

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโครงการการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการทางพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.2 แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.3 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.4 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย
 - 2.5 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.6 รูปแบบการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.7 ขั้นตอนและการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้
 - 2.8 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย
3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการทางพยาบาล

ปัจจุบันรูปแบบการจัดการบริการทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ โดยอาศัยการจัดบุคลากรและมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การจัดการพยาบาลในรูปแบบใดต้องขึ้นอยู่กับสถานที่ การบริหารทางการพยาบาลและสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในแต่ละแห่งที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer-Lehmann, 1994 อ้างถึงใน ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) รูปแบบการบริการพยาบาลที่จัดขึ้นมีดังนี้

1.1 รูปแบบการจัดบริการตามหน้าที่ (Functional Method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นจึงมีการฝึกฝนบุคลากรที่มีพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยการเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่างตามขอบเขตความสามารถ มีข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็วไม่ซ้ำซ้อน ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน และใช้บุคลากรน้อย สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี การมอบหมายงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าของงาน การประเมินผลงานทำได้ง่ายและสะดวก ข้อเสีย คือ พยาบาลไม่พึงพอใจต่องาน เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดแคลนความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงาน และไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจเนื่องจากขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการมีหลายคน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่องเนื่องจากขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ ไม่มีความรับผิดชอบโดยตรง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ให้บริการของพยาบาล และไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

1.2 รูปแบบเฉพาะราย (Case Method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มใช้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1900 เป็นการจัดการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล โดยบุคลากรจะได้รับผู้ให้บริการครั้งละ 1 คนต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในหอผู้ป่วยหนัก หรือช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ มีข้อดี คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ข้อเสีย คือ สิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้และต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

1.3 รูปแบบทีม (Team Method) เป็นการจัดการบริการการพยาบาลเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อปี ค.ศ. 1950 จากการพยายามแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ตามหน้าที่ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาที่ต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับลูกทีม โดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษา การติดตามและการประเมินผลงาน และ

การติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ตลอดจนการสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน การร่วมปรึกษาหารือและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาทีมงาน ข้อดี คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน เสริมสร้างความสามัคคี การกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ข้อเสีย คือ อาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน และใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม และเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิล อามาตย์มณี (2539) พบว่า ความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมมีความสำคัญในการปฏิบัติงานในรูปแบบทีม

1.4 รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเริ่มคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกการมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพการพยาบาล การค้นหาเอกสิทธิ์วิชาชีพการพยาบาลได้เริ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยไม่เปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อไม่ขึ้นเวร เป็นรูปแบบที่ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล เป็นลักษณะการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่น ข้อเสีย คือ เนื่องจากต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก (Marriner, 1996 :237) ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และต้องให้การประสานงานที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดการรักษายาบาลล้มเหลว

จากรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่มีความหลากหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น ได้มีการสำรวจค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการคาดเดาปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกินความจำเป็นในช่วงปี ค.ศ.1990 พบว่า ประชากรมีค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความซับซ้อนของโรค การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย พิทักษ์สิทธิ์

และผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการ หมายถึง การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเหมาะสมกับค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีข้อดีในด้านการดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และความรับผิดชอบของรูปแบบทีมทำให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนของทีมที่มีผู้นำที่มีความสามารถจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

American Nurse Association (ANA) ได้ให้ความหมาย Case Management ว่า "เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย"

Zander (1988) ได้กล่าวว่า "Case Management เป็นการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำไปสู่การเน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม"

Kathleen (1992) ได้ให้ความหมายว่าเป็นแนวคิดที่ง่าย ๆ ในลักษณะรวม ซึ่งมีจุดสำคัญ คือ ต้องมีการประสานร่วมมือ สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และกลุ่มอื่น ๆ อย่างครอบคลุม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1994 Case Management Society of America (CMSA) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผนดำเนินการปฏิบัติประสานงาน ติดตาม ประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Powell, 2000)

จากความหมายทั้งหมดของ Case Management จึงสรุปได้ว่าเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ที่มากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นการประสานการดูแลกับวิชาอื่นๆ และรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแลโดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วน ๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่ และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้

เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะที่เดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย (ปรากฏพิพิธ อุจะรัตน์, 2541)

2.2 แนวคิดและหลักการ

Case Management เป็นรูปแบบ/แนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยค่าใช้จ่ายเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดรูปแบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหภาพ ในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการกำหนดร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการ (การดูแล) ผู้ป่วย (Case Manager หรือ Patient Care Manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสหภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการ สุขภาพในชุมชน ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดรูปแบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้รูปแบบยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยการใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนบางประเภท เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งบริการสะดวกและรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และ คณะ, 2542)

2.3 ลักษณะของรูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย (Spitzer - Lehmann, 1994)

รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย เป็นรูปแบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.3.1 เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องตั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome-Based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นตัวควบคุมการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งการตั้งผลลัพธ์การดูแลและการประเมินผลนั้น ควรให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย (Marquis and Huston, 1996)

2.3.2 มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม

2.3.3 เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มักจะได้รับพิจารณาที่จะนำรูปแบบ Case Management มาใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังแต่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน (Barnhard and Walsh, 1995) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล (Spitzer - Lehmann, 1994)

2.3.4 เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative Practice) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกันที่เรียกว่า Clinical Pathway และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager หรือ Patient Care Manager) เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดแนวทางการดูแลจะทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และที่สำคัญคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ด้วย (Spitzer - Lehmann, 1994)

2.3.5 เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Method) รูปแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Method) แต่โดยปกติจะใช้ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของใช้

2.3.6 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ซึ่งจะดำเนินการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

2.3.7 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Critical Paths) และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย หากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Variants) เกิดขึ้นที่แตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้ (Spitzer-Lehmann, 1994)

2.4 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะมีความสำคัญมากจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิกทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ตั้งแต่แรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้ (Flarey ,1995)

2.4.1 เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย

2.4.2 ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้คือ เป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตลอดจนรูปแบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงินด้วย

2.4.3 วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่ได้รับรวมได้

2.4.4 พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

2.4.5 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4.6 ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

2.4.7 ควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

2.4.8 เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

2.4.9 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินรูปแบบการจัดการรูปแบบนี้ด้วย

2.5 องค์ประกอบของรูปแบบ Case Management (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2542)
Case Management จะมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการดังนี้

2.5.1 การประสานความร่วมมือของทีมงานสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative Practice) การประสานความร่วมมือของทีมงานสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน (Coordination) หรือการรายงาน (Report) เท่านั้น แต่จะหมายรวมถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับรูปแบบ Case Management เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

2.5.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

2.5.1.2 การเตรียมการ ประกอบด้วยเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องเตรียมรูปแบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปแบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่น Utilization Management หรือ Utilization Review

2.5.1.3 การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

2.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในรูปแบบ Case Management เครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา (Clinical Pathway) ซึ่งทีมสหสาขาพร้อมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามรูปแบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagnostic Related Group (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay : ELOS)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of Care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆ หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็น วัน หรือ นาที หรือ สัปดาห์

2.5.3. Case Manager พยาบาลผู้จัดการ (การดูแล) ผู้ป่วย ข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่าง ๆ พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ Case Manager ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิกสามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาอื่น ๆ ได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี (Lynn, et.al. 1993.)

2.6 รูปแบบการดำเนิน Case Management

รูปแบบการดำเนิน Case Management จะประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้ (Elaine - and Toni, 1993, เรวดี ศิรินคร และคณะ; 2542)

2.6.1 ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital Base) ซึ่งปกติลักษณะการดำเนินการตามรูปแบบ Case Management ลักษณะนี้ นอกจากจะดำเนินตามองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังกล่าวแล้ว จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) ด้วย รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่าคุ้มทุน (Utilization Review) และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ด้วย

2.6.2 ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit Base) การดำเนินการอาจจะดำเนินการใน 1 - 2 Unit เท่านั้น ไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

2.6.3 ดำเนินการในชุมชน (Population on Community Based) การดำเนิน Case Management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.6.4 ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease Management) ซึ่งมีจุดมุ่งเน้นเพื่อลดการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่เริ่มอาการจนกระทั่งสิ้นสุดจะเป็นการให้สุขศึกษาและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นส่วนประกอบสำคัญ

2.7 ขั้นตอนการนำรูปแบบ Case Management ไปใช้ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, อ้างใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

การนำรูปแบบ Case Management ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)
- ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน
- ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วน ๆ รูปแบบทางเลือกรูปแบบนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจึงมีการเรียกกันว่า critical pathway หรือ clinical maps ซึ่งในระยะต่อมามีสถาบันบางสถาบันเปลี่ยนชื่อเป็น clinical path หรือ clinical pathway เหตุผลที่เปลี่ยนเพราะคำ critical เป็นคำที่ให้ความรู้สึกแรงเร้า

ดังนั้นในปัจจุบันจึงมักเห็นคำต่างๆ เหล่านี้ใช้แทนกันเสมอๆ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้คำว่า clinical pathway

การจัดทำ clinical pathway อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) หรือระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดย

สถาบันหนึ่ง เมื่อนำมาใช้กับอีกสถาบันหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละสถาบันจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเอง เช่น สถาบัน Center for Case Management Inc, South Natick มลรัฐ Massachusetts ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำ clinical pathway โดยการรวมแผนการดูแลที่มีใช้ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้วและปรับเป็นแผนปฏิบัติการใช้กับการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยเรียกแผนที่จัดทำนี้ว่า Care Map รวมทั้งได้จดทะเบียนลิขสิทธิ์เครื่องมือ Care Maps ต่าง ๆ ที่จัดทำไว้ด้วย

การจัดทำ clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำ clinical pathway วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ใช้พิจารณาได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาเป็นวันที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ clinical pathway คือ

- 1.1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 1.1.2 กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 1.1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 1.1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความต่างกันมาก
- 1.1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย
- 1.1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่นกลยุทธ์ที่ต้องการมีให้มีการร่วมมือกันของแพทย์หลาย ๆ สาขาหรือสาขาวิชาชีพอื่น จึงเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

1.2 จัดตั้งทีมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

1.3 กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนดโดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

1.4 กำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

1.5 สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญวิธีนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

1.6 การเขียน clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลรักษาในแต่ละช่วงเวลา ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยได้แก่

1.6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

1.6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษการส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ

1.6.3 การส่งตรวจต่าง ๆ

1.6.4 รายการยาต่าง ๆ

1.6.5 ชนิดอาหาร

1.6.6 กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

1.6.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

1.6.8 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

1.7 การทบทวน clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ Clinical pathway

1) เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา

2) เป็นการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรูปแบบมากขึ้น

3) เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4) ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

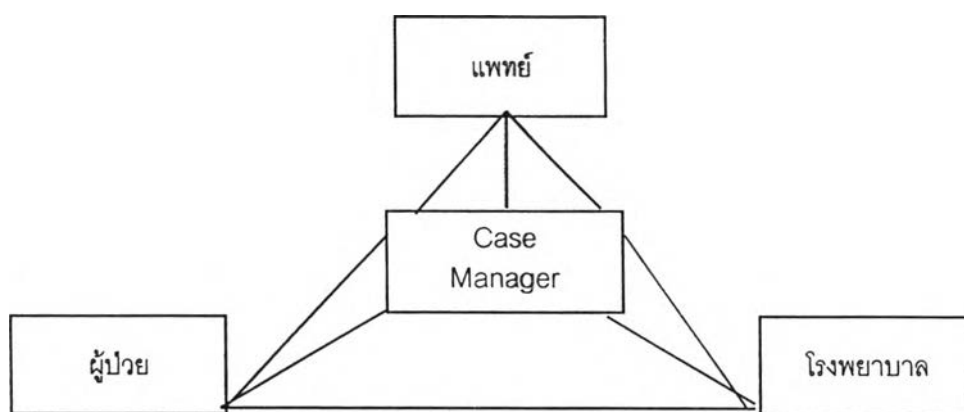
5) ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ

6) ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจ

7) ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีลงปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดการประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยมากจะมีการมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ ผู้ดูแล และโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้



ที่มา : ยวดี เกตุสัมพันธ์ อ่างใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 : 21

ในการประสานงานกับผู้ป่วย Case Manager ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจเริ่มใช้ clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้โรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ Case Manager ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่าง ๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับให้การดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญการติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณีทบทวนแผนการดูแลทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและ

ผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นตามแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไขสิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลและ ผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวนที่กล่าวถึงคือ variance ได้แก่ ความแตกต่างใด ๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวร แต่ละวันกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ ถ้าพบต้องหาสาเหตุว่าจากสาเหตุใดซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ

1. สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป
2. สาเหตุเกี่ยวกับรูปแบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษา จากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
3. สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการตรวจ การรักษา

หลังจากตรวจพบความแปรปรวนการดำเนินการคือถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ปฏิบัติต้องได้รับการจัดการแก้ไขทันทีถ้าเกิดจากรูปแบบต้องหาว่าจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาจะต้องแก้ทันทีหรือไม่ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้กับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยให้ทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วยโดยมากมักจะใช้วิธีการเปลี่ยนวิธีการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย/ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วย Powell (1996 : 241–291) ได้กำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้จัดการรายผู้ป่วยจะพิจารณาผู้ป่วยที่จำเป็นที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการจัดการรายผู้ป่วย เพราะว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วย แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ถูกเลือกหรือสมควรรับไว้ดูแลมักจะมีข้อบ่งชี้ในเรื่องของ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย

และข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยมักจะมีข้อบ่งชี้หลาย ๆ อย่างที่เป็นปัญหาในการเข้าสู่การพยาบาลแบบจัดการรายผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 การประเมินสภาพ เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายผู้ป่วยจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อการใช้บริการครั้งนั้น ๆ โดยรวบรวมข้อมูลหลายๆ แหล่ง เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการใช้บริการ ประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งสิทธิและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือสนับสนุน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาทิศทางกรให้บริการโดยที่มสุขภาพพร้อมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ขั้นที่ 3 การประสานงาน วางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่าย หลังจากประเมินสภาพด้านต่าง ๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ทีมสุขภาพจะต้องวางแผนในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จ ทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้บริการ ใช้ระยะเวลาานานเท่าใด และทำที่ไหน ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วย โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

ขั้นที่ 4 การเฝ้าระวัง การประเมินสภาพซ้ำและการประเมินผลใหม่ เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการเฝ้าระวังและประเมินใหม่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคม (ที่เกิดจากความเจ็บป่วย) คุณภาพของการดูแล ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งสุดท้ายที่จะต้องทำการประเมินใหม่ที่จำเป็นก็คือเป้าหมาย

ขั้นที่ 5 การดำเนินการ พยาบาลผู้จัดการรายผู้ป่วยจะเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและตามเวลาที่ถูกต้องที่ได้วางแผนไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางการดูแลรักษา และแผนการจำหน่ายที่วางไว้ถูกทำให้เป็นจริง

ขั้นที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล เป็นการเยี่ยมชมติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์ หรืออื่น ๆ ที่จำเป็นด้วย ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลใหม่ การเยี่ยมชมติดตามนี้อาจกระทำเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งตามความจำเป็น

จากแนวคิดของ Powell (1996) ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงและนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการจัดบริการผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย คือการพิจารณาคัดเลือกผู้ใช้บริการที่ตรงตามคุณลักษณะกำหนดภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย

2. การประเมินปัญหาผู้ป่วย คือ การรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งสิทธิและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุน โดยทีมสุขภาพประเมินเป็นรายบุคคล

3. ประสานงาน คือ การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน และแก้ไขปัญหา

4. ตรวจสอบและประเมินซ้ำ

5. การดำเนินการ

6. การประเมินครั้งสุดท้ายก่อนกลับบ้าน

ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Wise,1995.; Bemhard and Walsh, 1995)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ก็ยังพบว่ามีข้อดีและข้อเสียหลายประการ ดังนี้

ข้อดี

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินไป

2. สามารถลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงได้มาก เพราะมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

3. รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้วิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ และผู้ป่วยจะมารับบริการติดตามผลการรักษาเฉพาะเรื่องที่จำเป็น

4. โรงพยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและในการทำงานมากขึ้น และเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น

ข้อเสีย

1. รูปแบบของการดำเนินการในรูปแบบนี้มีมากมายจนกระทั่งบุคคลและองค์กรเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรจะเป็นเช่นใด

2. ขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่ได้ของการดำเนินงานในรูปแบบนี้

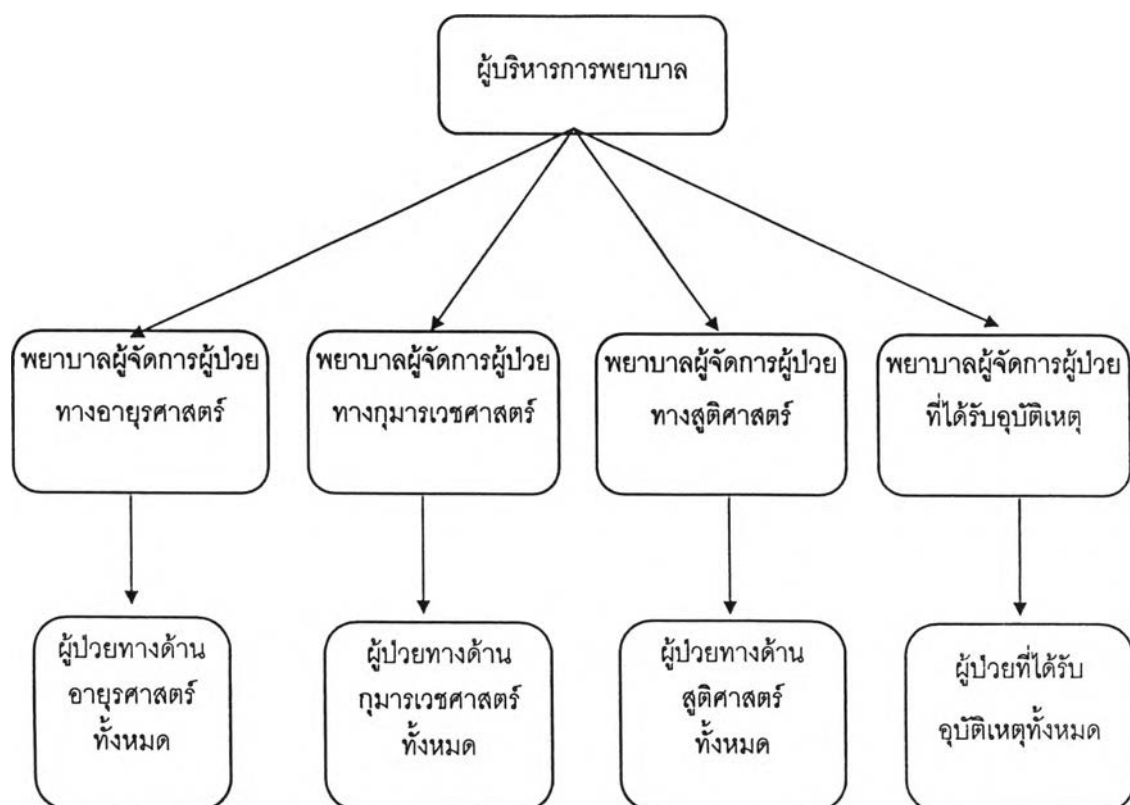
3. การดำเนินการของรูปแบบนี้ บางเรื่องซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์

4. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอ ก็จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

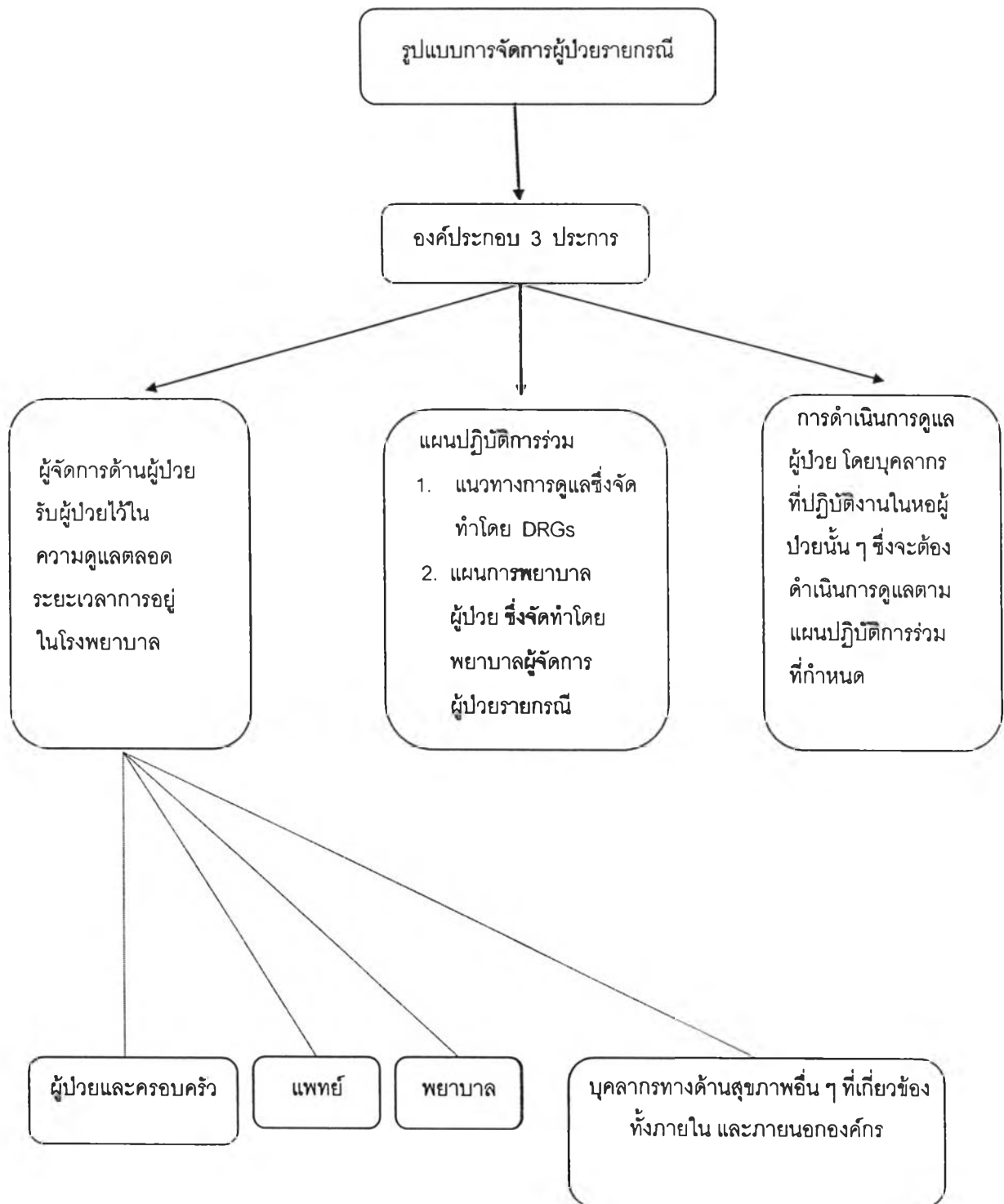
5. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปก็จะทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญ ก็จะทำให้งานขาดประสิทธิภาพเช่นกัน

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่า รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วยมุ่งเน้นที่กิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่มากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องเน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่น ๆ และรูปแบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแลโดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะที่เดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

โดยสรุปเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ไม่มีวิธีการใดจะดีที่สุดโดยไม่มีข้อบกพร่อง ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้รูปแบบใดจึงควรคำนึงถึงความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละองค์กรด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพพยาบาล มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล



แผนภูมิที่ 1 การมอบหมายงานในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของ Yoder Wise (1995 : 423)



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของ Yoder Wise (1995 : 422)

3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

ระบบทางเดินอาหารเริ่มต้นจากช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ทวารหนัก ซึ่งหากพบว่าถ้าเกิดปัญหา อาจจะมีการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ antrectomy, cecostomy, cholecystectomy, choledochojejunostomy, colostomy, esophago-gastrostomy, gastrectomy, gastrostomy, ileostomy, vagotomy และอื่นๆ ได้แก่ appendectomy, hemorrhoidectomy, herniotomy เป็นต้น (Elrod, in Lewis, ; Collier, & Heitkemper, 1996: 1082)

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)

ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 15-25 ปี ผู้ป่วยจะมาหาแพทย์ด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน หากแพทย์ประเมินสภาพว่าเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบ มักให้การรักษาโดยการผ่าตัดทันทีภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้หากปล่อยทิ้งไว้จนไส้ติ่งแตกจะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องตามมาได้ ทำให้การรักษาพยาบาลยุ่งยากขึ้นผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (ชอลดา พันธุเสนา, 2541 และวัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540)

3.1 กายวิภาคของไส้ติ่ง

ไส้ติ่งเป็นอวัยวะหนึ่งในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งยื่นออกจาก caecum บริเวณ posteromedial aspect อยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวา (Right Lower Quadrant) มีลักษณะเป็นท่อนกลม ยาว มีปลายด้านหนึ่งตัน ปกติจะยาวประมาณ 8-10 ซม. และมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางกว้างประมาณ 6-8 มม. แต่อาจจะมี variation ในส่วนความยาวได้มาก ๆ ไส้ติ่งบางอันยาวมากกว่าครึ่งฟุตก็มี (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540; Mone, & Burke, 1996)

3.2 พยาธิสรีรภาพ

ไส้ติ่งอักเสบเกิดจากการอุดตันของช่องไส้ติ่งโดยอาจมีกากอาหารอุดอยู่ ทำให้ไส้ติ่งมีการพองตัวออกมีการอักเสบและเมื่อมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของแบคทีเรียที่อยู่ภายในไส้ติ่ง ก็จะทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อรุนแรงขึ้น กระบวนการอักเสบติดเชื้อของไส้ติ่งจะไปกระตุ้นใยประสาทความรู้สึกเจ็บของอวัยวะภายใน ทำให้เกิดอาการปวดตื้อไม่ชัดเจนกระจายอยู่กลางท้องหรือส่วนล่างของท้องในช่วงแรก มีอาการคลื่นไส้จากรีเฟล็กซ์ที่เกิดจากการมีเลือดคั่งในไส้ติ่ง

ต่อมาเมื่อมีการอักเสบรุนแรงขึ้น ความดันในช่องไส้ติ่งสูงขึ้น ความเจ็บปวดจะเคลื่อนมาอยู่ที่ช่องท้องส่วนล่างขวาและความเจ็บปวดจะรุนแรงมากขึ้น การอุดตันทำให้เนื้อเยื่อไส้ติ่งขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้แบคทีเรียรุกรุก้ำเยื่อภายในมากขึ้น ร่างกายจะตอบสนองด้วยการมีไข้ หัวใจเต้นเร็ว จำนวนเม็ดเลือดขาวสูง หากไม่รีบรักษาและความดันภายในช่องไส้ติ่งเพิ่มขึ้น ทำให้ผนังเยื่อบุตายจากการขาดเลือดและแตกทะลุได้ อย่างไรก็ตามหากการอุดตันเป็นเพียงบางส่วนอาการอาจบรรเทาลงและกลายเป็นไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง (Beare, 1999)

3.3 การประเมินสภาพ (ซอลดา พันธุเสนา, 2541; วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540; Mone, & Burke, 1996)

3.3.1 การซักประวัติ ผู้ป่วยจะให้ประวัติเกี่ยวกับอาการปวดท้อง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีไข้ต่ำๆ

3.3.2 การตรวจร่างกาย จะพบว่าเมื่อกดบริเวณช่องท้องด้านขวาผู้ป่วยจะปวดมากกว่าบริเวณอื่นหากความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นอาจมีหน้าท้องแข็งเกร็งที่เรียกว่าการ์ดและรีบาวนด์ (Guarding and Rebound) ที่จุดแมคเบอร์เนย์ (MC Burney) และเมื่อใช้นิ้วกดที่หน้าท้องด้านซ้าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดที่บริเวณช่องท้องด้านขวาล่าง

3.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าเม็ดเลือดขาวมีปริมาณสูงถึง 10,000 - 20,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ถ้าเม็ดเลือดขาวมีปริมาณสูงมากกว่า 20,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีไส้ติ่งแตกเน่าทะลุหรือเกิดฝีที่ไส้ติ่ง แต่บางรายอาจมีปริมาณเม็ดเลือดขาวปกติ การตรวจปัสสาวะ อาจมีค่า specific gravity ของปัสสาวะสูงขึ้นเล็กน้อย pH ส่วนใหญ่เป็นกรด ส่วน microscopic finding มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3.3.4 การตรวจทางรังสี โดยการเอกซเรย์ช่องท้องจะเห็นภาพซีคัม (Caecum) โป่งพอง

กล่าวโดยสรุปโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันส่วนมากจะสามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องโดยใช้ clinical criteria ของ Murphy ซึ่งประกอบด้วยอาการ อาการแสดงและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเรียงกันมาตามลำดับก่อนหลังดังนี้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540)

- 1) อาการปวดท้องทั่วไป ซึ่งมักเป็นที่รอบสะดือหรือที่ลิ้นปี่
- 2) มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนตามมาตามลำดับ
- 3) ต่อมาจะมีอาการปวดท้องและกดเจ็บย้ายมาบริเวณท้องน้อยด้านขวา
- 4) ตามมาด้วยอาการครั่นเนื้อครั่นตัว และมีไข้ต่ำๆ
- 5) ตรวจพบ leucocytosis

3.4 การวินิจฉัยแยกโรค (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540 ; Mone, & Burke, 1996)

Cholecystitis and Biliary Colic

Constipation

Diverticulae Disease

Endometriosis

Gastroenteritis

Ovarian Cysts

Ovarian Torsion

Pediatrics, Intussusception

Pelvic Inflammatory Disease

3.5 การรักษา (ชอลดา พันธุเสนา, 2541; วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540 ; Mone, & Burke, 1996)

การทำผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก (Appendectomy) การผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โดยมักจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา หรือบริเวณกลางของลำตัว (Midline Incision) และทำภายใต้การดมยาสลบ หรือให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม Cephalosporin เพื่อต้านเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ การให้ยาให้ขณะผ่าตัดและต่อเนื่องจนครบ 48 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปาก ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือด 24-48 ชั่วโมง เริ่มให้อาหารเหลวเมื่อลำไส้เริ่มทำงาน ประมาณ 24-48 ชั่วโมง และอาหารอ่อน และอาหารปกติตามลำดับ

3.6 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด

3.6.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (วิพร เสนารักษ์, 2541)

1) ความวิตกกังวลระดับปานกลางเนื่องจากขาดความรู้และขั้นตอนเกี่ยวกับการตรวจรักษาและการดูแลรวมทั้งประสบการณ์ด้านความรู้สึกล

วัตถุประสงค์ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจรักษาและการดูแล คลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1.1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้

ผู้ป่วยได้ทราบถึงขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ในการ ดูแลรักษาและจำนวนวันที่คาดว่าจะนอนโรงพยาบาลรวมถึง ค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการรักษาพยาบาล

1.2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1.3) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่นการทำ ความสะอาดบริเวณหน้าท้อง ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อม สำหรับการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด เพื่อให้ลำไส้ส่วนล่างว่าง ป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการผ่าตัด และอาจจะมีการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดทำให้เกิดการสำลักเศษอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุการอุดตันของทางเดินหายใจ

1.4) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดไส้ติ่ง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่างๆ

1.5) อธิบายเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่เจ็บปวดขณะผ่าตัด หรือการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

1.6) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ เช่นการพลิกตะแคงตัว การลุกจากเตียง การหายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพเป็นต้น หรือคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังเช่นการนอนราบ 6-12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและถ้าไม่ปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดให้แจ้งพยาบาลเพื่อสวนปัสสาวะทิ้ง

1.7) อธิบายแผนการดูแลรักษา(Clinical pathway) ให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

2) การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อระบบทางเดินอาหารลดลง (Altered tissue perfusion: Gastrointestinal) ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การแตกทะลุของไส้ติ่ง และ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีการแตกทะลุของไส้ติ่งและเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล

2.1) ตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจและอุณหภูมิของร่างกายถ้ามีการทะลุของไส้ติ่ง หรือเยื่อบุช่องท้องอักเสบ ชีพจรจะเร็ว หายใจตื้น อุณหภูมิร่างกายอาจสูงกว่าปกติและความดันโลหิตอาจลดลงถ้ามีการติดเชื้อ

2.2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้

2.3) ประเมินแผล ระดับของการปวดแผล การทำงานของลำไส้สิ่งเหล่านี้ อาจเป็นข้อบ่งชี้แสดงถึงการติดเชื้อหรือเยื่อช่องท้องอักเสบ

การประเมินผล การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น

3) ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

วัตถุประสงค์ อากการปวดแผลบรรเทาลง

กิจกรรมการพยาบาล

3.1) ประเมินอาการปวด ลักษณะ ตำแหน่งและระยะเวลาที่ปวด บันทึกการอาการเปลี่ยนแปลง สังเกตอาการหรือความไม่สุขสบายของผู้ป่วย

3.2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามประเมินผลหลังจากได้รับยาแก้ปวด

3.3) จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนและคลายตัว ยกเว้นรายที่ให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังต้องนอนราบ 6-12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

3.4) สอนและช่วยให้ผู้ป่วยประคองแผลด้วยมือและหมอนขณะที่ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว หายใจเข้าออกลึกๆ

3.5) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อให้กระทบกระเทือนแผลน้อยที่สุด

3.6) พยายามใช้วิธีลดอาการปวดแบบอื่นที่นอกเหนือจากการให้ยา เช่น การสัมผัส การนวด อ่านหนังสือ ทำสมาธิ เป็นต้น

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล

3.6.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดเข้ามาอยู่ในห้องพักฟื้นจนถึงหอผู้ป่วย

การวินิจฉัยการพยาบาล

1) เสี่ยงต่อการเกิดการลดการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะการขาดออกซิเจน ประสิทธิภาพการหายใจเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1.1) การดูแลผู้ป่วยหลังจากพ้นจากการดมยาสลบ โดยการตรวจสัญญาณชีพ

ระดับความรู้สึกของผู้ป่วยจนเป็นปกติ ผู้ป่วยบางคนอาจฟื้นตัวไม่ดีและหายใจไม่พอ หลังผ่าตัด ต้องตรวจสอบทุกครั้งว่ามีการ reverse ยา muscle relaxant แล้วหรือไม่ เคยมีคนไข้ใส่ดิ่งอีกเสบ เจ็บปล้นธรรมชาติเกิด cardiac arrest หลังจากดมยาผ่าตัด appendectomy เพราะคนไข้หายใจไม่พอหลังการผ่าตัด

1.2) กรณีผู้ป่วยให้ยาสลบให้ออนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพราะยังไม่ค่อยรู้สึกตัวดีเพื่อป้องกันการสำลักเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง (fowler's position) ในรายที่ไม่ได้ให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังและให้ออกซิเจนที่มีความชื้นสูงทางหน้ากาก(Mask)

1.3) ระวังให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึก ๆ ยาว ๆ และขณะสูดลมหายใจให้นับจำนวนครั้งของการสูดลมหายใจเข้าออกซ้ำๆเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจสะดวก ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน

2) เสี่ยงต่อการมีภาวะไม่สมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

วัตถุประสงค์ มีภาวะสมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

2.1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

2.2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา เนื่องจากในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด คนไข้จะมีปัสสาวะน้อยซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการชกซ้ำจากการผ่าตัด แต่ควรดูแลให้มีปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและตั้งแต่วันที่สองหลังผ่าตัดคนไข้ ควรมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 1000-1200 มิลลิลิตรต่อวัน

2.3) เผื่อระวังพร้อมกับรายงานอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ได้แก่ ผู้ป่วยมีผิวแห้ง ปากแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจร กล้ามเนื้อจะอ่อนแรง ปัสสาวะผู้ป่วยจะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.025

การประเมินผล ได้รับสารน้ำ อิเล็กโตรไลต์อย่างเพียงพอ ผิวหนังไม่แห้ง จำนวนน้ำเข้าน้ำออกสมดุลย์

3) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องท้องและการติดเชื้อในช่องท้อง

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะเลือดออกในช่องท้อง และภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

3.1) ประเมินสัญญาณชีพได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย

การหายใจ ระดับความรู้สึกของผู้ป่วย สังเกตลักษณะและอาการทางหน้าท้องได้แก่ อาการท้องอืด แน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน การผายลมการขับถ่ายอุจจาระ

3.2) ประเมินน้ำเข้า ออก ความเข้มของปัสสาวะ

การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ท้องไม่อืด ไม่แน่นท้อง

4) ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

วัตถุประสงค์ อาการปวดแผลบรรเทาลง พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

4.1) ประเมินอาการปวด ลักษณะ ตำแหน่งและระยะเวลาที่ปวด บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง สังเกตอาการหรือความไม่สุขสบายของผู้ป่วย การดูแลแผลหลังผ่าตัด ประเมินอาการปวดแผลหลังผ่าตัดซึ่งโดยปกติแผลจะเจ็บและปวดมากที่สุดในระยะ 24-48 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้คือดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับวิธีการใช้พลังสัมผัส หรือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลมาก ให้พิจารณาสาเหตุจากการผูกปมแผลผ่าตัดแน่นเกินไป หรือมีการติดเชื้อของแผลซึ่งแผลจะมีการอักเสบ บวม แดงและมี discharge ซึมออกมาตามรอยแผล ซึ่งโดยปกติแผลผ่าตัดจะบวมเต็มที่ประมาณ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด แผลติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยมีไข้ในวันที่ 4 หลังผ่าตัดลักษณะไข้จะมีไข้สูงประมาณ 38-38.5 องศาเซลเซียสเป็นไข้ที่สูงลอยและไม่ลดลงแบบปกติ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินบาดแผล การปวดแผล การมีไข้ และให้การพยาบาลตามอาการ

4.2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามประเมินผลหลังจากได้รับยาแก้ปวด

4.3) จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนและคลายตัว ยกเว้นรายที่ให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังต้องนอนราบ 6-12 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

4.4) สอนและช่วยให้ผู้ป่วยประคองแผลด้วยมือและหมอนขณะผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว หายใจเข้าออกลึก ๆ

4.5) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อให้กระทบกระเทือนแผลน้อยที่สุด

4.6) พยายามใช้วิธีลดอาการปวดแบบอื่นที่นอกเหนือจากการให้ยา เช่น การสัมผัส การนวด อ่านหนังสือ ทำสมาธิ เป็นต้น

การประเมินผล สีหน้าสุขสบาย แผลไม่บวมแดง ท้องไม่แข็งตึง

5) ผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง

วัตถุประสงค์ ผิวหนังแข็งแรง แผลติดดี ไม่มีการติดเชื้อแผล
กิจกรรมการพยาบาล

5.1) การดูแลแผลหลังผ่าตัด ประเมินอาการปวดแผลหลังผ่าตัดซึ่งโดยปกติ แผลจะเจ็บและปวดมากที่สุดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้คือดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับวิธีการใช้พลังสัมผัส หรือ การนวดเพื่อบรรเทา ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลมากให้ พิจารณาสาเหตุจากการผูกปมแผลผ่าตัดแน่นเกินไป หรือมีการติดเชื้อของแผลซึ่งแผลจะมีการ อักเสบ บวม แดงและมี discharge ซึมออกมาตามรอยแผล ซึ่งโดยปกติแผลผ่าตัดจะบวมเต็มที่ ประมาณ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แผลติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยมีไข้ในวันที่ 4 หลังผ่าตัดลักษณะไข้ จะเป็นไข้สูงประมาณ 38-38.5 องศาเซลเซียสเป็นไข้ที่สูงลอยและไม่ลดลงแบบปกติ พยาบาลมี บทบาทในการประเมินบาดแผล การปวดแผล การลดไข้และให้การพยาบาลตามอาการ

การประเมินผล แผลแห้งดี ไม่บวม แดง ไม่มี discharge ซึม อุณหภูมิร่างกายปกติ

6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

6.1) การดูแลการทำงานของลำไส้ ตามปกติหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วย ไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ตรวจสอบการทำงานของกระเพาะอาหารโดยการถามผู้ป่วยว่าหิว หรือยัง ตรวจสอบการทำงานของลำไส้เล็กโดยการฟังเสียงของลำไส้หรือถามผู้ป่วยว่ามีท้องร้อง แล้วหรือยัง ตรวจสอบการทำงานของลำไส้ใหญ่โดยการสอบถามผู้ป่วยว่ามีการผายลมหรือยัง ส่วนใหญ่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เริ่มให้อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ พยาบาลต้องประเมินอาการทางหน้าท้องโดยละเอียด และประเมินความสมดุลของจำนวนสาร อาหารที่ได้รับให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติ Bowel sound ปกติ ท้องอ่อนนุ่ม ไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง รับประทานอาหารได้ตามลำดับ

7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะภาวะของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ

7.1) การฝึกให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ระบบทางเดินหายใจ ตลอดจนการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออก ลึก ๆ ยาว ๆ แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างถูกต้อง สราจิตโดยวิธีใช้มือประคองแผลขณะไอใช้มือประคอง แผลและเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง แนะนำประโยชน์การเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ร่างกายฟื้นคืนสู่ สภาพได้เร็ว

การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติ หายใจปกติ

8) ถูกจำกัดกิจกรรมหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยเร็ว

กิจกรรมการพยาบาล

8.1) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวตัวเอง หรือลุกจากเตียงหลังผ่าตัด โดยเร็วที่สุด ถ้าไม่มีข้อจำกัดผู้ป่วยสามารถลุกนั่งข้างเตียงได้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ ลุกเดินเข้าห้องน้ำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงหลัง ผ่าตัดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เช่น ภาวะปอดบวม (Pneumonia) ปอดแฟบ (Atelectasis) การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เส้นเลือดดำอักเสบ (Deep vein thrombosis) ภาวะลำไส้ไม่ทำงาน (Paralytic ileas)

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะและเป็นลม

3.6.3 การดูแลต่อเนืองที่บ้าน

1) การดูแลแผลผ่าตัด กรณีที่แพทย์ได้ประเมินแผลผ่าตัดก่อนกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วย ไม่ต้องทำแผลจนกว่าจะตัดไหมแต่ในกรณีที่มีอาการผิดปกติเหล่านี้ได้แก่ แผลบวมแดง มีเลือด เก่าๆ หรือหนองซึมออกจากแผล ปวดแผล ปวดท้อง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง รับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีไข้สูงให้ไปพบแพทย์ที่คลินิกหรืออนามัยใกล้บ้านเพราะเป็นอาการที่แสดงถึง ภาวะลำไส้อุดตัน มีการติดเชื้อในช่องท้อง หรือมีการติดเชื้อของแผล ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ ทำแผลเอง หรือซื้อยากินเอง

2) กิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงคือห้ามยกของหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อให้แผลใน ชั้นเนื้อเยื่อ ชั้นกล้ามเนื้อในช่องท้องติดดี หรือตามที่แพทย์เห็นสมควร ขับรถได้ภายใน 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยจะปฏิบัติงานได้ตามปกติภายใน 4-6 สัปดาห์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

ผู้ป่วยใส่ดิงอักเสบจัดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทันที การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดอาจจะทำได้ไม่สมบูรณ์แบบ สิ่งที่ยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบมักจะเป็นเรื่อง การงดน้ำ งดอาหาร การไอ การหายใจลึกๆยาวๆ มักจะขาดการดูแลทางด้านจิตใจ ความพร้อมใน การผ่าตัด ค่าใช้จ่าย ตลอดจนการให้ความรู้ในเรื่องของโรค การปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล รวมถึงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลการนำการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วย กลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและได้รับการดูแลแบบองค์รวมครบถ้วนตามขั้นตอนจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันประชุมปรึกษาหารือเพื่อ หาข้อตกลงในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแผนการดูแลให้ผู้ให้บริการใช้กับผู้

ป่วย ก่อให้เกิดความสะดวกรในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ

ผู้ให้บริการย่อมคาดหวังในบริการที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกันไปตามความจำเป็น (Need) ความต้องการ(Wants) และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ดังนั้นความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการจึงจำเป็นสิ่งหนึ่งที่จะบ่งชี้ได้ว่า การบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดจากผู้ใช้บริการหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว สิ่งนี้มีความสำคัญต่อคุณภาพบริการ เพื่อนำผลที่ได้นั้นมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้การบริการมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ความหมาย

ความพึงพอใจ (Webster, 1996) หมายถึง ความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการ ก่อให้เกิดความรู้สึกสนใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ และเหมาะ

Risser (1975) กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึง เจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วย

Donabedian (1980) กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในสการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ให้บริการให้จริง ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

Drover (1983) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใดๆ ก็ได้ หรือคือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จโดยแรงกระตุ้นของจุดมุ่งหมายของความรู้สึก

Derdiarion (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอใจเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมที่ผู้ใช้บริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

จากความหมายทั้งหมดข้างต้น ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ป่วยซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงที่มาใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

Aday and Anderson (1971 อ้างถึงใน วิภา ดุรงค์พิศิษฐ์กุล, 2525) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประเภท ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการดังนี้

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) มีรายละเอียดดังนี้

การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordinator) มีรายละเอียดดังนี้
 ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3) ความพึงพอใจต่ออธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และความสนใจห่วงใยผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out – of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Risser (1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument, PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลกรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วย เกณฑ์ย่อย 3 ด้านดังนี้

1) องค์ประกอบความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล หรือทักษะความรู้ ความสามารถในงานที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบได้

2) ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นเรื่องที่รวมเอาความเชื่ออาทรในแง่ของพยาบาลซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกและความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3) ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมาย รายละเอียดของวิธีการพยาบาลหรือการสาธิตเทคนิคต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ

Ware and Steward (1977 อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคณะเศรษฐ์, 2533) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยมี 8 ประการ ดังนี้

- 1) ศิลปะการดูแล
- 2) คุณภาพการดูแลเชิงเทคนิค
- 3) ความสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย
- 4) ค่าใช้จ่าย
- 5) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ
- 6) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ
- 7) ความต่อเนื่องของการดูแล
- 8) ความมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล

กนกพร คุปตานนท์ (2539) สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลมีดังนี้

1) ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้ และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2) ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทาง อธิยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3) สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมทางการพยาบาลที่เน้นความสนใจ การเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

4) สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำ และสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัว หรือชุมชน

สรุป ผู้ใช้บริการย่อมรับรู้ในบริการที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกันไปตามความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Wants) และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ดังนั้นความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่า การบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการหรือไม่ หากผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้นั้นหมายถึงบริการที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แต่การรับรู้ของผู้ใช้บริการไม่ได้เกิดจากคุณภาพจากการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพเพียงอย่างเดียว แต่จะเกี่ยวข้องกับเชิงมนุษยสัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ให้บริการพยาบาลจึงควรตระหนักและเอาใจใส่เรื่องดังกล่าวด้วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงท่าทีการแสดงออก อธิยาศัยไมตรีให้มากขึ้นกว่าเดิม การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย ดังนั้น การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการพยาบาล โดยการบริหารจัดการของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล

(Nursing Profession Accountability)

นักปราชญ์ชาวฝรั่งเศสชื่อ ฌอง ปอล ซาร์ท (1905-1980 อ้างถึงใน สิวลี ศิริวิไล 2537) ได้กล่าวถึง ความรับผิดชอบ หมายถึง การยอมรับตัวเราเองเป็นผู้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งและยอมรับผลของการกระทำนั้น เป็นความรับผิดชอบที่สืบเนื่องไปสู่ความรับผิดชอบต่อสังคม เพราะว่าเราไม่สามารถอยู่คนเดียวได้จำเป็นต้องอาศัยพึ่งพากัน ดังนั้นเราจึงต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้อื่นด้วย

การปฏิบัติงานเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ เนื่องจากเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์พยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยทำหน้าที่ในการประเมิน ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยมุ่งตอบสนองความต้องการให้ครบแบบองค์รวม ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องอาศัยความรู้ความสามารถที่เกิดจากประสบการณ์

การศึกษาเพิ่มเติม เทคนิคการประสานงาน หรือการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างราบรื่นในทีมสุขภาพ

ความสำคัญในความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นวิชาชีพ ซึ่งสังคมไทยให้การยอมรับ และพยาบาลยังเป็นตัวแทนของสถาบันในการทำชื่อเสียง ความเชื่อถือ ศรัทธา แก่สังคม (ลออ นุตางกูร, 2528) โดยพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบที่ประกอบด้วย

1) ความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การรายงานพฤติกรรมใดๆที่ได้ทำอันตรายต่อผู้ป่วยที่มีอำนาจสูงกว่า

2) ความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการพยาบาลของตน การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เมื่อพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ พยาบาลต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องหรือรู้แหล่งข้อมูลโดยมิให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน

3) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของหน่วยงาน องค์กร หรือสถาบันบริการที่ตนเป็นเจ้าของหน้าที่รับผิดชอบอยู่ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายและระเบียบที่สถาบันจัดทำขึ้นหรือรับผิดชอบการกระทำของตนเองที่ไม่เป็นไปตามนโยบายของสถาบัน

4) ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาล และสังคมหรือประเทศชาติ หมายถึง การรักษามาตรฐานทางจริยธรรม ในการปฏิบัติงานของตนเอง และสนับสนุนให้วิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน สุขภาพกระทำในลักษณะเดียวกัน และถ้าพบเห็นพฤติกรรมของพยาบาลหรือวิชาชีพอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย พยาบาลต้องมีหน้าที่รับผิดชอบรายงานเหตุการณ์ที่ผิดปกตินั้น

วิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันเป็นวิชาชีพที่ถูกผลิตออกไปเพื่อไปทำงานกับมนุษย์ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในการดูแลรักษาตนเอง ต้องปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนร่วมงานและญาติผู้ป่วย ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อวิชาชีพค่อนข้างมาก และดูเหมือนว่าคนในวิชาชีพต้องเห็นแก่ผู้อื่นและสังคมมากกว่าตนเองดังนั้นภาระกิจของพยาบาลจึงต้องหนัก เหนื่อยและอดทน (สมคิด 2537 อ้างถึงใน มัญชุภา ว่องวีระ, 2541) และความสำคัญความรับผิดชอบในพยาบาลวิชาชีพ เป็นลักษณะของวิชาชีพการพยาบาลสามารถตอบคำถามและให้เหตุผลในการกระทำได้ (Potter & Perry, 1995 อ้างถึงใน มัญชุภา ว่องวีระ, 2541) เนื่องจากความสำคัญในความรับผิดชอบเป็นแนวคิดหนึ่งในเชิงจริยธรรม และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความแตกต่างจากความรับผิดชอบ (Responsibility) คือ เป็นความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ หรือสำคัญความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการตอบหรือชี้แจง (Answerability) ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วความรับผิดชอบเป็นส่วนประกอบหนึ่งของความสำคัญในความรับผิดชอบนั่นเอง ดังนั้นความหมายของความสำคัญในความรับผิดชอบ หมายถึง

ขอบเขตหน้าที่และภาระหน้าที่สัมพันธ์กับบทบาทของพยาบาล พยาบาลที่รับผิดชอบจะเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะ และมีความรับผิดชอบทางจริยธรรมของพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละคนให้ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในการปฏิบัติหน้าที่ทางวิชาชีพของพยาบาล พยาบาลมีศักยภาพไม่เพียงแต่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้นแต่จะช่วยจัดความไม่สุขสบายหรือความเครียดในบางครั้ง นอกจากนี้ ลอธ นุตางกูร (2528) ได้กล่าวถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยคือ

1) ให้การดูแลด้วยความรักในเพื่อนมนุษย์ ซึ่งจะทำให้พยาบาลสนใจแสวงหาความรู้ คิดค้นหาวิธีจะช่วยเหลือผู้ป่วย และมีจิตใจผ่องแผ้วเป็นสุขเมื่อสามารถช่วยให้ผู้อื่นเป็นสุขได้

2) ให้การดูแลด้วยความเข้าใจในศาสตร์แห่งธรรมชาติ พยาบาลต้องมีความรู้ในธรรมชาติ ความต้องการพื้นฐานเพื่อรักษาคุณภาพชีวิต และปฏิกิริยาปรับตัวต่อผู้ของมนุษย์ต่อสิ่งแวดล้อมคุณภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

3) ให้การดูแลด้วยความเคารพในสิทธิมนุษยชน สิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ดังนั้นบุคลากรในที่มสุขภาพจึงต้องตระหนักในหน้าที่ของตนเองและให้บริการด้วยความเคารพในสิทธิมนุษยชนตามเจตนารมณ์แห่งกำเนิดของบริการของตน ยึดมั่นในสุภาพศีลที่ว่า การเอาใจเขามาใส่ใจเรา

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2532) ได้กล่าวถึง ความสำนึกในความรับผิดชอบ หมายถึง ความรับผิดชอบต่อการกระทำที่ผู้ใดผู้หนึ่งปฏิบัติโดยยอมรับผลของการกระทำนั้นๆ และสามารถอธิบายเหตุและผลของการกระทำนั้นได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นในทางให้โทษ หรือประโยชน์ต่อผู้กระทำ ดังนั้นความสำนึกในความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงหมายถึง ความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลในทุกด้าน ทั้งด้านการบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาลและการวิจัย โดยต้องรู้เหตุและผลของการปฏิบัติทุกอย่าง ภายใต้ขอบเขตของการประกอบวิชาชีพทั้งในรูปกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

องค์ประกอบของสำนึกในความรับผิดชอบ แบ่งออกได้ 3 ด้าน คือ

1) ความเข้าใจต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ หมายถึง ความเข้าใจในขอบเขตหน้าที่ในวิชาชีพการพยาบาล มีอำนาจในการตัดสินใจภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ กฎหมายจริยธรรม

2) การรู้เหตุและผลของการกระทำ ต้องใช้ความเร็วเฉพาะหรือมีความมั่นใจในวิชาชีพ โดยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ และรูปแบบการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดผลจากการปฏิบัติที่มีคุณภาพอย่างแยบคาย พร้อมทั้งมีการศึกษาค้นคว้าโดยใช้กระบวนการพยาบาลทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งผลของการพิสูจน์ทางวิชาการที่ชัดเจน

3) ความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นตามมา หมายถึง การปฏิบัติภารกิจต่อผู้ให้บริการจะต้องพิจารณาก่อนการกระทำนั้นๆ เสมอ ซึ่งผลของการกระทำนั้นอาจจะกระทบถึงผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และก่อความเสียหายแก่องค์กรวิชาชีพ

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพ จะต้องมีความสำนึกในความรับผิดชอบตามขอบเขตของวิชาชีพ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์ต้องอาศัยความเชื่อในตัวบุคคลของพยาบาลที่มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ ให้การดูแลเอาใจใส่ โดยอาศัยความรู้พื้นฐาน ประเมินปัญหา กำหนดกิจกรรมการพยาบาล วางแผนร่วมกับทีมสหภาพ พร้อมทั้งประสานงานติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด เนื่องจากกระบวนการดูแลไม่ซับซ้อนและล่าช้าและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า จากการปฏิบัติงานพยาบาลตลอดช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหายจากโรคและกลับบ้านภายในเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล แสดงออกถึงความสำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานและวิชาชีพ ได้อย่างเด่นชัด

Leddy & Pepper (1998) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลซึ่งมีมาช้านาน และให้ความสำคัญมากขึ้นตามการปฏิบัติหน้าที่ทางการพยาบาล เนื่องจากการเปรียบเทียบระหว่างพยาบาลแต่ละคนที่ให้การดูแล ซึ่งต้องทำให้เกิดความระมัดระวังทั้งในทางกฎหมายและจริยธรรมทางการพยาบาล ซึ่งพบว่าในปัจจุบันความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพเป็นเรื่องที่น่าสนใจ รวมทั้งเป็นสิ่งสำคัญต่อพยาบาลในอนาคตอีกด้วย โดย Leddy & Pepper (1998) ได้กล่าวถึงความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล แบ่งออกได้ 4 ประการ คือ

1) ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสาธารณชน หมายถึง การรับรู้และการแสดงออกโดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตามสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับอย่างมีคุณภาพ และต้องพัฒนาความรู้และแนวคิดให้ทันสมัยในการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินในสิ่งที่ได้รับตามเป้าหมายที่กำหนด พร้อมทั้งเฝ้าติดตามและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่ในทีมสหภาพอื่น และป้องกันจุดอ่อนทำให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลและปกป้องให้บริการพยาบาลมีมาตรฐานในการดูแล

2) ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ หมายถึง การรับรู้และการแสดงออกถึงความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลตามหลักของวิชาชีพ โดยยึดตามมาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นภายในองค์กร ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับการประกันคุณภาพ โดยการใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

3) ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การรับรู้และแสดงออกเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งต้องอาศัยความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเต็มใจเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดี ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่

4) ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อหน่วยงาน หมายถึง การรับรู้และการแสดงออก โดยการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพในงานตามนโยบายที่ถูกกำหนดโดยหน่วยงาน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล และได้นำแนวคิดของ Leddy & Pepper (1998) มาดัดแปลงและใช้ในการศึกษา 4 ด้าน ดังนี้

1) ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยใช้พื้นฐานความรู้เพื่อตัดสินใจแก้ปัญหา และสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

2) ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ หมายถึง การแสดงออกด้วยความมั่นใจในรูปแบบการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา มีความเป็นผู้นำและทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อการเจรจาต่อรองโดยมุ่งหวังพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย โดยอาศัยหลักวิชาการและความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการยอมรับและมีความทัดเทียมกับสาขาวิชาชีพอื่น

3) ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อตนเอง หมายถึง การแสดงความรอบคอบของพยาบาล โดยการพิจารณาไตร่ตรองก่อนการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือปฏิบัติตามรูปแบบหรือแผนงานที่กำหนดขึ้นและพยายามดำเนินการไปตามแผนหรือรูปแบบที่กำหนดเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4) ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อหน่วยงาน หมายถึง การแสดงออกในการรักษาคุณภาพของงานที่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้นภายในหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวรรณกรรมต่าง ๆ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

กูต (Goode 1995) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย แบบ Case Management ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจ เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ การศึกษาที่ทดลองโดยกลุ่มควบคุมจะใช้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care Map) มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ส่วนความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มระดับความพึงพอใจ ความร่วมมือ และเอกสิทธิ์วิชาชีพเป็นบางส่วน

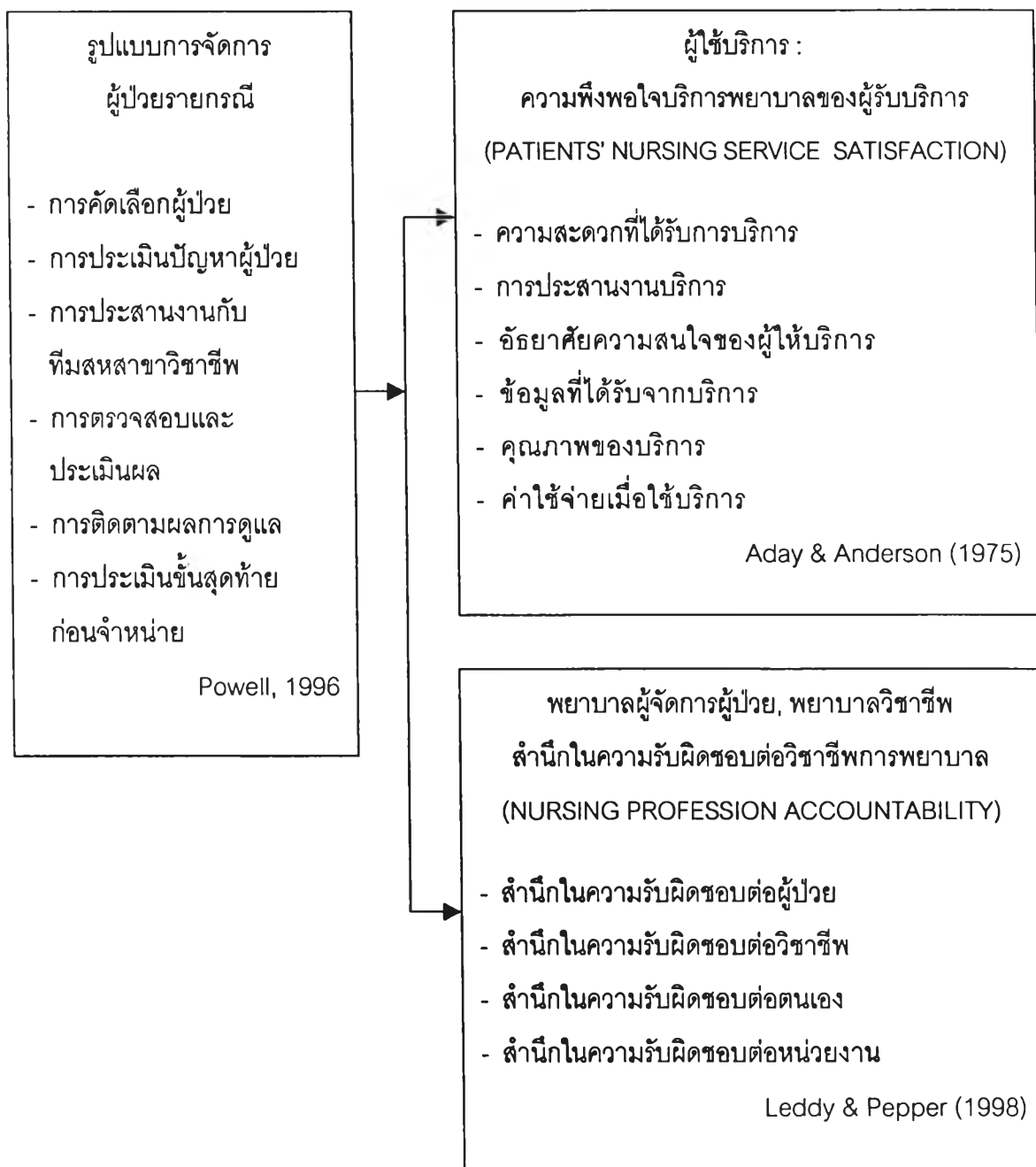
Ireson (1996) ศึกษาผลของโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยจาก clinical pathway ต่อการพยาบาล คือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและผลลัพธ์ทางการเงินของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาเปลี่ยนเข้า หรือสะโพกจำนวน 128 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 64 คน กลุ่มทดลองให้การดูแลโดยใช้ clinical pathway กลุ่มควบคุมให้การดูแล โดยใช้ care plan ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณภาพ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และต้นทุน ระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า

- 1) กลุ่มที่ใช้ clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan
- 2) กลุ่มที่ใช้ clinical pathway มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan
- 3) กลุ่มที่ใช้ clinical pathway ใช้ต้นทุนน้อยกว่ากลุ่มที่ทำ care plan

Lovejoy et. al (1997) ได้กล่าวถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) : ความร่วมมือในการดูแลสำหรับผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยการร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและต้นทุนลดลง ในขณะที่คุณภาพการดูแลดีขึ้น และอธิบายถึงการพัฒนาขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ขั้นตอนและการประเมินผลลัพธ์ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ileostomy พัฒนาจากการแนวทางดูแลผู้ป่วย Colostomy และ Ileostomy

Holtman และ คณะ (1997) ศึกษาผลของการใช้ clinical pathway สำหรับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งจะเปรียบเทียบก่อน ระหว่างและหลังพัฒนาการใช้ clinical pathway กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แบ่งเป็นผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้วมีจำนวน 170 คน และกลุ่มที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ มีจำนวน 178 คน และในกลุ่มหลังนี้จะมีการใช้ clinical pathway สิ่งที่จะวัดคือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อ หลังจากมีการใช้ clinical pathway และพบว่าระหว่างการพัฒนาการใช้ clinical pathway ให้ผลสูงสุด

กรอบแนวคิดของการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี