) การนอนพัก (Bed rest) คือ การให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงตลอดเวลา แต่สามารถถูกทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น การนอนพักจะช่วยให้อาการดีขึ้น ข้อจำกัดของการนอนพัก คือ เสียเวลาทำงาน โครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแรงลง มีการสูญเสียของเกลือแคลเซียมออกมามากับปัสสาวะ โดยมากให้นอนพัก 2-3 วัน ไม่ควรนานเกิน 1 สัปดาห์ (ปิยวรรณ จตุปาริสุทธิ 2544)

(2) การใช้ยา ได้ผลมากในกลุ่มปวดเฉียบพลัน ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยากลุ่มอื่นๆ เช่น ยากล้ามเนื้อ ยากล่อมประสาท ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพักได้ดีขึ้น (ศิริภพ สุวรรณโรจน์ 2548)

(3) การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การนวดกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า การฝังเข็ม

(4) การสอนและการแนะนำการดูแลสุขภาพหลัง โดยใช้กิจกรรมที่เรียกว่าแบคสคูล (Back school) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการฝึกปฏิบัติสุขภาพของหลังที่ถูกต้อง ในกลุ่มคนที่มีอาการปวดหลัง เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เข้าใจโครงสร้าง สาเหตุ และพยาธิสภาพ ได้แก่ การใช้งานหลังอย่างถูกต้อง การปฏิบัติงานด้วยท่าทางที่เหมาะสม ทำนั่งที่ถูกวิธี การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลัง ตลอดจนการปรับอิริยาบถต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันอาการปวดหลัง

(5) การบริหารร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ ควรเพิ่มสมรรถภาพของหลังโดยการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ การบริหารแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ การเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและกล้ามเนื้อ การเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และการบริหารทั่วไปแบบแอโรบิก แต่ต้องเลือกให้เหมาะสม เช่น กลุ่มกระดูกสันหลังตีบ กระดูกสันหลังเคลื่อน หรือการเสื่อมของฟาเซต (Facet) ควรเน้นการบริหารกล้ามเนื้อท้อง

(6) การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้โครงสร้างมีความแข็งแรง และสามารถทำงานได้ดีขึ้น โดยการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังหรือส่วนอื่นๆ ให้แข็งแรงและหลีกเลี่ยงจากการใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสม

2) การรักษาโดยการทำผ่าตัด เป้าหมายในการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด คือ ลดอาการปวดและรักษาโครงสร้างของร่างกายให้แข็งแรง (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ 2544) การผ่าตัดจะมีข้อบ่งชี้ วิธีการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลหลังผ่าตัด ดังนี้

(1) ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากข้อกระดูกสันหลังเสื่อมจะรักษาด้วยการผ่าตัด (Bernard E.Finneson 2003: 173 - 174) ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ได้แก่

- ก. ไม่สามารถกลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ ถือเป็นภาวะเร่งด่วน
- ข. ปวดมากถึงแม้จะใช้ยาแก้ปวดอาการก็ไม่ทุเลา
- ค. ปวดเป็นเวลานานถึงแม้จะพักเต็มที่ที่เป็นเวลานาน 3 สัปดาห์แล้วอาการก็ยังไม่ดีขึ้น
- ง. มีหลักฐานว่ามีการสูญเสียหน้าที่ของไขสันหลังมากขึ้น ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เป็นต้น
- จ. มีอาการปวดช้าบ่อยมากขึ้น
- ฉ. มีหลักฐานว่าช่องไขสันหลังตีบทำให้ไขสันหลังถูกกด จากการฉีดสีเข้าโพรงกระดูกสันหลัง และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

(2) ชนิดของการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างมีหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย การผ่าตัดแต่ละวิธีมีรายละเอียด ดังนี้ (ปิยวรรณ จตุปาริสุทธิ 2544)

ก. การผ่าตัดลามิเนคโตมี (Laminectomy) คือ การผ่าตัดเอาปีกกระดูกสันหลังส่วนที่เรียกว่า ลามิน่า (Lamina) ที่เคลื่อนหรือกดทับรากประสาทหรือไขสันหลังออกไป เพื่อเพิ่มหรือขยายช่องกระดูกสันหลังให้กว้างขึ้น และลดการกดทับของเส้นประสาทไขสันหลัง บางครั้งอาจทำร่วมกับการตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนที่เคลื่อนไปกดทับรากประสาทหรือไขสันหลังออกที่เรียกว่า ดิสเซคโตมี (Discectomy)

ข. การผ่าตัดดีคอมเพรสซิฟ ลามิเนคโตมี (Decompressive laminectomy) เป็นการผ่าตัดที่ทำขึ้นเพื่อลดการกดทับ เนื่องจากโรคโพรงกระดูกสันหลังแคบ

ค. การทำสไปนอล ฟิวส์ชัน (Spinal fusion) คือ การเชื่อมข้อกระดูกสันหลังตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป โดยวิธีปลูกกระดูก (Bone grafting) จะทำในกรณีที่เกิดความไม่มั่นคงของหลัง เช่น มีการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลังหลายระดับ หรือมีการเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลัง (Spondylolisthesis) การเชื่อมข้อที่นิยมทำ คือ โปสทีโรแลทเทอรอลฟิวส์ชัน (Posterolateral fusion: PLF) แอนทีเรียลลัมบาร์อินเตอร์บอดีฟิวส์ชัน (Anterior lumbar interbody fusion: ALIF) หรือ โปสทีเรียลลัมบาร์อินเตอร์บอดีฟิวส์ชัน (Posterior lumbar interbody fusion: PLIF) บางครั้งการเชื่อมข้ออาจไม่มั่นคงพอ แพทย์อาจดามกระดูกด้วยโลหะ (Instrumentation) ด้วย

(3) ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ที่พบบ่อยมี ดังนี้ (สูงชัย อังธารักษ์ 2548)

- ก. การติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- ข. มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมอง (Dural tear) เกิดการรั่วของน้ำไขสันหลัง
- ค. ข้อฟ้าเซตหัก (Fracture facet joint)
- ง. หลอดเลือดดำอุดตัน
- จ. เส้นประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย
- ฉ. ภาวะกระดูกสันหลังไม่มั่นคง (Instability of spine)

(4) การดูแลหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดจะมีแผนการดูแลดังต่อไปนี้ คือ ให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง โดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ ด้วยตนเอง (Absolute bed rest) เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เฝ้าระวังการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ให้ยาฉีดลดอาการปวดใน 48 ชั่วโมงแรก เช่น มอร์ฟีน (morphine) และเพทิดีน (pethidine) โดยให้ยาลดอาการปวดตามเวลาที่กำหนดไว้ (Around the clock) และให้ยาเมื่อมีอาการปวด (prn = pro re nata) เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ จะเปลี่ยนเป็นยารับประทาน ได้แก่ ยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของอะเซตามิโนเฟนกับโคดีน (Acetaminophen with codein) และอะเซตามิโนเฟนอย่างเดียว อาจาสายสวนปัสสาวะไว้ 1-2 วัน ตามสภาพของผู้ป่วย ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง 1-3 วัน และเปลี่ยนเป็นยารับประทาน เอาสายระบายเลือดออกภายใน 2-3 วัน ประเมินระบบประสาท ทุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด ลูกนั่งได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด โอกาสที่อาการปวดหลังยังไม่หายมีประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการผ่าตัดดี คือกลุ่มที่มีอาการปวดขามากกว่าปวดหลัง

(5) การฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง แพทย์จะใช้แผนการรักษาแบบอนุรักษ์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ก. การให้ความรู้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ต่างๆ

ดังต่อไปนี้

ก) ความรู้เกี่ยวกับ โรคที่เป็นอยู่หรือภาวะแทรกซ้อนตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็น การใช้หลังที่ถูกต้อง การอยู่ในท่าทางที่ช่วยเพิ่มขนาดของกระดูกสันหลัง ท่าทางที่ถูกต้องมีลักษณะดังนี้

ท่านั่ง ควรนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้หลังได้พัก สะโพกชิดเก้าอี้ ขาตั้งฉากกับลำตัว ปลายขาตั้งฉากกับขาที่นอนบน ข้อพับขาได้เข้าห่างจากเก้าอี้เล็กน้อย ปลายเท้าวางราบขนานกับพื้น หรือหาเก้าอี้เตี้ยๆ รองเท้า ให้เข่าอยู่สูงกว่าระดับเอว

ทำขึ้น ควรอยู่ในท่าหลังตรงเป็นนิสัย ยืนให้เท้าห่างกันเล็กน้อย เพื่อให้ฐานรองรับกว้างพอสมควร วางเท้าข้างใดข้างหนึ่งให้ถนัดหน้าไปเล็กน้อย เข่างอ และให้นิ้วเท้าตรงไปข้างหน้า จัดสะโพกให้เข้าที่ โดยการแขม่วท้องและเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก ถ้ายืนนานๆ ควรมีเก้าอี้ตั้งรองเท้าไว้ข้างหนึ่ง เพื่อป้องกันหลังแอ่นบริเวณเอว

ท่านอน ที่ทำให้รู้สึกสบาย ควรปฏิบัติดังนี้ ท่านอนหงาย ควรใช้หมอนรองใต้เข่า เพื่อให้เข่างอเล็กน้อย ท่านอนตะแคง งอสะโพกและเข่ามีหมอนคั่นระหว่างกลาง ไม่แนะนำให้นอนคว่ำ ยกเว้นกรณีที่เป็นต้องการหมอนเดี่ยวรองบริเวณท้องน้อย

ข) แนะนำให้ลดน้ำหนัก เพื่อลดภาวะหลังแอ่น

ค) แนะนำให้ออกกำลังกาย การบำบัดโดยการออกกำลังกายจะได้ผลในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง และสามารถให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Van Tulder, Malmivaara, Esmail & Koes 2003 อ้างถึงใน พรภิรมย์ พรหมเทศ 2546) การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อบริเวณเอวแข็งแรง เพื่อเป็นเกราะป้องกันกล้ามเนื้อ (Corset of muscle) ช่วยพยุงกระดูกสันหลัง นิยมให้ทำการออกกำลังกายหน้าท้องแบบไอโซเมตริกเฟล็กซ์ชัน (Isometric flexion exercise) โดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง แต่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ เมื่อทำได้ดีแล้ว อาจจะทำด้วยการให้แอ่นหลัง/ ยืดหลัง (Hyperextension exercise) ควรเริ่มการออกกำลังกายเมื่อไม่มีอาการปวด แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น แต่ถ้าปวดมากขึ้นให้หยุดทำทันที ท่าออกกำลังกายที่แนะนำ คือ

ท่าที่ 1 ท่าดึงเข่า นอนราบกับพื้น ไข่มือกู้ 2 ข้าง ดึงขาบริเวณเข่าให้มาแนบอกที่ละข้าง และทิ้งค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที ทำเช่นเดียวกันกับขาอีกข้าง ทำข้างละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ

ท่าที่ 2 ท่าดึงสะโพก นอนราบงอเข่าพอประมาณ เท้า 2 ข้างวางราบแนบกับพื้น แนบบริเวณหลังกับพื้นตามสบาย เกร็งกล้ามเนื้อท้องและกล้ามเนื้อบริเวณก้น เพื่อดึงให้หลังแนบกับพื้น เพื่อดึงกระดูกเชิงกรานยกขึ้นในเวลาเดียวกัน ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที ทำรอบละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ

ท่าที่ 3 ท่าแอ่นหลังในท่านอนคว่ำ โดยนอนคว่ำ ค่อยๆ ยกศีรษะและหัวไหล่ขึ้นช้าๆ ค้างไว้ 5 - 10 วินาที แล้วจึงค่อยลดศีรษะและหัวไหล่ลงสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ทีละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น วันละ 2 รอบ

ท่าที่ 4 ท่าแอ่นหลังในท่านอน โดยเริ่มยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย เท้าสะเอวแอ่นหลังบริเวณระดับเอวไปด้านหลังให้มากที่สุด ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที แล้วกลับสู่ท่ายืนตรง ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ทีละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น วันละ 2 รอบ

ท่าที่ 5 ท่าก้มหลัง นั่งบนเก้าอี้ก้นขาออก ค่อยๆ ก้มตัวลงที่บริเวณเอวจนมือทั้ง 2 ข้าง สัมผัสกับพื้น ทำค้างประมาณ 5 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน วันละ 2 รอบ และเพิ่มได้ทีละ 2 ครั้งเมื่อชำนาญ

ข. การลดอาการปวด สามารถลดอาการปวดได้หลายวิธี ดังนี้

ก) ให้นอนพักในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ผู้ที่มีอาการทางระบบประสาท ไม่ควรเกิน 2-3 วัน ถ้าไม่มีอาการทางระบบประสาท ไม่ควรเกิน 1-2 วัน เพราะการนอนนานทำให้เกิดผลเสียคือ เสียเวลาทำงานทำให้ขาดรายได้ นอกจากนี้ยังทำให้โครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง โดยที่กล้ามเนื้อจะลีบลงร้อยละ 1 - 1.5 ต่อวัน และมีการสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกออกมากับปัสสาวะ ทำให้มวลกระดูกลดลง (Deyo 1997 อ้างถึงใน พรภิรมย์ พรหมเทศ 2546) ขณะให้ผู้ป่วยนอนพักจะต้องจัดท่านอนให้เหมาะสมและลดอาการปวดด้วยวิธีการต่างๆ อย่างถูกต้อง ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในวิธีการรักษา และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดรวมทั้งใช้ที่นอนที่มีความแน่นคงตัวพอสมควร และปรับเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เพื่อลดการแอ่นของหลัง

ข) ให้อาการปวด ซึ่งอาจจะเป็นยาแก้ปวด (Analgesic drugs) ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) ยาคลายความวิตกกังวล และยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant) เพื่อลดอาการปวดหลัง และปวดขา หลังให้ยาควรติดตามผลการลดความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา

ค) การลดอาการปวด โดยไม่ใช่ยา ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตนาการ การเบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งใช้วิธีทางกายภาพบำบัด เช่น ประคบร้อน ประคบเย็น แต่ต้องระวังปรากฏการณ์ย้อนกลับ (Rebound phenomenon) ที่เกิดจากการประคบร้อนนานเกิน 15 นาที และใช้ความเย็นนานเกิน 30 นาที เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ และปวดมากขึ้น

ค. การลดความเครียดและความวิตกกังวล ได้แก่ การให้การปลอบโยน ประคับประคองจิตใจ แนะนำการปฏิบัติตน การใช้เทคนิคคลายเครียด เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ทำให้ปวดหลังลดลง

5.7 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ลดความปวด ความวิตกกังวล กลัว และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้สามารถฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วที่สุดและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยมีการพยาบาลแต่ละระยะดังนี้

5.7.1 ระยะเวลาใหม่ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาความเข้มข้นของเลือด

5.7.2 ระยะเวลาผ่าตัด เมื่อแพทย์กำหนดวันทำผ่าตัด พยาบาลควรเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอม (Informed consent) เข้ารับการผ่าตัดในแบบฟอร์มของทางโรงพยาบาล ประเมินความวิตกกังวล ให้ระบายความรู้สึก ดูแลให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ บางรายอาจให้ยากล่อมประสาทตามแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลและให้นอนหลับได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องการจัดท่านอน ท่าทางการทรงตัว การพลิกตัวแบบท่อนซุง (Log rolling) การลุกจากเตียง การออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลัง

2) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยประเมินระดับการรับรู้ของระบบประสาท (Neurological status) ทั้งด้านกำลังและการรับรู้ (Motor and sensation) ของประสาทไขสันหลังในส่วนที่จะผ่าตัดควบคุมอยู่ เพื่อทราบระดับของปัญหาและนำไปเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัด ดูแลความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหลังทั้งหมด สอนอุจจาระ 1 วันก่อนผ่าตัด งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและใส่สายสวนปัสสาวะเข้าวันผ่าตัด

3) การเตรียมความพร้อมเพื่อรับยาระงับความรู้สึก โดยตรวจสอบผลการตรวจร่างกาย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัด ได้แก่ โรคที่เป็นอยู่เดิม ยาที่เคยรับประทานประจำ ตลอดจนการปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ เช่น อายุรแพทย์ วิทยุณีแพทย์ เป็นต้น ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนหายใจไว้ แล้วจึงค่อยๆ ผ่อนหายใจออก ทำ 5 -10 ครั้ง สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าเต็มที่แล้วไอออกมา ทำ 5-10 ครั้ง เช่นกัน และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตอนเย็นก่อนวันทำผ่าตัดของทีมวิทยุณี เพื่อประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจเพิ่มเติม

5.7.3 ระยะเวลาผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะมารับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและติดตามการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

5.7.4 ระยะเวลาหลังผ่าตัด เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลาหลังผ่าตัดจะให้การพยาบาลดังนี้

1) การจัดทำนอน ให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียงไม่ทำกิจกรรมใดๆ ด้วยตนเอง (Absolute bed rest) เป็นเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยจัดให้นอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่า พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ด้วยการพลิกตัวแบบท่อนซุง โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ท่านอนตะแคง ห้ามผู้ป่วยบิดเอวหรือลำตัวขณะพลิกตัว เจ้าหน้าที่จะช่วยพลิกตัวให้ใน 72 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถพลิกตัวได้เอง บางรายแพทย์อาจให้ใส่เครื่องพยุงหลัง (Corset) ไว้เพื่อช่วยประคองบริเวณที่ผ่าตัด

2) ประเมินภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด โดยสังเกตสีของเปลือกตา จำนวนเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด จำนวนเลือดที่อยู่ในขวาระบายเลือด การได้รับเลือดทดแทนขณะผ่าตัด สัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติ คือ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง แผลมีเลือดซึมมาก เลือดในขวาระบายเพิ่มมากกว่า 100 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง ผลการเจาะเลือดพบฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) และฮีมาโตคริต (Haematocrit) ต่ำกว่าปกติ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร / ชั่วโมง ผู้ป่วยสับสนกระวนกระวาย เหงื่อออก ตัวเย็น แสดงว่ามีการสูญเสียเลือดมาก ต้องรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขจนกว่าอาการจะปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะอาจมีความดันโลหิตต่ำจากการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้ปัสสาวะออกน้อยชั่วคราว หากประเมินแล้วว่าความดันโลหิตต่ำมิได้มีสาเหตุจากการสูญเสียเลือด คือ มีชีพจรปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์และสังเกตอาการต่อไป ภาวะเช่นนี้ถ้าได้รับน้ำเข้าไปมากๆ อาจทำให้บวมได้

3) การลดอาการปวด โดยการจัดทำนอนให้ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้วิธีจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing) การทำสมาธิ การจินตนาการ และการออกกำลังกายหลังผ่าตัด การลดอาการปวดโดยการให้ยาใน 48 ชั่วโมงแรก จะให้ในรูปยาฉีดแก้ปวด (Narcotic analgesic) เช่น มอร์ฟีนและเพคทีดิน เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้แล้ว จะเปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทาน ได้แก่ ยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของอะเซตามิโนเฟนกับโคดีอีน และสุดท้ายจะให้อะเซตามิโนเฟนอย่างเดียว ในผู้ป่วยสูงอายุเมื่อได้รับมอร์ฟีน ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการหายใจเพราะผู้สูงอายุจะมีความไวต่อยา ซึ่งจะออกฤทธิ์ในการกดศูนย์หายใจ และเฝ้าระวังอาการท้องอืดจากการให้ยาดังกล่าว นอกจากนี้จะเฝ้าระวังการให้เพคทีดินในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ เพราะฤทธิ์ยามีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดจะทำให้ความดันโลหิตต่ำมากขึ้น พยาบาลควรประเมินความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยการใช้อุปกรณ์ประเมินความปวด ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยปวดมากจึงให้ยา หรืออาจจะให้ยาลดอาการปวดตามเวลาที่

กำหนดไว้แทนการให้เมื่อมีอาการปวด ซึ่งจะช่วยรักษาระดับของยาให้เพียงพอที่จะควบคุมความปวดได้

4) การให้อาหารและน้ำ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังอาจมีภาวะลำไส้ไม่ทำงาน เนื่องจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ก่อนให้รับประทานอาหารต้องประเมินการทำงานของลำไส้ ถ้ายังมีคลื่นไส้ อาเจียน อาจงดไว้ก่อนจนกว่าจะหายเป็นปกติ การรับประทานอาหารในระยะแรกจะเริ่มจากการให้จิบน้ำก่อน ถ้าท้องไม่อืด ให้รับประทานอาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ ถ้ายังมีคลื่นไส้ อาเจียน อาจงดไว้ก่อนจนกว่าจะหายเป็นปกติ และยุติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือในรายที่ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ อาจทำเป็นฟิสิโอโลจิคอลซาลินล็อก (Physiological saline lock) ก็ได้

5) การดูแลการขับถ่าย ในรายที่คาสาขสวณปีสสาวะไว้ดูแลสาขสวณให้ เป็นระบบปิด และเมื่อเอาสาขสวณออก ต้องประเมินความสามารถในการขับถ่ายปีสสาวะทุก 8 ชั่วโมง เพราะอาจมีการคั่งของปีสสาวะได้ เนื่องจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและการได้รับยาพวงนาร์โคติก ไม่ควรให้มีการคั่งของปีสสาวะนานเกิน 10-12 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ทันที หลังผ่าตัดอาจมีภาวะท้องผูกจากการลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่ไม่ควรเบ่งอุจจาระ เพราะอาจทำให้ปวดหลังมากขึ้น ให้ยาระบายตามแผนการรักษา และดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 2000-3000 มิลลิลิตร

6) การลุกจากเตียง ผู้ป่วยต้องนอนราบไปจนกว่าแพทย์จะมีแผนการรักษา ให้ลุกได้ ในรายที่ทำลามิเนคโตมีและดิสเซคโตมีจะลุกได้ประมาณ 2 วัน หลังผ่าตัด อาจจะใช้เครื่องพยุงหลังตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยทั่วไปอาจใช้ลัมบาร์ซาคอลซัพพอร์ต (Lumbar sacral support) หรือเบรซ (Brace)

7) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการสังเกตอาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้

(1) เส้นประสาทไขสันหลังถูกทำลาย ควรประเมินอาการทางระบบประสาท (Neurological sign) เปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยขยับขาทั้ง 2 ข้าง กระดกปลายเท้าต้านแรงกับพยาบาล สังเกตอาการชาและอัมพาตของขา อาจเกิดจากการกดทับรากประสาทระหว่างทำผ่าตัด มีอาการบวมของเส้นประสาทหลังผ่าตัด หรือมีการตกเลือดทำให้เกิดเป็นก้อนเลือดไปกดทับไขสันหลังหรือรากประสาท ควรมีการประเมินระบบประสาททุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด

(2) การรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง (CSF leakage) เกิดจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มชั้นดูรา ในขณะที่ผ่าตัด สังเกตได้จากแผลผ่าตัดมีน้ำสีใสๆซึม ในขวระบายเลือดจะมีน้ำเลือดสีจางๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก บริเวณแผลจะบวมบูน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ให้อนอนพักบนเตียง โดยไม่ทำอะไรด้วยตนเอง ไม่น้อยกว่า 3 วัน ห้ามยกศีรษะสูง (สมภพ ภูพิทยา 2549) ต้องให้น้ำอย่างเพียงพอ แล้วรายงานแพทย์ทันที เพื่อเอาสายออก

(3) การมีก้อนเลือดในแผลผ่าตัด (Haematoma) เป็นภาวะฉุกเฉินหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรง ไม่ทุเลาด้วยการให้ยาระงับปวด (LeMone & Burke 1996 อ้างถึงใน พรภิรมย์ พรหมเทศ 2546) บริเวณแผลผ่าตัดจะบวมบูน ก้อนเลือดจะไปกดไขสันหลังหรือรากประสาท ทำให้การเคลื่อนไหวของขาและการรับความรู้สึกบริเวณขาเลวลงกว่าเดิม ต้องรายงานแพทย์ทันทีเพื่อผ่าตัดเอาเลือดออก

(4) การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (Deep vein thrombosis) จะมีอาการปวดลึกๆ บวม ตึงในขา และรู้สึกหนักในส่วนนั้นๆ สามารถป้องกันได้โดยกระตุ้นให้เกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา (Quadriceps exercise) โดยการเกร็งกล้ามเนื้อขาและสะบ้าเข้าพร้อมกัน กระดกข้อเท้าขึ้น กดกล้ามเนื้อน่องลงแบบที่นอน เกร็งไว้นับ 1-6 แล้วปล่อย ทำประมาณ 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง

(5) การเกิดแผลกดทับ จากการนอนท่าเดียวนานๆ จะพบผิวหนังที่ถูกกดทับในระยะแรกเป็นสีแดง เมื่อปล่อยให้ถูกกดทับต่อไป จะทำให้ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีแดงคล้ำ เมื่อกดลงไปบนรอยแดง รอยแดงจะไม่จางหายไป ป้องกันได้โดยพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินสภาพผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแผลทุกครั้งที่เกิดพลิกตะแคงตัว นวดผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เกิดพลิกตัว รักษาความสะอาดของผิวหนัง ดูแลให้ผิวหนังไม่เปื่อยขึ้น จัดที่นอนให้เรียบตึงตลอดเวลา

(6) การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หากแผลติดเชื้อจะบวม แดง มีสารคัดหลั่งไหลซึม แผลติดเชื้อ มีไข้ โดยเฉพาะวันที่ 2 หลังผ่าตัด โดยทั่วไปหลังผ่าตัด 2-3 วัน เมื่อมีเลือดจากท่อระบายเลือดออกน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรภายใน 48 ชั่วโมง แพทย์จะเอาท่อระบายเลือดออกพร้อมเปิดแผลเป็นครั้งแรก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพบาดแผลและสังเกตการติดเชื้อ

(7) ภาวะปอดอักเสบและปอดแฟบ จะพบอาการและอาการแสดง ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ ฟังปอดจะมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) เคาะปอดได้ยินเสียงทึบ มีเสมหะเป็นหนองหรือลักษณะเปลี่ยนไป พบเชื้อขึ้นในเลือด ผลการเอกซเรย์ปอดมีฝ้าทึบเพิ่มขึ้น (New infiltrate) หรือเลวลงกว่าเดิม ตามคำจำกัดความศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers

for Disease Control: CDC definition อ้างถึงใน วิมลมาลย์ พงษ์ฤทธิ์ศักดิ์ดา 2547) พยาบาล จึงต้อง สังเกตประสิทธิภาพของการไอและการหายใจ

5.7.5 ระยะฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม จะได้รับการสอนเกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย การบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Back exercise) การ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับท่าทางต่างๆ จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมีรายละเอียดดังได้กล่าวไว้ใน วิธีการรักษา และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

5.7.6 ระยะก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการสอน/ทบทวนการปฏิบัติตัว จน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยเฉพาะเรื่อง

1) การทำงานและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ให้เริ่มเดินได้ที่ 50 เมตร แล้ว ค่อยๆ เพิ่มระยะขึ้น เมื่อครบ 3 สัปดาห์ อาจเดินได้ระยะทาง 1 กิโลเมตร 6 สัปดาห์แรกให้เริ่มยก ของ ขับรถได้ มีเพศสัมพันธ์ได้ งดการเดินทางไกล อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2) การใส่เครื่องพยุงหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทำหน้าที่แทนกล้ามเนื้อ หลัง ทำให้ลดอาการปวด ประคองสันหลังให้อยู่ในแนวที่ถูกต้อง ช่วยเพิ่มแรงคั้นในช่องท้อง ทำให้หมอนรองกระดูกรับแรงกดน้อยลง ข้อเสีย คือ ใส่ไปนานๆ ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณเอวอ่อนแอ และขาดความยืดหยุ่น จึงไม่ควรใส่นอน ควรใส่ก่อนลุกจากเตียง ดูแลให้แห้งสะอาด สามารถถอด ทำความสะอาดได้ ขณะรับประทานอาหารสามารถคลายให้หลวมได้

3) การดูแลแผลผ่าตัด ถ้าแผลแห้งดี ให้ทำแผลทุก 2-3 วัน หรือไม่ทำเลย จนกว่าจะครบ 14 วัน ถ้าแผลบวมแดง มีหนองไหลจากแผล ให้มาพบแพทย์ทันที

4) ส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้าน (PCU & HHC.co) เพื่อออกติดตามเยี่ยมในรายที่มีปัญหา

5) การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ในรายที่ไม่มีชักโครก จัดหาที่นั่งถ่ายชนิดยก ได้ (Elevated toilet seat) นอนชั้นล่างของบ้าน 2 ชั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได อาจต้องปรับ ความสูงของโต๊ะและเก้าอี้ทำงานให้เหมาะสม

5.7.7 ระยะกลับบ้าน ผู้ป่วยควรปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำที่ได้รับ และมา ตรวจสอบนัดเมื่อครบ 1 เดือน หากมีปัญหามาปรึกษาพยาบาลได้โดยตรง ทั้งทางจดหมาย และทางโทรศัพท์ พยาบาลต้องประเมินสภาพแผลผ่าตัดหลัง เมื่อครบ 30 วันร่วมกับแพทย์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่ามีผู้นำไปใช้กับผู้ป่วยประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

6.1 การศึกษาในประเทศไทย

จิราพร สิมากร (2544) ศึกษาเรื่องผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยกึ่งออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 22 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติในช่วงระยะทำการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน จำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ศึกษาเรื่องการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยพระภิกษุอาพาธ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยพระภิกษุอาพาธที่ได้รับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบจำนวน 40 รูป และบุคลากรทีมสุขภาพจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบวัดผลการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนวันนอนกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคนอื่นๆ (2542) ศึกษาเรื่องผลการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากร ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากร ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ศุวัชรีย์ ฐพิมาย (2543) ศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี และความพึงพอใจของบุคลากรก่อนและหลังใช้การจัดการรายกรณี ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนกลุ่มละ 30 คน และบุคลากรทีมสุขภาพจำนวน 38 คน ซึ่งได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบวัดความพึงพอใจของบุคลากร ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนครั้งการติดเชื้อกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพึงพอใจของบุคลากรหลังใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) ศึกษาเรื่องผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการรายกรณี และเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมการแพทย์ทหารบก เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการรายกรณี และแบบวัดพฤติกรรม การปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และความสามารถในการบริหารการจัดการรายกรณีด้านการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) ศึกษาเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี: กรณีศึกษาผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลตามปกติและได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่ต้อง ไปดึงถ่วงที่บ้าน (Home skin traction) จำนวนกลุ่มละ 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และคะแนนพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 การศึกษาในต่างประเทศ

ซุลลิแวน และคนอื่นๆ (Sullivan and others 1992) ศึกษาเรื่องกระบวนการนำการจัดการรายกรณีไปใช้ ในโรงพยาบาลเซนต์วินเซนต์แห่งซิดนีย์ (St.Vincent's: Sydney) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน ต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ 12 คน และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน ต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ 6 คน กับรูปแบบการพยาบาลแบบเดิมเป็นระยะเวลานาน 9 เดือน ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลประจำการพยาบาลระดับผู้บริหารและแพทย์ที่ให้การรักษามีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบเดิม และร่วมสนับสนุนการนำไปใช้ และสามารถที่จะป้องกันการตกเตียงของผู้ป่วย การเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อและจำนวนวันนอนลดลง สำหรับผลการใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน ต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ 12 คน พบว่าไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ เพราะเป็นกลุ่มใหญ่เกินไป สำหรับการให้การพยาบาลโดยใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน ต่อผู้ป่วยที่รับผิดชอบ 6 คน พบว่าปฏิบัติงานได้ผลสำเร็จมากกว่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เนื่องจากปวดหลังและได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ ดังนี้

- 1) หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวแตก/ยื่น
- 2) กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน
- 3) ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ
- 4) กระดูกสันหลังส่วนเอวไม่มั่นคง
- 5) ไม่มีอาการแสดงของโรคประจำตัวที่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตวาย รูมาตอยด์ ไม่มีอาการแสดงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด แพทย์ระบุว่าสามารถผ่าตัดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

1.1.2 พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

1.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2550 และกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2551 เนื่องจากปวดหลัง

และได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเช่นเดียวกับประชากร และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 30 คน

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2551 และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งสิ้น 12 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างขึ้น ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ 1) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร 2) แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง 4) คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง 5) แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร

2.1 รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแต่ละชนิดมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร (ภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย เป็นเอกสารสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่บุคลากร มีรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของคู่มือ วิธีการใช้คู่มือ แนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1.2 แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก ข) สร้างโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินและการวินิจฉัย การส่งปรึกษา ยาและการรักษา กิจกรรม โภชนาการ การสอน และแผนการจำหน่าย ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ วันรับใหม่ วันก่อนผ่าตัด วันหลังผ่าตัด (วันที่ 1-6) และวันจำหน่ายกลับบ้าน

2.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (ภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย เป็นแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์แต่ละระยะ มีรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมายของการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

2.1.4 คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (ภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย เป็นเอกสารสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและกายบริหารแก่ผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับท่าทาง การออกกำลังกายทั่วไป ทำบริหารสำหรับโรคปวดหลัง การป้องกันโรคปวดหลัง

2.1.5 แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล (ภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกปลายเปิด สำหรับบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการดูแลหรือไม่เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังของแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวันที่เกิดความแปรปรวน (date) ความแปรปรวน (variance) 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านระบบ ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านบุคลากร และด้านชุมชน เหตุผลของการเกิดความแปรปรวน (reason) วิพากษ์/แผนปฏิบัติการ (comments/action plan)

2.1.6 แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค) สร้างโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกปลายเปิด ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ วันที่เข้ารับการรักษาและวันที่จำหน่าย

2.1.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค) สร้างโดยผู้วิจัยเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียด 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านความรวดเร็วของบริการ จำนวน 3 ข้อ ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการ จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ จำนวน 4 ข้อ และความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 4 ข้อ

1) การกำหนดคะแนนสำหรับการตอบแบบสอบถาม

คะแนน 5 สำหรับความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมากที่สุด

คะแนน 4 สำหรับความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับมาก

คะแนน 3 สำหรับความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับปานกลาง

คะแนน 2 สำหรับความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อย

คะแนน 1 สำหรับความพึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับน้อยที่สุด

2) กำหนดการแปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวม ดังนี้

(ประคอง กรรณสูต 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีมีความพึงพอใจในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 ลงมา หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

2.1.8 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร (ภาคผนวก ค) สร้างโดยผู้วิจัยเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีรายละเอียด 6 ด้าน คือ ความพึงพอใจ ด้านคุณภาพของผลงาน จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม จำนวน 1 ข้อ ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของบริการ จำนวน 2 ข้อ ความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างทีม จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ และความพึงพอใจด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 17 ข้อ

1) การกำหนดคะแนนสำหรับการตอบแบบสอบถาม

คะแนน 5 สำหรับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมากที่สุด
 คะแนน 4 สำหรับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังมาก
 คะแนน 3 สำหรับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังปานกลาง
 คะแนน 2 สำหรับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อย
 คะแนน 1 สำหรับสิ่งที่ประสบตรงกับสิ่งที่คิดและคาดหวังน้อยที่สุด

2) กำหนดการแปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวม ดังนี้

(ประกอบ กรรมสูตร 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก
 คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีมีความพึงพอใจในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 ลงมา หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยที่สร้างขึ้น เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความเป็นปรนัยของคำถาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยจะถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ผลการตรวจสอบ ความตรงพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกคน (ร้อยละ 100) มีความเห็นตรงกันว่า เครื่องมือทุกชนิด มีความตรง หลังจากนั้นจึงจัดทำเครื่องมือเพื่อนำไปทดลองใช้

2.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ โดยดำเนินการดังนี้

1) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร แผนกการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนกดูแล แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 1 และชั้น 5 จำนวน 6 คน เพื่อให้พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการนำไปใช้ ความชัดเจนและเป็นปรนัยของภาษา พบว่าทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า ถูกต้องเหมาะสม และชัดเจนเข้าใจง่าย หรือมีความเที่ยงเท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำมาจัดพิมพ์เพื่อนำไปใช้ต่อไป

2) คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยกระดูกและข้อชายชั้น 1 จำนวน 3 คน อ่านและทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความเข้าใจตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัด จำนวน 20 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 1 และชั้น 5 แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ .81

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 1 และชั้น 5 แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ .91

3. การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ระยะพัฒนาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการดำเนินการดังนี้

3.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูก

ส้นหลัง เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโครงสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

3.1.2 ผู้วิจัยขอจดหมายอนุญาตดำเนินการวิจัยและแบบขอให้พิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช และส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับขอให้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

3.1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และขออนุญาตแจ้งให้บุคลากรหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับการวิจัย

3.1.4 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย เป้าหมาย โครงสร้างของหน่วยงาน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เอกสาร ระเบียบปฏิบัติต่างๆ การรักษาผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ปัญหาการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2550 จำนวน 57 คน และคัดออกให้เหลือ 30 คน เพื่อใช้เป็นกลุ่มควบคุม และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนวันนอน ของผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

3.1.5 พัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1) ผู้วิจัยกำหนดโครงสร้างการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ องค์ประกอบของทีม บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) ผู้วิจัยกำหนดองค์ประกอบของทีม บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามโครงสร้างที่กำหนด

3.1.6 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

1) ร่างคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล ด้วยตนเอง แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพตามที่ได้กล่าวไปแล้ว

2) ร่างแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการในกลุ่มงาน ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งได้รับการอบรมเสริมความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการทำแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ ที่จัด โดยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เมื่อวันที่ 16 – 17 มกราคม 2549 จากหอผู้ป่วย 6 แห่ง จำนวน 12 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน โดยร่วมกำหนดโครงสร้าง ระบบการนำแผนการดูแลไปใช้ และการติดตามประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาพัฒนา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนกรกฎาคม 2550 มีการประชุมย่อย 4 ครั้ง แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพตามที่ได้กล่าวไปแล้ว

3.1.7 สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ร่างแบบบันทึกจำนวนวันนอน แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยตนเอง แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพตามที่ได้กล่าวไปแล้ว

3.2 ระยะเวลาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2.1 ผู้วิจัยจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรในหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอีกครั้ง ได้แก่ การนำคู่มือไปใช้ การบันทึกในแบบบันทึก การจัดเก็บเอกสาร

3.2.2 ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปวดหลังที่ผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 ที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 30 คน ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยให้ผู้ป่วยที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ตอบด้วยตนเอง แล้วขอแบบสอบถามคืนก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเอง

3.2.3 ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยดำเนินงานตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและมาตรวจตามนัด ตั้งแต่เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2551

3.2.4 ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยให้แก่ ผู้ป่วยที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและแพทย์มีคำสั่งจำหน่ายกลับบ้าน ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดย

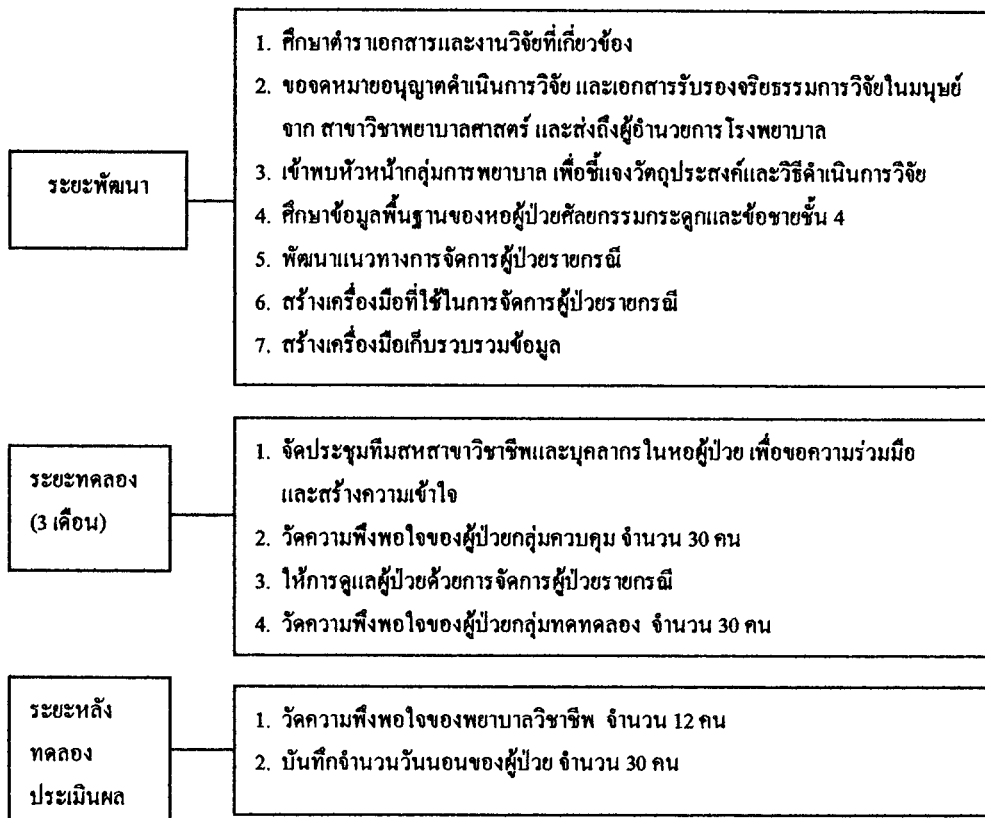
ให้ผู้ป่วยที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ครอบด้วยตนเอง แล้วขอแบบสอบถามคืนก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายที่ศึกษา ในช่วงเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2551

3.3 ระยะหลังทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดำเนินการดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร แก่พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยดำเนินงานตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและมาตรวจตามนัด ตั้งแต่เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2551 และเก็บคืนภายใน 1 สัปดาห์

3.3.2 ผู้วิจัยบันทึกจำนวนวันนอน ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย

สรุปการดำเนินการวิจัย



4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ

4.2 ข้อมูลจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยคำนวณค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์

4.3 ความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์โดยคำนวณค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอน และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบแมนน์-วิทนี่ ยู (Mann -Whitney U test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (กลุ่มควบคุม) และหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (กลุ่มทดลอง) มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค การตรวจเพื่อสืบหารอยโรค และความแปรปรวนด้านต่าง ๆ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค การตรวจเพื่อสืบหารอยโรค ความแปรปรวน และการดูแลที่ได้รับ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$\bar{x} = 55.57$ ปี	S.D. =11.39 ปี	$\bar{x} = 54.13$ ปี	S.D. =11.33 ปี
29-35 ปี	2	6.67	2	6.67
36-45 ปี	4	13.33	3	10
46-55 ปี	7	23.33	12	40
56-65 ปี	11	36.67	8	26.67
65-75 ปี	6	20	5	16.66
รวม	30	100	30	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.33	3	10
คู่	24	80	26	86.67
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.67	1	3.33
รวม	30	100	30	100
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	17	56.67	15	50
มัธยมศึกษา	13	43.33	13	43.33
อุดมศึกษา	0	0	2	6.67
รวม	30	100	30	100
การวินิจฉัยโรค				
หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวแถบ	8	26.67	8	26.67
กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อน	5	16.67	5	16.67
ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือ	13	43.33	13	43.33
โพรงกระดูกสันหลังแคบ				
กระดูกสันหลังส่วนเอว ไม่นั่นคง	4	13.33	4	13.33
รวม	30	100	30	100
การตรวจเพื่อสืบหารอยโรค				
การฉีดสีเข้าโพรงกระดูกสันหลัง	14	46.67	12	40
การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	16	53.33	18	60
รวม	30	100	30	100
ความแปรปรวนด้านผู้ป่วย				
ไม่มีความแปรปรวน	10	33.33	16	53.33
มีความแปรปรวน	20	66.67	14	46.67
รวม	30	100	30	100
ความแปรปรวนด้านผู้ป่วยที่พบ				
ท้องอืด	9	30	6	20
ปัสสาวะไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	8	26.67	6	20
ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	3	10	1	3.33
ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุลในร่างกาย	0	0	1	3.33
รวม	20	66.67	14	46.67

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความแปรปรวนด้านระบบงาน				
ไม่มีความแปรปรวน	21	70	21	70
มีความแปรปรวน	9	30	9	30
รวม	30	100	30	100
ความแปรปรวนด้านระบบงานที่พบ				
เลื่อนผ้าตัด	6	20	2	6.67
ผ้าตัดใส่โลหะตามหลังเพิ่มเติม	3	10	7	23.33
รวม	9	30	9	30

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 55.57 ปี (S.D. =11.39 ปี) ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 56 - 65 ปี ร้อยละ 36.67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 การวินิจฉัยโรคเป็นช่องโหว่สันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังแคบ ร้อยละ 43.33 ได้รับการตรวจเพื่อสืบหารอยโรคโดยการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ร้อยละ 53.33 มีความแปรปรวนด้านผู้ป่วย เรื่องท้องอืด ร้อยละ 30 และปัสสาวะไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 26.67 และมีความแปรปรวนด้านระบบงานคือเลื่อนผ้าตัด ร้อยละ 20

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 54.13 ปี (S.D. =11.33 ปี) ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 46- 55 ปี ร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.67 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 การวินิจฉัยโรค เป็นช่องโหว่สันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังแคบ ร้อยละ 43.33 ได้รับการตรวจเพื่อสืบหารอยโรคโดยการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ร้อยละ 60 มีความแปรปรวนด้านผู้ป่วย เรื่อง ท้องอืดและปัสสาวะไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากันร้อยละ 20 มีความแปรปรวนด้านระบบงาน เรื่องการผ้าตัดใส่โลหะตามหลังเพิ่มเติม ร้อยละ 23.33

1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ มีอายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับ อายุ การศึกษา และ ประสบการณ์การทำงาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพพระคัมขำนาถการ	11	91.67
พยาบาลวิชาชีพพระคัมปฏิบัติการ	1	8.33
รวม	12	100
อายุ $\bar{x} = 39.75$ ปี S.D =13.38 ปี Max=55 ปี Min = 23 ปี		
21-30 ปี	2	16.67
31-40 ปี	3	25
>40 ปี	7	58.33
รวม	12	100
การศึกษา		
ปริญญาตรี	11	91.67
ปริญญาโท	1	8.33
รวม	12	100
ประสบการณ์การทำงาน $\bar{x} = 16.17$ ปี S.D=13.20 ปี Max = 32 ปี Min = 1 ปี		
1-5 ปี	2	16.67
6-10 ปี	1	8.33
11-15 ปี	3	25
16-20 ปี	4	33.33
>20 ปี	2	16.67
รวม	12	100

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด เป็นพยาบาลวิชาชีพพระคัมขำนาถการ คิดเป็นร้อยละ 91.67 มีอายุเฉลี่ย 39.75 ปี (S.D. =13.38 ปี) ส่วนมากมีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 58.33 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.67 ประสบการณ์การทำงาน เฉลี่ย 16.17 ปี (S.D. =13.20 ปี) ส่วนมากมีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 16- 20 ปี ร้อยละ 33.33

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

2.1 จำนวนวันนอน

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ของจำนวนวันนอน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=30)				กลุ่มทดลอง (n=30)				z	p
	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{x} (S.D.)	Median (Q.D)	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{x} (S.D.)	Median (Q.D)		
จำนวน วัน นอน	5	18	12.63 (3.64)	13.00 (5.25)	7	18	10.97 (3.25)	10.50 (6)	-1.817	.069

$p > .05$

จากตาราง ที่ 4.3 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน 12.63 วัน (S.D.=3.64 วัน) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน 10.97 วัน (S.D.=3.25วัน) แต่ค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ ความพึงพอใจ โดยรวม และรายด้านของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจ ด้าน	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			z	p
	\bar{x}	Median	ระดับ	\bar{x}	Median	ระดับ		
	(S.D)	(Q.D)		(S.D)	(Q.D)			
คุณภาพของบริการ	4.11 (.48)	4 (.65)	สูง	4.6 (.39)	4.75 (.75)	สูงมาก	-3.781	.00*
1. ได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่จากบุคลากรทุกวิชาชีพ	4.10 (.61)	4 (.25)	สูง	4.60 (.50)	5 (1)	สูงมาก	-2.47	.013*
2. ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ/ปัญหาสุขภาพ	4.07 (.69)	4 (1)	สูง	4.50 (.51)	4 (1)	สูงมาก	-1.894	.058
3. ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย	4.30 (.53)	4 (1)	สูง	4.57 (.50)	4 (1)	สูงมาก	-4.32	.000*
4. ได้รับการดูแลที่ให้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง	4.00 (.64)	4 (0)	สูง	4.73 (.45)	4 (.15)	สูงมาก	-1.612	.107
ความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการ	4.02 (.36)	4 (.5)	สูง	4.38 (.35)	4.4 (.6)	สูง	-3.44	.001*
1. ได้รับการดูแลจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด	4.00 (.53)	4 (.00)	สูง	4.33 (.48)	4 (.56)	สูง	-4.229	-.000*
2. ได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกันจากบุคลากรทุกวิชาชีพ	3.70 (.53)	4 (1)	สูง	4.37 (.49)	4 (.59)	สูง	-.749	.454
3. ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่กลุ่มเดิมทุกช่วงเวลา	4.17 (.75)	4 (1)	สูง	4.33 (.48)	4 (.0)	สูง	-2.31	.021*
4. ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจากผู้ให้การดูแล	4.10 (.76)	4 (1)	สูง	4.53 (.51)	4 (1)	สูงมาก	-1.43	.152
5. ได้รับการดูแลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ	4.13 (.63)	4 (1)	สูง	4.37 (.49)	4 (1)	สูง	-3.144	.002*
ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.22 (.45)	4 (.56)	สูง	4.29 (.49)	4.29 (.75)	สูง	-.906	.365
1. ความสามารถในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล	4.13 (.73)	4 (1)	สูง	4.43 (.57)	4.5 (1)	สูง	-1.612	.107
2. มั่นใจที่จะดูแลตนเองต่อขณะอยู่บ้าน	4.37 (.49)	4 (1)	สูง	4.23 (.73)	5 (1)	สูง	-.486	.627
3. สามารถที่จะฟื้นฟูสุขภาพตนเอง	4.27 (.45)	4 (1)	สูง	4.33 (.61)	5 (1)	สูง	-.667	.505
4. สามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือสิ่งผิดปกติได้	4.13 (.57)	4 (0)	สูง	4.17 (.53)	4 (.25)	สูง	-.067	.947

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความพึงพอใจ ด้าน	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			z	p
	\bar{x}	Median	ระดับ	\bar{x}	Median	ระดับ		
	(S.D)	(Q.D)		(S.D)	(Q.D)			
ความรวดเร็วของบริการ	3.88 (.40)	4 (.5)	สูง	4.17 (.36)	4 (.33)	สูง	-2.704	.007*
1.ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วจาก บุคลากร	3.83 (.53)	4 (.25)	สูง	4.10 (.40)	4 (.25)	สูง	-2.93	.003*
2.ได้รับการตรวจทันทีเมื่อเข้าโรงพยาบาล	3.70 (.75)	4 (1)	สูง	4.20 (.48)	4 (.25)	สูง	-1.591	.112
3.ได้รับการช่วยเหลือทันทีที่เกิดปัญหา	3.97 (.72)	4 (1.2)	สูง	4.23 (.43)	4 (1)	สูง	-2.395	.017*
โดยรวม	4.06 (.33)	4 (.59)	สูง	4.37 (.26)	4.4 (.45)	สูง	-3.674	.000*

*P<.05

จากตารางที่ 4.4 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.06 คะแนน (S.D. = .33 คะแนน) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.37 คะแนน (S.D. = .26 คะแนน) และความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวม (Median = 4.4, Q.D = .45) สูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Median = 4, Q.D = .59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.22 คะแนน (S.D.=.45 คะแนน) ด้านความรวดเร็วของบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.88 คะแนน (S.D.=.41 คะแนน) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านคุณภาพของบริการ อยู่ในระดับสูงมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.6 คะแนน (S.D.=.39 คะแนน) ด้านความรวดเร็วของบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.17 คะแนน (S.D.=.36 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกด้านที่ระดับ .05 ยกเว้น ความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 ความพึงพอใจของบุคลากร

หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพรายข้อ รายด้าน และ โดยรวม หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (n=12)

ความพึงพอใจรายด้าน	คะแนน			ระดับ
	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{x} (S.D.)	
ความต่อเนื่องของบริการ	3.50	4.00	3.95 (.14)	สูง
1. ความต่อเนื่องของการดูแลจากทีม สหสาขาวิชาชีพ	3	5	3.91 (.51)	สูง
2. ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร	3	5	3.91 (.51)	สูง
เอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ	2.5	5.00	3.95 (.68)	สูง
1. การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนอย่างอิสระ	3.00	5.00	4 (.60)	สูง
2. โอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองให้สมบูรณ์	2	5	3.91 (.79)	สูง
การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม	3.00	5.00	3.91 (.55)	สูง
1. การใช้ทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สมเหตุสมผล	3	5	3.83 (.57)	สูง
2. การใช้ศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่	3	5	4 (.57)	สูง
ความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม	3.00	5.00	3.88 (.51)	สูง
1. การปฏิบัติกิจกรรมไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	3	5	3.83 (.57)	สูง
คุณภาพของผลงาน	3.20	4.40	3.86 (.28)	สูง
1. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้จริง	3	4	3.83 (.38)	สูง
2. กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความชัดเจน	3	4	3.75 (.45)	สูง
3. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ	3	5	4 (.42)	สูง
4. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจน	3	5	3.91 (.51)	สูง
5. ผลการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ	3	4	3.83 (.38)	สูง
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม	3	4.67	3.86 (.48)	สูง
1. การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ	3	4	3.91 (.28)	สูง
2. การยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ	4	4	4 (.00)	สูง
3. การประสานงานระหว่างแผนก/หน่วยงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย	3	4	3.83 (.38)	สูง
4. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย	3	5	3.91 (.51)	สูง
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ	3	5	3.83 (.71)	สูง
โดยรวม	3.35	4.53	3.89 (.33)	สูง

จากตารางที่ 4.5 หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D. = .33 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 3.35 คะแนน และคะแนนสูงสุด 4.53 คะแนน ความพึงพอใจรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของบริการ และด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน คือ 3.95 คะแนน (S.D. = .14 และ .68 คะแนน ตามลำดับ) และความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม และด้านคุณภาพของผลงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากัน 3.86 คะแนน (S.D.=.48 และ .28 คะแนน ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ซึ่งสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย

1.1.1 จำนวนวันนอน

1.1.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

1.1.3 ความพึงพอใจของบุคลากร

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2550 และกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2551 เนื่องจากปวดหลังและได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ ดังนี้

(1) หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวแลบ /ยื่น

(2) กระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน

(3) ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ

(4) กระดูกสันหลังส่วนเอวไม่มั่นคง

(5) ไม่มีอาการแสดงของโรคประจำตัวที่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตวาย รูมาตอยด์ ไม่มีอาการแสดงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด แพทย์ระบุว่า

สามารถผ่าตัดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน กลุ่มละ 30 คน

2) พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2551 และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งสิ้น 12 คน

1.2.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและบุคลากรในหอผู้ป่วยกระดูกและข้อชายชั้น 1 และชั้น 5 เครื่องมือที่ใช้ มี 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง และแบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร เท่ากับ .81 และ .91 ตามลำดับ

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะของการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะพัฒนาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 และข้อมูลจำนวนวันนอนของผู้ป่วยปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 ระหว่าง เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2550 จำนวน 57 คน และคัดออกให้เหลือ 30 คน เพื่อใช้เป็นกลุ่มควบคุมสำหรับงานวิจัย

2) ระยะทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ก่อนทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 ที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 30 คน โดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และหลังทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่ม

ทดลองที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจชุดเดียวกับที่ใช้ในกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยทุกรายที่ศึกษา ในช่วงเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2551

3) *ระยะหลังทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี* ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนของผู้ป่วย จากเวชระเบียนของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอน และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบแมนน์-วิทนี ยู (Mann -Whitney U test)

1.3 ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1.3.1 *จำนวนวันนอน* กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน 12.63 วัน และ 10.97 วัน (S.D.=3.64 วัน, 3.25 วัน) ตามลำดับ และไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

1.3.2 *ความพึงพอใจของผู้ป่วย* ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = .33 และ $\bar{x} = 4.37$, S.D. = .26 ตามลำดับ) โดยหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวม (Median = 4.4 Q.D = .45) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 4 Q.D = .59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนความพึงพอใจรายด้าน ต่างกันเกือบทุกด้านยกเว้นด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

1.3.3 *ความพึงพอใจของบุคลากร* พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวม หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. =.33) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยมีความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของบริการ และด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน 3.95 คะแนน (S.D. =.14 และ .68 คะแนน ตามลำดับ) และความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม และด้านคุณภาพของผลงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากัน 3.86 คะแนน (S.D.=.48 และ .28 คะแนน ตามลำดับ)

2. อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ได้ผลการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

2.1 จำนวนวันนอน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน 12.63 วัน และ 10.97 วัน (S.D.=3.64 วัน, 3.25 วัน) ตามลำดับ และ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีพยาธิสภาพของโรครุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม เห็นได้จาก กลุ่มทดลอง ต้องใส่โลหะค้ำหลังเพิ่มเติมร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุม ใส่โลหะค้ำหลังเพิ่มเติมร้อยละ 10 แต่เมื่อพิจารณาการเกิดความแปรปรวนด้านผู้ป่วย จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนด้านผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนจำนวน 20 ครั้ง และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความแปรปรวน จำนวน 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 46.67 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีความแปรปรวนด้านระบบงานแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเลื่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม แต่มีการผ่าตัดใส่โลหะค้ำหลังมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพราะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน จึงทำให้การเลื่อนผ่าตัดน้อยลง แต่การผ่าตัดใส่โลหะค้ำหลังมากกว่า ไม่ใช่ความบกพร่องของทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่เป็นผลจากความรุนแรงของพยาธิสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะทำหน้าที่ติดตาม กำกับช่วยเหลือให้สมาชิกในทีม สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น พยาบาลในหอผู้ป่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ การออกกำลังกาย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อหลัง และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองได้เร็วขึ้น ซึ่งจำนวนวันนอน เป็นผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพบริการทั้งผู้รับบริการ และขององค์กร ถึงแม้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก็น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคนอื่นๆ (2542) ที่ศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway) ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และศุวัชรีย์ ฐพิมาย (2543) ที่ศึกษาผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่พบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = .33 และ $\bar{x} = 4.37$, S.D. = .26 ตามลำดับ) โดยหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวม (Median = 4.4, Q.D.=.45) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 4, Q.D.=.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนความพึงพอใจรายด้านต่างกันเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว แต่เมื่อนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ พบว่า คะแนนความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นไปอีก เนื่องจากความพึงพอใจรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง และแตกต่างกันเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่าย ภายใต้อาการร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกัน และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้จัดการประสานการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง (เรวดี ศิรินคร 2548) ทำให้สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพรวดเร็ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ 2546) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา ชูลลีเวน และคนอื่นๆ (Sullivan and others 1992) จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) และจิราพร ลิมากร (2544) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เมื่อพิจารณารายด้าน จะเห็นว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.6 (S.D. =.39) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพราะการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังเรื่องแผลผ่าตัด การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และบริหารอาการปวด ได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ยังคอยควบคุมกำกับและประสานแผนอย่างต่อเนื่องและแก้ไขความแปรปรวนทุกขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลรวดเร็ว ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการศึกษาครั้งนี้ ยังเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีอำนาจหน้าที่โดยตรง ทำหน้าที่ประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ

พึงพอใจสูง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งใช้การดูแลแบบยี่ดภาระงานที่รับผิดชอบเป็นหลัก สำหรับความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยรองลงมาเท่ากับ 4.38 (S.D.=.35) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เพราะ มีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ กำหนดระยะเวลาชัดเจนในแต่ละกิจกรรม เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทิศทางเดียวกัน มีความต่อเนื่องครบถ้วน นอกจากนี้ ความพึงพอใจด้านความรวดเร็วของบริการอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.17 (S.D.=.36) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เพราะมีการกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจนในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ครอบคลุมในเรื่อง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การประเมินและการวินิจฉัย การส่งปรึกษา ยาและการรักษา กิจกรรมโภชนาการ การสอน และแผนการจำหน่าย ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการตามแผนการดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ส่วนความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับสูงแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจด้านนี้สูง และมีค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D.=.45) ส่วนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจด้านนี้สูงเช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยไม่สูงมาก คือ 4.29 (S.D.=.49) ซึ่งไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพยาธิสภาพของโรครุนแรง ต้องผ่าตัดใส่โลหะคามหลังเพิ่มเติมถึงร้อยละ 23.33 จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง จึงมีความพึงพอใจด้านนี้ต่ำ

2.1.3 ความพึงพอใจของบุคลากร หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=.33) เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากความพึงพอใจรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับสูง โดยด้านความต่อเนื่องของบริการ ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน 3.95 (S.D.=.14 และ .68 ตามลำดับ) ทั้งนี้เพราะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีลักษณะสำคัญคือ มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ก่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ (เรวดีศิรินคร 2548) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ซุลลิแวน และคนอื่นๆ (Sullivan et.al 1992) จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) และ จิราพร สิมากร (2544) ที่พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เมื่อพิจารณารายด้านจะเห็นว่าความพึงพอใจด้านความต่อเนื่อง หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.95 (S.D.=.14) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย แผนการรักษาที่ให้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแต่ละช่วงให้แก่ทีมได้รับทราบ โดยเฉพาะในช่วงที่มีความแปรปรวนของแผนการรักษา จึงทำให้มีความพึงพอใจในด้านนี้สูงที่สุด ความพึงพอใจด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเช่นกัน 3.95 (S.D.=.68) ทั้งนี้เพราะ มีการกำหนดแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพ ไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บุคลากรสามารถตัดสินใจปฏิบัติหน้าที่ของตนได้โดยอิสระ จึงมีความพึงพอใจสูง ($\bar{x} = 4.3$ S.D.=.60) ทั้งยังมีโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองได้อย่างเต็มที่ สำหรับความพึงพอใจด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม อยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงรองลงมา 3.91 (S.D.=.55) ทั้งนี้เพราะ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการนำบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ มาทำงานร่วมกัน เป็นการใช้ศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่ และกำหนดกิจกรรม ที่บุคลากรแต่ละวิชาชีพ ต้องดำเนินการไว้อย่างชัดเจนในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะการตรวจสอบเพื่อสืบหารอยโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีการตรวจด้วยการฉีดสีเข้าโพรงกระดูกสันหลัง และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยรักษา ความพึงพอใจด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=.51) ทั้งนี้เพราะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้มีอิสระในการทำงาน กิจกรรมที่ปฏิบัติจึงไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีบรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจด้านคุณภาพของผลงาน อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.86 (S.D.=.28) ทั้งนี้เพราะ บุคลากรพึงพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{x} = 4$, S.D.=.42) มีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีการกำหนดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ไว้ชัดเจน ส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจสูง และความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเช่นกัน ($\bar{x} = 3.86$, S.D.=.48) ทั้งนี้เพราะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างทีม มีการยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงาน การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีบรรลุวัตถุประสงค์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของบุคลากร ต่อการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงขึ้น ส่วนจำนวนวันนอนไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้

3.1.1 ควรนำการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนต้องดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 เช่น ผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น หรือนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่มีผลการประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยต่ำ โดยเฉพาะด้านคุณภาพบริการ ความต่อเนื่อง และความรวดเร็ว เนื่องจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ความพึงพอใจใน 3 ด้าน สูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1.2 ควรนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในหอผู้ป่วยที่บุคลากร มีความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของงาน เอกสิทธิ์และความก้าวหน้าในวิชาชีพ การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม ความซ้ำซ้อนของกิจกรรม คุณภาพของผลงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมต่ำ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้ตัวชี้วัดอื่น เช่น การจัดการด้านการใช้ทรัพยากร เป็นต้น เนื่องจาก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.2 ควรเพิ่มพยาบาลวิชาชีพศูนย์ประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้าน เข้ามาเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน ตามแนวคิดของอริโซนา ทั้งนี้เนื่องจาก ความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่ำกว่าด้านอื่นๆ

3.2.3 ควรมีการปรับปรุงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเน้นให้มีความรวดเร็วของบริการ และการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบความพึงพอใจทั้ง 2 ด้าน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและรองลงมา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ (2548) “สถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์ สาสนเทศและสถิติ* หน้าที่ 8 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- จันทร์ฉาย หวันแก้ว (2546) *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง* ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- _____ และคนอื่นๆ (2548) *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิราพร สิมากร (2544) “ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคนอื่นๆ (2542) “ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล” *โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์” รายงานวิจัย (ม.ป.ท.)*
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ (2548) “การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน้าที่ 7 หน้า 1-83 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ทัศนา บุญทอง (2543) *ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย* จดหมายข่าวสภาการพยาบาล 1 (1) 4-8

- ทัศนีย์ นะแส (2542) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์
กรุงเทพมหานคร เหมการพิมพ์
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) การบริหารการพยาบาล นนทบุรี สถาบันบรมราชชนก โครงการ
สวัสดิการวิชาการ
- บุญใจ ศรีสถิตย์นราทร (2550) ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปิยวรรณ จตุปาริสุทธิ (2544) “ปวดหลังบริเวณเอว” ใน สุขกิจ แสงนิพันธ์กุล กิตติ จิระรัตน โพธิ์ชัย
กิติวรรณ วิปุลากร และวินัย ศิริชาติวาปี (บรรณาธิการ) ออร์โธปิดิกส์สำหรับ
นักศึกษาแพทย์ หน้า 308 -314 ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- ปราศรัยทิพย์ อุจะรัตน (2541) การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์
- ประคอง วรรณสุต (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร คำนสุทธาการพิมพ์
- ประพิณ วัฒนกิจ (2540) การบริหารการพยาบาลระดับหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย. (มปท).
- พรภิรมย์ พรหมเทศ (2546) “การพยาบาลผู้ป่วยปวดหลัง” เอกสารประกอบการอบรมเฉพาะทาง
การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ วันที่ 4-22 สิงหาคม 2546 ห้องประชุมชั้น 15
อาคารสุจินโณ เชียงใหม่ งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และภาควิชา
ออร์โธปิดิกส์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หน้า 237-249
- พัชรี เนียมศรี (2547) “แผนการดูแลรักษาสหสาขาวิชาชีพ” ใน สำนักการพยาบาล หลักสูตรการ
บริหารการพยาบาล แนวใหม่ หน้า 283-300 นนทบุรี สำนักการพยาบาล
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- พาลี สีตกะลิน (2549) “การพัฒนาคุณภาพบริการ” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวางแผนกลยุทธ์
และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล หน่วยที่ 13 หน้า 74-140 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- พาริดา อิบราฮิม (2542) “สาระการบริหารการพยาบาล” พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โครงการ
พัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- _____ . (2545) “แนวคิดการจัดการทางการแพทย์” ในวันเพ็ญ พิขีดพรชัย และ
อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) การจัดการทางการแพทย์: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ
หน้า 7 -18 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิยมนวิทยา

- รัชนี้ นามจันทร์ (2548) “การบริหารการพยาบาลกับการจัดการเชิงธุรกิจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 14 หน้า 1- 58
 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รัชนี้ ศุจินทรรัตน์ (2545) “ผู้จัดการดูแล: บทบาทขยายของพยาบาล” ใน *วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) การจัดการทางการพยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ* หน้า 19-38 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิคมวิทยา
- ราชบัณฑิตยสถาน (2542) “พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530” กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด
- เรวดี ศิรินคร (2548) “Case Management” ใน *ธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ) 108 คำถาม HA*
 นนทบุรี ประมัตต์การพิมพ์
- เรวดี ศิรินคร และผ่องพรรณ ธนา (2543) “Case Management” หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติการประชุม 2nd National Forum on Hospital Accreditation วันที่ 23 -25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ค กรุงเทพมหานคร J.S การพิมพ์
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มการพยาบาล (2539) “นโยบายการบริหารการพยาบาล” เอกสารโรเนียว
- _____ . (2549) “นโยบายการบริหารการพยาบาล” เอกสารโรเนียว
- _____ . (2550) “แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล” เอกสารโรเนียว
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม (2549) “เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิทยานิพนธ์ 1* หน่วยที่ 5
 หน้า 1-91 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2548) “ประเด็นและแนวโน้มการบริการพยาบาล” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล* หน้า 357-374 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วิเชียร เลาทเจริญสมบัติ (2544) “Low back pain” ใน *สมชัย ปรีชาสุข วิโรจน์ กวินวงศ์ ไกวิช และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ (บรรณาธิการ) ออร์โธปิดิกส์ตำรานักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป* หน้า 214-245 พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร โฉมิตการพิมพ์
- วิมลมาลย์ พงษ์ฤทธิ์ศักดิ์ดา (2547) *การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นครราชสีมา* โรงพิมพ์สมบูรณการพิมพ์

- วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล (2549) “สถิติไม่อิงพารามิเตอร์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการแพทย์* สาธารณสุขและสถิติ หน่วยที่ 10 หน้า 1-102 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วันดี โภคะกุล (2545) *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรค* นนทบุรี สถาบันเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) *การจัดการทางการแพทย์*:
กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิยมวิทยา
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย (2545) “การจัดการทางการแพทย์” ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี
อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) *การจัดการทางการแพทย์:กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ* หน้า 1-6
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิยมวิทยา
- ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) “การจัดการผู้ป่วยรายกรณี:กรณีศึกษาผู้ป่วยคิงดาวน์น้ำหนักผ่านผิวหนังที่
บ้านในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา” รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิริภพ สุวรรณโรจน์ (2544) “ปวดหลัง” ใน *สูรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และสุรวุฒิ ปริชาชนนท์*
(บรรณาธิการ) *ตำราโรคข้อ* หน้า 768 -785 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์
- ศุวัชรีย์ ฐุภิมาย (2543) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของ
บุคลากร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุกิจ แสงนิพันธ์กุล (2544) “การเข้าถึงการวินิจฉัยโรคทางออร์โธปิดิกส์” ใน *สุกิจ แสงนิพันธ์กุล*
กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย กิติวรรณ วิปุลากร และวินัย ศิริชาติวาปี (บรรณาธิการ)
ออร์โธปิดิกส์สำหรับนักศึกษาแพทย์ หน้า 10-40 ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2549) “กลยุทธ์การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระ*
ชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 5 หน้า 1- 60 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุภาวดี ลิ้มปนาทร (2546) “การจัดการทางการแพทย์ในชุมชน” ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ
อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) *การจัดการทางการแพทย์: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ*
หน้า 91 – 104 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิยมวิทยา

- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2549) “การประเมินผลในระบบบริการ
สาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ* หน่วยที่ 15
หน้า 1 - 83 พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุวิภา นิตยางกูร และกฤษฎา แสงวงศ์ (2543) “Case Management” *วารสารกองการพยาบาล*
25, 3 (กันยายน): 15-17
- สูงชัย อังธารารักษ์ (2548) “โรคโพรงกระดูกสันหลังแคบ” ใน *สูรศักดิ์ นิลกานวงษ์ และสุรวุฒิ
ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ) ตำราโรคข้อ* หน้า 786 – 805 พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์
- สำนักการพยาบาล (2548) *มาตรฐานบริการพยาบาล: ศูนย์ศัลยกรรมเฉพาะทางศูนย์โรคหัวใจ*
กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์
- สำนักการพยาบาล (2549) “การจัดการผู้ป่วยรายกรณี” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี วันที่ 26 มิถุนายน 2549 - 7 กรกฎาคม 2549
โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร
- อดิเรก จิวะพงศ์ (2548) “โพรงกระดูกสันหลังแคบ” ใน *สูรศักดิ์ นิลกานวงษ์ และสุรวุฒิ
ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ) ตำราโรคข้อ* หน้า 1425 -1435 .พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์
- อรพรรณ โตสิงห์ (2545) “การจัดการพยาบาล: รูปแบบและวิธีดำเนินการในโรงพยาบาล”
ในวันเพ็ญ พิจิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ) *การจัดการทางการ
พยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ* หน้า 45 -68 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์นิคมวิทยา
อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) “ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อบทบาท
ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- อารยา ประเสริฐชัย (2547) “การจัดการทางการพยาบาล” ใน *สำนักการพยาบาล หลักสูตรการ
บริหารการพยาบาลแนวใหม่* หน้า 253-263 นนทบุรี
- อำพล จินดาวัฒน์ และสุรณี พิพัฒน์โรจน์กมล (2549) “การปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบ
สาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการระบบ
สุขภาพและการจัดการ* หน่วยที่ 4 หน้า 1- 84 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- Aday, L.A. and Andersen, A. (1975). *Development of Inducers of Access to Medical Care*.
Ann Arbor: Health Administration Press.
- Bower, K.A. (1992). *Case Management by Nurse*. Washington: American Nurses Publishing.
- Cherry, B. (2002). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, & Management*. pp. 431- 452 . 2nd ed.
St. Louis: Mosby.
- Cohen, E.L. and Cesta, T.G. (2001). *Nursing Case Management: Forum Essentials to
Advanced Practice Applications*. St. Louis: Mosby.
- Conti, R.M. (1993). *Role Behaviors of Nurse Case Management*. Michigan: A Bell and
Howell Company.
- Decker, Eleanor J. (1998). *Effective Leadership and Management in Nursing*. Kansas City. KS:
University of Kansas
- Finneson, Bernard E. (2003). *Low Back Pain*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Guliano, K.K. and Poirier. C.E. (1991). "Nursing case management in nursing: Critical pathway
to desirable outcome. *Nursing Case Management*. 2, 3 (May - Jun): 52 – 55.
- Ignatavicius, DD, and Hausman, KA. (1995). *Clinical Pathways for Collaborative Practice*.
Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hackman, J.R. and Oldman, G.R. (1980). *Work Redesign*. Philippines: Addison-Wesley.
- Heidenthal, Patricia Kelly. (2003). *Nursing Leadership Management*. Canada: Thompson
Delmar Learning.
- More, P.K. and Mandell, S. (1997). *Nursing Case Management: An Evolving Practice*.
Newyork: McGraw - Hill.
- Powell, S.K. (1996). *Nursing Case Management: A Practical Guide to Success in Managed
Care*. Philadelphia: Lippincott.- Raven.
- _____. (2000). *Case Management: A Practical Guide to Success in Managed Care* . 2nd ed.
Maryland: J.B. Lippincott.
- Simmon, F.M. (1992). "Developing the trauma nurse case manager role". *Dimension of Critical
Care Nursing*. 11, 3 (May -Jun): 164-172.
- Spitzer-Lehmann, R. (1994). *Nursing Management Desk Reference*. Philadelphia: W.B.
Saunders Company.

- Stantom, M., Walizu, E., Graham, J., & Keppel, L. (2000). "Case management: A case study"
Nursing Case Management. 5, 1 (Jan – Feb): 37 - 45.
- Sullivan, Eleanor J. , and Decker, Philip J. (2005). *Effective Leadership Management Nursing* .
New Jersey: Pearson Education.
- _____. , and others . (1992). *Implementation of Case Management at St. Vincent's
Hospital Sydney*. Sydney. St. Vincent Press.
- Tahan, H.A. (2001). "The role of case manager" In Cohen, E.L. & Cesta, T.G. *Nursing
Case Management: From Essentials to Advanced Practice Application*. St. Louis.
Mosby.
- Woldum, K. (1988). "Critical Paths: Marking the course". *Definition*. 2, 3 (May): 1 - 4.
- Young, S. W. and Sowell, R. L. (1997). "A case management curricular model: The
challenge for nursing education". *Nurse Education*. 22, 5 (Sep-Oct): 13-18 .
- Zander, K. (1988). "Nursing management: Strategic management of cost and quality
outcomes". *Nursing Administration*. 18, 5 (May): 23-30.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือทุกชนิดมีดังต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์วรัณนี สัตยวิวัฒน์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายสรรัตน์ เลอมานุวรรตน์ นายแพทย์ 8 รองหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โทปีดิกส์ ด้านวิชาการและพัฒนาคุณภาพ และรองผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ด้านหลักสูตร และการเรียนการสอน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
3. นางสาวภัทรกร จันทวร นักกายภาพ 7 (วช) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
4. นางสุมนา ศรีสุวรรณานุกร พยาบาลวิชาชีพ 7 (วช) ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (APN)
5. นางสาววัชรี อาภาธีรพงศ์ พยาบาลวิชาชีพ 8 (วช) (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

**คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
สำหรับบุคลากร**

กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2551

คำนำ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลของบุคลากร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (Laminectomy) ในหอผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของคู่มือ แนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบของทีม 2) บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมี 6 ขั้นตอน 4) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะได้นำเสนอรายละเอียดในเล่มต่อไปดังนี้

สมพร เปรื่องพงษ์

ผู้จัดทำ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือ

1. เข้าใจแนวคิด ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
3. ทราบถึงเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง

แนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดำเนินการเพื่อให้บริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการรายบุคคลหรือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์ คือ บริการที่มีคุณภาพด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการดีขึ้น โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้สามารถดำเนินการตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่กำหนดไว้ร่วมกันได้อย่างราบรื่น มีคุณภาพ และสามารถแก้ไขความแปรปรวนที่อาจมีขึ้นได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วนหรือซ้ำซ้อน และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. องค์ประกอบของทีม ประกอบด้วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 คน แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย 12 คน วิชาญพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และเภสัชกร 1 คน
2. บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.1 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลัง ที่ต้องได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง (Laminectomy) เพื่อเข้ารับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความพร้อมในการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ความสามารถในการติดตามเยี่ยมของเครือข่าย โดยรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละวัน ดังที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.1.3 การวางแผน โดยกำหนดแผนการพยาบาล ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย หรือเมื่อพบความแปรปรวนในแต่ละช่วงของกิจกรรมการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสม

2.1.4 การปฏิบัติตามแผน โดยให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ รับคำสั่งและปฏิบัติตามแผนการรักษา ติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม และร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อเกิดความแปรปรวนของแผนการดูแล

2.1.5 การประเมินและติดตามผล โดยรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังให้การพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง กิจกรรมของการรักษาตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามและประเมินผลการมาตรวจตามนัด บันทึก ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว จากเวชระเบียนของผู้ป่วยหรือโทรศัพท์ตาม

2.2 แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.2.1 การคัดเลือกผู้ป่วย ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยปวดหลัง และระบุพยาธิสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.2.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และสั่งการตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่ประสานข้อมูล เพื่อวางแผนการรักษาตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้สอดคล้องกับแผนที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2.3 การวางแผน วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะราย ตามพยาธิสภาพและปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ทบทวนหรือปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกระดูกสันหลังแต่ละราย เมื่อพบว่าผลการรักษาไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2.4 การปฏิบัติตามแผน โดยรักษาตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก ก) ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงในการผ่าตัด แนวทางการรักษาต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ และร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดความแปรปรวน

2.2.5 การประเมินและติดตามผล โดยสรุปแผนการรักษา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความแปรปรวนที่เกิดขึ้น ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเอกสารรับรองผลการเจ็บป่วย สรุปเวชระเบียนเพื่อลงรหัสโรคสำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

2.2.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.3 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.3.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยแจ้งให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ เมื่อมีผู้ป่วยปวดหลังที่ต้องได้รับการผ่าตัดปีกระดูกสันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.3.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละวัน และสื่อสารให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหสาขาวิชาชีพทราบข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

2.3.3 การวางแผน วางแผนและทบทวนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย หรือเมื่อพบความแปรปรวน และสื่อสารข้อมูลให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ

2.3.4 การปฏิบัติตามแผน โดยให้การพยาบาลที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกระดูกสันหลัง ตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย ตลอดจนร่วมประชุมปรึกษารือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดความแปรปรวน

2.3.5 การประเมินและติดตามผล โดยรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนและหลังให้การพยาบาล และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของกิจกรรม เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

2.3.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามและประเมินอาการและอาการแสดง ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย

2.4 วัตถุประสงค์ มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.4.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยรับทราบนโยบาย และผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลังตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.4.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ความพร้อมในการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

2.4.3 การวางแผน โดยวางแผน ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะให้ยาระงับความรู้สึก เตรียมผู้ป่วย เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับการผ่าตัดและสภาพร่างกายของผู้ป่วย

2.4.4 การปฏิบัติตามแผน โดยให้ยาระงับความรู้สึก ตามมาตรฐานวิชาชีพ และดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจนเป็นปกติ เฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาระงับความรู้สึก ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดความแปรปรวน

2.4.5 การประเมินและติดตามผล โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ของยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

2.4.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประสานกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อทราบผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการใช้ยาระงับความรู้สึก

2.5 พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.5.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยรับทราบนโยบาย และผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลังตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.5.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยตรวจร่างกายซ้ำขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ความพร้อมในการผ่าตัด และความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.5.3 การวางแผน โดยวางแผน ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายขณะอยู่ในห้องผ่าตัด

2.5.4 การปฏิบัติตามแผน โดยจัดเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ช่วยแพทย์ในการผ่าตัด ตรวจสอบความเรียบร้อยของการผ่าตัดและบันทึกความครบถ้วนของเครื่องมือในห้องผ่าตัด ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น และร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเกิดความแปรปรวน

2.5.5 การประเมินและติดตามผล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประสานและติดต่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.5.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฝ้าติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องพักฟื้นและเมื่อกลับไปยังหอผู้ป่วย

2.6 นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.6.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยรับทราบนโยบาย และผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลังตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.6.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยตรวจร่างกายของผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่บ้าน ความสามารถในการดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละราย

2.6.3 การวางแผน โดยวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งวางแผนจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพตามความสามารถของผู้ป่วย การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม และการประสานและติดต่อสื่อสารให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสภาพ

2.6.4 การปฏิบัติตามแผน โดยทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ สอน สาธิต และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายหลัง และการปฏิบัติตัวตามรายละเอียดในคู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังหลังผ่าตัด

2.6.5 การประเมินและติดตามผล ประเมินผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและความแปรปรวนที่เกิดขึ้น โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประสานและติดต่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.6.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฝ้าติดตามและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการมาตรวจตามนัด จากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.7 เกณฑ์ มีบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.7.1 การคัดเลือกผู้ป่วย โดยรับทราบนโยบายและผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยปวดหลังตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.7.2 การประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวบรวมประวัติการได้รับยา การแพ้ยา และสารอาหาร ยาที่รับประทานประจำ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2.7.3 การวางแผน โดยวางแผน ทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแผนการให้ยาให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยทั้งในกรณีรับใหม่และจำหน่าย

2.7.4 การปฏิบัติตามแผน โดยจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้ถูกต้องเพียงพอตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่แพทย์ใช้ในการรักษา ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการใช้ยาต่าง ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยา NSAIDs เป็นต้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อเกิดความแปรปรวน

2.7.5 การประเมินและติดตามผล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยา และความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของกิจกรรม

2.7.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามข้อมูลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามนัด จากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี กรณีที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้

3. กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การคัดเลือกผู้ป่วย เป็นการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยปวดหลังที่ต้องได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง จากการวินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลือบ /ยื่นกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ช่องไขสันหลังส่วนเอวแคบหรือโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ และกระดูกสันหลังไม่มั่นคง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาสารชนครราชสีมา ไม่มีอาการแสดงของโรคประจำตัวที่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตวาย รุนมาตอยด์ ไม่มีอาการแสดงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด แพทย์ระบุว่าสามารถผ่าตัดได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

3.2 การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

3.3 การวางแผน เป็นการกำหนดแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และเมื่อพบความแปรปรวนในแต่ละช่วงของกิจกรรมการดูแล

3.4 การปฏิบัติตามแผน เป็นการดำเนินการตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ตามระยะเวลาที่กำหนด

3.5 การประเมินและติดตามผล เป็นการติดตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง และการแก้ไขที่ได้กระทำ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โดยติดตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง และการแก้ไขที่ได้กระทำ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.6 การกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามและประเมินผลอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามนัด

4. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับบุคลากร แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง คู่มือปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง แบบบันทึกความแปรปรวน

แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดโพรงกระดูกสันหลังของกึ่งสมองขาซ้าย (Laminectomy Clinical Pathway) กลุ่มงานออโรโตลิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมา
 ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....การผ่าตัด.....วันที่รับ..... LOS. 8 วัน DRG ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

Plan of care	Admission day	Pre-op day	op - day	Post -op day 1	Post -op day 2-4	Post -op day 5 Discharge criteria	Post -op day 6 discharge & continuing care
Expected outcome	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อาการปวดบรรเทา <input type="checkbox"/> ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอินซอมรับการรักษา <input type="checkbox"/> ได้รับคำปรึกษาจากวิสัญญีแพทย์ / อนุบาลแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและอาการระงับความรู้สึก <input type="checkbox"/> อาการปวดบรรเทา <input type="checkbox"/> สุขสบายและทำอนุกฎข้อ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> พร้อมที่จะรับคำแนะนำการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม <input type="checkbox"/> เครือข่ายมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 30 วัน <input type="checkbox"/> ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <input type="checkbox"/> ความพร้อมของสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ
Assessment and investigation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมตามใบประเมิน สมรรถนะ <input type="checkbox"/> Film CXR..... <input type="checkbox"/> Myelogram, MRI <input type="checkbox"/> Lab CBC, HIV, UA, BUN, Cr, E' Pain <input type="checkbox"/> Self care & exercise <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> ความวิตกกังวล 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอินซอมรับการรักษา <input type="checkbox"/> ได้รับคำปรึกษาจากวิสัญญีแพทย์ / อนุบาลแพทย์ <input type="checkbox"/> EKG ถ้าอายุ > 45ปี <input type="checkbox"/> M/G <input type="checkbox"/> Degree of deficit 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก - Bleeding - Shock - Bowel sound - CSF leakage - การปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Hct <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย - Chest complication - Derelium - Nausea & vomiting - Hypoxia 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความพร้อมและข้อจำกัดในการฟื้นฟูสภาพ <input type="checkbox"/> ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ <input type="checkbox"/> ความสามารถในการติดตามเยี่ยมของเครือข่าย <input type="checkbox"/> ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ 	

Plan of care	Admission day	Pre-op day	Post -op day		Post -op day 2-4	Post -op day 5 - 6 Discharge criteria discharge & continuing care
			op - day	1		
Consult	<input type="checkbox"/> PT for Back exercise <input type="checkbox"/> Breathing exercise	<input type="checkbox"/> Anesthetist <input type="checkbox"/> อาชฺรแพทย์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			<input type="checkbox"/> ภายภพบำบัด <input type="checkbox"/> ภายอุปกรณ	<input type="checkbox"/> PCUco. & HHC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Medication/ Treatment	<input type="checkbox"/> Analgesic Drug <input type="checkbox"/> NSAIDs Drug <input type="checkbox"/> Underlying Drug	<input type="checkbox"/> NPO after midnight <input type="checkbox"/> Pre-med <input type="checkbox"/> Retained cath. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antibiotic intra venous Form <input type="checkbox"/> IV Fluid <input type="checkbox"/> Narcotic Drug <input type="checkbox"/> Analgesic Drug <input type="checkbox"/> Retained cath. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ability to void <input type="checkbox"/> Underlying Drug	<input type="checkbox"/> Antibiotic oral Form <input type="checkbox"/> Off Radiovac drain วันที่..... <input type="checkbox"/> off cath. วันที่..... หลัง off void <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> Narcotic Drug <input type="checkbox"/> Analgesic Drug <input type="checkbox"/> Complementary therapy..... <input type="checkbox"/> Orthosis..... <input type="checkbox"/> Progressive exercise <input type="checkbox"/> Back/ Abd. Exercise.....	<input type="checkbox"/> Antibiotic oral Form <input type="checkbox"/> Phamaco <input type="checkbox"/> Orthosis <input type="checkbox"/> exercise <input type="checkbox"/> การนัดตรวจ	

Plan of care	Admission day	Pre-op day	op - day	Post -op day 1	Post -op day 2-4	Post -op day 5 Discharge criteria	Post -op day 6 discharge & continuing care
Activity	<input type="checkbox"/> Bed rest	<input type="checkbox"/> Bed res	Bed res		<input type="checkbox"/> Rest <input type="checkbox"/> Back exercise & Posture training <input type="checkbox"/> Progressive ambulation exercise	<input type="checkbox"/> Ambulate ได้ <input type="checkbox"/> Rest ต่อที่บ้าน	
Nutrition	<input type="checkbox"/> Regula	<input type="checkbox"/> NPO	<input type="checkbox"/> Soft /.....		<input type="checkbox"/> Regular /..... <input type="checkbox"/> Regular		
Information / teaching	<input type="checkbox"/> การปฏิบัติตัวตามระเบียบโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความรู้เรื่องโรค/แผนการรักษา <input type="checkbox"/> Inform consent 1 <input type="checkbox"/> ADL training <input type="checkbox"/> การออกกำลังกายและการจัดทำแผน <input type="checkbox"/> การประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> ฝึกปีสภาวะ/อุจจาระ มนเคียง ทำนอน <input type="checkbox"/> Deep breathing exercise & effective cough <input type="checkbox"/> สกาทัวไปหลังผ่าตัด <input type="checkbox"/> การสังเกตอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> การทำความเข้าใจร่างกายและก่อนผ่าตัด <input type="checkbox"/> Inform consent 2 เกี่ยวกับ การให้ภาระจับความรู้สึกรู้สึกข้อจำกัด และการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> Soft /..... <input type="checkbox"/> Breathing exercise & effective cough <input type="checkbox"/> การสังเกตอาการผิดปกติ <input type="checkbox"/> การพลิกตัวแบบท่อนซุง การออกกำลังกายแขนขา และการจัดทำนอน <input type="checkbox"/> ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับสาย Cath. สาย RD. สาย IV	<input type="checkbox"/> M-E-T-H-O-D <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environment/ Economic <input type="checkbox"/> Treatment การใส่ Orthosis และการดูแลรักษา <input type="checkbox"/> Health สังเกตอาการและการแสดงที่ผิดปกติ เช่นอาการตา แผลมีหนอง เป็นไข้ <input type="checkbox"/> Outpatient referral <input type="checkbox"/> Diet			

Plan of care	Admission day	Pre-op day	op - day	Post -op day 1	Post -op day 2- 6 Discharge criteria discharge & continuing care
Discharge plan	<input type="checkbox"/> การเตรียมเอกสารสิทธิบัตร <input type="checkbox"/> ข้อมูลการรักษา	<input type="checkbox"/> การประเมิน และการเตรียมส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย	<input type="checkbox"/> การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจนจากการได้รับยาสดลบ		<input type="checkbox"/> การเตรียมความพร้อมที่จะกลับบ้านในเรื่อง การดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เอกสารสิทธิการรักษา ความรู้ในการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การประเมินความพร้อมใจ <input type="checkbox"/> Discharge training ในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัว การใส่ orthosis การดูแลบาดแผล การรับประทานยา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง

Admission day & Pre-op day	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ</p>	<p>1. ศึกษาประวัติกิจกรรมที่ทำงาน ประเมินความรู้ความเข้าใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเรื่องต่างๆ ดังนี้</p> <p>1.1 อาครสถานที่ สภาพแวดล้อม เวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน ระเบียบการเยี่ยม การเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด การเชื่อมต่อของแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีอาการรบกวน เป็นต้น</p> <p>1.2 พยาธิสภาพของโรค ประโยชน์ของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด และความเสี่ยงจากการผ่าตัด</p> <p>1.3 สภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>1.4 การใช้ยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <p>2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย</p> <p>2.1 ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยให้อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ทำความสะอาดผิว</p> <p>2.2 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - นอนราบ 4-6 ชั่วโมง โดยใช้หมอนวางใต้ขา เพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังผ่อนคลายและลดอาการปวด - สอนการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง และเปลี่ยนท่านอนโดยพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง ทุก 2 ชั่วโมง และอยู่ในท่านอนตะแคงสอดหมอนระหว่างขา - ฝึกการใช้หมอนชนิดแบนแบนเตียง - การหายใจและการไออย่างถูกวิธี - การสังเกตภาวะแทรกซ้อน 	<p>1. ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ทราบขั้นตอนการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และสามารถอธิบายและแสดงการบริหารการหายใจและการไออย่างถูกวิธี</p> <p>3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด</p> <p>4. ร่างกายผู้ป่วยสะอาดและมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด</p> <p>5. หน้าเพิ่มผู้ป่วยมีป้ายติดแสดงการแพ้ยาในรายชื่อประวัติแพ้ยา และไม่ได้รับยา ASA NSAIDs ก่อนผ่าตัด</p>	

เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
<p>Admission day & Pre-op day</p>	<p>2.3 แนะนำการบริหารร่างกายในระยะหลังผ่าตัด</p> <p>2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด</p> <p>2.5 ประเมินความพร้อมที่จะรับการผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ พัลลัมเอกซเรย์ ผลการตรวจคลื่นหัวใจ ใบเซ็นซินยอม - ให้อาหาร/ดื่มน้ำตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเขียนชื่อยาที่แพ้ คิดหน้าเพิ่มผู้ป่วย และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ทราบ - งดอาหารและน้ำดื่มหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด - ประเมินแหล่งติดเชื้ออื่นๆ ในร่างกาย ถ้าพบรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาให้สิ้นสุดก่อนผ่าตัด <p>2.6 เตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยประเมินความวิตกกังวล ให้ข้อมูล การพักผ่อน และสิทธิคำปรึกษาพยาบาล</p> <p>3. ประสานให้ผู้ป่วย ได้พบกับวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์ ตามแผนการส่งปรึกษา คิดตามผลการส่งปรึกษา และรายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบเมื่อมีความผิดปกติ</p>	<p>6. ผู้ป่วยสดชื่น พักผ่อนนอนหลับได้ดีเกิน 6 ชั่วโมง</p> <p>7. ผู้ป่วยสามารถให้สิทธิคำปรึกษาได้ถูกต้อง</p>

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
operative – day	<p>2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้นอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลัก และนอนราบ 8-12 ชั่วโมง 2. ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมง 2 ครั้ง ทุกชั่วโมง 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง จนระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพปกติ 3. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีน้ืนศีรษะ ถ้ามีอาเจียนให้นอนตะแคงหน้าป้องกันการสำลักลงสู่ปอด และดูแลให้ขับปัสสาวะ เพื่อความสะดวก สุขสบาย และลดอาการรบกวน 5. สังเกตผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก คือ <ul style="list-style-type: none"> - กำลั้งอ้ามน้ือลดลงและรู้สึกชาขาทั้ง 2 ข้าง - การจับถ่ายปัสสาวะผิดปกติภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้าปัสสาวะเองไม่ได้และกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง สวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว และรายงานแพทย์ 6. ยกราวกันเตียงทั้ง 2 ข้าง หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน 3. ไม่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่ชา ขยับได้ ปัสสาวะได้เองภายใน 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 4. ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
operative – day	3. ผู้ป่วย ไม่เกิด ภาวะช็อก (Shock)	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 1.5 นาที 4 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมง 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง จนระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพปกติ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียชีวิตหลังผ่าตัด คือ ใจสั่น ชีตแห้งออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลงจากเดิม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/ชั่วโมง ประเมินการเสียชีวิตจากแผลผ่าตัดและจากที่ระบอบเลือด และจุดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากที่ระบอบเลือด ถ้า > 200 cc/ชั่วโมง รายงานแพทย์ ดูแลเวชระบอบเลือดให้เป็นระบบปิดและสูญญากาศ (Closed System) เจาะซีมาโคคริตตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อต่ำกว่า 30% สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้า < 30 cc / ชั่วโมงรายงานแพทย์ และดูแลสายสวนปัสสาวะให้ไหล ได้สะดวก อยู่ในระบบปิด ดูแลให้สารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะแทรกซ้อน คือ อาการแพ้ หรือ บวมจากการให้สารน้ำเกิน 	<ol style="list-style-type: none"> รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เลือดออกจากแผลและที่ระบอบ < 20 cc/ ชั่วโมง หรือชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดไม่เกิน 50 cc ผู้ป่วยไม่มีอาการช็อค Hct > 30% ปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 30 cc/ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือด

operative – day & Post – op day 1	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>4. ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวด</p>	<p>1. ประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง และระยะเวลา ทันทีหลังออกจากห้องผ่าตัดและต่อไปทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ Pain Scale</p> <p>3. ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ปวด ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ประคับประคองบริเวณแผลผ่าตัดที่แผ่นหลังเวลาเคลื่อนไหวและพลิกตะแคงตัว</p> <p>2. ดูแลให้ Absolute bed rest โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ บนที่นอนที่แน่นไม่เป็นที่นอน ให้หมอนรองได้เข้าเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังและอาการปวด จนกว่าจะมีแผนการรักษาให้ถูกได้</p> <p>4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ด้วยวิธี log-rolling จัดให้อนตะแคง งอเข้าและสะโพกของขาข้างบน สอดหมอนระหว่างขา สันหลังตรง โดยใช้หมอนยารองตามความยาวหลัง ห้ามผู้ป่วยบิดเอวหรือลำตัวขณะพลิกตัว</p> <p>5. จัดกิจกรรมพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันและทำให้เสร็จสิ้นด้วยความรวดเร็ว ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป</p> <p>6. ให้โอกาสผู้ป่วยระบายความรู้สึก พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ให้การสัมผัสเพื่อความผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ฟังเพลง หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ เป็นต้น</p> <p>7. อนุญาตให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้าเยี่ยม ชวยเหลือและให้กำลังใจตามความเหมาะสม</p> <p>8. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด โดยเฉพาะยาแก้ปวดชนิด opioid เช่น การหายใจช้าลง ระดับความรู้สึกลดลง ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดน้อยลง/ไม่ปวดแผล หรือตอบระดับความปวดตาม Pain Scale ลดลง 2. ผู้ป่วยหน้าตาแจ่มใส ผ่อนคลาย สุขสบาย 3. จำนวนครั้งของการขอยาแก้ปวด ลดลง 4. ผู้ป่วยนอนพักก่อน ได้มากกว่า 6-8 ชั่วโมง 5. ไม่มีอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
operative – day & Post –op day 1-2-4	5. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง (CSF leakage) จากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มชั้นดูรา	<ol style="list-style-type: none"> สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติตั้งต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แผลผ่าตัดมีน้ำใสๆ ซึม ในขวดระบายยาเป็นสีใสๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก - บริเวณแผลบวม บูน - ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ และให้ absolute bed rest ไม่ยกศีรษะสูง ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะแทรกซ้อน 	<ol style="list-style-type: none"> แผลผ่าตัดไม่บวมตึง ไม่มีน้ำใสๆ ซึม เลือดในขวดระบายยาเป็นสีใสๆ ไม่เพิ่มขึ้นจากเดิมมาก ผู้ป่วยบอกว่าไม่ปวดศีรษะ
operative – day & Post –op day 1	6. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดลิ้นเลือดในหลอดเลือดดำและผนังหลอดเลือดดำอักเสบ	<ol style="list-style-type: none"> สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตันทุก 2 ชั่วโมง เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความผิดปกติของสีผิว เล็บเท้า ความผิดปกติของชีพจรของขา 2 ข้าง ความรู้สึกขา และการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ผ่าตัดลดลง เป็นต้น แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังขา 2 ข้าง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อขา กดข่าลงบนพื้นนอนและกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง อย่างน้อย 100 ครั้ง/วัน แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการกดเจ็บ ขา และมีอาการบวมบริเวณเองและขาหนีบ หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที 	<ol style="list-style-type: none"> ไม่มีความผิดปกติของสีผิว เล็บเท้าชีพจรของขา 2 ข้างปกติ ขาทั้ง 2 ข้างขยับได้และออกกำลังขาได้

Operative – day & Post –op day 1-2-4	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>7. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>1. สังเกตความผิดปกติของผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณ ข้อศอก เช่น ช้ำ แดง ช้ำ ถลอก เป็นต้น และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</p> <p>2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และใช้หมอนสอดรองระหว่างขา</p> <p>3. ช่วยเหลือ/กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ โดยการชันเข่า และยกกันลอยเหนือพื้นเตียงเล็กน้อย ในระยะแรกที่ยึดไม่ได้ อาจใช้วิธีพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง โดยพลิกซ้าย</p> <p>4. ดูแลผิวหนัง ให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะหลังและก้น</p> <p>5. นวดเบาๆ บริเวณรอบปุ่มกระดูกทุกครั้งที่เกิดตุ่มดำปื้นดำ หรือ Vasaline หรือ โดซ์บริเวณรอยแดง</p> <p>6. จัดหาฟองน้ำ/ ถุงมือยาง ใส่ร่องรับตามปุ่มกระดูกที่จะเกิดแผลกดทับ ได้ง่าย เช่น ดาตุ่ม สันเท้า เป็นต้น</p> <p>7. ดูแลให้ผู้ป่วยแห้งสะอาดและรีบตั้งตลอดเวลา</p>	<p>1. ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกสีปกติ ไม่มีแผลกดทับ แดง ช้ำ ถลอก และไม่มีแผลกดทับ แห้ง สะอาด</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บ/ แสบผิวหนัง</p>
Operative- day & Post –op day 1-2-4	<p>8. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีก้อนเลือดในแผลผ่าตัด (Hematoma) ซึ่งถือว่ เป็นภาวะฉุกเฉินหลังผ่าตัด</p>	<p>1. สังเกตอาการปวดแผลรุนแรง ซึ่งไม่ทุเลาด้วยการให้ยาระงับปวด</p> <p>2. สังเกตอาการบวมบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของขาลดลง เนื่องจากก้อนเลือดกดไขสันหลังหรือรากประสาท</p> <p>4. รายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือผ่าตัดเอาเลือดออก</p>	<p>1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการปวด</p> <p>ไม่มีอาการขาของขา</p> <p>2. แผลผ่าตัดไม่บวม</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้า กระดกนิ้วเท้าได้</p>

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
operative – day & Post – op day 1-2-4	<p>9. ผู้ป่วยโรคคอคกัยจาก การกดของเส้นประสาท ระดับThoracic spine ลง มาจากการผ่าตัด laminectomy</p> <p>10. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดของ 10.1 ทางเดินหายใจ</p>	<p>1. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาท (Neurological sign) ทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 3 วันหลังผ่าตัด และเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการก่อนผ่าตัด โดยดูปฏิกิริยาตอบโต้ของขา (Reflex) การรับรู้ของขา (sensory impairment) การยืดเส้นประสาทขา (straight leg raising) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (muscle strength) การรับความรู้สึกสัมผัสและความเจ็บปวดตามการควบคุมของรากประสาทแต่ละระดับ (Dermatome sensation) และกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ของขา โดยให้ผู้ช่วยพยาบาล 2 ข้าง กระดกปลายเท้าขึ้นแรงกับพยาบาล และรายงานแพทย์ทันทีที่พบความคิดปกติ</p> <p>2. สังเกตอาการบวมของเส้นประสาทหลังผ่าตัด คือสังเกตอาการขาและอัมพาตขา โดยขาเริ่มขยับและขยับไม่ได้ หรือไม่รับรู้ความรู้สึก เช่น อุณหภูมิ การสัมผัส เป็นต้น โดย การสอบถามการรับรู้ และสัมผัสบริเวณขา ควรมีการประเมินระบบประสาททุก 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด และรายงานทันทีที่พบความคิดปกติ</p> <p>3. แนะนำให้ผู้ช่วยสังเกตความคิดปกติของระบบประสาท เช่น ขาขา ขยับไม่ได้ เป็นต้น และรายงานทันทีที่พบความคิดปกติ</p>	<p>1. ผู้ป่วยสามารถขยับแขนและขาได้ตามปกติ ไม่มีอาการขา และอัมพาตของแขนขา</p> <p>2. ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกอ่อนเห็น ความแหลม ความเจ็บ ได้ตามความเป็นจริง</p>
		<p>1. สังเกตและบันทึกลักษณะและอัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนดูด Trimmow ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3. กระตุ้นให้พลิกตัวเปลี่ยนท่าทำแบบทอนซุง ทุก 2 ชั่วโมง</p>	<p>1. ผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ</p> <p>2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส</p>

เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>4. ถึงกตัญญูและ สี่ และปริมาณของเสมอและน้ำนุก ความคิดปกติของเอ็อปปากและจุมก</p> <p>5. ดูบทความสะออดปากพันด้วยการแปร่งพันวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังอาหารทุกครั้ง และทาด้วยวาสลินถันปากแห้งแตก</p> <p>6. ให้คีมำอย่างน้อชวันละ 2000 มล.กรณึไม่มีข้อห้าม</p>	<p>2. ผู้ป่วย ไออาเสมหะออก ได้อย่างมีประสิทธิภัพ เสมหะใสไม่เขียว</p> <p>3. ปากพันสะอาด เอ็อปปากไม่แห้งแตกไม่บวมแดง</p> <p>4. เอ็อบุงมุกไม่บวมแดง ไม่มีน้ำนุก</p>
Post -op day 2-4	<p>1. สังเกตลักษณะ สี ขนาดของแผลผ่าตัด อุณหภูมิบริเวณแผล อากาบวม ปวด ลึ้งขบหลังที่แผลผ่าตัด หากพบความคิดปกติรายงานแพทย์</p> <p>2. ดูแผลให้สะอาดไม่ให้เปียกน้ำ ถ้าแผลเป็ชกชุ่ม เปลี่ยน Dressing ทันที</p> <p>3. ตรวจสอบ Radivac drain ให้เป็นสูญญากาศและอยู่ในระบบปิด</p> <p>4. รักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกายและสิ่งแวดล้อม แนะนำผู้ป่วยไม่ให้แกะเกาแผล หรือดูบแผล</p> <p>5. ให้ขบปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงของยา</p> <p>6. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>7. เสื้อผ้าที่สวมใส่สะอาด และเปลี่ยนทุกวัน</p>	<p>1. ไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด คือแผลไม่มีลักษณะบวม แดง ร้อน หรือมีหนองไหล</p> <p>2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง</p>

operative - day & Post -op day 1-2-4	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
10.3. ระบบทางเดินปัสสาวะ	10.3. ระบบทางเดินปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตและบันทึกลักษณะ สี กลิ่น และจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ตรวจทุกข้อ 1-2 ที่ทำไว้ด้วย) หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ (perineum care) เข้า-เย็น และทุกครั้งที่ล้างด้วย savlon 1 :100 (หรือน้ำยาอื่นฯ)หรือทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดที่ต้มสุก 3. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะและถุงใส่ปัสสาวะเป็นระบบปิด และไหลได้สะดวก 4. ดูแลสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับตัวผู้ป่วย 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 3000 cc/day ถ้าไม่มีข้อห้าม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีตะกอน จำนวนไม่น้อยกว่า 30 มล./ชม. 2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส 3. อวัยวะสืบพันธุ์ สายสวนและอุปกรณ์รองรับสะอาด 4. ผู้ป่วยดื่มน้ำได้มากกว่า 3000 cc/day
Post -op day 2-4	11. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการท้องผูก	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ด้วยการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัดวันแรก และเคลื่อนไหวร่างกายตามแผนการรักษา 2. สอนและฝึกการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal exercise) โดยการหายใจเข้า หน้าท้องบ่ง กลั้นหายใจไว้สักครู่ และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก หน้าท้องแฟบ แล้วเกร็งหน้าท้องไว้ นับ 1-5 แล้วคลายออก ทำ 5 ครั้ง เข้า - เย็น และนอนคว่ำหน้าท้อง 10-15 ครั้ง 3. สอนและฝึกให้ผู้ป่วยขมิบก้น โดยการเกร็งบริเวณทวารหนัก ทำ 10 - 15 ครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยขับถ่ายได้ตามปกติ

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
<p>Post –op day 5 Discharge criteria</p>	<p>12. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง</p>	<p>คิดต่อกัน วันละ 2 ชุด เช้า-เย็น</p> <p>4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผักสด ผักสด ผลไม้ เช่น มะละกอ กกล้วยสุก ส้ม หรือผลไม้อื่นๆตามฤดูกาล เป็นต้น</p> <p>5. ดื่มน้ำให้เพียงพอ โดยเฉพาะหลังตื่นนอน ควรดื่มน้ำประมาณ 500 ซี.ซี. หรือ 1 แก้ว จะช่วยกระตุ้น Gastrocolic reflex จะช่วยให้ขับถ่ายสะดวกขึ้น</p> <p>6. ผ่อนคลายความเครียด และฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>7. รายงานแพทย์เพื่อหาแนวทางการแก้ไขในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระ</p> <p>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจและทักษะของผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องต่าง ๆ และสาธิตให้ผู้ป่วยญาติดูจนเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับ</p> <p>2.1 การทำงานและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ให้เริ่มเดินได้ที่ 50 เมตร โดยใส่เครื่องพยุงหลังไว้แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะขึ้น เมื่อครบ 3 สัปดาห์ อาจ เดินได้ระยะ 1 กิโลเมตร หลังจาก 6 สัปดาห์ ให้เริ่มยกของ มีเพศสัมพันธ์ และขับรถ งดการเดินทางไกลอย่างน้อย 4- 6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด</p> <p>2.2 การใส่เครื่องพยุงหลัง เพื่อให้สันหลังอยู่ในแนวที่ถูกต้อง เพิ่มแรงดันใน</p>	<p>1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องการทำงานและการเคลื่อนไหว การใส่เครื่องพยุงหลัง การดูแลแผลผ่าตัด แหล่งประ โยชน์ในชุมชน การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การออกกำลังกาย</p>

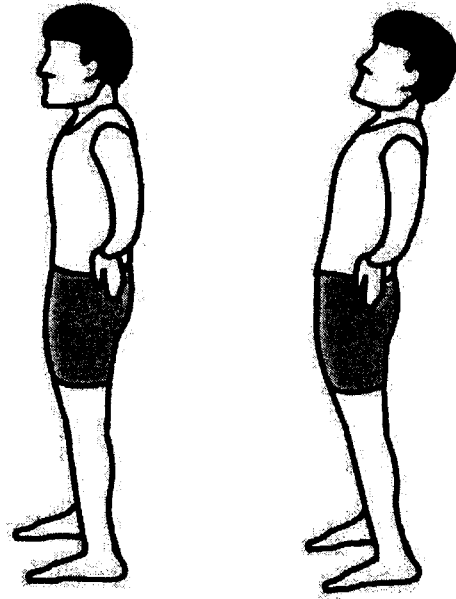
เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ช่องท้อง ทำให้หมอนรองกระดูกบริเวณคอเอียงลง ได้ก่อนลุกจากเตียง และถอดออกขณะนอน เพราะใส่นานจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณเอวอ่อนแอ และขาด ความยืดหยุ่น และคลายให้กล้ามเนื้อบริเวณอาหาร ดูแลเครื่องพุงหลัง ให้แห้งสะอาด</p> <p>2.3 การดูแลแผลผ่าตัด ถ้าแผลแห้งดี ระวังอย่าให้โดนน้ำให้พักแผลทุก 2-3 วัน หรือ ไม่ทำเลยจนกว่าจะครบ 14 วัน ถ้าแผลบวมแดงปวด มีหนองไหลจากแผล ให้มาพบแพทย์ทันที</p> <p>2.4 บอกแหล่งประโยชน์ชุมชน และวิธีการเข้าใช้บริการแหล่ง ประโยชน์ในชุมชน</p> <p>2.5 การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน จัดหาหมอนหนุนชนิดแบนในรายที่ไม่มีชักโครก จัดให้นอนชั้นล่างของบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได อาจมีการปรับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ทำงาน เพื่อลดความเครียดที่จะกระทำต่อกระดูกสันหลัง</p> <p>2.6 แนะนำให้ออกกำลังกาย เพื่อปรับร่างกายให้มีอาการปวดหลังเรื้อรัง และสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยออกกำลังกายในท่าต่างๆ ดังนี้ คือ</p> <p>ที่ดึงเข้า นอนราบกับพื้น ใช้มือทั้ง 2 ข้าง ดึงขาบริเวณเข่าให้มาแนบอกที่ละข้าง และทิ้งค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที หรือใช้การนับ 1 ถึง 5 หรือ 1 ถึง 10 ทำเช่นเดียวกับข้อข้าง ทำข้างละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ</p>	<p>2. เครือข่ายได้รับข้อมูลครบถ้วน มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</p>

เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ทำดีงสะโพก นอนหงายของเข้า เท้า 2 ข้าง วางราบแนบกับพื้น เกร็งกล้ามเนื้อท้องและกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก เพื่อลดให้หลังแนบกับพื้น และดึงกระดูกเชิงกรานยกขึ้นในเวลาเดียวกัน ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที ทำรอบละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ</p> <p>ทำแอนหลังโนทานอนคว่ำ โดยนอนคว่ำ ค่อยๆ ยกศีรษะและหัวไหล่ขึ้น ซ้ำๆ ค้างไว้ 5 - 10 วินาที แล้วจึงค่อยลดศีรษะและหัวไหล่ลงสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ทีละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ทำแอนหลังโนทานั่งขึ้น โดยเริ่มยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย ให้สะเอวแอ่นหลังบริเวณระดับเอวไปด้านหลังให้มากที่สุด ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที แล้วกลับสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ทีละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น วันละ 2 รอบ</p> <p>ทำก้มหลัง นั่งบนเก้าอี้กางขาออก ค่อยๆ ก้มตัวลงที่บริเวณเอวจนถึงมือทั้ง 2 ข้าง สัมผัสกับพื้น ทำค้างประมาณ 5 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน วันละ 2 รอบ และเมื่อมือถือการปวดให้หยุด</p> <p>3.เน้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเรื่องทีนอน การลุกจากที่นอน ทำนั่ง ทำขึ้น</p>	

	เป้าหมาย	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
Post -op day 6 discharge & continuing care	13. ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองและปฏิบัติตัวได้ ถูกต้อง	ทำเดิน ทำขยับ การยกของ การยกของหนัก และทำทางอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน ให้อยู่ในท่าที่ ถูกต้อง รวมถึงวิธีการจัดการความเครียด 4. ส่งต่อข้อมูล ไปยังศูนย์ประสานงานและติดตามที่บ้าน (PCU & HHC.co) เพื่อออกติดตาม เชื่อมโยงรายที่มีปัญหา และติดตามผลการส่งต่อข้อมูล 1. ประเมินความเข้าใจและทักษะของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาด้านจิตใจ/ สังคม และเศรษฐกิจ 2. สาทิศ ทบทวน/ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 2.1 การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการปวดหลังหรือเป็นปัจจัยเสริมให้ ปวดหลัง 2.2 โภชนาการ ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อ ช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อและกระดูก ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ ผักสด ผลไม้ 2.3 การทำแผลผ่าตัด 2.4 การทำงาน/ การเคลื่อนไหว/ การใช้เครื่องพยุงหลัง และการออกกำลังกาย 2.5 การมาพบแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด ปวดหลังเพิ่มมากขึ้น 2.6 บอกช่องทางการติดต่อสำหรับผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่มีพบปัญหาที่บ้าน	1. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2. ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ 3. มาตรวจตามแพทย์นัด

คู่มือ

การปฏิบัติตัวและกายบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังภายหลังผ่าตัด



จัดทำโดย

นางสมพร เปรื่องพงษ์

กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คำนำ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและกายบริหาร สำหรับผู้ป่วยโรคปอดหลังและได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ที่แพทย์อนุญาตให้ออกกำลังกาย ที่บริเวณหลังได้ ในหอผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ปวดหลังและผู้สนใจที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรเทาจากอาการปวดหลัง

คณะผู้จัดทำ

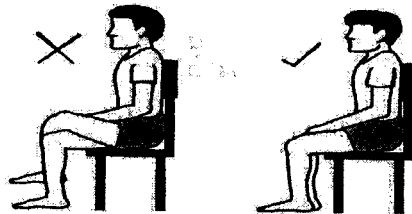
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับท่าทาง

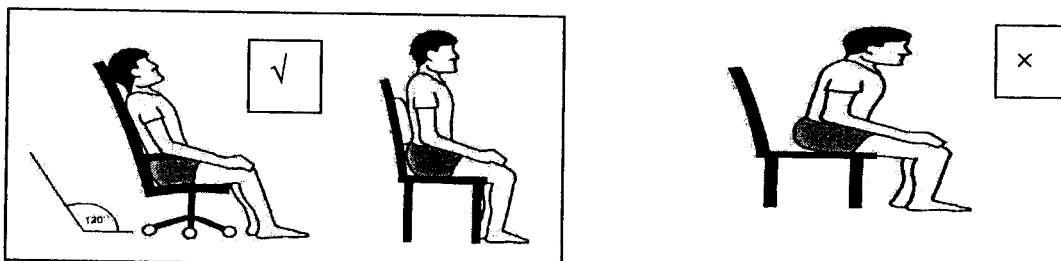
การมีท่าทางที่ถูกต้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากท่าทางที่ดีจะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดี ปอดขยายตัวได้เต็มที่ กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อไม่ได้รับบาดเจ็บ การทำงานของร่างกายมีประสิทธิภาพ ในการทำกิจวัตรประจำวัน พักผ่อน และทำงาน จึงต้องอยู่ในท่าทางหรืออิริยาบถที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าทางหรืออิริยาบถที่ไม่ถูกต้องโดยปฏิบัติดังนี้

ท่านั่ง

เก้าอี้ธรรมดา ควรนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง และแนบแผ่นหลังที่พนักพิงตั้งแต่ระดับเอว ถ้าพนักพิงอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ควรหาผ้าม้วนหรือหมอนหนุนระหว่างส่วนเอวกับพนักพิง หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง ดังภาพ

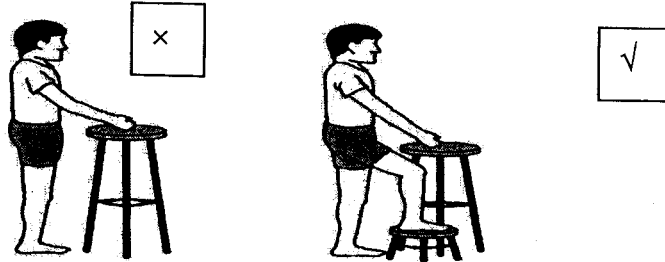


เก้าอี้มีพนักพิงเอนได้ พนักพิงที่เอน ควรเอนประมาณ 120 องศา เพื่อให้บริเวณหลังได้พัก อาจใช้ผ้าเตี้ยๆ รองที่เท้า ให้ระดับหัวเข่าสูงกว่าระดับสะโพก ควรใช้ผ้าม้วนหรือหมอนหนุนให้แผ่นหลังแอ่นเล็กน้อยไม่ควรนั่งหลังห่างจากพนักเก้าอี้ ดังภาพ

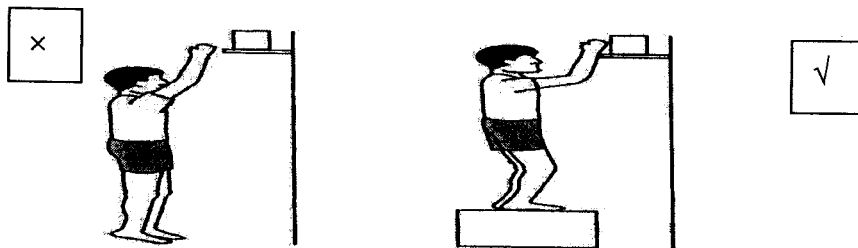


ทำยืม

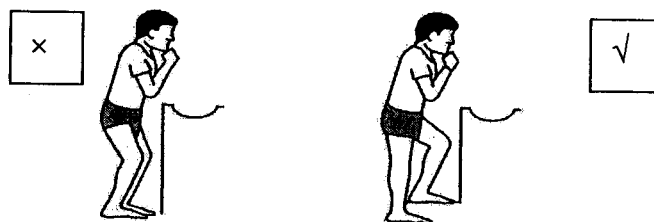
ยืนในท่าหลังตรงให้เป็นนิสัย เมื่อต้องยืนทำงานเป็นเวลานานๆ ควรมีม้าเตี้ยรองเท้า 1 ข้าง เพื่อป้องกันการแอ่นหลังบริเวณเอว ควรพักเท้าข้างหนึ่งขณะยืนนานๆ หรือใช้ม้าเตี้ยรองที่เท้าเพื่อลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลัง ดังภาพ



เมื่อจะโน้มตัวไปข้างหน้าหรือเอื้อมหยิบของที่อยู่อีกไกลออกไป ไม่ควรเอื้อมมือจนสุดหรือเขย่งเท้าขณะยกของจากที่สูง ควรหาอุปกรณ์มารองเท้า ดังภาพ



ทำยืมขณะแปร่งพื้น ควรย่อเข่า หรือพักเท้าข้างหนึ่งไม่ควรก้มหลัง



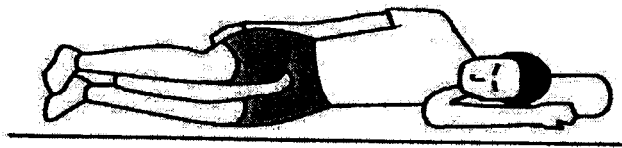
ท่านอน

นอนบนที่นอนที่มีความแน่นคงตัวพอสมควร ที่นอนที่นุ่มเกินไปจะทำให้เกิดการแอ่นเว้า ผิดรูปในช่วงที่มีอาการปวดหลัง ควรดัดแปลงท่านอน เพื่อลดการ แอ่นของหลังส่วนเอวไม่แนะนำให้นอนท่านอนคว่ำ นี้ ถ้าจำเป็นควรใช้หมอนรองบริเวณท้องน้อยดังนี้

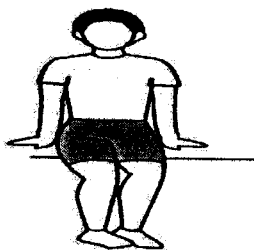
ท่านอนหงาย ควรใช้หมอนรองใต้ระดับเข่าเพื่อให้งอเข่าเล็กน้อย ไม่ควรหนุนหมอนที่สูงเกินไป



ท่านอนตะแคง งอสะโพกและเข่า โดยมีหมอนคั่นระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง ไม่ควรรอนอนบิดตัว ให้แผ่นหลังตรง



การล้มตัวลงนอน 1. ควรเริ่มจากทำนั่งบนขอบเตียงก่อน 2. จากนั้นค่อยๆ ตะแคงตัวลงนอนลงนอน 3. แล้วจึงนอนหงาย



1



2

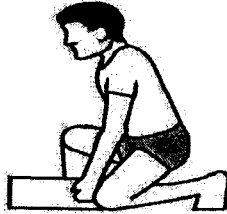


3

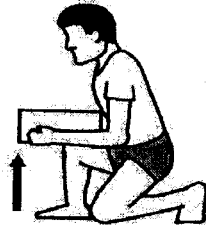
ท่ายกของหนักจากพื้น

การยกของหนัก หรือการอุ้มเด็กจากพื้น มีวิธีการดังนี้

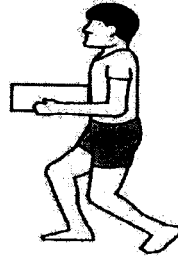
1. เข้าไปใกล้วัตถุที่จะยกให้มากที่สุด ไม่ควรก้มหลังขณะยกของขึ้นจากพื้น ควรย่อเข่าหรือคุกเข่าลงข้างหนึ่ง เพื่อให้แผ่นหลังตรง



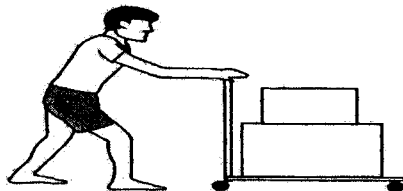
2. ยกวัตถุขึ้นด้านหน้าระดับอก ถ้าวัตถุหนักมากให้ยกวัตถุมาข้างข้างตั้งเข่า หรือคุกเข่า



3. ค่อยๆ เขยิบตัวขึ้น โดยเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา

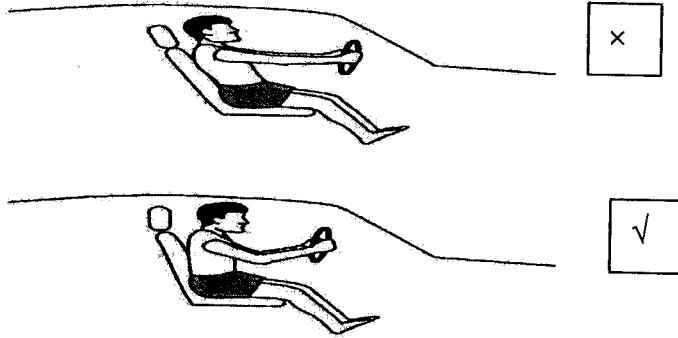


กรณีเข็นของ ควรยืนด้านหลังสิ่งของเพื่อเข็นไปข้างหน้า



ท่าทางขณะขับรถ

ควรขยับที่นั่งมาข้างหน้าเล็กน้อย และเอนพนักเก้าอี้ขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้แผ่นหลังแนบชิดพนักเก้าอี้



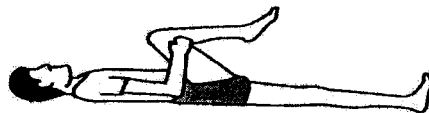
การออกกำลังกายทั่วไป

- ▶ การออกกำลังกายเป็นประจำ (เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ เป็นต้น)
- ▶ การออกกำลังกายควรเริ่มหลังจากอาการปวดหลังหายดีแล้ว
- ▶ ควรเริ่มทีละน้อย อย่าหักโหมเพื่อให้กล้ามเนื้อได้ปรับตัวและมีความยืดหยุ่นที่ดีขึ้นก่อน

ท่าบริหารสำหรับโรคปวดหลัง

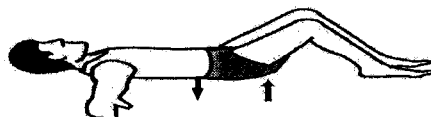
ท่าดึงเข่า

นอนราบกับพื้น ใช้มือทั้ง 2 ข้าง ดึงขาบริเวณเข่าให้มาแนบอกที่ละข้าง และทิ้งค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที หรือใช้การนับ 1 ถึง 5 หรือ 1 ถึง 10 ทำเช่นเดียวกันกับขาอีกข้าง ทำข้างละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ



ท่าดึงสะโพก

นอนหงายงอเข่า เท้า 2 ข้าง วางราบแนบกับพื้น เกร็งกล้ามเนื้อท้องและกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก เพื่อกดให้หลังแนบกับพื้น และดึงกระดูกเชิงกรานยกขึ้นในเวลาเดียวกัน ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที ทำรอบละ 10 ครั้ง วันละ 2 รอบ

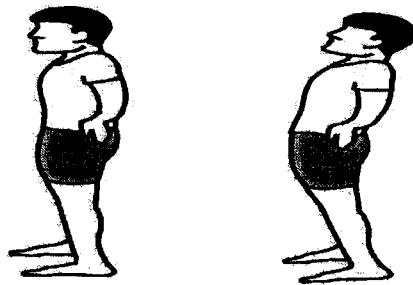


ท่าแอ่นหลังทำนอน

ท่าแอ่นหลังในท่านอนคว่ำ โดยนอนคว่ำ ค่อยๆ ยกศีรษะและหัวไหล่ขึ้นช้าๆ ค้างไว้ 5 - 10 วินาที แล้วจึงค่อยลดศีรษะและหัวไหล่ลงสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ที่ละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น ทำวันละ 2 รอบ ถ้ามีอาการปวดงอข้อที่



ท่าแอ่นหลังทำยืน โดยเริ่มยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย เท้าสะเอวแอ่นหลังบริเวณระดับเอว ไปได้ด้านหลังให้มากที่สุด ทำค้างไว้ประมาณ 5 - 10 วินาที แล้วกลับสู่ท่ายืนตรง ทำซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน และเพิ่มได้ที่ละ 2 ครั้ง เมื่อชำนาญขึ้น วันละ 2 รอบ

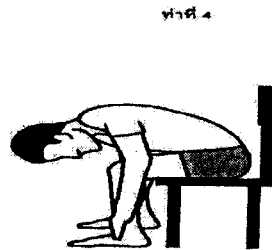
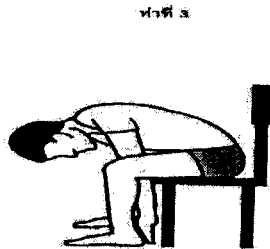
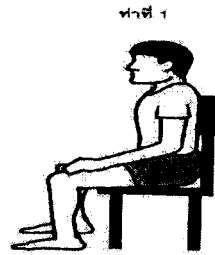


ท่านอนตะแคง

นอนตะแคงข้าง ยกขาข้างหนึ่งขึ้นลงสลับกัน



ท่าก้มหลัง นั่งบนเก้าอี้กางขาออก ค่อยๆ ก้มตัวลงที่บริเวณเอวจนมือทั้ง 2 ช่าง สัมผัสกับพื้น ทำค้างประมาณ 5 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน วันละ 2 รอบ และเพิ่มได้ที่ละ 2 ครั้งเมื่อชำนาญ



การป้องกันโรคปวดหลัง

1. ลดน้ำหนัก โดยการลดของหวาน ของมัน และผลไม้หวานทุกชนิด
2. งดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าทุกชนิด
3. บริหารกล้ามเนื้อท้องและหลังให้แข็งแรง ควรทำอย่างต่อเนื่อง ทุกวิธี ไม่ควรหักโหมเกินไป แนะนำให้ทำทุกเช้าก่อนลุกจากที่นอน และขณะล้มตัวลงนอนก่อนหลับทุกคืน
4. เมื่อเกิดอาการปวดหลัง ควรปรับเปลี่ยนท่าทาง เช่น หลังจากทำงานหลายชั่วโมงแล้วมีอาการ แนะนำให้นอนเอนหลังโดยมีหมอนหนุนให้หลังแอ่น หรือนอนราบสักครู่

แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแล

ชื่อผู้ป่วย		วัน/เดือน/ ปีที่พบ	สาเหตุ	การแก้ไข
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล				
วันที่จำหน่าย				
ความแปรปรวน ที่พบ	ผู้ป่วย/ครอบครัว (Patient and Family related)			
	ระบบงาน/ระเบียบ รพ. (System related)			
	ผู้ให้บริการ / บุคลากร(Caregiver related)			
	ชุมชน (Community related)			
ผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณี				

ผู้สรุป.....วันที่สรุป.....

ภาคผนวก ค
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกจำนวนวันนอนของผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ...ปี HN.....AN.....
 เข้ารับการรักษาวันที่.....จำหน่ายวันที่.....รวมวันนอน.....
 วัน

ผู้ตรวจสอบ.....

(ลงชื่อ).....

...../...../.....

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

15 กันยายน 2551

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เรียน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางสาวสมพร เปรื่องพงษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยรูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อชายชั้น 4 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ คือพยาบาลวิชาชีพ ด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลจากการศึกษาจะช่วยให้ทราบถึง ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จึงขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมาพร้อมนี้ คำตอบในแบบสอบถามไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด โปรดตอบด้วยความสบายใจ โดยอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละตอน และตอบให้ตรงกับความจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดให้ครบทุกข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเชื่อถือได้ กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัย ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากที่ท่านได้รับแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดของท่านจะถูกถือเป็นความลับและไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคลใด ๆ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่เกิดผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานของท่าน อย่างไรก็ตามท่านมีสิทธิจะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามและหยุดตอบได้เมื่อท่านไม่พอใจ หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยยินดีที่จะให้คำตอบทุกประการ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสมพร เปรื่องพงษ์)

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

หมายเหตุ หากท่านมีข้อสงสัยหรือปัญหาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ กรุณาติดต่อผู้วิจัย 081-9767580

เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และผู้ดำเนินการวิจัยพร้อมจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังจนข้าพเจ้าพอใจ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลในรูปที่สรุปเป็นผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิจะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อในใบยินยอมไว้เป็นหลักฐานด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม)

ลงนาม.....(พยาน)

ลงนาม.....(พยาน)

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ข้าพเจ้านาย.....ได้.....

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2552

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้า มีสิทธิจะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยขอรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไป ระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางสมพร เป็ร้องพงษ์ บ้านเลขที่ 232/8 ถนนสีบศิริ ซอย สีบศิริ 3 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ 081-9767580 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็นคือ นางสมพร เป็ร้องพงษ์ บ้านเลขที่ 232/8 ถนนสีบศิริ ซอยสีบศิริ 3 ต.ในเมือง

อ.เมือง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ 081-9767580

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2551)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

ID..... V1

<p>ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไป</p> <p>คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง</p> <p>1.เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง</p> <p>2.อายุ.....ปี</p> <p>3. สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2. คู่ () 3.หม้าย,หย่า () 4.อื่นๆ.....</p> <p>4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 5. อุดมศึกษาหรือสูงกว่า</p> <p>ตอนที่2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย</p> <p>คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า ท่านพึงพอใจในบริการที่ได้รับขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้</p> <p>5 หมายถึงท่านพึงพอใจกับ สิ่งที่ท่านได้รับมากที่สุด หรือร้อยละ 81-100</p> <p>4 หมายถึงท่านพึงพอใจ กับสิ่งที่ท่านได้รับมาก หรือร้อยละ 61-80</p> <p>3 หมายถึง ท่านพึงพอใจ กับสิ่งที่ท่านได้รับปานกลาง หรือร้อยละ 41-60</p> <p>2 หมายถึงท่านพึงพอใจ กับสิ่งที่ท่านได้รับน้อย หรือร้อยละ 21-40</p> <p>1 หมายถึงท่านพึงพอใจ กับสิ่งที่ท่าน ได้น้อยที่สุด หรือร้อยละ 1-20</p>	<p>สำหรับ ผู้วิจัย</p> <p>V2 <input type="checkbox"/></p> <p>V3 <input type="checkbox"/></p> <p>V4 <input type="checkbox"/></p> <p>V5 <input type="checkbox"/></p>
---	--

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ความเป็นกันเองขณะให้บริการท่านของ พยาบาล	✓				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านพึงพอใจมากที่สุดที่เจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองขณะให้บริการท่านของพยาบาล

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ด้านความรวดเร็วของบริการ						(V6) <input type="checkbox"/>
1. ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วจากบุคลากร						
2. ได้รับการตรวจทันทีเมื่อเข้าโรงพยาบาล						(V7) <input type="checkbox"/>
3. ได้รับการช่วยเหลือทันทีที่เกิดปัญหา						
ด้านความต่อเนื่องครบถ้วนของบริการ						(V9) <input type="checkbox"/>
4. ได้รับการดูแลจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด						
5. ได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกันจากบุคลากรทุกวิชาชีพ						(V10) <input type="checkbox"/>
6. ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่กลุ่มเดิมทุกช่วงเวลา						(V11) <input type="checkbox"/>
7. ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจากผู้ให้การดูแล						(V12) <input type="checkbox"/>
8. ได้รับการดูแลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ						(V13) <input type="checkbox"/>
ด้านคุณภาพของบริการ						(V14) <input type="checkbox"/>
9. ได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่จากบุคลากรทุกวิชาชีพ						
10. ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ/ปัญหาสุขภาพ						(V15) <input type="checkbox"/>
11. ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย						(V16) <input type="checkbox"/>
12. ได้รับการดูแลที่ให้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง						
ด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการสอน						(V17) <input type="checkbox"/>
13. ความสามารถในการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล						
14. มั่นใจที่จะดูแลตนเองต่อขณะอยู่บ้าน						(V18) <input type="checkbox"/>
15. สามารถที่จะฟื้นฟูสุขภาพตนเอง						(V19) <input type="checkbox"/>
16. สามารถที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือสิ่งผิดปกติได้						(V20) <input type="checkbox"/>

แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร

ID..... V1

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงใน () เพียง 1 ข้อ และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน 1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง 2. อายุ.....ปี 3. สาขาวิชาชีพ () 1. แพทย์ () 2. พยาบาล () 3. นักกายภาพบำบัด () 4. อื่นๆ.(โปรดระบุ)..... 4. ระดับการศึกษา () 1. อนุปริญญา () 2.ปริญญาตรี () 3.ปริญญาโท () 4. ปริญญาเอก () 5. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 5. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี 6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปีกกระดูกสันหลังนาน.....ปี		สำหรับผู้วิจัย V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4 <input type="checkbox"/> V5 <input type="checkbox"/>
ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของบุคลากร คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่า ท่านพึงพอใจในสิ่งที่ท่านประสบขณะใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้		
5	หมายถึง สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังมากที่สุด ร้อยละ 81-100	
4	หมายถึง สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังมาก ร้อยละ 61-80	
3	หมายถึง สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังปานกลาง ร้อยละ 41-60	
2	หมายถึง สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังน้อย ร้อยละ 21-40	
1	หมายถึง สิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังน้อยที่สุด ร้อยละ 1-20	

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ	\checkmark				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านพึงพอใจมากที่สุด หรือสิ่งที่ท่านประสบตรงกับสิ่งที่ท่านคิดและคาดหวังมากที่สุด ร้อยละ 81-100

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	5	4	3	2	1	
ด้านคุณภาพของผลงาน						(V6) <input type="checkbox"/>
1. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้จริง						(V6) <input type="checkbox"/>
2. กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพมีความชัดเจน						(V7) <input type="checkbox"/>
3. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V8) <input type="checkbox"/>
4. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจน						(V9) <input type="checkbox"/>
5. ผลการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V10) <input type="checkbox"/>
ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม						
6. การปฏิบัติกิจกรรมไม่ซ้ำซ้อนกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V11) <input type="checkbox"/>
ด้านความต่อเนื่องของบริการ						
7. ความต่อเนื่องของการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V12) <input type="checkbox"/>
8. ความต่อเนื่องของข้อมูลข่าวสาร						(V13) <input type="checkbox"/>
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีม						
9. การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V14) <input type="checkbox"/>
10. การยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ						(V15) <input type="checkbox"/>
11. การประสานงานระหว่างแผนก/หน่วยงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย						(V18) <input type="checkbox"/>
12. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย						(V19) <input type="checkbox"/>
13. การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ						(V20) <input type="checkbox"/>
ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม						
14. การใช้ทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สมเหตุสมผล						(V21) <input type="checkbox"/>
15. การใช้ศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มที่						(V22) <input type="checkbox"/>
ด้านเอกลักษณ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ						
16. การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนอย่างอิสระ						(V23) <input type="checkbox"/>
17. โอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองให้สมบูรณ์						(V24) <input type="checkbox"/>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสมพร เป็รื่องพงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	13 ตุลาคม 2500
สถานที่เกิด	อำเภอสอง จังหวัดแพร่
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 2523 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข (เน้นบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2533
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ชั้น 4 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและ ข้อชายชั้น 4 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา