

ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาล
และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล



นางสาววรรณิ มาศศรี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF CASE MANAGEMENT MODEL IN THE DEPENDENT ELDERLY PATIENT ON
NURSES' SATISFACTION AND LENGTH OF STAY

Miss Wannee Massri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

โดย

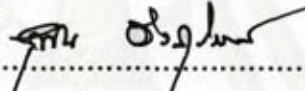
นางสาววรรณิ มาศศรี

สาขาวิชา

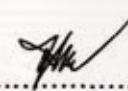
การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ. หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์)

ศูนย์วิทยานิพนธ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วรรณิ มาศศรี : ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อความพึงพอใจของพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. (EFFECT OF CASE MANAGEMENT MODEL IN THE DEPENDENT ELDERLY PATIENT ON NURSES' SATISFACTION AND LENGTH OF STAY)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 155 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และ 3) เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 15 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน ทำการคัดเลือกโดยวิธีจับคู่ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มโดยการจับคู่ (Matched) รายคู่ ด้วยตัวแปร อายุ การวินิจฉัยโรคและระดับของการพึ่งพา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 5 ชุดคือ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 2) แผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 3) แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 4) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ 5) แบบกำกับบททดลอง ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ 1) แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ .75 และทดสอบความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบที ในการเปรียบเทียบ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.76, p = .00$)

2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.35, p = .03$)

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล...ลายมือชื่อนิติศ.....
ปีการศึกษา.....2552.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4877851336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: CASE MANAGEMENT/ LENGTH OF STAY/ NURSES' SATISFACTION/
DEPENDENCY ELDERLY

WANNEE MASSRI : EFFECT OF CASE MANAGEMENT MODEL IN THE
DEPENDENT ELDERLY PATIENT ON NURSES' SATISFACTION AND
LENGTH OF STAY. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. SUVINEE
WIVATVANIT, Ph.D., 155 pp.

The purposes of this research were to 1) develop case management model of the elderly 2) compare nurses' satisfaction before and after using case management model 3) compare length of stay of the elderly after using case management model in Medical Departments, Makarak Hospital Kanchanaburi. The research subjects composed of 1) 15 professional nurses in Medical Departments. 2) 30 patients who dependency elderly divided 2 groups: control group and experimental group. Each 15 person case selected using matched with variable age, disease and type of dependent. The research instruments were training project of case management, training program, clinical nursing practice guideline for dependency elderly, case management manual, observation questionnaire, length of stay record and nurses' satisfaction questionnaire, tested for content validity by 6 experts, the validity were .75, the Cronbach's alpha coefficients were .95. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t - test.

Major findings of this study were as follows:

1. Nurses' satisfaction after using a case management model was significantly higher than before using a case management model ($t = 4.76, p = .00$) at the .05 level.
2. Length of stay after using a case management model was significantly less than criteria length of stay as usual before using a case management model ($t = 2.35, p = .03$) at the .05 level.

Field of Study:Nursing Administration....

Student's Signature: *Wannee Massri*

Academic Year: 2009.....

Advisor's Signature: *Suvinee Wivatvanit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความเมตตาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และ รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำให้ได้ข้อมูลอันมีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลมะการักษ์ นางสาวโนชา สารสิต นางสาวนพวรรณ เทียมสิงห์ และนางสาวปรารถนา ปลาเงิน ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจและความปรารถนาดีต่อผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนนิสิต และกัลยาณมิตรที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันและกันเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้ชีวิต ให้การศึกษา และอบรมเลี้ยงดูมาเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวทุกท่าน ที่ให้กำลังใจตลอดการศึกษาครั้งนี้ ประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บิดามารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ที่ดีและนำมาสู่ความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉุ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การสร้างเครื่องมือ.....	53
การดำเนินการทดลอง.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผล.....	71

ข้อเสนอแนะ.....	74
รายการอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	82
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา.....	83
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	86
ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ทดลองใช้เครื่องมือ.....	87
ตัวอย่างหนังสือเรียนขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ตัวอย่างข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม	
ในการวิจัย.....	89
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	94
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา และตำแหน่งในวิชาชีพ..... 50
2	ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกเพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกัน โดยการจับคู่ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่ม โดยการจับคู่รายคู่ (Matched pair) ด้วยตัวแปร อายุ การวินิจฉัยโรค และระดับของการพึ่งพา..... 52
3	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาก่อนและหลังทำการทดลอง..... 67
4	จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากที่สุด จำนวนวันนอนน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลใน รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 68

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47
2. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มโครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบัน พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.5-5.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และจากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุ 6.8 ล้านคน คิดเป็นประชากรสูงอายุ ร้อยละ 10.5 ของประชากรไทยทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงนี้กำลังนำประเทศไทยไปสู่สภาวะที่เรียกว่า ภาวะประชากรสูงอายุ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2547: 5) จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรสู่ความชราที่รวดเร็ว ทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการบริหารจัดการระบบ และการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพ เพื่อรองรับภาวะประชากรสูงอายุ ซึ่งในการปรับเปลี่ยนและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานนั้น จะต้องอาศัยความพร้อมของสังคมโดยการกำหนดนโยบาย และแผนงานที่ให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งความมั่นคงของสังคม

ในปัจจุบันมีการพัฒนาประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 เป็นแผนพัฒนาที่มีการทบทวนกระบวนการพัฒนาใหม่ในทิศทางที่ยั่งยืน ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวคิดในการพัฒนาและบริหารประเทศ ได้มีการกล่าวถึงผลกระทบในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โครงสร้างประชากรที่กำลังเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ภาระพึ่งพิงของประชากรสูงอายุอยู่ในระดับสูง จึงต้องมีการเตรียมพร้อมด้านนโยบาย การเตรียมความพร้อมประชากรทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มเป้าหมายให้พร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) ในส่วนของระบบสุขภาพได้มีการดำเนินการยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง ที่มีมาตรการในการปรับการบริหารให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งบุคลากรและผู้ใช้บริการ ในการสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพร่วมกับการสร้างระบบงานที่ทำให้บุคลากรมีกำลังใจและมีความสุขในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับการดูแลรักษาความเจ็บป่วย การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพ

จากโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นผลให้อัตราส่วนพึ่งพาของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่มประชากรสูงอายุพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ที่มีภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลืออยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543: 28) เนื่องจากวัยสูงอายุจัดอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอย มักประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีร่างกายที่อ่อนแอและเกิดการเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง และเกิดภาวะพึ่งพา ทำให้ต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เกิดขึ้นในหลายด้าน ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ กิจกรรมที่จำเป็นโดยทั่วไปในเรื่องนี้ อาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตราย รวมทั้งการส่งเสริมการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน

การเปลี่ยนแปลงของสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ด้าน และนโยบายการพัฒนาประเทศในปัจจุบัน ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้ดำรงอยู่ได้ในสังคม และยังส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และเป็นการดูแลโดยทีมสุขภาพ ที่สหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (อารี ชีวาเกษมสุข, 2548) จากความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จึงทำให้มีความจำเป็นต้องมีการจัดการการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีรูปแบบในการทำงานในลักษณะความร่วมมือจากหลายฝ่ายประสานงานกันและมีพยาบาลที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การดูแลที่เป็นองค์รวมเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลและชุมชนมีการจัดการที่สนับสนุนการดูแล เป้าหมายของการดูแลคือผู้สูงอายุสามารถช่วยตนเองและพึ่งพาตนเองได้ตามสมรรถภาพ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มีเป้าหมายในการช่วยฟื้นคืนสภาพสู่ภาวะปกติให้ได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 240 เตียง ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ในปี พ.ศ.2547 จากข้อมูลสถิติผู้ใช้บริการในปี พ.ศ.2549 ของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ในแผนกอายุรกรรม มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้แก่ โรคในระบบหลอดเลือดสมอง 261 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน/รายซึ่งเป็นจำนวนวันนอนที่ยาวนาน เมื่อเปรียบเทียบกับที่กำหนดจำนวนวันนอนในระบบ DRG (Drug related group) ที่มีการกำหนดไว้ที่ 5 วันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) จากการทบทวนกระบวนการดูแลในระบบคุณภาพ พบข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ด้วยปัญหาทางสุขภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การหกล้ม แบบแผนการนอนผิดปกติ และภาวะสับสนเฉียบพลัน การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนการเกิดปัญหาดังกล่าวแม้ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ของ Roach (2001) และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ที่กล่าวว่า ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่พบได้บ่อยและมีลักษณะทางคลินิกที่จำเพาะ ได้แก่ ภาวะสับสน การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้ และภาวะไม่มั่นคงในการทรงตัว จากข้อมูลการเกิดกลุ่มอาการหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีการใช้บริการสุขภาพสูงกว่าวัยอื่น ต้องใช้จ่ายงบประมาณของประเทศในด้านการรักษาพยาบาลสูง จำนวนวันนอนเจ็ดยาวนานและเพิ่มขึ้นตามอายุ ร่วมกับขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อยู่ในภาวะพึ่งพาสูง ต้องอาศัยการดูแลจากญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุอันเกิดจากภาวะพึ่งพาดังกล่าว หากได้มีการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ในระยะแรกรับจนกระทั่งก่อนการจำหน่าย โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง อันเป็นการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ในการดูแลผู้สูงอายุที่จะส่งผลดีทั้งด้านคุณภาพของการดูแล

ในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมะการักษ์ได้มีการบริหารจัดการเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของทีมการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในหอผู้ป่วยหนักที่เป็นรูปแบบการดูแลเป็นรายบุคคล ผลการสำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.52 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้านของการประเมินความพึงพอใจ พบว่าด้านที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ ภาระงานหนัก ความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน และสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ในระยะเวลาของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีการทำงานในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชัดเจนมากขึ้น มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้สำคัญ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีการดำเนินงานในผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยวัณโรค

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัญหาของผู้ใช้บริการ วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีม ใช้ Clinical pathway ในการร่วมวางแผนและประสานงานกับทีม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการดูแล บทบาทของการร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยในการวางแผนดูแล รวมถึงการประเมินผลการดูแลร่วมกับทีม ในการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการทำหน้าที่ของพยาบาลที่สอดคล้องกับลักษณะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย และผู้รับบริการ จึงเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทของวิชาชีพ อันเป็นผลลัพธ์ของประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการพยาบาล ดังนั้นจึงควรได้มีการขยายการดำเนินการไปในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังเช่นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งยังไม่มีผู้รับผิดชอบในบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ตลอดจนการดำเนินงานในเชิงนโยบายของงานบุคลากรในองค์กรพยาบาล เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการกำหนดตำแหน่ง ความก้าวหน้าในทางวิชาชีพ การมอบหมายงาน และการบริหารจัดการทางการพยาบาลในรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด การใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด รูปแบบการบริการจากการที่ใช้เครือข่ายเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย เป็นแบบการวางแผนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดให้มีการบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้ประสาน ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ มีอำนาจการตัดสินใจ สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่รู้เรื่องปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เป็นสมาชิกในทีมสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (ธิดา นิงสานนท์, 2548) ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วย สามารถลดระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจากการศึกษาเรื่องผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากรของศุวัชรีย์ ฐพิมาย (2543) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของพัชรี คงปลอด (2549) พบว่าจำนวนวันนอนลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากแบบแผนการดูแลที่ผู้จัดการผู้ป่วยเลือกออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้คุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Rossi, 2003; จินตนา ยูนิพันธ์, 2546; ธิดา นิงสานนท์, 2548) จากการเป็นรูปแบบการจัดการทางสุขภาพที่สามารถทำให้

เกิดคุณภาพของการดูแล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในการบริหารจัดการด้วยกระบวนการที่มีระบบระเบียบ มีการประสานบริการ การควบคุมกำกับและการประเมินผลการดูแล อันเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Powel, 2000)

ในการนำรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เข้ามาใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการนำรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ร่วมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะพึ่งพา ที่มีการพัฒนาและออกแบบร่วมกันโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาภายใต้การบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ ในการประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ การวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย การประสานบริการโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย การควบคุมกำกับ และการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะส่งผลลัพธ์ถึงคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านผู้ให้บริการและบุคลากรในทีมการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา การวางแผนการดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สอดคล้องกับปัญหา ตลอดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล (Cohen and Cesta, 2001) พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแล ในการร่วมกันพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงาน รวมถึงได้มีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพ

ปัญหาในการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบหรือไม่
3. จำนวนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย การประสานบริการ และติดตามประเมินผลการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานงานควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดูแล ตามกรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powel (2000) ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินงานใน 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย 3) พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย 4) การดำเนินการ 5) การประเมินและติดตามผล 6) การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ่ติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ ที่มุ่งการปฏิบัติร่วมกันในทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่ร่วมกันกำหนดขึ้น ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่ในระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยได้กลับไปอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการคำนึงถึงการใช้ทรัพยากร คุณภาพการดูแลและให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เป็นรูปแบบการดูแลที่ลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมการประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาลทั้งหมด และสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยทำหน้าที่ควบคุม ประสานงานให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการการรักษายาบาลที่มีความเหมาะสม มีความต่อเนื่อง และมีคุณภาพตลอดช่วงระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อประเมินผลการดำเนินการแล้วพบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการบริการสุขภาพ ที่จะใช้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการดูแล และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ว่าควรปรับปรุงกระบวนการการดูแลในเรื่องใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยึดผู้ป่วยและผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางของการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เน้นการดูแลในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และเป็น การดูแลโดยทีมสุขภาพ ที่สหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำเป็นต้องกำหนดมาตรฐาน

หรือรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน แผนการดูแลที่ครอบคลุมถึงปัญหากลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่พบบ่อยและเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline) ซึ่ง Roach (2001) ได้ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันในการจัดการป้องกันปัญหาไว้ล่วงหน้า และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนผู้ดูแลได้รับข้อมูลและการเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จึงทำให้มีความจำเป็นต้องมีการจัดการการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบในการทำงานในลักษณะความร่วมมือในการทำงานหลายฝ่าย ประสานงานกันและมีพยาบาลที่รับผิดชอบโดยตรง (Stanley, 2005) ซึ่งหมายถึงความสอดคล้องของคุณภาพการพยาบาล กับรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่งผลในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอน ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่ลดลง ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ ได้มีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าอันเนื่องมาจากการปฏิบัติที่แสดงถึงความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพ และเป็นการพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) จากรายงานการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งบ่งชี้คุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพพบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจในบริการสูง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ (Kim and Soeken, 2005; จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543; พรชนก จารุประกร, 2547; พัชรี คงปลอด, 2549) พยาบาลเกิดความสำนึกในความรับผิดชอบ ต่อวิชาชีพ พยาบาล จากการที่พยาบาลมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้ปฏิบัติบทบาทอิสระ เกิดความภาคภูมิใจที่ได้แสดงภูมิปัญญาทางการพยาบาล ที่สอดคล้องประสานกับแพทย์ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) และได้แสดงศักยภาพทางการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความเชื่อถือและรู้สึกไม่ขาดที่พึ่ง

Cohen-Mansfield (2000) กล่าวถึงความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุใน Long-term care ว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแล การบริหารจัดการในสถานดูแล และเป็นผลกระทบมา

จากความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีต่อการบริการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุนั้น ปฏิบัติงานอยู่กับความเครียด ความอ่อนไหวต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุ รวมถึงการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล จึงได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ การสำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดจากความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าปัจจัยที่มีต่อความพึงพอใจในอาชีพและความเครียด ได้แก่ ค่าตอบแทน รูปแบบการบริหารจัดการในการทำงาน ลักษณะและภาระงานที่หนัก สัมพันธภาพทั้งระหว่างผู้ร่วมงานและผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ตลอดจนการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักใช้เวลาในการฟื้นหาย และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ใช้เงินงบประมาณในการรักษาพยาบาลและระยะเวลาในการดูแลที่สูงขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ มาพัฒนารูปแบบการดูแลให้ได้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield (2000) ที่มีต่อรูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาร่วมกัน พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผล อันจะทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทวิชาชีพ มีการประสานความร่วมมือในทีมการดูแลที่จะเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมในการดูแล และได้รับข้อมูลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนวันนอนที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลโดยรวม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและต่อองค์กรทางการบริการสุขภาพ และจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังจากใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังจากใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ร่วมกันในทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพา นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลที่ร่วมให้การดูแล และผลต่อการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยมีประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.2 พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา คือ

1.2.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2.2 ตัวแปรตาม คือ

2.2.1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2.2.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หมายถึง วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในระยะตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในแผนกอายุรกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) โดยมีการดำเนินการใน 6 ขั้นตอน ร่วมกับการบูรณาการกระบวนการพยาบาลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพทางกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของ Roach (2001) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โดยใช้เกณฑ์การประเมินตาม Bathel ADL Index ที่มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน เข้ารับการดูแลในรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Assessment/problem identification) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ได้รับการมอบหมายงานการเป็น เจ้าของไข้จากหัวหน้าหอผู้ป่วย ประเมินปัญหาสุขภาพทางกายหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของ Roach (2001) คือ

- 2.1 การดูแลผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Impaired skin integrity)
- 2.2 แบบแผนการนอนผิดปกติ (Sleep disturbances)
- 2.3 สับสนเฉียบพลัน (Acute confusion)
- 2.4 การขาดสารอาหาร (Nutritional deficits)
- 2.5 การหกล้ม (Fall)
- 2.6 การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Development and coordination of the case plan) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติใน หอผู้ป่วย วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย และกำหนดกิจกรรมการ พยาบาล จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการ (Implementation of the final plan) พยาบาลที่ให้การดูแล ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยดำเนินการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางการดูแลที่ กำหนดขึ้นภายใต้การควบคุมกำกับ การประสานงาน และการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนการดูแลของ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินและติดตามผล (Evaluation and follow-up) พยาบาลผู้จัดการ ผู้ป่วยประเมินผลการดูแล โดยร่วมกับพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยประเมินผลการดูแลตามแนว ทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด โดยทำการประเมินผลการดูแลทุกเวรเช้า ในการประชุม Post conference

ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ (Continuous monitoring, reassessing and reevaluating) ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการ จำหน่าย โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประสานกับหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินปัญหา และสรุปผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนว ทางการดูแลในครั้งต่อไป

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่ง ประเมินจากกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม โดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอ็ดิแอล ที่ได้คะแนน

ตั้งแต่ 0 – 12 คะแนน ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542)

3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วេลารับไว้ จนถึงเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน หากไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง ส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้น นับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, 2549)

4. ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของพยาบาลที่ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยประเมินจากแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield และ Noelker (2000) ซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลใน Long – Term care ในความพึงพอใจ 4 องค์ประกอบดังนี้

4.1 ลักษณะของงานและภาระงาน หมายถึง การที่พยาบาลรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผลของการพยาบาล การปฏิบัติงานที่มีแนวทางที่ชัดเจน มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับความสามารถ และเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของตนเอง

4.2 สถานภาพและบทบาทของพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลรับรู้ว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้การดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลผู้ป่วย เสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน การใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และมีความมั่นใจในการร่วมงานกับทีมสุขภาพ

4.3 คุณภาพของงานและการยอมรับผลสำเร็จของงาน หมายถึงการที่พยาบาลรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด และเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการรับรู้ถึงการได้รับการยอมรับในความสามารถ ทั้งจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใช้บริการ

4.4 สัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน หมายถึงการที่พยาบาลรับรู้ถึงความร่วมมือในการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การประสานงานที่เอื้อต่อการทำงาน มีความเข้าใจกัน การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การปรึกษาวางแผนการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงการรับรู้ต่อความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในทีมสุขภาพ

5. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือน สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง มีบทบาทดังนี้

1) เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้เกณฑ์ดัชนีบาร์เชลเอติแอล คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับการพึ่งพานกลาง-สูง

2) ร่วมกับทีมการพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ

3) ร่วมวางแผนทางและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย

4) เป็นศูนย์กลางในการประสานงานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว

5) บทบาทในการควบคุมกำกับให้มีการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทาง เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติในระบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

6) ติดตามประเมินผลการดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการประสานงานกับหน่วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อร่วมติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

6. พยาบาลผู้ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ร่วมกันจัดทำ ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุ ที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่เป็นเชิงประจักษ์

2. สำหรับองค์กรพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการทางการพยาบาล และพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในระบบอย่างเป็นรูปธรรม

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. เป็นพื้นฐานการวิจัยและพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โรงพยาบาลมะการักษ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความพึงพอใจของพยาบาลที่ร่วมพัฒนา และใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

- 1.1 ประวัติและความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 1.2 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 1.3 แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.3.1 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.3.2 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 1.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.4.1 ความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ
 - 1.4.2 แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า
 - 1.4.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย
- 1.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 1.6 ขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 1.7 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
- 2.2 การประเมินภาวะพึ่งพา
- 2.3 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndrome): การป้องกันการเฝ้าระวังและการจัดการ

3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay: LOS)

4. แนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Job satisfaction)

- 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

4.2 การประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการจักระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีเป้าหมายในการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้ประสานบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.1 ประวัติและความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นการวางแผนการดูแล การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการได้อย่างเหมาะสม เป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ซึ่งมีการใช้เป็นที่ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา (Rossi, 2003) มีลำดับความเป็นมาดังนี้

ปี ค.ศ. 1860 เกิดระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างง่ายขึ้น มุ่งเน้นการให้บริการแก่คนยากจนและผู้อพยพ ซึ่งการบริการประชาชนในกลุ่มนี้มีปัญหาทั้งในเรื่องของความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา และในเรื่องของการประสานงานและระบบการบริการที่ต่อเนื่อง

ปี ค.ศ. 1901 จากปัญหาในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างหน่วยงานบริการทางด้านสุขภาพ Richmond จึงได้สร้างรูปแบบของการบริการโดยเน้นการประสานงานการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case-Co-ordination) ขึ้น โดยให้ความสำคัญที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบริการ

ปี ค.ศ. 1920 ได้มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิต โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งนำกระบวนการนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวช และต่อมาในปี ค.ศ. 1930 พยาบาลสาธารณสุข ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาเริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตเฉียบพลัน ประกอบกับการกำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการด้วย (American Nurses' Association, 1988 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

สำหรับในประเทศไทย หลังจากที่มีการตื่นตัวจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดบริการ รูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำระบบ DRG (Drug related group) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือการใช้ทรัพยากร ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีหลายโรงพยาบาลพยายามจะจัดระบบบริการภายในโรงพยาบาล เพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบของทีมการดูแลผู้ป่วย

1.2 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีการให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่หลากหลาย ได้แก่

American Nurse Association (1991) อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

ในปี ค.ศ. 1994 Case Management Society of America (CMSA) อ้างถึงใน เรวดี สิรินคร และคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Powell (2000) ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการของการประสานงานร่วมกันในการประเมินปัญหา การวางแผน ประเมินผล การประสานงาน ควบคุมกำกับ และประเมินผลการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล นำไปสู่ผลลัพธ์ของคุณภาพและความคุ้มค่า

Creasia และ Parker (2001) ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการให้บริการทางสุขภาพอย่างครอบคลุม ที่ตอบสนองต่อปัญหาของแต่ละบุคคล กลุ่มบุคคลหรือแต่ละกลุ่ม

ประชากรผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางสุขภาพ มุ่งผลลัพธ์ที่คุณภาพ และประสิทธิผลทางด้านค่าใช้จ่ายของการบริการสุขภาพ

จากการให้ความหมายดังกล่าวแล้ว โดยสรุปคือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในทีมสุขภาพ ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแล ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) เป็นผู้สื่อสาร ประสานงานและกำกับการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของคุณภาพการบริการและภายในเวลาเหมาะสม

1.3 แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

การมอบหมายงานในการจัดการดูแลคนหรือผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้บริหารการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการสามารถจัดการดูแล โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การบรรลุผลที่ต้องการผู้บริหารการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานพยาบาลผู้จัดการที่ให้การดูแลระหว่างหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการให้การดูแลตรวจตรา และประสานการดูแลเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายในเวลาที่กำหนด ด้วยความปลอดภัย โดยมีแผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การดูแลที่ดี

1.3.1 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย (Conti and Roberta M, 1993 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์, 2546) ซึ่งประกอบด้วย

1) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยเอกชน (Private case management) เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่ไม่ได้ครอบคลุมบริการของรัฐ

2) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแนวสังคม (Social case management) เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ในชุมชนและต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้รับบริการจนกระทั่งบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว

3) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบการดูแลเบื้องต้น (Primary care management) อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์และการควบคุมดูแลสุขภาพ

4) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วยระบบประกันสุขภาพ (Insurance case management) จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

5) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยพยาบาลเป็นผู้จัดการ (Nursing case management) เป็นการจัดการของพยาบาลต่อกระบวนการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของ Nursing case management ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ โดยแบ่งตามระดับบริการ (Knollmeuller, 1989; Olivas, et al., 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541)

(1) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของนิวอิงแลนด์ (New England model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(2) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอริโซนา (Arizona model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(3) รูปแบบการจัดการสุขภาพแบบสมบูรณ (Health maintenance model) มุ่งเน้นการจัดการแบบต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในระยะก่อนการเจ็บป่วยรวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(4) รูปแบบชุมชน (Public health model) มุ่งเน้นการจัดการให้แก่ผู้รับบริการที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน

(5) รูปแบบศูนย์พยาบาล (Nursing health model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการดูแลทั้งหมด

รูปแบบการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้

1) ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) การดำเนินการตามระบบ Case management ลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมด้วย (Discharge plan) รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คุ่มทุนและการปรับปรุงคุณภาพด้วย

2) ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base) การดำเนินการอาจจะดำเนิน 1-2 unit เท่านั้นไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3) ดำเนินการในชุมชน (Community based) การดำเนินการของ Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4) ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.3.2 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งองค์รวม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี สิรินคร และคณะ, 2543)

1.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1.4.1 การประสานความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างสาขาวิชาชีพในการดูแล (Collaborative multidisciplinary team) เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการในทีมสุขภาพซึ่งมิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน หรือการรายงานอาการผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะหมายถึงความร่วมมือร่วมใจในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อกำหนดงาน และการประเมินผลสำเร็จ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรในทีม เพื่อให้ดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

1.4.2 แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management plan) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการ และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected length of stay)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจเป็นวัน หรือนาที หรือสัปดาห์

1.4.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกับบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น มีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist) และผ่านการอบรมเฉพาะสาขาที่ดูแลผู้ป่วย เช่นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเบาหวาน (Powell, 2000: 6) โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) เป็นแนวทางการดูแล รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและให้ได้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามที่วางไว้

1.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสุขภาพ

1.5.1 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ คือ

1.5.1.1 เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case management ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่นำมาจัดทำ Clinical pathway เพื่อจัดการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง กลุ่มที่มีแนวทางการรักษาแตกต่างกันมาก และกลุ่มที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน(เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

1.5.1.2 เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้รับบริการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในการผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

1.5.1.3 เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตลอดทั้งให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือแก่ทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

1.5.1.4 ประสานงานทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประชุมปรึกษารื้อหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ รวมทั้งประเมินระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อนำเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

1.5.1.5 เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลตลอดทั้งทำการประเมินความพร้อม และศักยภาพของทีมการพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

1.5.1.6 เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

1.5.1.7 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยตามระบบ

1.5.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวทางการดูแลที่ร่วมกันจัดทำ (Clinical nursing practice Guideline: CNPG)

ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย โดยมีบทบาท ดังนี้คือ

1.5.2.1 ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.5.2.2 ประสานงานกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่แรกเริ่ม ภายใต้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้

1.5.2.3 ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแล (CNPG) ภายใต้การกำกับการดูแลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล

1.5.2.4 ร่วมกันเสนอแนะ ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

1.5.2.5 ร่วมประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

1.5.3 บทบาทของแพทย์

1.5.3.1 ประเมินปัญหาผู้ป่วย โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค

1.5.3.2 ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา และการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล

1.5.3.3 กำหนดเป้าหมาย แผนการในการรักษา

1.5.3.4 สั่งการรักษาตามอาการ การเจ็บป่วยและภาวะของโรค

1.5.3.5 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย

1.5.3.6 ประสานกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ร่วมกับทีมการพยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลรักษา

1.5.4 บทบาทของเภสัชกร

1.5.4.1 ประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ รับการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ

1.5.4.2 ร่วมกับทีมในการให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

1.5.4.3 เฝ้าระวังติดตามอาการไม่ถึงประสงค์จากการใช้ยา และเฝ้าระวังโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

1.5.4.4 รับการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

1.5.5 บทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการ

1.5.5.1 ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

1.5.5.2 วางแผนการดูแลด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขา

1.5.5.3 ให้การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ

1.5.5.4 ติดตามการให้การรักษาด้านอาหารทางสายยาง ร่วมเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.5.6 บทบาทของนักกายภาพบำบัด

1.5.6.1 ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ประเมินเรื่องการทรงตัว การเคลื่อนไหว

1.5.6.2 ประสานงานการดูแล การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.5.6.3 ให้การฟื้นฟู กายภาพบำบัด สอนการใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวต่างๆที่ผู้สูงอายุต้องใช้ เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน ตามความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย

1.5.7 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษา สืบสนุนด้านเครือข่ายทางสังคมต่างๆ ดังนี้

1.5.7.1 รับการประสานงาน การขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคม เศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ

1.5.7.2 ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม การอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาและความเครียดของผู้ดูแล

1.5.7.3 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชา ในการกำหนดแผนการให้ความช่วยเหลือ การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.5.8 บทบาทของพยาบาลเวชกรรมสังคมและงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน(Home health care)

1.5.8.1 ร่วมกับทีมสหสาขาในการวางแผนการจำหน่าย ประเมินและเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.5.8.2 ประสานให้การส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้เป็นไปด้วยความสะดวก และปลอดภัย

1.5.8.3 ประสานกับผู้ป่วย ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

1.6 ขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการต่อเนื่องประกอบด้วยการทำงานใน 6 ขั้นตอน (Powell, 2000) ดังนี้

1.6.1 การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) เพื่อเข้ารับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ เมื่อมีผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาลจะได้รับรหัสตามกลุ่มอาการ/โรค พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาว่า ผู้ป่วยนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สมควรได้รับการจัดการรายกรณีหรือไม่

1.6.2 ประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Assessment/ problem identification) เป็นการประเมินผู้รับบริการ คือผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ให้บริการ บุคลากรในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตามอาการและโรคเพื่อจัดทีมสุขภาพในการดูแลร่วมกัน โดยสมาชิกในทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ความร่วมมือจากทีมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการดูแล ดังนั้นการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง รวมทั้งการคัดเลือกสมาชิกในทีมหากได้ผู้ที่มีความสนใจการทำงานร่วมกันจะเป็นประโยชน์มากกว่า 1.6.3 พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Development and coordination of the case plan) เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ที่ได้จัดทำไว้แล้ว มาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลา

1.6.3 พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (Development and coordination of the case plan) เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ที่ได้จัดทำไว้แล้ว มาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลา

1.6.4 การดำเนินการ (Implementation of the final plan) นำแผนไปปฏิบัติ บุคลากรในทีม ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนรับผิดชอบตามมาตรฐานของวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ร่วมกัน พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้สื่อสารข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย ติดต่อประสานการปฏิบัติให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ทราบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.6.5 การประเมินและติดตามผล (Evaluation and follow-up) เป็นการประเมินผลเฉพาะราย คือการเฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance

analysis) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการและบุคลากรในทีมทุกคน ในการติดตามการปฏิบัติและสถานะของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย

1.6.6 การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ (Continuous monitoring, reassessing and reevaluating) ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย การประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยรวบรวมข้อมูลสถิติต่าง ๆ วิเคราะห์และนำเสนอผลการจัดการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป การวิเคราะห์ความแปรปรวนและการดำเนินการแก้ไข เป็นกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เห็นได้ชัดอย่างหนึ่ง

1.7 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าสามารถลดระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งแบบแผนการดูแลที่ผู้จัดการผู้ป่วย เลือกออกแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง แผนการดูแลเฉพาะรายนี้ต้องสอดคล้องกับแผนการดูแลที่ได้จัดทำไว้ก่อนแล้ว เป็นแนวทางปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งทีมสุขภาพในฐานะผู้ให้บริการ และผู้ป่วยกับครอบครัวในฐานะผู้ใช้บริการ และกำหนดไว้เป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานซึ่งมีการประกาศใช้เป็นที่ทราบทั่วกัน ตรวจสอบได้ เมื่อมีการปฏิบัติตามแผนแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยก็จะประสานงาน และจัดการให้เกิดมีการประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการประเมินร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ว่าบรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามแผนก็จะร่วมกันปรับปรุงแผนการดูแลใหม่ ผลลัพธ์ที่ได้จากรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.7.1 ด้านผู้รับบริการ คือ อัตราตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการมีสุขภาพดี ความพึงพอใจ รวมถึงสถานะทางกายภาพ จิต สังคม พฤติกรรม ความรู้ คุณภาพชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การกำหนดเป้าหมายและความปลอดภัย

1.7.2 ด้านผู้ให้บริการ คือ ความพึงพอใจ ความปรารถนาจะอยู่ หรือย้ายจากหน่วยงาน ระดับการศึกษาต่อเนื่องที่กำลังศึกษาอยู่ รวมถึงความคุ้มค่าของการบริการ ประสิทธิภาพวิชาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รูปแบบการปฏิบัติการณ์ขั้นตอน

การดูแล มาตรฐานการวางแผนการดูแล หรือแนวทางปฏิบัติการดูแล(วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษา วดี อัครวิเศษ, 2545)

1.7.3 ด้านหน่วยงานหรือองค์กร คือ คุณค่า ทักษะ ความเชื่อขององค์กรและทรัพยากร ที่มีอยู่ ได้แก่งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนและประเภทของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายและอัตราการเข้ารับการรักษารักษา รวมถึงความพร้อมในการให้บริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและเวลาที่ใช้ในการบริการ

จะเห็นได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีความต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงเฉพาะบุคคล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีบทบาทในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพที่มุ่งเน้นในรายบุคคล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลถึงคุณภาพของการดูแล

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด จากการศึกษา พบว่าการรับรู้ของคนในวัยสูงอายุมีความต่อเนื่องจากด้านหนึ่ง รับรู้ความผาสุก คือยังแข็งแรง ควบคุมตัวเองได้ และมีเป้าหมาย ส่วนอีกด้านหนึ่งรับรู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำอะไรไม่ได้ จำจำกัดความของความสูงอายุนั้น ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional age) คือการที่บุคคลสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมต่อคนอื่นและต่อตนเอง ดังนั้นสำหรับทีมสุขภาพจึงใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุคือ สุขภาพกาย ความผาสุกทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและความสามารถในการทำหน้าที่

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ความหมายของความเป็นผู้สูงอายุ

การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ถือเอาอายุ 65 ปี เป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้บุคคลเกษียณอายุการทำงาน เนื่องจากเห็นว่าเป็นช่วงเวลาที่สมควรได้รับผลตอบแทนจากเงินบำนาญและสิทธิประโยชน์อื่น (จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ประเทศนอร์เวย์ถือว่า 70 ปีเป็นผู้สูงอายุ ประเทศอินโดนีเซียและมาเลเซีย ถือว่าอายุ 55 ปีเป็นวัยผู้สูงอายุ

สำหรับการแบ่งระดับวัยสูงอายุ นั้น องค์การอนามัยโลก (ปริญาญา แร่ทอง, 2547) ได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อายุ 60-70 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly)

กลุ่มที่ 2 อายุ 75-90 ปี เรียกว่า คนชรา (Old)

กลุ่มที่ 3 อายุ 91 ปีขึ้นไป เรียกว่า คนชรามาก (Very old)

สำหรับประเทศไทย ในอดีตได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

โดยปกติตามธรรมชาติมนุษย์ต้องมีการดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตน จึงต้องมีการริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยชรา เกิดความเจ็บป่วย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพามุคอื่นขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ การพึ่งพา จึงเป็นภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาอาศัยหรือต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเรื่องความรัก ความห่วงใย การดูแล เลี้ยงดู ความสุขสบาย ความปลอดภัย อาหาร ความอบอุ่น ที่พักอาศัย การปกป้องคุ้มครอง และความต้องการในด้านต่าง ๆ อาจกล่าวได้ว่าภาวะพึ่งพาเป็นภาวะที่บุคคลต้องการ ความรัก ความอบอุ่น ความคุ้มครอง ความปลอดภัย จากบุคคลอื่นตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ปัจจัย 4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในส่วนที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติเองได้อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตามธรรมชาติสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีโอกาสที่จะพึ่งพาผู้อื่น หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาสูงขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกาย ความคิดสติปัญญา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น จึงทำให้ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จะมีการใช้เงินงบประมาณในด้านสุขภาพและเวลาในการดูแลที่สูงขึ้น ความต้องการความช่วยเหลือมักเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหาร การปฏิบัติกิจวัตร การรักษา ดังนั้นการบริการทางสุขภาพต้องมีความพร้อมและเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การพยาบาลที่พร้อมสำหรับความต้องการการดูแลแต่ละชนิด ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง (Roach, 2001: 5) เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ต้องใช้เวลานานในการฟื้นหาย และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

ความหมายของภาวะพึ่งพา

Miller-Keane (2000) อ้างถึงใน ปริญญา แร่ทอง (2547) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพา ว่าเป็นภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาอาศัย หรือต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเรื่องในเรื่องความรัก ความห่วงใย การดูแล การเลี้ยงดู ความสุขสบาย ความปลอดภัย อาหาร ความอบอุ่น ที่พักอาศัย การปกป้องคุ้มครอง และความต้องการในด้านต่าง ๆ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุว่า หมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น

โดยสรุป ภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติเองได้ รวมทั้งความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ในการดูแลจากบุคคลอื่น

สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ มีสาเหตุ 3 ประการ ดังนี้

1) ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical of functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากความพิการ หรือความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activity of daily living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental Activities of daily living: IADL) เช่น การดูแลรักษาเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค

2) ปัญหาความบกพร่องของสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่

2.2 การประเมินภาวะพึ่งพา

ในการประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุสามารถแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับการพึ่งพาปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพามาก หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

การประเมินระดับการพึ่งพาในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกายของบุคคล โดยประเมินจากส่วนสมรรถภาพที่ด้อยกว่าปกติ กิจกรรมที่เลือกใช้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยแบ่งกิจกรรมเป็นเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต มาโฮนี และบาร์เทล ได้สร้างเครื่องมือสำหรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง มีชื่อว่า ดัชนีบาร์เทล (Barthel index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การรับประทานอาหาร
- 2) การหิวผม
- 3) การลุกจากที่นอน
- 4) การใช้ห้องสุขา
- 5) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
- 6) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
- 7) การอาบน้ำ
- 8) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 9) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และ
- 10) การเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2543) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถนะในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบไปด้วยสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทล จึงเรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับดัชนีบาร์เทล แต่มีการให้คะแนนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทยมากขึ้น สำหรับแบบวัดส่วนที่เหลือเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต เรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงิน หรือการแลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว การให้คะแนนในดัชนีบาร์เทลเอดีแอล ดังนี้

การให้คะแนนเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด คือ

คะแนน 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ

คะแนน 1 หมายถึง สามารถทำเองได้

กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

คะแนน 1 หมายถึง ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

กิจกรรมที่เหลือทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนน 0 หมายถึง ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

เมื่อประเมินกิจกรรมทั้งหมดแล้วนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการพึ่งพาได้ดังนี้

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาสูง

คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 9-12 คะแนน หมายถึง พึ่งพานกลาง

คะแนน 13-19 คะแนน หมายถึง พึ่งพาน้อย

คะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index)

มาใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยเลือกผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 0-12 คะแนนซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น

ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ต้องใช้เวลานานในการฟื้นหาย การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและเกิดความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย สาเหตุเกิดจากความเจ็บป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาและจากขาดการเคลื่อนไหว อันตรายของการพักอยู่บนเตียง และการรับการรักษาในโรงพยาบาลนำไปสู่กลุ่มอาการหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome)

2.3 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndrome): การป้องกัน ฝ้าระวังและการจัดการ

การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันเสื่อมถอย จากการรักษาและขาดการเคลื่อนไหว การศึกษาพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เกิดความสามารถเสื่อมถอยในช่วงรับไว้รักษาและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สาเหตุของการเสื่อมถอยของความสามารถเกิดจากความเจ็บป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา และผลของการขาดการเคลื่อนไหว แม้ว่าจะไม่สามารถแยกสาเหตุทั้ง 3 ประการในเชิงปริมาณได้ แต่สาเหตุเหล่านี้มีความสำคัญ และสาเหตุจากการขาดการเคลื่อนไหวมักไม่ได้ให้ความสำคัญและคำนึงถึงน้อย แต่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเป็นปัญหาหลักทางการพยาบาล ได้แก่ แผลกดทับ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ปัญหาการรับประทานอาหาร การพลัดตกหกล้ม สับสนเฉียบพลัน และความไม่สุขสบายและความปวด

นักวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ได้บัญญัติศัพท์เพื่อให้เข้าใจและใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548) ดังนี้

กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ : SPICES

S = Skin impairment (pressure ulcers) ผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

P = Poor nutrition การขาดสารอาหาร

I = Incontinence การกลั้นปัสสาวะไม่ได้

C = Confusion สับสนเฉียบพลัน

E = Evidence of fall การหกล้ม

S = Sleep แบบแผนการนอนผิดปกติ

กลุ่มอาการเหล่านี้มักไม่ได้ให้ความสนใจหรือไม่คำนึงถึง จึงเกิดปัญหาเกี่ยวเนื่องกัน

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ จึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุโดยตรง ร่วมกับการวางแผนการดูแลร่วมกันกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตรงตามปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัย ได้แก่ การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม กระดูกหัก กลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2547) ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น พยาบาลจะต้องมีการประเมินปัญหาให้ ความสำคัญกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น และวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Eliopoulos, 2005)

- 1) คงไว้และพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการกับปัญหาหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อย

Roach (2001) ได้มีการนำกระบวนการพยาบาลเข้ามาใช้ในการวางแผนการดูแลเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การป้องกันและการจัดการกับปัญหาหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อย ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ปัญหาหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อยและการจัดการ

2.4.1 ปัญหาของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ (impaired skin integrity)

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือผิวหนังเปราะบางมาก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับสามารถทำนายได้ ดังนั้นจึงสามารถป้องกันได้โดยการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุและเป็นปัจจัยร่วมกันได้แก่ การขาดการเคลื่อนไหว ผิวหนังและเนื้อเยื่อเปราะบาง ภาวะทุพโภชนาการ กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ความพร่องด้านสติปัญญาและความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับบ่อยจะอยู่ที่ผิวหนังบริเวณเหนือกระดูก หรือข้อที่รองรับน้ำหนักร่างกาย เช่น บริเวณกระดูก Sacrum ข้อสะโพก ตาคุ่มคั่นนอก หัวไหล่ และที่ occiput ของกะโหลกศีรษะ แผลกดทับมีกลไกของการเกิดที่สำคัญ 4 ประการคือ

- 1) แรงกดทับ (น้ำหนักตัวหรือส่วนต่างๆของร่างกาย)
- 2) แรงเสียดทาน ระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับ เช่น ผ้าปูที่นอน
- 3) แรงบิดพับ แรงที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของร่างกายลงมาตามทีลาดเอียง และทำให้เกิดการพับของหนังและเส้นเลือดที่มาเลี้ยง
- 4) ความชื้น ที่เกิดจากน้ำ เหงื่อ ปัสสาวะ หรืออุจจาระที่ค้างค้ำตามร่างกาย

การดูแลผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1) ประเมินปัญหาและความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

กลไกการเกิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ แรงกดทับ แรงเสียดทาน แรงบิดพับ และความชื้น ปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ โรคเบาหวาน ภาวะซีด ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะสับสน ซึม เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ เครื่องมือเบรเดน (Braden scale) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้ความรู้สึก ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการและการมีแรงเสียดทาน

2) การพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดและการลุกลามของแผล

2.1) การพลิกตัว เพื่อลดการกดทับ พบว่าแรงกด 70 mmHg ที่ผิวหนังนานติดต่อกันไม่ถึง 2 ชั่วโมงก็จะสามารถทำให้เกิดแผลกดทับขึ้นได้ จึงควรพลิกตัวผู้ป่วยไม่น้อยกว่าทุกสองชั่วโมง

2.2) ลดแรงกดบริเวณผิวหนังที่รองรับน้ำหนักร่างกายลง โดยใช้เบาะรองชนิดเบาะลมสลับแรงดัน นำมาวางซ้อนบนเตียง แต่หากสามารถพลิกตัวผู้ป่วยและจัดการดูแลในด้านอื่นได้อย่างเหมาะสมแล้ว จะไม่พบความแตกต่างกัน

2.3) การดูแลความสะอาดผิวหนังและสุขอนามัยที่เหมาะสม ดูแลไม่ให้มีอุจจาระหรือปัสสาวะค้างค้ำบนที่นอน ดูแลผิวหนังให้สะอาด ไม่ปล่อยให้ผิวหนังแห้ง และไม่ให้เกิดรอยถลอก

2.4) หลีกเลี่ยงการเกิดแรงบิดพับของผิวหนัง ในการจัดทำผู้ป่วยท่านั่งจะต้องหาหมอนหรือเบาะยัน ไม่ให้ร่างกายสัมผัสโดยตรง หลีกเลี่ยงการไขหัวเตียงให้อยู่ในมุมระหว่าง 30-70 องศา เนื่องจากจะทำให้เกิดการลื่นไถลได้บ่อย

2.5) ป้องกันการเกิดแรงเสียดทานของผิวหนัง ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ไม่ดึงลากผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง

2.6) ส่งเสริมภาวะโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ ตั้งแต่ระยะแรก

2.7) บริหารจัดการเรื่องยา หลีกเลี่ยงยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม เช่นยานอนหลับ

2.4.2 ภาวะพร่องโภชนาการ (Poor nutritional)

ภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีภาวะพร่องโภชนาการก่อนเข้ารับการรักษา และระหว่างรับการรักษา ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพร่องด้านสติปัญญา ปัญหาขาดน้ำ การงดอาหารเพื่อการตรวจรักษา การจำกัดอาหารบางชนิด รวมทั้งการสูญเสียโปรตีน เช่น ดิเดเชียรุนแรง และข้อจำกัดด้านอื่น ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ การวัดส่วนสูง ซึ่ง

น้ำหนัก การคำนวณดัชนีมวลกาย การตรวจทางชีวเคมี ประเมินภาวะขาดอาหารและน้ำ สภาพร่างกายทั่วไป ภาวะซีด ลักษณะของผิวหนังและกล้ามเนื้อ และการประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร

การดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

1) จัดอาหารที่มีปริมาณพลังงานลดลง โดยลดพลังงานจากไขมันและคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง จากกิจกรรม การทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะลดลง ผู้สูงอายุต้องการพลังงานจากสารอาหารประมาณวันละ 1,600 กิโลแคลอรี

2) ลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตลง โดยเฉพาะน้ำตาล น้ำผลไม้ น้ำหวาน เพื่อลดปริมาณพลังงาน

3) อาหารประเภทโปรตีน ประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัม/วัน หากได้รับมากเกินไป จะทำให้ไตทำงานหนักขึ้นในการขับสารยูเรียออกทางปัสสาวะ

4) จัดให้ได้รับวิตามินและแร่ธาตุ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแหล่งวิตามินส่วนใหญ่ อยู่ในผัก ผลไม้สด แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ คือธาตุเหล็ก แม้ว่าจะรับประทานเพียงพอ แต่การดูดซึมลดลง จึงควรจัดอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ร่วมกับผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เพื่อให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น

5) ความต้องการน้ำ น้ำมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเรื่องการช่วยในระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ควรจัดให้ได้รับน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 3,500 มิลลิลิตร ซึ่งเท่ากับ 6-8 แก้ว/วัน

6) การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับอาหารทางสายยาง จัดทำสูตรอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้ได้ คาร์โบไฮเดรต 40-50% โปรตีน 20-30% ไขมัน 10-20% เกลือ+วิตามิน 10% โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการหรือต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภทของผู้ป่วยเฉพาะราย การแบ่งมื้อให้ตามมือของอาหาร เพื่อเป็นไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตในการรับประทานอาหารของคนทั่วไป คือ อาหารเช้า อาหารกลางวัน อาหารเย็น และในกรณีที่มีอาหารมีปริมาณมาก อาจแบ่งเป็น 4 มื้อ คือ ก่อนนอนด้วย ส่วนระหว่างมื้ออาจจะให้เป็นน้ำเปล่า เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ

2.4.3. การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence)

ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย จนกระทั่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเคยชินกับภาวะนี้หรือยอมรับสภาพที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพราะคิดว่าไม่สามารถรักษาได้ คิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย จึงไม่ได้รับการรักษา แต่ความเป็นจริงแล้วอาจเป็นเพียงอาการแสดงของโรคบางอย่าง หรืออาจเกิดเพียงชั่วคราว หากได้รับการแก้ไขก็สามารถกลับคืนภาวะปกติได้ การ

ประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ โดยการประเมินอาการผิดปกติขณะปัสสาวะ การชักประวัติการเจ็บป่วย การคลอดบุตร และการผ่าตัดในบริเวณอุ้งเชิงกราน และการตรวจร่างกาย เพื่อแยกถึงพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ออกจากพยาธิสภาพของ Urinary incontinence ชนิดต่าง ๆ

การจัดการปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ

- 1) การป้องกัน โดยการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน
- 2) ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด (Bladder Training) โดยอาจจะเริ่มต้นทุก 20-30 นาที แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้นเป็นลำดับ
- 3) ให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำในเวลากลางวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมักจะกังวลว่าการดื่มน้ำจะทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยขึ้น
- 4) แนะนำให้ผู้สูงอายุงดหรือลดการดื่มน้ำก่อนออกไปทำธุระนอกบ้าน หรือก่อนเข้านอน
- 5) แนะนำให้บริโภคอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อลดปัญหาท้องผูกเพราะหากท้องผูกจะทำให้บริเวณ Bladder neck ถูกกดซึ่งจะทำให้มีปัสสาวะค้างคั่งในกระเพาะปัสสาวะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้
- 6) แนะนำให้งดหรือลดการสูบบุหรี่เพราะบุหรี่มีน้ำมันทาร์ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย และระคายเคืองต่อทางเดินหายใจทำให้ไอบ่อยเกิดการใช้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจนเกิดอาการปัสสาวะเล็ดราด
- 7) แนะนำให้ผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่สบายถอดง่าย เพื่อความสะดวกเมื่อต้องการถ่ายปัสสาวะ
- 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเช่นทางเดินไปห้องน้ำไม่ควรมีสิ่งกีดขวาง ประตูห้องน้ำสามารถเปิดปิดได้สะดวกเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถไปถึงที่ถ่ายปัสสาวะได้เร็วขึ้น
- 9) ยาบางชนิดมีผลต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่นยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม ถ้ามีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องให้ประวัติหรือแจ้งอาการให้แพทย์ทราบด้วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม
- 10) รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้แห้งสะอาดไม่อับชื้น

2.4.4. ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion)

ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยชักนำได้แก่ ความพร่องในการมองเห็น อาการเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะขาดน้ำ ส่วนปัจจัยเร่งให้เกิด และเป็นปัจจัยของการรักษาได้แก่ การใช้เครื่องมือมัด ภาวะพร่องโภชนาการ การ

ขาดน้ำหรือเสียสมดุลเกลือแร่ ภาวะพร่อง O₂ การสูญเสียประสาทสัมผัสและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม การไต่ยามากกว่า 2 ชนิด การสวนปัสสาวะและเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการรักษา ประเมินระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว cognitive status ขณะประเมิน โรคทางกาย การติดเชื้อ ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ จึงต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ

การป้องกันจัดการปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลัน

1) ค้นหาสาเหตุ และรักษาพยาบาลที่สาเหตุของโรคโดยเร็ว เช่น การติดเชื้อ มีไข้ ภาวะโซเดียมต่ำหรือสูง เป็นต้น

2) ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

(1) จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย และสุขสบาย มีแสงสว่างเพียงพอ

(2) จัดให้มีการตรวจเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เหมาะสม และให้การพยาบาลในสิ่งที่จำเป็น

(3) สนับสนุนอุปกรณ์ในการช่วยเพิ่มการรับรู้ เช่น แว่นตาเครื่องช่วยฟัง และฟันปลอม

(4) ผูกมัดผู้ป่วยในกรณีที่เป็นเท่านั้น ควรผูกยึดเฉพาะส่วน และต้องขออนุญาตจากญาติก่อนเสมอ

(5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นสำหรับลดภาวะวิตกกังวล หรือเมื่อผู้ป่วยวุ่นวาย สังเกตผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยา เช่น ซึมมากขึ้น มีไข้ กล้ามเนื้อแข็งตึง

3) การดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจ และความสะอาดสบาย

(1) ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยใช้คำพูดง่ายๆ ใช้วิธีอธิบายสั้น ช้า และบ่อยครั้ง

(2) ให้ผู้ป่วยได้ฝึกกระบวนการคิด ทบทวนเรื่องวัน เวลา สถานที่ และบุคคลกับผู้ป่วย รับรู้ปัญหาและความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยแก้ไข

(3) จัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เรียบง่าย ติดปฏิทินที่อ่านง่าย และนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการที่จะกระตุ้นความทรงจำให้กลับคืนมา มีการรับรู้ดีขึ้น และสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

(4) ลดสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปจะทำให้การผู้ป่วยเสียการรับรู้เพิ่มขึ้น

(5) ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความเชื่อในพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อให้ลดความวิตกกังวล

(6) ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง

(7) จำกัดความต้องการในเรื่องการตัดสินใจ ถ้าผู้ป่วยมีความคับข้องใจหรือมีความคิดสับสน

(8) ให้กำลังใจเมื่อเข้าไปพบผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆ อย่างเหมาะสม

(9) ยอมรับในความคิดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการแปลความหมายผิดไป (ประสาทหลอน หรือหลงผิด) ไม่ได้เถียงหรือขัดแย้งผู้ป่วย

(10) ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ โดยการใช้คำถาม ที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบได้

(11) เตรียมผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม

4) ติดตาม ให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

(1) ติดตามอาการทางประสาทอย่างต่อเนื่อง

(2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งดูแลเรื่องการขับถ่าย

2.4.5. การหกล้ม (Evidence of Fall)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ร่วมกับมีโรคเรื้อรัง ทำให้ความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การรับรู้ลดลง นอกจากนี้ในการนอนโรงพยาบาลยังเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การหกล้มในโรงพยาบาลอาจเกิดขึ้นขณะพยาบาลทำกิจกรรมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงแต่ละราย และประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ เนื่องจากความเสี่ยงนั้นเปลี่ยนแปลงเสมอ โดยการประเมินในเรื่อง การมองเห็น การรับรู้ทางการประเมิน CMT การทรงตัว การเคลื่อนที่ ประวัติการใช้ยา ประวัติโรคเรื้อรัง ประวัติการหกล้ม สภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1) การบริหารจัดการการใช้ยา

(1) ทบทวนเรื่องการใช้ยาและผลจากการใช้ยา

(2) ทบทวนเรื่องความเหมาะสมของการใช้ยา กรณีที่มีการใช้ยามากกว่า 4 ชนิด มีการใช้ยาในกลุ่ม ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ

2) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เรื่อง ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความปลอดภัย ให้มีกิจกรรมตามความสามารถ การเปลี่ยนท่าช้าๆ เวลาเคลื่อนไหว

3) การจัดการสิ่งแวดล้อม

(1) จัดการแก้ไขสิ่งที่เกะกะขวางทาง

(2) เติง ใ้ข้างเตงม้นคง ไมโยกเยกหรือเลื่อนไปมาได้ ล้อคล้อเตงใ้ไม้มันเตง สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ให้ยกไม้กั้นเตงเพียงครั้งเดียว

(3) มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณทางเดิน และในห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เดินเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน

(4) มีราวจับบริเวณใกล้โถส้วมในห้องน้ำ

(5) ย้ายผู้ป่วยสูงอายุที่สับสนให้ใกล้ที่ทำงานพยาบาล

(6) จัดผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยง พักอยู่บนเตงที่เตี้ย / ปรับระดับได้

(7) จัดของใช้ข้างเตงใ้ให้อยู่ในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง

4) การจัดการปัญหาการขับถ่าย

(1) ประเมินปัญหาการขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะ อูจาระไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย

(2) การจัดตารางเวลาการถ่ายปัสสาวะตามความเหมาะสม เช่น ทุก 4 ชั่วโมง

(3) จัดให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายหรือได้รับยาขับปัสสาวะ / ยาระบาย อยู่ใกล้ห้องน้ำ หรือจัดเตรียมหม้อนอน / กระบอกปัสสาวะ ไว้ให้ข้างเตง

(4) ผู้สูงอายุชายที่มีปัญหาเวียนศีรษะ แนะนำให้นั่งปัสสาวะแทนการยืน

5) การจำแนกด้วยสัญลักษณ์ การใช้แถบสีติดแฟ้มประวัติ / ประตูห้องผู้ป่วย หรือเตงผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการระมัดระวังเป็นพิเศษ

6) ลดการผูกมัด เนื่องจากการผูกมัดไม่ได้ช่วยป้องกันการหกล้ม

7) ใ้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และใ้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนที่เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเดินเป็นปกติ เริ่มด้วยการฝึกใ้ยืนได้เอง ตามด้วยฝึกใ้ยืนได้เอง เริ่มฝึกเดินโดยพิจารณาอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย

8) การใ้การดูแลผู้สูงอายุที่เลขหกล้ม / เกิดอุบัติเหตุ ใ้กลับมาสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้

(1) ประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ การกลัวการหกล้ม

(2) วางแผนในการแก้ปัญหาร่วมกับครอบครัว สนับสนุนการมีกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ การใ้กำลังใจและความมั่นใจ

2.4.6. แบบแผนการนอนผิดปกติ (Sleep disturbances)

ปัญหาการนอนของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ ใ้เวลานานกว่าจะหลับ นอนหลับไม่สนิท ตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น เพลีย ต้องนอนชดเชยทั้งวัน ผลตามมาของการนอนไม่พอ จะใ้การดำเนินชีวิตประจำวันเสียไป การประเมินปัญหาการนอนในผู้สูงอายุ โดยการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการนอน ระยะเวลาการนอนหลับ เวลาเข้านอน-ตื่น สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอน กิจกรรมและอาหารที่ใ้รับก่อนนอน

การจัดการปัญหาการนอนของผู้สูงอายุ

- 1) ช่วยในเรื่องการตรวจวินิจฉัย การรักษา
- 2) ปรับวงจรการนอนหลับให้เป็นปกติ โดยการเข้านอน และตื่นนอนให้ตรงเวลา
ทุกวัน
- 3) หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวัน เพราะจะทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน
- 4) จัดเตียงแวดล้อมในห้องให้ปลอดภัย และสะดวกสบาย เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวนอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างไม่จ้าจนเกินไป
- 5) ที่นอน หมอน ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป และสวมเสื้อผ้าที่สบายไม่คับหรือรัดแน่น
- 6) หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอน (ตัวอย่างเช่น ใช้เสียงเบาๆ ไม่ใช้แสงไฟ ไม่เข็นเตียงชนกันจนเกิดเสียง)
- 7) ตั้งเกิดความถี่ในการตื่นขณะนอนหลับ ปัญหาการหายใจ และอาการกระสับกระส่าย
- 8) อาหารมื้อเย็นควรรับประทานให้พอเหมาะ และเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ควรรับประทานก่อนเข้านอนอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ก่อนนอนอาจจะรับประทานอาหารว่างเบาๆ ได้
- 9) ควรดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นม ก่อนนอน เพราะมี L- tryptophan ซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็นสารสื่อประสาท Serotonin ที่ช่วยในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการนอนหลับ และกระตุ้นให้ทำงานอย่างต่อเนื่อง ควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของสมอง และทำให้นอนไม่หลับ
- 10) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ในตอนเย็นและก่อนนอน เพราะแอลกอฮอล์มีผลต่อการกดช่วงนอนหลับแบบ REM
- 11) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน เพราะสารนิโคติน มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้มีการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ
- 12) ก่อนเข้านอนควรดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และควรถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน
- 13) กระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างวัน เพื่อส่งเสริมการนอน เช่น การออกกำลังกาย การระบายอารมณ์ การลดน้ำหนัก มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามตารางการรักษา
- 14) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นในช่วงระยะเวลากลางวัน

15) ให้มีการผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น สมาธิ Breathing exercises อ่านหนังสือ หรืออาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน

16) หลังจากปิดไฟและเข้านอน ในเวลา 15 นาทีถ้ายังไม่หลับ หรือไม่สงบให้ลุกจากเตียง เมื่อรู้สึกง่วงให้กลับไปนอนใหม่

17) พูดคุยกับผู้ป่วย เรื่องความกลัว ความขัดแย้งในใจ ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการนอนไม่หลับ

18) หลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์ และอ่านหนังสือที่ตื่นเต้นเร้าใจก่อนเข้านอน

19) ในรายที่มีอาการปวด ควรให้ยาบรรเทาอาการปวด เพราะความเจ็บปวดจะมีผลกระทบทำให้สมองหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น เมื่อระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นจะมีผลยับยั้งการสร้างและหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin ซึ่งมีผลส่งเสริมการนอนหลับ

20) นอนในท่าที่เหมาะสม และช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้เต็มที่ เช่น ท่านอนหงาย เข่าควรเหยียดตรงราบกับพื้น ใช้หมอนหนุนใต้เข่าให้อยู่ในท่าอเข่าเล็กน้อย ท่านอนตะแคง ควรนอนในท่าอสะโพกและอเข่าด้วยเสมอ มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า เพื่อไม่ให้เข่าตกลงกับพื้น

21) การใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ ได้แก่ยาพวกสงบประสาท ยานอนหลับ (sedative , hypnotic) ควรให้รบกวนวงจรระยะปกติของการนอนน้อยที่สุด

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีการใช้บริการสุขภาพสูงกว่าวัยอื่น ต้องใช้จ่ายงบประมาณของประเทศในด้านการรักษาพยาบาลสูง จำนวนวันนอนเฉลี่ยนานและเพิ่มขึ้นตามอายุ ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ จึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาลเฉพาะสาขา ผู้สูงอายุโดยตรง ร่วมกับการวางแผนการดูแลร่วมกันกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ในระยะแรกรับจนกระทั่งก่อนการจำหน่าย เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่จะส่งผลลัพธ์ถึงคุณภาพการดูแล ในด้านของการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง

3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay: LOS)

การดำเนินงานในระบบของการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการให้บริการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Outcome indicator) ที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการพยาบาลมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

3.1 ความหมายของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542)

ระยะวันนอนเฉลี่ย หมายถึง จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อราย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

3.2 เกณฑ์การนับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล มีหลักเกณฑ์การคิดตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน หากไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมง และส่วนที่ไม่ถึงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้น นับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน (กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, 2549)

ส่วนหลักการคิดของกองโรงพยาบาลภูมิภาค (2543) มีการคิดจำนวนวันนอนโดยคิดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่นับวันจำหน่าย ยกเว้นรับไว้และจำหน่ายในวันเดียวกัน นับเป็น 1 วัน โดยใช้เวลา 0.00 น. เป็นมาตรฐานในการแบ่งวันที่นอนในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลมะเร็งรังสี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการใช้วิธีการคิดจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

3.3 ค่ามาตรฐานวันนอนตามเกณฑ์ของการจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Drug related group: DRG)

การกำหนดค่ามาตรฐานวันนอน ของกลุ่มโรคตาม DRG ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550) ซึ่งคำนวณจากค่าเฉลี่ยเลขคณิตของวันนอนในแต่ละ DRG เป็นค่ามาตรฐานวันนอน (WT LOS) ดังนี้

กลุ่มโรค	WT LOS
Diabetes no cc	3.85
Diabetes w mild cc	4.82
Diabetes w mod cc	5.62
Diabetes w severe cc	9.16
Heart failure and shock no cc	4.14
Heart failure and shock w mild cc	4.63
Heart failure and shock w mod cc	5.32
Heart failure and shock w severe cc	5.68
Hypertension no cc	2.67
Hypertension w mild cc	2.70

Hypertension w mod cc	3.45
Hypertension w severe cc	4.96
Specific Cerebrovascular disorder exc TIA no cc	5.82
Specific Cerebrovascular disorder exc TIA w mild cc	6.04
Specific Cerebrovascular disorder exc TIA w mod cc	6.79
Specific Cerebrovascular disorder exc TIA w severe cc	11.19

ในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาเจาะจง จะมีการระบุระยะเวลาที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ในแต่ละขั้นตอนของการรักษาพยาบาล แผนการดูแลที่เหมาะสมจะส่งผลถึงจำนวนวันนอนที่ลดลง ซึ่งจำนวนนอนในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนของผู้ป่วยที่ฟื้นหาย ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่ส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังจากการศึกษาของ พัชรียะ (2549) ในการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

จากการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองเป็นเวลานาน ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการวางแผนการดูแลร่วมกันที่สอดคล้องกับปัญหา อันจะส่งผลถึงถึงคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านผู้ให้บริการและบุคลากรในทีมการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแล มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพ

4. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Job satisfaction)

4.1 ความหมาย

การศึกษาความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานไว้หลายท่านด้วยกัน ซึ่งมีทั้งมุมมองที่แตกต่างและคล้ายคลึงกัน ดังนี้คือ

Strauss และ Sayles (1960) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ความพึงพอใจในงานที่ทำเมื่องานนั้นให้ผลตอบแทน ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเขาได้

เทพพนม เมืองแมน และสวีน สุวรรณ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่ง

ความรู้สึกที่ดีในงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย และรากฐานแห่งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ขาดหายไปกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับระหว่างงาน

สมลักษณ์ สุวรรณมาลี (2540) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในปัจจัยการทำงาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 176 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลประจำการของโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า มีความพึงพอใจในปัจจัยการทำงานอยู่ในระดับปานกลางและมีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ระดับปานกลางและตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Dolan (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเหนื่อยหน่ายและความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 90 คน จากโรงพยาบาลในเมืองดับลิน (Dublin) โดยใช้วิธีการร่วมมือ (Participate) ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในงานสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายต่ำ และพยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานต่ำจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง

Maslach (1982) กล่าวว่า เมื่อพยาบาลไม่พึงพอใจในงานจะมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน โดยมีการแสดงออกพฤติกรรมที่ไม่กระตือรือร้น ท้อแท้ ไม่รับผิดชอบ ไม่อยากทำงาน ละเลยการดูแลผู้ป่วย และประสิทธิภาพของงานต่ำลง นอกจากนี้ ความพึงพอใจในงานยังเป็นสิ่งที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงาน ซึ่งบ่งบอกถึงความสุข และคุณค่าของชีวิตจากการทำงานได้อีกด้วย ความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของงาน ย่อมทำงานอย่างมีความสุข สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

จากความหมายทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบการทำงานทางการพยาบาล ด้วยความเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นการบริหารที่ทำให้บรรลุตามเป้าประสงค์ขององค์กร และทำให้ทุกคนมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร รูปแบบการบริหารที่ดี และเหมาะสมของผู้บริหารจะทำให้เกิดความพึงพอใจในผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รูปแบบการบริหารเป็นลักษณะของการจัดการภายในองค์กรของผู้บริหาร ผู้บริหารจะใช้รูปแบบใดในการบริหารย่อมส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงาน และองค์กรเนื่องจากรูปแบบการบริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน และผลผลิต

4.2 การประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล

การประเมินความรู้สึกพึงพอใจของพยาบาลที่ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยประเมินจากแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield และ Noelker (2000) ซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลใน Long – Term care โดยผู้วิจัยเลือกใน 4 องค์ประกอบดังนี้

4.2.1 ลักษณะของงานและภาระงาน คือกิจกรรมหรือเนื้องานที่ปฏิบัติ ภาระหน้าที่ของงานที่ปฏิบัติ ความท้าทายความยุ่งยากของงาน

4.2.2 สถานภาพและบทบาทของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานตามความสามารถในบทบาทของวิชาชีพ การมีอำนาจหน้าที่ และโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกำหนดวิธีการและเป้าหมายในการปฏิบัติงานในองค์กร

4.2.3 คุณภาพของงานและการยอมรับ คือ ผลสำเร็จของงาน การยอมรับในความสามารถทั้งจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

4.2.4 สัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน คือ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

การปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมสุขภาพ ที่สหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีรูปแบบในการทำงานในลักษณะความร่วมมือจากหลายฝ่ายประสานงานกัน การวางแผนการดูแล การกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนเป็นการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อันจะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของการดูแล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้
 กรรณิกา เอ็นสุข (2544) ได้ศึกษาผลของใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยทำการทดลองในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำนึกในความรับผิดชอบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี ไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุวัชรีย์ งามิมา (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจบุคลากร โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมลดลง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการจัดการผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญ

พัชรี คงปลอด (2549) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ราย และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญ

Ireson (1997) ศึกษาผลการใช้ Clinical pathway ต่อประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการทดลองในโรงพยาบาล St. Joseph ขนาด 450 เตียงในรัฐ Kentucky สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพก จำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 คน โดยศึกษาถึงประสิทธิผล 3 ด้าน คือ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และคุณภาพการรักษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้ Clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และกลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้

Lynne Nemeth (1999) ทำการศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพแผนการดูแลร่วมระหว่างวิชาชีพ (Clinical Pathway) ซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข Clinical Pathway เพื่อใช้ในระบบการจัดการดูแลแบบ Case management โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การ

ประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และการจัดระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจ พบว่าการมีระบบการบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ ทำให้ได้บันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแล ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยอมรับได้ในทีม ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และในการเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และมีผู้จัดการผู้ป่วยรับผิดชอบในการติดต่อประสานงานการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

Silverstein (1998) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St. Peter's Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างสรรค์คุณภาพบริการที่ตอบสนองความต้องการ สร้างความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้ระบบการจัดการการดูแล (Case management) พบว่าหลังจากใช้ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ทำให้เกิดผลในทางบวกหลายด้านคือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลดลงอย่างเห็นได้ชัด อัตราการกลับเข้ารับการรักษาลดลง ในด้านผู้บริหารการพยาบาลมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และมีความเห็นว่าการเข้าร่วมมือของฝ่ายแพทย์ต่อการจัดการผู้ป่วยเป็นทีม จะช่วยให้การดำเนินการประสบความสำเร็จเร็วขึ้น

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

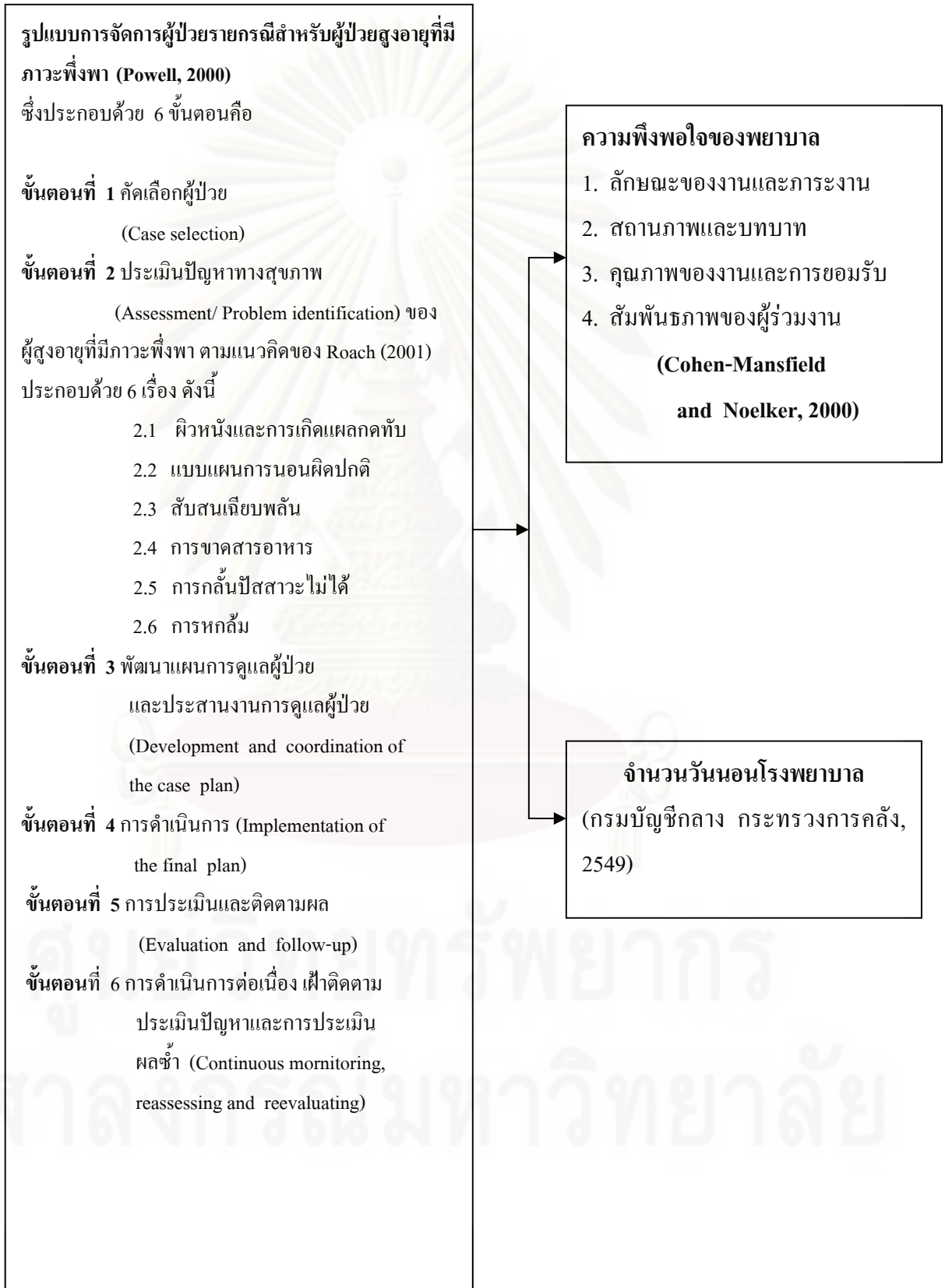
จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powel (2000) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุ 2) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินงานตามแผนการดูแล 5) การประเมินและการติดตามผล และ 6) การติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาและกลุ่มอาการที่พบบ่อยของ Roach (2001) ซึ่งได้แก่ 1) ผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ 2) แบบแผนการนอนผิดปกติ 3) ภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) การขาดสารอาหาร 5) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ 6) การหกล้มลงในขั้นตอนการประเมินปัญหาทางสุขภาพ ขั้นตอนการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้ปฏิบัติร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และนำรูปแบบที่ร่วมกันพัฒนามาใช้ในการปฏิบัติงาน ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา การประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย ตลอดจนการประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานร่วมกัน ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลถึงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ในด้านของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการ

ผู้ปวยรายกรณี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Cohen-Mansfield และ Noelker (2000) ใน 4 องค์ประกอบคือ 1) ลักษณะของงานและภาระงาน 2) สถานภาพและบทบาทของพยาบาล 3) คุณภาพของงาน/การยอมรับ และ 4) สัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ในรูปภาพที่ 1



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบเปรียบเทียบกับกลุ่มเกณฑ์ (Static group comparison design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลองปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองปฏิบัติ

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม			O1
ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	X		O2
พยาบาล	O3	X	O4

O1 = ข้อมูล จำนวนวันนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

O2 = ข้อมูล จำนวนวันนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

X = รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

O3 = ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

O4 = ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์
2. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือนุเคราะห์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 15 คน เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คนและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย 14 คน คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ระดับการศึกษา และตำแหน่งในวิชาชีพ (n=15)

ข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
20 – 25 ปี	1	6.67
26 – 30 ปี	2	13.33
31 – 35 ปี	9	60.00
36 – 40 ปี	1	6.67
41 – 45 ปี	2	13.33
ประสบการณ์การทำงาน		
0 – 5 ปี	2	13.33
6 – 10 ปี	3	20.00
11 – 15 ปี	7	46.67
16 – 20 ปี	1	6.67
21 – 25 ปี	2	13.33
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	15	100
ตำแหน่ง		
หัวหน้าหอ	1	6.67
พยาบาลประจำการ	14	94.33

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุในช่วง 31- 35 ปี มากที่สุดคือร้อยละ 60 รองลงมาคือ 26 – 30 ปี และ 41 – 45 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 13.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน ในช่วง 11- 15 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 46.67 รองลงมาคือประสบการณ์ในการทำงาน 6 – 10 ปี ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ คือร้อยละ 94.33 มีตำแหน่งเป็น หัวหน้าหอเพียงคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 6.67

2. กลุ่มผู้ป่วย คือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน ด้วยโรคทางอายุรกรรม แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 15 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ที่ใช้เกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยการคัดเลือกวิธีจับคู่ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่ม โดยการจับคู่ (Matched pair) รายคู่ ด้วยตัวแปร อายุ การวินิจฉัยโรค และระดับของการพึ่งพา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ใช้เกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินภาวะพึ่งพาโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอดีเอลดจากกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 0 – 12 คะแนน
2. ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
3. ผู้ป่วยไม่มีการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น หรือถึงแก่กรรม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินภาวะพึ่งพาโดยใช้ดัชนีบาร์เชลเอดีเอลดจากกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 0 – 12 คะแนน
2. ผู้ป่วยและครอบครัว ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาของทีมสหวิชาชีพ
3. ผู้ป่วยไม่มีการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น หรือถึงแก่กรรม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่กลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ดังนี้

1. อายุไม่ต่างกันมากกว่า 5 ปี เนื่องจากสภาพร่างกายจะเสื่อมสภาพไปตามอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพ การหายของโรค และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูงขึ้น(นพรัตน์ เพชรพงษ์, 2545; Mayer et al.,1992)
2. การวินิจฉัยโรค
3. ระดับของการพึ่งพา เนื่องจากภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังตารางที่

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกเพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกัน โดยการจับคู่ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่ม โดยการจับคู่รายคู่ (Matched pair) ด้วยตัวแปร อายุ การวินิจฉัยโรค และระดับของการพึ่งพา

คู่ที่	ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ			ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี		
	อายุ	การวินิจฉัยโรค	ระดับของการพึ่งพา	อายุ	การวินิจฉัยโรค	ระดับของการพึ่งพา
1	78	CVA	ค่อนข้างมาก(6)	80	CVA	ค่อนข้างมาก(6)
2	76	CVA c Pneumonia	ค่อนข้างมาก(6)	73	CVA c Pneumonia	ค่อนข้างมาก(6)
3	82	CVA	สูง(0)	81	CVA	สูง(0)
4	69	CVA c IHD	ปานกลาง(10)	72	CVA c IHD	ปานกลาง(10)
5	85	CVA	ค่อนข้างมาก(6)	88	CVA	ค่อนข้างมาก(6)
6	74	CVA	สูง(0)	71	CVA	สูง(0)
7	68	CHF	ปานกลาง(10)	71	CHF	ปานกลาง(10)
8	76	HT c CHF	ปานกลาง(10)	78	HT c CHF	ปานกลาง(10)
9	70	HT c Dizziness	ปานกลาง(10)	74	HT c Dizziness	ปานกลาง(10)
10	94	HT c IHD	ค่อนข้างมาก(6)	93	HT c IHD	ค่อนข้างมาก(6)
11	75	HT c CRF	ค่อนข้างมาก(6)	70	HT c CRF	ค่อนข้างมาก(6)
12	73	HT c IHD	ปานกลาง(10)	71	HT c IHD	ปานกลาง(10)
13	64	Cirrhosis c ascietis	ค่อนข้างมาก(6)	60	Cirrhosis c ascietis	ค่อนข้างมาก(6)
14	83	DM c Hypoglycemia	ปานกลาง(12)	78	DM c Hypoglycemia	ปานกลาง(12)
15	70	DM c HT	ปานกลาง(10)	71	DM c HT	ปานกลาง(10)

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทุกคู่เป็นไปตามลักษณะการจับคู่ (Matched pair) คือ มีอายุใกล้เคียงกัน การวินิจฉัยโรคเดียวกัน และมีระดับการพึ่งพาเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 1 โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี”

ชุดที่ 2 แผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา

ชุดที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา สร้างโดยใช้แนวคิด การจัดการกับปัญหาสุขภาพทางกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของ Roach (2001) แนวคิดเป้าหมายในการดูแล การป้องกัน และจัดการกับปัญหา

ชุดที่ 4 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 5 แบบกำกับกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield and Noelker (2000)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 1 โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยจัดการประชุม พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และพยาบาลในแผนกอื่นที่สนใจเข้าร่วมอบรม โดยมีการระดมสมองและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฟังกา โดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้เวลาในการอบรม 2 วัน มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เขียนโครงการอบรมเพื่อขออนุมัติการจัดการอบรม ในวันที่ 10 -11 สิงหาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น. เสนอหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมะการักษ์

1.2 ขออนุมัติบุคลากรเข้ารับการอบรม ในวันและเวลาดังกล่าว โดยทำบันทึกข้อความ เรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง เพื่อขอใช้สถานที่ในการจัดการอบรม ขออนุญาตให้บุคลากรเข้ารับการอบรม และเข้าร่วมโครงการดำเนินงานการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่น รุ่นละ ครั้งวัน

1.3 ดำเนินการอบรมโดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้บรรยายและให้ความรู้เรื่องแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้เข้าอบรมร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง

1.4 ประชุมพยาบาลผู้ปฏิบัติในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอีกครั้ง เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ และแนะนำการดำเนินงานในการปฏิบัติการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกดูแล แนวทางการดูแลผู้ป่วยและแบบฟอร์มต่างๆ ให้เข้าใจตรงกัน (รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1)

ชุดที่ 2 แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ทีมพยาบาล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง

ขั้นตอนการสร้าง

2.1 เขียนแผนการอบรม และดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเนื้อหาการอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) และ แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อการป้องกันและการจัดการกับปัญหาการเกิดกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุของ Roach (2001)

2.2 ดำเนินการอบรมพยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในวัน เวลา ดังกล่าว(รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1 ชุดที่ 2)

ชุดที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง โดยการกำหนดช่วงเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการสร้าง

3.1 กำหนดโครงสร้างแผนการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษา ค้นคว้า จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยล่องหน้า (Clinical pathway) และแนวทางการดูแลผู้ป่วย

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อการป้องกันและการจัดการกับปัญหาการเกิดกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของ Roach (2001)

3.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 10 – 11 สิงหาคม 2552 และทำการประชุมกลุ่มในการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยให้กลุ่มระดมสมองค้นหาปัญหา และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย (รายละเอียดในภาคผนวก ก) โดยข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะแรกเริ่ม 2) ระยะการดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะการดูแลต่อเนื่องและติดตามประเมินผล 4) ระยะการวางแผนการจำหน่าย

3.3 ประชุมกลุ่มในการสร้างและปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแลผู้ป่วย และนำข้อสรุปที่ได้มาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยสรุปหัวข้อในภาพรวมได้ 6 ข้อ ดังนี้

- 1) แสดงชื่อโรค และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
- 2) Expected outcome
- 3) Assessment
- 4) Lab/Investigation
- 5) Nursing intervention
- 6) Health teaching / prevention

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4 ผู้วิจัยนำแผนการดูแลผู้ป่วย ที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 15 ราย ผลที่ได้พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติยังขาดความถนัดต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย และ Care map check list ในส่วนของการประเมินปัญหาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ แก้ไขโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำการใช้อย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ (รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1 ชุดที่ 3)

ชุดที่ 4 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนการสร้าง

4.1 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขั้นตอนในการให้การดูแล บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

4.2 เขียนรายละเอียดของกลุ่มการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ เนื้อหาของกลุ่มประกอบด้วย แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย พยาบาลผู้ปฏิบัติ และทีมสหวิชาชีพ ขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ปัญหากลุ่มอาการที่พบบ่อยและการจัดการ และแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปัญหาและกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1 ชุดที่ 4)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.3 นำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภายหลังจากที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยต่อไป

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

ขั้นตอนการสร้าง

5.1 จัดทำเนื้อหาที่แสดงถึงพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามกรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) ใน 6 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การประสานงานและการจัดทำแผนการดูแล การดำเนินงานตามแผนการดูแล การประเมินและการติดตามผล และการเฝ้ากำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้ข้อคำถามการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 10 ข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1 ชุดที่ 5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .90 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงเนื้อหาสำนวนภาษา ให้ตรงประเด็น

และมีความชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ผลของการตรวจสอบพบว่าให้ปรับแก้ไขด้านภาษาของข้อคำถาม 1 ข้อ ไม่มีเพิ่มเติมจำนวนข้อคำถาม รวมข้อคำถาม 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล กำหนดเนื้อหาเพื่อใช้ในการบันทึกและคำนวณจำนวนวันนอนโรงพยาบาลตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (2549) โดยให้นับตั้งแต่เวลาที่สถานพยาบาลรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่สถานพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล โดยให้นับยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นหนึ่งวัน ถ้าไม่ถึงยี่สิบสี่ชั่วโมงหรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงและส่วนที่ไม่ถึง หรือเกินยี่สิบสี่ชั่วโมงนั้นนับได้เกินหกชั่วโมง ให้ถือเป็นหนึ่งวัน นำไปใช้ในการบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (รายละเอียดในภาคผนวก ค ส่วนที่ 2 ชุดที่ 1)

ตัวอย่างการนับเวลาเพื่อคำนวณจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ก) สถานพยาบาลรับตัวผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 18.00 น. และจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลวันที่ 3 สิงหาคม 2552 เวลา 10.00 น. นับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 2 วัน โดย

วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 18.00 น.- วันที่ 2 สิงหาคม 2552 เวลา 18.00 น. = 24 ชั่วโมง = 1 วัน

วันที่ 2 สิงหาคม 2552 เวลา 18.00 น.- วันที่ 3 สิงหาคม 2552 เวลา 10.00 น. = 16 ชั่วโมง ให้คิดเป็น 1 วัน

ข) สถานพยาบาลรับตัวผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 น. และจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลวันที่ 3 สิงหาคม 2552 เวลา 11.00 น. นับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 2 วัน โดย

วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 น.- วันที่ 2 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 น. = 24 ชั่วโมง = 1 วัน

วันที่ 2 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 น.- วันที่ 3 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 น. = 24 ชั่วโมง = 1 วัน

วันที่ 3 สิงหาคม 2552 เวลา 9.00 - 11.00 น. = 2 ชั่วโมง ไม่นับเป็นวันใหม่

ค) สถานพยาบาลรับตัวผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 10.00 น. และจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลเวลา 17.00 น. ในวันเดียวกัน นับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 1 วัน โดย วันที่ 1 สิงหาคม 2552 เวลา 10.00 - 17.00 น. = 7 ชั่วโมง ให้คิดเป็น 1 วัน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ ประสบการณ์ทำงาน อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2. กำหนดโครงสร้างของแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้กรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield and Noelker (2000) ในการประเมินความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจของพยาบาลที่ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ใน 4 องค์ประกอบดังนี้

2.1 ลักษณะของงานและภาระงาน หมายถึง การที่พยาบาลรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผลของการพยาบาล การปฏิบัติงานที่มีแนวทางที่ชัดเจน มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับความสามารถ และเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของตนเอง

2.2 สถานภาพและบทบาทของพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลรับรู้ว่าตนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการให้การดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลผู้ป่วย เสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน การใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และมีความมั่นใจในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ

2.3 คุณภาพของงานและการยอมรับ หมายถึงการที่พยาบาลรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด และเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนการรับรู้ถึงการได้รับการยอมรับในความสามารถ ทั้งจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใช้บริการ

2.4 สัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน หมายถึงการที่พยาบาลรับรู้ถึงความร่วมมือในการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การประสานงานที่เอื้อต่อการทำงาน มีความเข้าใจกัน การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การปรึกษาวางแผนการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงการรับรู้ต่อความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในทีมสุขภาพ

3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามกรอบแนวคิดของ Cohen-Mansfield และ Noelker (2000) โดยข้อคำถามคำนึงถึงความครอบคลุมคำนิยาม ตัวแปรความพึงพอใจในงานของพยาบาล ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 34 ข้อ ดังนี้

ด้านลักษณะของงานและภาระงาน	8 ข้อ
ด้านสถานภาพและบทบาทของพยาบาล	8 ข้อ
ด้านคุณภาพของงานและการยอมรับ	9 ข้อ
และด้านสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน	9 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์คะแนน ระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

คะแนน 5	พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มากที่สุด
คะแนน 4	พึงพอใจมาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มาก
คะแนน 3	พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ปานกลาง
คะแนน 2	พึงพอใจน้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อย
คะแนน 1	พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความพึงพอใจ จากข้อคำถามเดิม 40 ข้อ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา(CVI) = .75 นำข้อเสนอแนะมาปรับข้อคำถามด้านภาษาจำนวน 9 ข้อ ตัดข้อคำถาม 6 ข้อ ไม่มีเพิ่มเติมจำนวนข้อคำถาม รวมเหลือข้อคำถาม 34 ข้อ ให้มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ใน 4 ด้าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 2 ชุดที่ 2) ดังนี้

1.3.1 ด้านลักษณะของงานและภาระงาน	8 ข้อ
1.3.2 ด้านสถานภาพและบทบาทพยาบาล	8 ข้อ
1.3.3 ด้านคุณภาพของงานและการยอมรับ	9 ข้อ
1.3.4 ด้านสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน	9 ข้อ

2. นำแบบสอบถามความพึงพอใจที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้ว ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 15 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ .95

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย

1.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่จะใช้ในการทดลองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 เขียนโครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการและแผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

1.2.2 สร้างแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และแบบประเมินภาวะพึ่งพา สำหรับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยใช้ประเมินภาวะพึ่งพา ในขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าในระบบการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

1.2.3 เขียนคู่มือรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย สำหรับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และพยาบาลผู้ปฏิบัติ ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน

1.2.4 สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล สำหรับเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2. เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเก็บข้อมูล ประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดและกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. เตรียมการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยทำหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งฯ ในการดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็งฯ” และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งฯ เพื่อขอใช้สถานที่ในการจัดอบรม และขออนุญาตให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการอบรมในวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด

4. เตรียมบุคลากรในทีมการพยาบาล โดย

4.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

4.2 ประชุมพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อชี้แจงและแนะนำการดำเนินงาน ในการปฏิบัติการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 15 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 15 วัน

1.2 เก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คนที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็งฯ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์

1.3 นำเสนอคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ต่อทีมพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจในคู่มือ การใช้แบบฟอร์มต่างๆในการเก็บข้อมูล และการใช้แบบสอบถามชุดต่างๆในการทำวิจัย โดยจัดประชุมกลุ่มย่อย รวม 2 ครั้ง ให้ได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มาใช้ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม

2.2 แจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ให้แก่หน่วยงานในแผนกอายุรกรรม เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

2.3 ทดลองปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและแผนการดูแล โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ตามขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ใน 6 ขั้นตอน (ภาคผนวก ค หน้า 113) ดังนี้

2.3.1 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ป่วย เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลวิชาชีพทำการคัดเลือกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ภาคผนวก ค หน้า 116) ทดสอบกิจกรรมสติปัญญาด้วยวิธีหน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย และแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเข้ารับและดูแลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการแจ้งจากพยาบาลผู้ปฏิบัติ ในวันราชการและรับปรึกษาทางโทรศัพท์กรณีนอกเวลาราชการ โดยทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน

2.3.2 ขั้นตอนการประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ประเมินปัญหาสุขภาพทางกายหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมิน G.Assessment (ภาคผนวก ค หน้า 121) เพื่อประเมินปัญหาและความเสี่ยงใน 6 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ โดยประเมินแรกรับและประเมินซ้ำทุกวัน ลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกแผนการดูแลและ Care map check list การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา(ภาคผนวก ค หน้า 102)

2.3.3 ขั้นตอนการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ และร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย(Patient round) ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพทุกวันในเวรเช้า

2.3.4 ขั้นตอนการดำเนินการ พยาบาลผู้ปฏิบัติร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ดำเนินการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางการดูแลที่กำหนดขึ้น ภายใต้การควบคุมกำกับ การประสานงาน และการแก้ไขปัญหา ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดขึ้น เมื่อพบว่ามีความแปรปรวน คือ พบปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการตามกระบวนการ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย บันทึกปัญหาลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล และแจ้งให้สมาชิกทีมการพยาบาลทราบ ในการประชุม Post conference ทุกเวรเช้า

2.3.5 ขั้นตอนการประเมินและติดตามผล พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประเมินผลการดูแล โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัวของผู้ป่วย ในการประเมินผลการดูแล การเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู และการดำเนินของโรค

2.3.6 ขั้นตอนการดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประสานกับหน่วยบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในการวางแผนการจำหน่าย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินปัญหา ติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่าย

2.4 ประชุมกลุ่มย่อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย และตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติ หน่วยงานละ 1 คน เพื่อร่วมติดตามแก้ไข ปรับปรุง พัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลองการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 15 รายและกลุ่มทดลอง 15 ราย ซึ่งในการเก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้ตัดผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างออกไป 1 ราย คือคู่ที่ 5 เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย ในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาล แต่ญาติไม่พร้อมที่จะรับกลับบ้าน ขอนอนพักต่อ รวมจำนวนวันนอน 10 วัน คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 14 ราย นำมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 14 คู่

2. ความพึงพอใจของพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 15 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the Social Science) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบ่งกลุ่มข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ในรูปแบบตาราง ค่าเฉลี่ยและหาร้อยละ

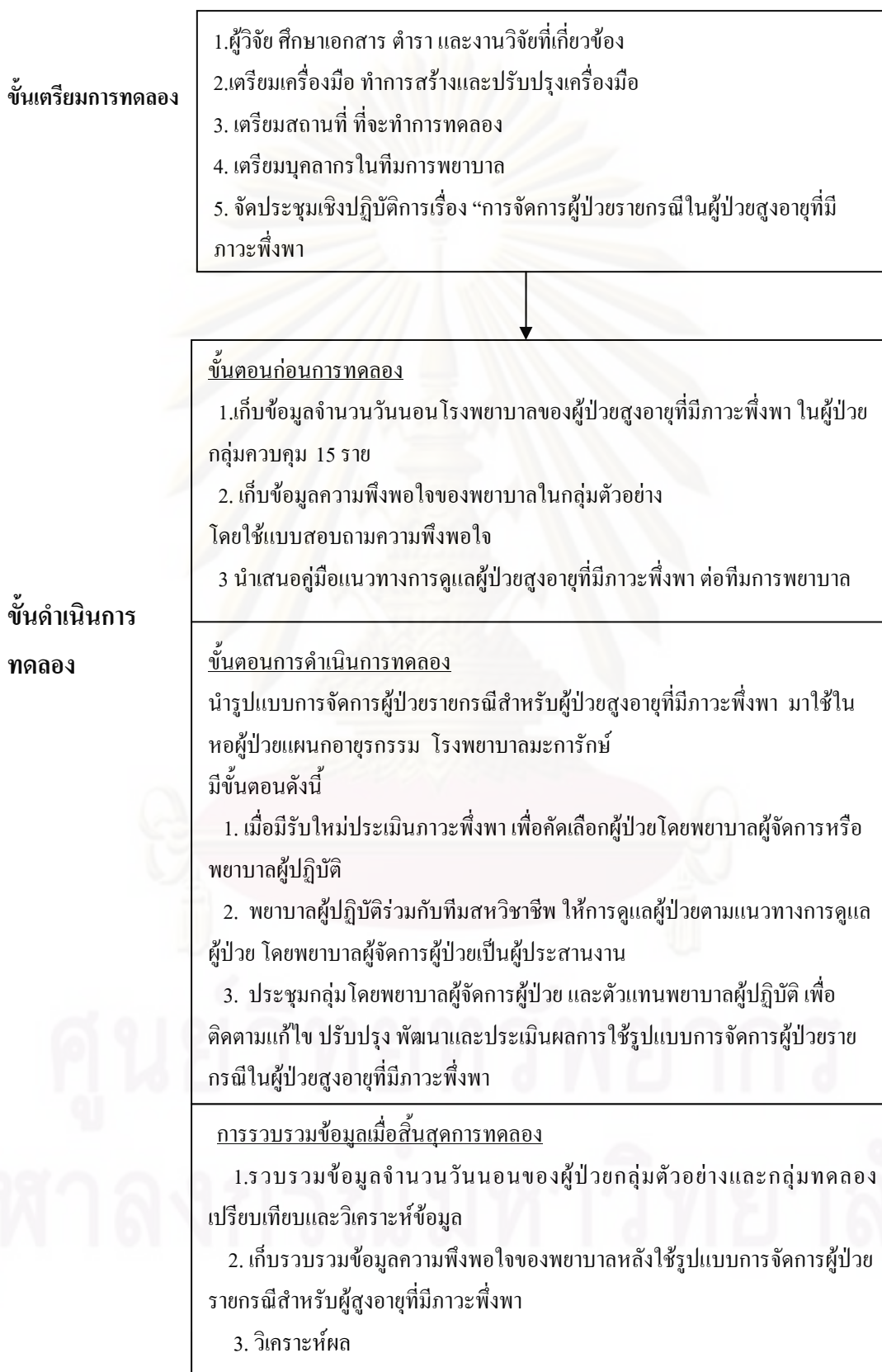
2. ข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t - test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลปกติ กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม 15 คน และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแผนกอายุรกรรมจำนวน 30 คน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (ตารางที่ 4)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังทำการทดลอง

ความพึงพอใจ ของพยาบาล	ก่อนการใช้รูปแบบ การจัดการผู้ป่วย รายกรณี		หลังการใช้รูปแบบ การจัดการผู้ป่วย รายกรณี		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
	1. ด้านลักษณะของงาน และภาระงาน	3.46	.06	4.13			
2. ด้านสถานภาพและ บทบาทพยาบาล	3.48	.05	4.01	.09	14	4.06*	.00
3. ด้านคุณภาพและ การยอมรับ	3.52	.12	3.97	.08	14	3.16*	.00
4. ด้านสัมพันธภาพ ของผู้ร่วมงาน	3.48	.06	3.95	.24	14	3.70*	.00
รวม	3.48	.02	4.01	.08	14	4.76*	.00

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ				กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี				df	t	p-value
	MAX	MIN	\bar{X}	SD	MAX	MIN	\bar{X}	SD			
	จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	18	3	8.57	4.99	10	3	5.21			

* P < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5.21 วัน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 8.57 วัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบเปรียบเทียบกับกลุ่มเกณฑ์ (Static group comparison design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

ความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยการคัดเลือกวิธีจับคู่ ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มโดยจับคู่ (Matched pair) รายคู่ ด้วยตัวแปร อายุ กลุ่มโรค และระดับของการพึ่งพา
2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 5 ชุดคือ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 2) แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 3) แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 4) คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ 5) แบบกำกับการทำงาน ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดคือ 1) แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เครื่องมือทั้งหมดผ่านการ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

การดำเนินการวิจัย มี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง 2) ขั้นตอนดำเนินการทดลอง โดยเตรียมทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาล นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง การประเมินผล โดยเก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ผู้วิจัย ใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยเริ่มจากวันที่ 1 กรกฎาคม - 15 กันยายน 2552 โดยมีกรเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองประเมินภาวะพึ่งพาโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL index คัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับพึ่งพานกลาง - สูง มีคะแนน 0 - 12 คะแนน เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน โดยเริ่มตั้งแต่ 1 - 20 กรกฎาคม 2552

2. ข้อมูลความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา วันที่ 10 - 15 สิงหาคม 2552

3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา คัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับพึ่งพานกลาง - สูง มีคะแนน 0 - 12 คะแนน เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำนวน 15 คน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประสานงานกับทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนในการดูแลร่วมกัน ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้กำกับ ติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 15 คนตั้งแต่วันที่ 17 - 31 สิงหาคม 2552

4. เก็บข้อมูลความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม - 5 กันยายน 2552

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Statistical package for the social science) โดยข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง นำมา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t - test ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ในรูปตาราง ค่าเฉลี่ยและหาค่าร้อยละ และข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล

ก่อนและหลังการทดลอง นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการพิจารณาความพึงพอใจในรายด้าน แต่ละด้านต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าสูงขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านสถานภาพและบทบาทพยาบาล และด้านสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน ซึ่งมีระดับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดในระดับที่เท่ากัน

การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยและพยาบาลผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดทำ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำรูปแบบที่ร่วมกันพัฒนามาใช้ในการปฏิบัติงานจริง ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการดูแลร่วมกันเพื่อและนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืน (สุริยา วีรวงศ์, 2544) ทำให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลในการที่ได้มีโอกาสแสดงความเป็นอิสระในวิชาชีพ ในการคิด ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้วรรวมมือของทีมสหวิชาชีพ และการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน การอำนวยความสะดวกจากหัวหน้างาน ส่งผลต่อสัมพันธภาพอันดีระหว่าง เพื่อนร่วมงาน ทีมสหสาขา และหัวหน้างาน นอกจากนี้การได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติ โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน สร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลในการบริหารจัดการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ขั้นตอนของกระบวนการปฏิบัติการบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความชัดเจนของการปฏิบัติ ช่วยให้เกิดความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความต่อเนื่องในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ตามสถานภาพและศักยภาพของตน ได้รับการส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยได้รับการอำนวยความสะดวกในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจากการติดต่อกลับเข้ามาขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ส่งผลถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลเกิดความพึงพอใจในวิชาชีพ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดจากองค์ประกอบในหลายด้าน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Cohen-Mansfield และ Noelker (2000) ซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุใน Long - Term care ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ลักษณะของงานและการะงาน สถานภาพและบทบาทของพยาบาล คุณภาพของงานและการยอมรับ และสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นงานที่ทำทลายความสามารถในการดูแลของพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือสูญเสีย

ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องตามปัญหาความต้องการการดูแล มีการฟื้นฟูและไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีระดับของการพึ่งพาที่ลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรได้ตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแล หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่ลุกลาม ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติกรพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพของพยาบาล ในการที่ได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัว และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติยาวนานกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สิ่งที่พบคือ ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ดังนี้

2.1 ภาวะการเจ็บป่วย ปฏิบัติการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูของโรคในผู้ป่วยสูงอายุ

2.1.1 การฟื้นฟูของโรคในผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่แน่นอน ซึ่งการฟื้นฟูเป็นการกลับเข้าสู่ภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตสังคม และการปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่า สมรรถภาพในการประกอบกิจต่างๆ (function ability) จะลดถอยลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80 – 85 ปี ก็จะเป็นผลให้สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ค่อนข้างต่ำ และถ้ามีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างๆร่วมด้วย จะทำให้สมรรถภาพลดต่ำลงจนไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตเป็นอิสระได้ และน่าเป็นจะต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล

2.1.2 ความไม่แน่นอนทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการตอบสนองของร่างกายต่อโรค เนื่องจากสาเหตุของอาการส่วนใหญ่จะไม่ชัดเจน การดำเนินของโรคมีระยะเวลาเร็วช้าต่างกันในแต่ละบุคคล

2.2 ภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยสูงอายุที่มีค่า BMI และผลการประเมินภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ 3 ราย ตั้งแต่แรกเริ่ม ภาวะพร่องโภชนาการส่งผลต่อความรุนแรงของโรค และผลต่อการรักษา ในรายที่เป็นเบาหวานและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุจากความอยากอาหารและการรับประทานได้น้อยลง ในขณะที่ยังคงได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและการปรับขนาดของยา ทำให้

ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำขึ้นอีก และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admit)

มณี อาภานันท์กุล (2550) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด รวมทั้งการต้องรับประทานอาหารคนเดียว อาจส่งผลให้เกิดความอยากอาหารลดลง

2.3 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการฟื้นฟูหาย มากกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลจ้างเหมา เนื่องจากขาดความผูกพัน และไม่ได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูเท่าที่ควร เช่น การกระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตร การป้อนอาหาร ตลอดจนการพูดคุยกับผู้ป่วย

2.4 แผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความไวต่อยาที่ได้รับ ในการรักษาของแพทย์จะเริ่มให้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดของยาขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในผลลัพธ์สูงสุด และเกิดผลข้างเคียงของยาน้อยที่สุด

2.5 ความมั่นใจและความพร้อมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ในผู้ป่วยที่มีระดับของการพึ่งพาสูง ต้องการการเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย เช่นการให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ เรื่องความพร้อมของผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวมีความกลัว วิตกกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ขาดความมั่นใจในการให้กิจกรรมการพยาบาล ตลอดจนกลัวอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนความพร้อมของสถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นจึงต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนการจำหน่าย

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล(2546) การวางแผนการจำหน่ายอย่างครอบคลุม ได้แก่ การเตรียมความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแล และการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เป็นผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหายจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและจากภาวะของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัว ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสภาวะของผู้ป่วย ย่อมแสดงถึงคุณภาพการบริการที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรค และปัญหาจากกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่สำคัญ เช่นในกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการอยู่กับโรคเรื้อรัง

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้การสนับสนุนบทบาทและการดำเนินงานของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ

3. ในการบริหารจัดการทางการแพทย์ ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ การศึกษาอบรมเฉพาะด้านให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการนำรูปแบบของการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเน้นที่ผลลัพธ์ของการดูแล มาใช้ในการบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาเพิ่มเติมจากรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรมีการศึกษาและประเมินผลในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. การศึกษาถึงประสิทธิผล และความสอดคล้องของการใช้แนวทางการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษดา แสงดี. 2547. **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- กาญจนา จันทร์ไทย. 2543. **ผู้สูงอายุไทย**. วารสารการศึกษาศาสตร์พยาบาล 3 (ธันวาคม-มีนาคม): 53-57.
- จอม สุวรรณโน. 2542. **ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 7 (3): 147-154.
- จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. 2545. **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์. 2546. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. มปท.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2545. **การพยาบาลและสุขภาพผู้สูงอายุ: มุมมองจากการประชุมการพยาบาลนานาชาติ**. วารสารพยาบาล 2 (เมษายน – มิถุนายน): 75 – 80.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2547. **รายงานวิจัย: การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ และกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จูไร เกลี้ยงเกล้า, สมบัติ ไชยวัฒน์ และครุณี ทายะดี. 2548. **ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. พยาบาลสาร 2 (เมษายน – มิถุนายน): 46 – 57.
- จุฬามณี คุณวุฒิ. 2542. **ผลของการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง. 2547. **การบริหารจัดการและการเป็นผู้นำทางการพยาบาล**. มปท.
- ชนกพร จิตปัญญา และคณะ. 2544. **เครื่องมือวัดความพึงพอใจในงาน**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 1 (มกราคม-เมษายน): 9-15.

- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2540. พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ธิดา นิงสานนท์. 2548. 108 คำถาม HA. กรุงเทพมหานคร: ปรมาัตต์การพิมพ์.
- นวลขนิษฐ ลิจิตลือชา และคณะ. 2547. การบริหารการพยาบาลแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- นายกรัฐมนตรี, สำนัก. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). มปท.
- นายกรัฐมนตรี, สำนัก. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบ พ.ศ. 2550-2554. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุศรา เอี้ยวสกุล. 2545. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ราชบัณฑิตยสถานสาร 8 (กันยายน-ธันวาคม): 209-221.
- ปริญญา แร่ทอง. 2547. ประสบการณ์การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2547. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปิยะฉัตร นำชื่น. 2547. การวิเคราะห์ทัศนคติงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชนก จารุประกร. 2547. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี คงปลอด. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, สถาบัน. 2543. **Case Management**. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.
- พิณทอง กอฟฟ้าเรียน. 2547. โฉมหน้าใหม่ของพยาบาลในระบบ Case management. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มสธ 1**(สิงหาคม): 29-32.
- พิพัฒน์ ก้องกิจกุล. 2546. **คู่มือปฏิบัติวิธีวัดความพึงพอใจของลูกค้า**. กรุงเทพมหานคร: บีไบร์บุคส์เพ็ญศรี เลาส์วส์ดีส์ซียกุล. 2456 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ. **รามาริบัติพยาบาลสาร 7** (มกราคม-เมษายน): 73-79.
- มณี อากานันท์กุล. 2550. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุไทย. **รามาริบัติพยาบาลสาร 13** (กันยายน-ธันวาคม): 242-266.
- รัชณี สุจิจันทร์รัตน์. 2546. **การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- เรมवल นันท์สุภวัฒน์. 2542. **ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร**. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. 2547. **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วาสนา ธนเศรษฐ. 2550. การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต. **รามาริบัติพยาบาลสาร 13** (กันยายน-ธันวาคม): 349-367.
- วิรัช สงวนวงศ์วาน. 2547. **การจัดการและพฤติกรรมองค์กร**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เอช. เอ็น.กรุ๊ป.
- วินัส ลิพทกุล, สุภาณี พุททเดชาคุ้ม และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. 2545. **โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วันเพ็ญ พิชาติพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ. 2545. **การจัดการทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- หลักประกันสุขภาพ,สำนักงาน. 2550. **คู่มือการจัดการกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และนำนักสัมพัทธ์. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง**.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. 2549. **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุวัชรีย์ งามิมา. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ซีจีทู.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สำนักการพยาบาล. 2547. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. มปท.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักปลัด. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2547. ศัพทานุกรมข้อมูลสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สุริยา วีรวงศ์. 2544. แนวคิดการวิจัยและพัฒนา: วิธีการและเทคนิคของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2 (ตุลาคม-ธันวาคม): 53-61.

ภาษาอังกฤษ

- Benedict, L., Robinson, K. and Holder, C. 2006. Clinical nurse specialist practice within the acute care for elders interdisciplinary team model[Online]. Available from: <http://www.medscape.com>[2006, November 10]
- Castle, N.G. and Engberg, J. 2004. Response formats and satisfaction surveys for elders. **The Gerontologist** 44 (3): 358-367.
- Cohen, E. L. and Cesta, T.G. 2001. **Nursing case management from essentials to advanced practice applications**. 3th ed. St. Louis: Mosby.
- Cohen-Mansfield, J., Ejaz, F. K. and Werner, P. 2000. **Satisfaction surveys in Long-term care**. New York: Springer.
- Creasia, J.L. and Parker, B. 2001. **Conceptual foundation : The bridge to professional nursing practice**. St. Louis : Mosby.
- Desimone, L.R., Werner, M.J., and Harris, M.D. 2002. **Human resource development**. USA: Harcourt.
- Dochterman, J.M. and Grace, H.K. 2001. **Current issues in nursing**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. 2005. **Gerontological nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Frantz, A. R. 2004. Evidence-based protocol prevention of pressure ulcers. **Journal of gerontological nursing** 30 (February): 4-11.
- Ju Kim, Y. and Soeken, K.L. 2005. A Meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. **Nursing research**. 4 (July/August): 255-264.
- Kotler, P. and Keller, K.L. 2007. **A Framework for marketing management**. 3th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Lyons, S.S. 2005. Evidence-based protocol fall prevention for older adults. **Journal of gerontological nursing** (November): 9-14.
- Mandell, S. and More, P.K. 1997. **Nursing case management**. New York: McGraw-Hill.
- Mrayyan, M.T. 2004. Nurses' autonomy : influence of Nurse' Manager Action. **Journal of Advance nursing** (45): 326-336.
- Nolan, M., David, S. and Grant, G. 2001. **Work with Older people and their families**.

Philadelphia: Biddle.

Pathy, J.M.S., Sinclair, A.J. and Morley, J.E. 2006. **Principles and practice of geriatric medicine.** 4th ed. West Sussex: John Wiley & Sons.

Powel, S.K. 2000. **Case management : A practice guide to success in managed care.** 2nd ed. Maryland: J.B. Lippincott.

Rapp, C.G. 2001. Acute confusion/Delirium protocol. **Journal of gerontological nursing** 27 (April): 21-33.

Roach, S.S. 2001. **Introductory gerontological nursing.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rossi, P. A. 2003. **Case management in health care.** 2nd ed. Philadelphia: Curtis Center.

Spitzer-Lehmann, R. 1994. **Nursing management desk reference.** Philadelphia: W.B. Saunders.

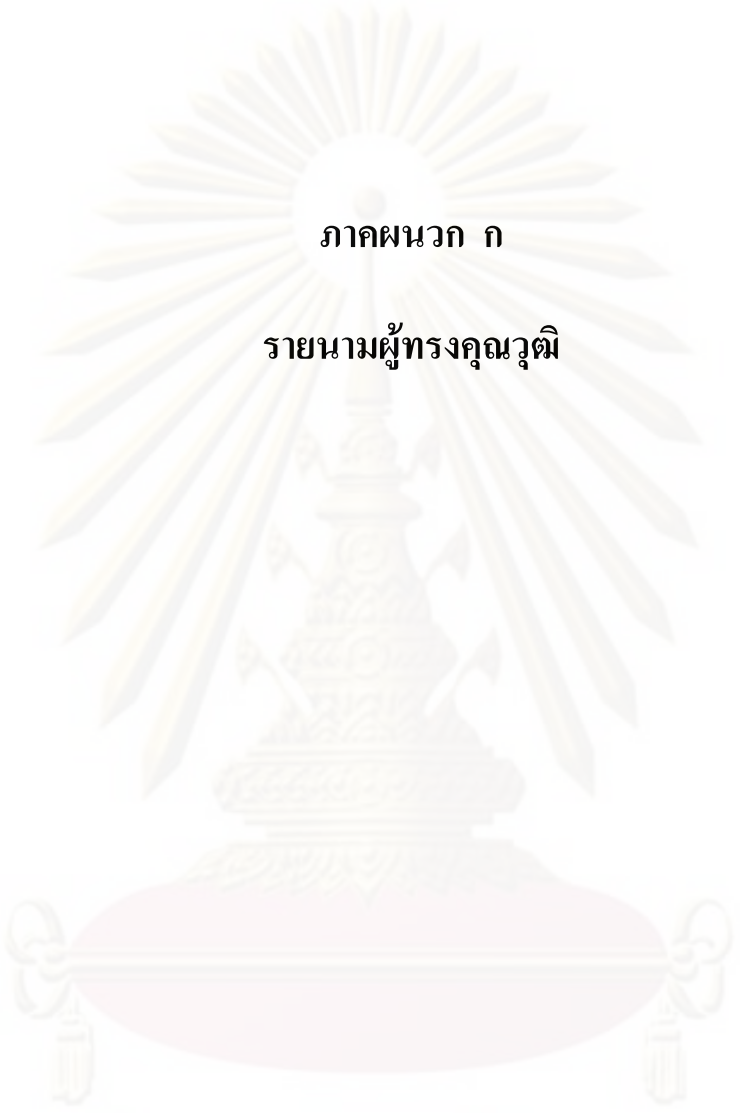
Stanley, M., Blair, K.A. and Beare, P.G. 2005. **Gerontological nursing: promoting successful aging with older adults.** 3th ed. Philadelphia: F.A.Davis.

Tomey, A.M. 2000. **Guide to nursing management and leadership.** 6th ed. Missouri: Mosby.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

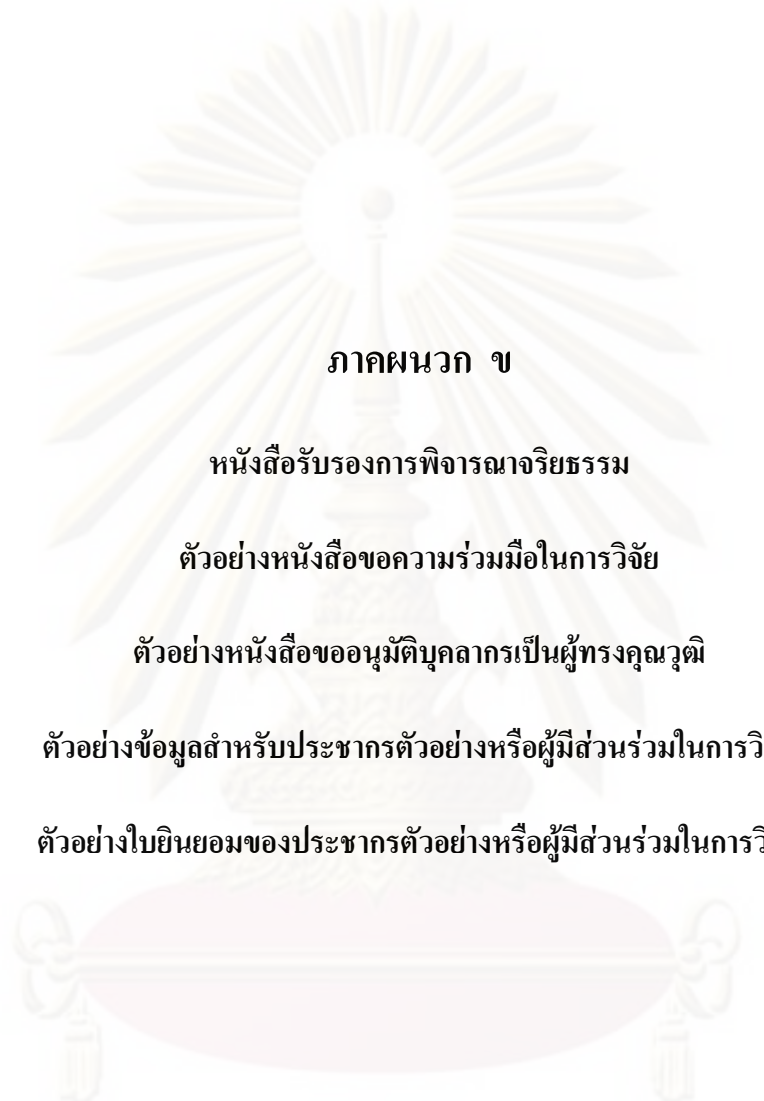
ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี แยมวงษ์	อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทย ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐิติมา	นักวิชาการ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
นางสาวนิตยา พยุภรรม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ด้านการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชวิถี
นางสาวพัชรี คงปลอด	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ด้านการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรคหัวใจ สถาบัน โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

ศูนย์วิทยุโทรคมนาคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่างหนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

ตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวอย่างใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ 268 /2552

โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ 71120

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า โครงการวิจัยเพื่อเสนองานวิทยานิพนธ์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะการักษ์ ของนางสาววรรณิ มาศศรี ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

ให้ไว้ ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2552

(ลายเซ็น)

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมของโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1000/1016/11234

ที่ ศบ 0512.11/1610



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยภคส์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 สิงหาคม 2552

โรงเรียนพยาบาล - วิทยาลัยพยาบาล
สาขาวิชา
วันที่ 28 สิงหาคม 2552
เวลา 18:30 น.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง

เนื่องด้วย นางสาววรรณิ มาศศรี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ณ แผนกอายุรกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ณ แผนกอายุรกรรม โดยใช้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนกการอบรมการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบกำกับการทดลอง แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณิ มาศศรี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

Signature

ขอแสดงความนับถือ

Signature

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

Signature

Signature

Signature

ผู้อำนวยการ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ที่ปรึกษา

นางสาววรรณิ มาศศรี โทร. 08-1981-2994

Handwritten notes and signature

Signature

Signature



ที่ ศธ 0512.11/ 15๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ สิงหาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

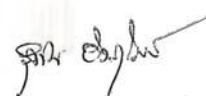
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณี มาศศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณี มาศศรี โทร. 08-1981-2994

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา :

กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ชื่อผู้วิจัย นางสาววรรณิ มาศศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา

จังหวัดกาญจนบุรี 71120

(ที่บ้าน) 35/18 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 034-542031 ต่อ 201 โทรศัพท์ที่บ้าน 034-641284

โทรศัพท์มือถือ 08-19812994 E-mail : : m.wanee@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

2.2 เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participative action research) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ

3.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกวิธีจับคู่ ซึ่งคำนึงถึงความคล้ายคลึงกัน

ระหว่างกลุ่ม โดยจับคู่ (Matched) รายคู่ ด้วยตัวแปร อายุ โรค ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระดับของภาวะพึ่งพา ผู้วิจัยจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

3.1.1 กลุ่มที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และจะได้รับการบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

3.1.2 กลุ่มที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินปัญหาและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลต่างๆในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่โรงพยาบาล และแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการวางแผนการจำหน่าย และได้รับการบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะต้องเกี่ยวข้องในโครงการเป็นระยะเวลา 5 วันติดต่อกัน

3.2 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และทำการตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ ไม่เกิน 20 นาที

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ ไม่มีการบังคับและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ของการวิจัยและสิทธิที่จะยุติการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านจะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีการเซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยให้ผู้ตอบแบบสอบถามบรรจุแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกก่อนส่งคืน ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับและจะทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในการคิดคำนวณคะแนนเฉลี่ย จะนำความคิดเห็นมารวมกันและ

เสนอเป็นภาพรวม การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล โดยการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลคำตอบที่ได้รับจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและแปรข้อมูลจะไม่มีอาการอ้างถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาล และรายงานการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

7. การวิจัยนี้ไม่มีคำตอบแทนแก่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นประชากรตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

8. ระยะเวลาที่คาดว่าประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที

9. ประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวนประมาณ 30 คน และจำนวนของพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงานอายุรกรรมหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 15 คน

10. ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ให้ญาติซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามอนุญาตแทน

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ห้องทำงานรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ

.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา :
กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย

ชื่อ นางสาววรรณิ มาศศรี ที่อยู่ 35/18 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120

ที่ติดต่อ หอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71120

ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบ
ผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษา
ดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วม
โครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วยและ
ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บ
ข้อมูลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่ ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่ ลงนาม ผู้ปกครอง/ผู้แทนของผู้มีส่วนร่วมในวิจัย
กรณีผู้มีส่วนร่วมวิจัยไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้

.....
สถานที่/วันที่ (นางสาววรรณิ มาศศรี)

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ใบยินยอมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา :

กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย

ชื่อ นางสาววรรณิ มาศศรี ที่อยู่ 35/18 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120

ที่ติดต่อ หอผู้ป่วยพิเศษ 1 โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71120

ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบ

ผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษา

ดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

.....

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

(นางสาววรรณิ มาศศรี)

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

()

สถานที่ / วันที่

พยาน



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

: กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัด

กาญจนบุรี



โดย

นางสาววรรณิ มาศศรี

นิสิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (ภาคนอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี”

ชุดที่ 2 แผนการอบรมการพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ชุดที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ชุดที่ 4 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 1 โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วย รายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี”

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

1. หลักการและเหตุผล

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบัน พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้อัตราส่วนพึ่งพาของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุจัดอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอย มักประสบปัญหาต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และเกิดภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในหลายด้าน ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วย หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงเกิดผลกระทบต่อการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และเป็นการดูแลโดยทีมสุขภาพ ที่สหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการจัดการการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีรูปแบบในการทำงานในลักษณะความร่วมมือจากหลายฝ่ายประสานงานกันและมีพยาบาลที่รับผิดชอบโดยตรง เป้าหมายของการดูแลคือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยตนเองและพึ่งพาตนเองได้ตามสมรรถภาพ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีเป้าหมายในการช่วยฟื้นคืนสภาพสู่ภาวะปกติให้ได้มากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

จากข้อมูลสถิติผู้ใช้บริการในปีพ.ศ. 2549 ของโรงพยาบาลมะการักษ์ ในแผนกอายุรกรรม มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 261 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน/ราย ผู้ป่วยกลดดังกล่าวเกิดปัญหาทางสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไป อยู่บ้านได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ แบบแผนการนอนผิดปกติ และภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ในการวางระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse Case manager) เป็นผู้ประสาน

และกำกับการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในด้านคุณภาพการดูแล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ร่วมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะพึ่งพา ที่มีการพัฒนาและออกแบบร่วมกันโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ในการประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ การวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นการดูแลผู้สูงอายุ ที่จะส่งผลลัพธ์ถึงคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านผู้ให้บริการและบุคลากรในทีมการพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

2. เพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาววรรณิ มาศศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

4. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม จำนวน 30 คน

5. วิทยากร

นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐิพมาย

6. กำหนดการจัดอบรม

10 -11 สิงหาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น.

7. สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุมชั้น 2 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์

8. วิธีการจัดอบรมและสื่อการอบรม

วิธีการอบรม 1. การบรรยาย

2. ประชุมกลุ่มและปฏิบัติ

สื่อการอบรม 1. เครื่องฉาย LCD 2. คอมพิวเตอร์

9. งบประมาณ

1. ค่าเอกสาร	เป็นเงิน 2,000 บาท
2. ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ มื้อละ 50 บาท x 30 คน	เป็นเงิน 3,000 บาท
3. ค่าตอบแทนวิทยากร	เป็นเงิน 3,600 บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	8,600 บาท

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

2. มีรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์

11. การประเมินผล

- สังเกตจากการให้ความสนใจในการเข้าร่วมรับการอบรม
- การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าอบรม

ผู้เสนอโครงการ

(นางสาววรรณิ มาศศรี)

พยาบาลวิชาชีพ

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....

(นางสาวปรีดา ปูนพันธ์ฉาย)

หัวหน้าพยาบาล

ผู้อนุมัติโครงการ

(นายเชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

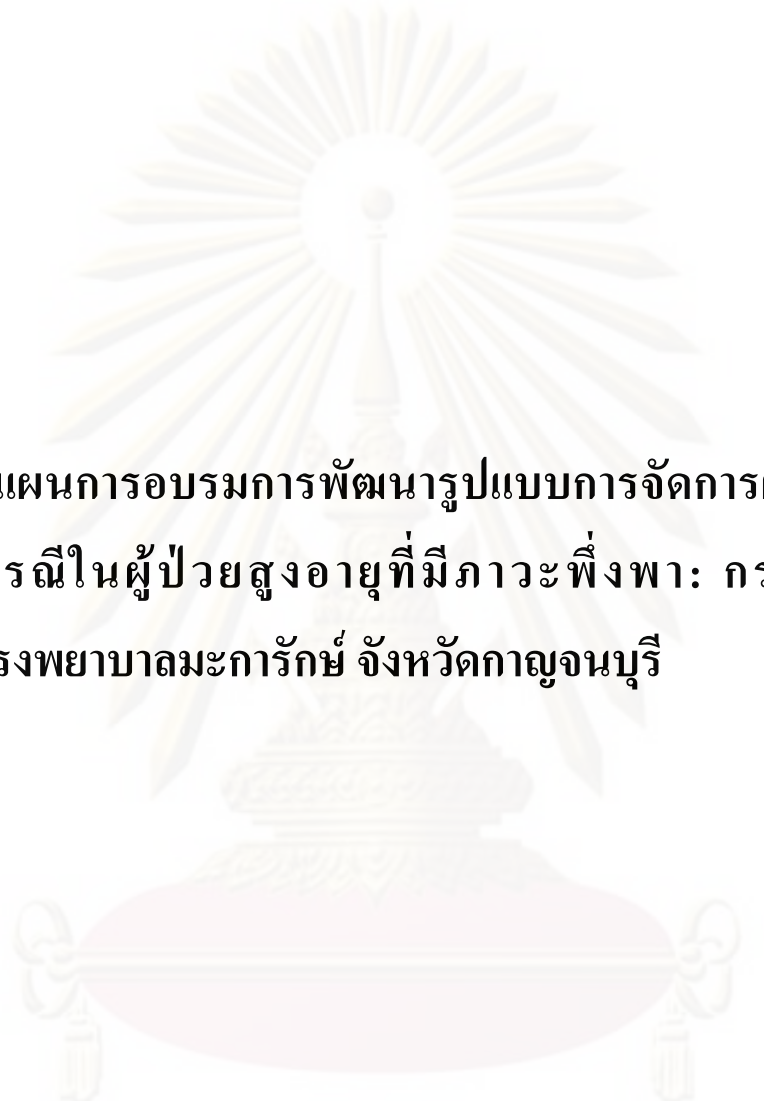
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

วันที่ 10-11 สิงหาคม 2552

เวลา 13.00 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์

- | | |
|------------------|---|
| 13.00 – 13.20 น. | ลงทะเบียนและรับเอกสาร |
| 13.20 – 13.30 น. | แนะนำโครงการ โดย นางสาววรรณิ มาศศรี ผู้ทำวิจัย |
| 13.30 – 13.30 น. | พิธีเปิดการอบรม โดย นางสาวปรีดา ปูนพันธ์ฉาย หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลมะการักษ์ |
| 13.40 – 15.00 น. | บรรยายเรื่อง แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
โดย นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ งามพิมาย |
| 15.00 – 15.15 น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| 15.15 – 15.45 น. | การพยาบาลผู้สูงอายุ ; Geriatric syndrome การประเมินและการจัดการ
โดย นางสาววรรณิ มาศศรี |
| 15.45 – 16.00 น. | นำเสนอรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพา |
| พึ่งพา | ประชุมกลุ่มร่วมกันพิจารณาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพา |
| | โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ฉบับร่าง) |
| 16.00 – 16.30 น. | รวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะและสรุปแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี |
| 16.30 น. | ปิดการประชุม |



ชุดที่ 2 แผนการอบรมการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยราย
กรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ

วิธีการอบรม	การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การประชุมกลุ่ม
ผู้รับผิดชอบ	นางสาววรรณิ มาศศรี
วิทยากร	นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ งามิมา
ผู้รับการอบรม	พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 30 คน
สถานที่	ห้องประชุมชั้น 2 อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์
วันที่	10 - 11 สิงหาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น.

วัตถุประสงค์ของการอบรม

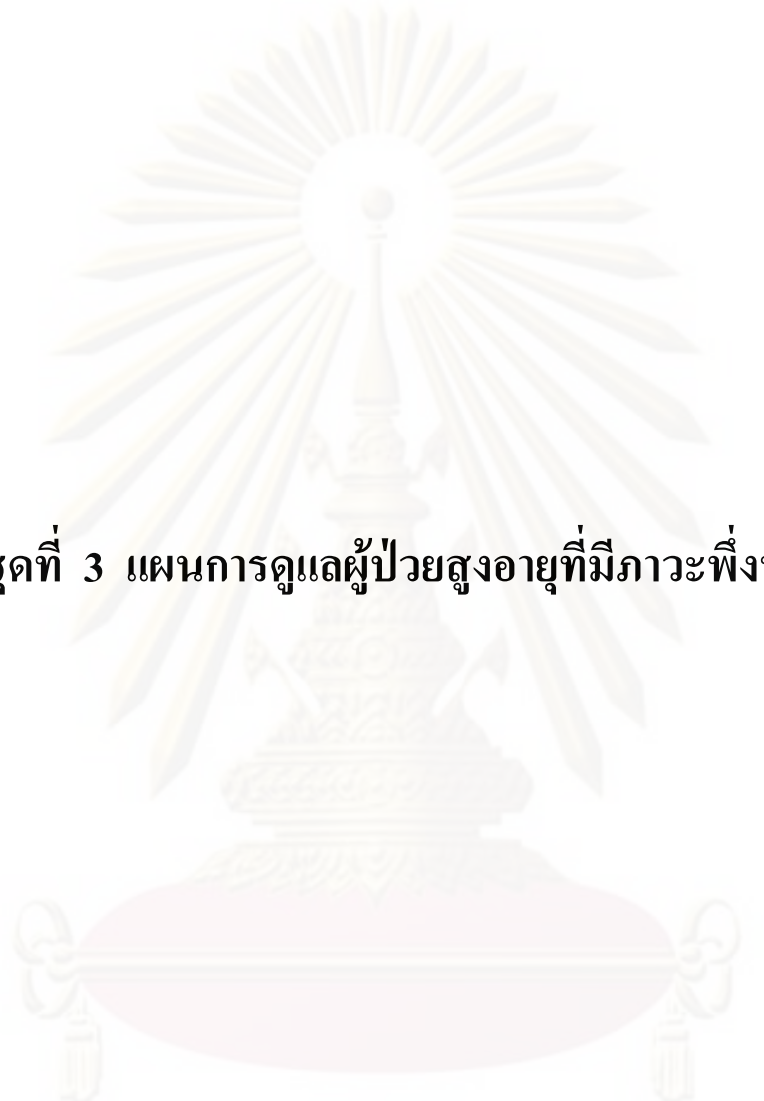
1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
3. เพื่อร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
4. เพื่อให้ผู้รับการอบรมเกิดทักษะในการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ได้

ศูนย์วิทยพัทพยาบาลกร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความเข้าใจที่ตรงกันของผู้เข้าอบรมและทราบวัตถุประสงค์ของการอบรม	- ผู้วิจัย กล่าวต้อนรับผู้เข้าอบรม แนะนำตนเอง แนะนำวิทยากร และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม วัตถุประสงค์ของการอบรมในครั้งนี้ 1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 3. เพื่อร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 4. เพื่อให้ผู้รับการอบรมเกิดทักษะในการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ได้	- ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง - แนะนำวิทยากรและประวัติวิทยากร - ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรม	-เอกสารคำชี้แจง วัตถุประสงค์ของ การอบรม	-ผู้เข้าอบรมรับฟัง คำชี้แจง แสดงความ สนใจ - ผู้เข้าอบรมสามารถ บอกถึงวัตถุประสงค์ ของการอบรมได้
1. ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	บทนำเข้าสู่บทเรียน ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ มีการประสานงานกันด้านกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยทาง PCT อายุรกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ.....	การบรรยาย	เอกสารประกอบ การสอน เรื่องการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี	สังเกตจากความสนใจ ของผู้เข้าอบรม



ชุดที่ 3 แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
สำหรับพยาบาล แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์
กำหนดจำนวนวันนอน 3-5 วัน

วันที่/กิจกรรม	วันที่ 1 แรกรับ วันที่	วันที่ 2 ดูแลต่อเนื่อง วันที่	วันที่ 3 ดูแลต่อเนื่องและติดตามผล วันที่	วันที่ 4-5 D/C Plan วันที่
Expected outcome	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล 3. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา 4. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาภาวะของโรคและการเจ็บป่วย 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลที่กำหนดและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านหลักประกันสุขภาพ และการเตรียมด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการติดตามประเมินผลการดูแลภาวะของโรคและการเจ็บป่วย 2. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเกิดปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนและการติดตามประเมินผลการดูแล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยพ้นหายจากภาวะของโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3. ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามข้อกำหนดของงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC)
Assessment	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติอาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ/สัญญาณทาง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและการพ้นหายจากภาวะของโรค..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและการพ้นหายจากภาวะของโรค.....

Care map check list การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 สำหรับพยาบาล แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
 กำหนดจำนวนวันนอน 3 - 5 วัน

ชื่อผู้ป่วย นามสกุล อายุ ปี เพศ HN. AN. วันที่รับใหม่ เวลา..... วันที่จำหน่าย เวลา..... Ward จำนวนวันนอน วัน		การวินิจฉัยโรค <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> CRF <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> อื่นๆ		ชนิดของการจำหน่าย <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
วันที่/กิจกรรม	วันที่ 1 แรกรับ วันที่	วันที่ 2 ดูแลต่อเนื่อง วันที่	วันที่ 3 ดูแลต่อเนื่องและติดตามผล วันที่	วันที่ 4-5 D/C Plan วันที่	
Expected outcome	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา.....	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาภาวะของโรคและการเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลที่กำหนดและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เฉพาะราย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านสังคม การอยู่ร่วมกันในครอบครัว เศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนในชุมชน	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการติดตามประเมินผลการดูแลภาวะของโรคและการเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและการติดตามประเมินผลการดูแล	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามข้อกำหนดของงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC)	



ชุดที่ 4 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพา

สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติ

แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ให้มีความเข้าใจในแนวคิดของการจัดการรายกรณี ขั้นตอนการปฏิบัติ และรู้บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนที่ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

นางสาววรรณี มาศศรี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบัน พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว วัยสูงอายุจัดอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆลดลง เกิดภาวะพึ่งพา จึงต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ มีการจัดการการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบของการทำงานในลักษณะความร่วมมือในการทำงานหลายฝ่ายที่ประสานงานกัน และมีพยาบาลรับผิดชอบโดยตรง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแล ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จากแบบแผนการดูแลที่ผู้จัดการผู้ป่วยเลือกออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Powel, 2000; Rossi, 2003)

ข้อมูลสถิติผู้ใช้บริการ ของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ในแผนกอายุรกรรม ประจำปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 261 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน/ราย ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเกิดปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายুর่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ แบบแผนการนอนผิดปกติ และภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นการวางระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ในการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรกรับจนกระทั่งก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลลดลง รวมถึงการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกันสำหรับทีมการพยาบาล

วิธีการใช้คู่มือ

1. คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ของทีมการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ร่วมกันสร้างขึ้น

2. ทีมพยาบาลที่ใช้คู่มือนี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานการดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. มุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
2. ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
3. ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย ควบคุมค่าใช้จ่ายได้
4. เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงาน

คำจำกัดความ

1. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หมายถึง วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในระยะตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง และมีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ไม่น้อยกว่า 5 ปี

3. พยาบาลผู้ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ร่วมกันจัดทำ ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย

4. ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร สังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในชุมชนที่รับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5. แผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ Care map check list การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndrome) โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงาน ควบคุมกำกับดูแล และติดตามประเมินผลการดูแลให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดขึ้น

ความแปรปรวน (Variance) หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและแตกต่างไปจากแผนการดูแลที่กำหนดไว้ในแนวทางการดูแล ซึ่งอาจเกิดจาก

1. พยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย เช่น สุขภาพของผู้ป่วย โรคประจำตัว
2. ระบบ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม
3. ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ ความไม่พร้อมของทีมในการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้บันทึกความแปรปรวนลงในแบบบันทึกความแปรปรวน และแจ้งให้ทีมการดูแลทราบเพื่อร่วมกันแก้ไข

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse case manager)

ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยและรับบริการปรึกษาจากทีมพยาบาลในการคัดเลือกผู้ป่วย เข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยมาดูแลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับการขอคำปรึกษา

2. ตัดสินใจให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

3. ประเมินปัญหาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใช้แนวทางการประเมินและให้การดูแลโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อป้องกันการเกิดปัญหากลุ่มอาการของผู้ป่วยสูงอายุ

4. ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5. ให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือแก่ทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยังยากซับซ้อนของผู้ป่วย ถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แก่ทีมการพยาบาลตลอดทั้งทำการประเมินความพร้อม และศักยภาพของทีมการพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

6. ประสานงานทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประชุม ปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6. ติดตาม ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแล ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

7. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อนำเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

พยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอายุรกรรม

ปฏิบัติหน้าที่โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ร่วมกันจัดทำ ภายใต้การประสานงานการดูแล การให้คำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย โดยมีบทบาทดังนี้คือ

1. ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ประสานงานและขอคำปรึกษาการคัดเลือกผู้ป่วย กับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ภายใต้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้
3. ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วย ตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล
4. ร่วมกันเสนอแนะ ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย
5. ร่วมประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

บทบาทของแพทย์

1. ประเมินปัญหาผู้ป่วย โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค
2. ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา และการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล
3. กำหนดเป้าหมาย แผนการในการรักษา
4. สั่งการรักษาตามอาการ การเจ็บป่วยและภาวะของโรค
5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย
5. ประสานกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ร่วมกับทีมการพยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลรักษา

บทบาทของเภสัชกร

1. ประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ รับการปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ
2. ร่วมกับทีมในการให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม
3. เฝ้าระวังติดตามอาการ ไม่ถึงประสงค์จากการใช้ยา และเฝ้าระวังโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา
4. รับการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เพื่อการวางแผน ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการ

1. ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
2. วางแผนการดูแลด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขา
3. ให้การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ
4. ติดตามการให้การรักษาด้านอาหารทางสายยาง ร่วมเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

บทบาทของนักกายภาพบำบัด

1. ร่วมกับทีมสหสาขาในการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ประเมินเรื่องการทรงตัว การเคลื่อนไหว
2. ประสานงานการดูแล การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ให้การฟื้นฟู กายภาพบำบัด สอนการใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องใช้ เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน ตามความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา สืบสวนค้นหาเครื่องช่วยทางสังคมต่างๆ ดังนี้

1. รับการประสานงาน การขอคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคม เศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ
2. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม การอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาและความเครียดของผู้ดูแล
3. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชา ในการกำหนดแผนการให้ความช่วยเหลือ การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

บทบาทของพยาบาลเวชกรรมสังคมและงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน(Home health care)

1. ร่วมกับทีมสหสาขาในการวางแผนการจำหน่าย ประเมินและเตรียมความพร้อมของสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนในชุมชน
2. ประสานให้การส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้เป็นไปด้วยความสะดวก และปลอดภัย
3. ประสานกับผู้ป่วย ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย การดำเนินงานใน 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย/พยาบาลผู้ปฏิบัติเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้เกณฑ์การประเมินตาม Barthel ADL index (แบบฟอร์ม G.Assessment 1) ที่มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน เข้ารับการดูแลในรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Assessment/ problem identification)

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ประเมินปัญหาสุขภาพทางกายหรือกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของ Roach (2001) คือ

2.1 การดูแลผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Impaired skin integrity)

โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.2 การขาดสารอาหาร (Nutritional deficits) โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

2.3 การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 4 แบบประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ

2.4 ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion) โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 5 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.5 การหกล้ม (Fall) โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 6 แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ

2.6 แบบแผนการนอนผิดปกติ (Sleep disturbances) โดยใช้แบบฟอร์ม G.Assessment 7 แบบประเมินปัญหาการนอน

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการประสานงานการดูแลผู้ป่วย

(Development and coordination of the case plan) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการ (Implementation of the final plan)

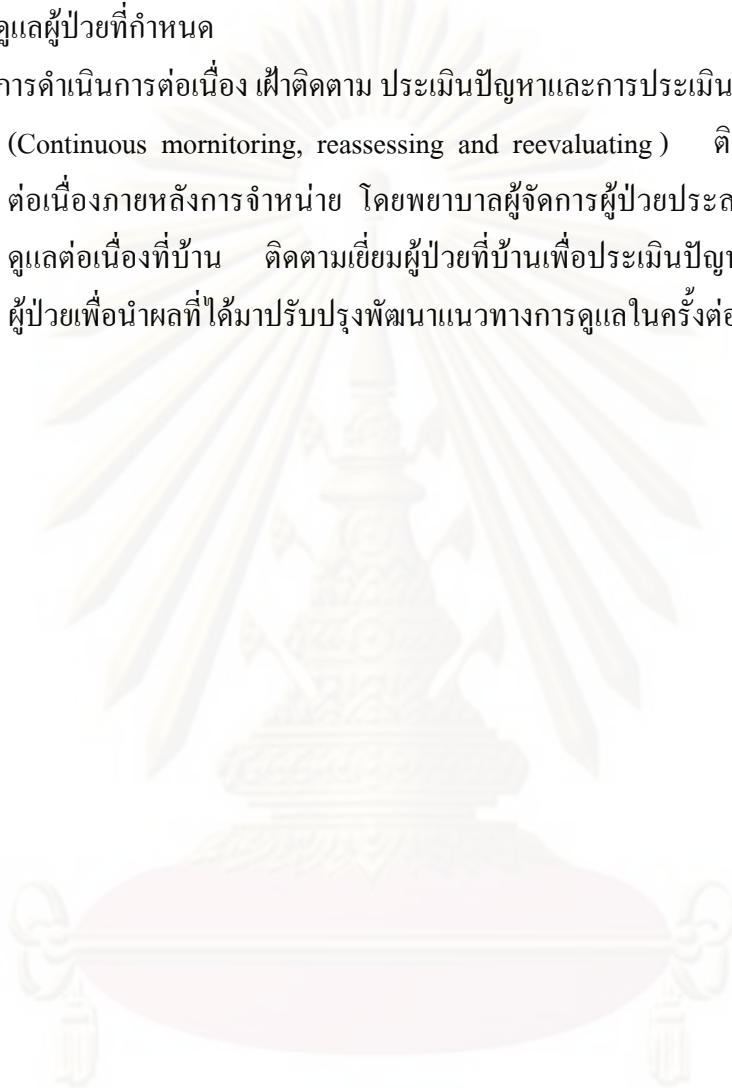
พยาบาลที่ให้การดูแลร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยดำเนินการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแนวทาง การดูแลที่กำหนดขึ้น ภายใต้การควบคุมกำกับ การ

ประสานงาน และการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนการดูแลของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ให้
 เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินและติดตามผล (Evaluation and follow-up) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประเมินผล
 การดูแล โดยร่วมกับพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยประเมินผลการดูแลตามแนวทางการ
 ดูแลผู้ป่วยที่กำหนด

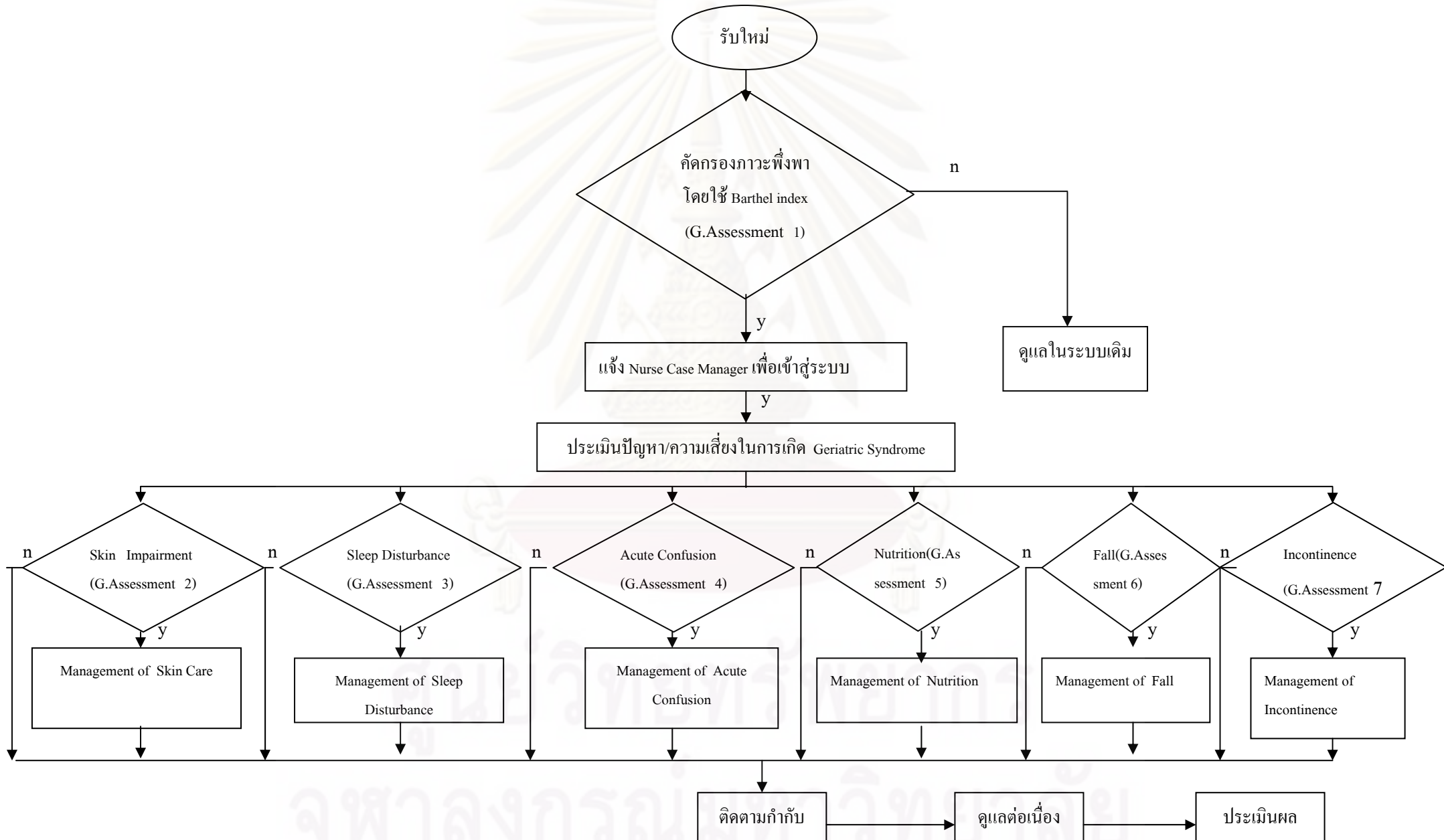
ขั้นตอนที่ 6 การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม ประเมินปัญหาและการประเมินผลซ้ำ

(Continuous monitoring, reassessing and reevaluating) ติดตามผลการดูแล
 ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยประสานกับหน่วยบริการการ
 ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินปัญหา และสรุปผลการดูแล
 ผู้ป่วยเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลในครั้งต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา



เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

การคัดเลือกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่จะเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และครอบครัวของผู้ป่วยมีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

2. ประเมินภาวะพึ่งพาโดยใช้แบบประเมิน G.Assessment 1 ดัชนีบาร์เชลเอดีแอล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542) จากกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การลุกจากที่นอน
- 2) การดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป
- 3) การใช้ห้องสุขา
- 4) การอาบน้ำ
- 5) การแต่งตัว
- 6) การขึ้นลงบันได
- 7) การเคลื่อนไหวร่างกาย
- 8) การรับประทานอาหาร
- 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
- 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

คะแนนการประเมินที่ได้ แบ่งระดับการพึ่งพาดังนี้

คะแนน 0 – 4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาสูง

คะแนน 5 – 8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 9 – 12 คะแนน หมายถึง พึ่งพานกลาง

คะแนน 13 – 19 คะแนน หมายถึง พึ่งพาน้อย

คะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพา

คัดเลือกผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 0– 12 คะแนนซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นๆ

แบบฟอร์ม G.Assessment 1 : แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติ:Barthel ADL Index
 สำหรับประเมินภาวะพึ่งพา เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	ผลการประเมิน
1. การรับประทานอาหาร : Feeding 1.1 ต้องป้อนให้ 1.2 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องช่วยเหลือ เช่นตักเป็นชิ้นเล็กๆ 1.3 ตักอาหารรับประทานเอง	0 1 2	
2. การอาบน้ำ (ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด) 2.1 ต้องช่วยทำให้ 2.2 ทำได้เอง	0 1	
3. การเคลื่อนย้าย(ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปนั่งเก้าอี้) 3.1 นั่งเองไม่ได้ หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยก 3.2 ต้องช่วยอย่างมากจึงจะนั่งได้ 3.3 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นบอกให้นั่ง 3.4 ทำได้เอง	0 1 2 3	
4. การใช้ห้องสุขา : Toilet use 4.1 ช่วยตัวเองไม่ได้ 4.2 ทำเองได้บ้าง ช่วยเหลือบางส่วน 4.3 ช่วยตัวเองได้ดี ทำความสะอาดและชักโครก	0 1 2	
5. การเคลื่อนที่ : Mobility 5.1 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5.2 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง 5.3 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 5.4 เดินได้เอง อาจใช้เครื่องเกาะเดิน	0 1 2 3	
6. การสวมใส่เสื้อผ้า : Dressing 6.1 ต้องช่วยทั้งหมด 6.2 ต้องช่วยบางส่วน ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 6.3 ช่วยตัวเองได้ ติดกระดุม สวมเสื้อผ้า	0 1 3	
7. ขึ้นลงบันได 1 ชั้น : Stairs 7.1 ไม่สามารถทำได้ 7.2 ต้องมีคนคอยดูแล ช่วยบางส่วน 7.3 ขึ้นลงได้เอง หรือใช้เครื่องพยุงเดิน	0 1 2	

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	ผลการประเมิน
8. การอาบน้ำ : Grooming		
8.1 ต้องช่วยล้างหน้า แปรงฟัน หรือทำให้	0	
8.2 อาบน้ำเองได้	1	
9. การกลั้นอุจจาระ : bowel		
9.2 กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวน	0	
9.2 กลั้นได้เป็นบางครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)	1	
9.3 กลั้นได้เป็นปกติ	2	
10. การกลั้นปัสสาวะ : bladder		
10.1 กลั้นไม่ได้หรือกลายสวน	0	
10.2 กลั้นไม่ได้บางครั้ง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	1	
10.3 กลั้นได้เป็นปกติ	2	
รวมคะแนน		

ผลการประเมิน

คะแนนการประเมินที่ได้ แบ่งระดับการพึ่งพา ดังนี้

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาสูง

คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 9-12 คะแนน หมายถึง พึ่งพาปานกลาง

คะแนน 13-19 คะแนน หมายถึง พึ่งพาเล็กน้อย

คะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพา

หมายเหตุ คะแนน 0-12 หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ตามเกณฑ์ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงมีโอกาสที่จะพึ่งพาผู้อื่น หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาสูงขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกาย ความคิดสติปัญญา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติเองได้ รวมทั้งความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ในการดูแลจากบุคคลอื่น การประเมินระดับการพึ่งพาในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกาย ที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ต้องใช้เวลานานในการฟื้นหาย การนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเสียสมดุลและเกิดความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย สาเหตุเกิดจากความเจ็บป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาและจากขาดการเคลื่อนไหว อันตรายของการพักอยู่บนเตียง และการรับการรักษาในโรงพยาบาลนำไปสู่กลุ่มอาการหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) **กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ: การป้องกัน เฝ้าระวังและการจัดการ**

กลุ่มอาการของผู้ป่วยสูงอายุ คือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเป็นปัญหาหลักทางการพยาบาล ได้แก่ แผลกดทับ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ปัญหาการรับประทานอาหาร การพลัดตกหกล้ม สับสนเฉียบพลัน และความไม่สุขสบายและความปวด นักวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ได้บัญญัติศัพท์เพื่อให้เข้าใจและใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

กลุ่มอาการของผู้ป่วยสูงอายุ: SPICES (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา, 2548)

S = Skin impairment (pressure ulcers)

P = Poor nutrition

I = Incontinence (urinary or fecal)

C = Confusion

E = Evidence of fall

S = Sleep

แผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อเคลื่อนไหวไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับสามารถทำนายได้ ดังนั้นจึงสามารถป้องกันได้โดยการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุและเป็นปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การขาดการเคลื่อนไหว ผิวหนังและเนื้อเยื่อเปราะบาง ภาวะทุพโภชนาการ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ความพร้อมด้านสติปัญญาและความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมลดลง ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับบ่อยจะอยู่ที่ผิวหนังบริเวณเหนือกระดูก หรือข้อที่รองรับน้ำหนักร่างกาย เช่น บริเวณกระดูก Sacrum ข้อสะโพก ตาตุ่มค้นอก หัวไหล่ และที่ occiput ของกะโหลกศีรษะ แผลกดทับมีกลไกของการเกิดที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. แรงกดทับ (น้ำหนักตัวหรือส่วนต่างๆของร่างกาย)
2. แรงเสียดทาน ระหว่างผิวหนังกับพื้นรองรับ เช่น ผ้าปูที่นอน
3. แรงบิดพับ แรงที่เกิดขึ้นจากการลื่นไถลของร่างกายลงมาตามที่ลาดเอียง และทำให้เกิดการพับของหนังและเส้นเลือดที่มาเลี้ยง
4. ความชื้น ที่เกิดจากน้ำ เหงื่อ ปัสสาวะ หรืออุจจาระที่ค้างค้ำตามร่างกาย

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ เครื่องมือเบรเดน (Braden scale) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้ความรู้สึก ความเป็ยชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการและการมีแรงเสียดทาน คะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์ม G.Assessment 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden score

เกณฑ์การประเมินภาวะเสี่ยง	คะแนน	ผลการประเมิน
1. ระดับความรู้สึกตัว		
1.1 ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	1	
1.2 ตอบสนองต่อความเจ็บปวด / Hemiplegia/Paraplegia	2	
1.3 ทำตามสั่งได้บ้าง	3	
1.4 รู้สึกตัวดี ปกติ	4	
2. การเปลี่ยนของผิวหนัง		
2.1 พบความเปื่อยขึ้นตลอดเวลาทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า	1	
2.2 มีการเปื่อยขึ้นบ่อยครั้ง เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/เวร	2	
2.3 เปื่อยขึ้นเป็นบางครั้ง เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน	3	
2.4 ผิวหนังแห้งปกติ	4	
3. การทำกิจกรรม		
3.1 อยู่บนเตียงตลอดเวลา	1	
3.2 เดินได้แต่มีข้อจำกัด/ทรงตัวไม่อยู่	2	
3.3 เดินได้ระยะไกล	3	
3.4 เดินได้ปกติ	4	
4. การเคลื่อนไหว		
4.1 เปลี่ยนท่า/ขยับแขนขาเองไม่ได้	1	
4.2 เปลี่ยนท่า หรือขยับแขนขาได้เล็กน้อย	2	
4.3 ขยับเปลี่ยนท่าได้บ่อย	3	
4.4 เปลี่ยนท่าได้เองปกติ	4	
5. ภาวะโภชนาการ		
5.1 ได้รับความอาหาร < 1/3 ถาด	1	
5.2 รับประทานอาหารได้ 1/2 ถาด หรือ feed ได้น้อย	2	
5.3 รับประทานอาหารได้ > 1/2 ถาด	3	
5.4 รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ	4	
6. แรงเสียดสีและแรงเสียดทาน		
6.1 เลื่อนตัวเองไม่ได้ มีการกดแรงของกล้ามเนื้อ/ข้อต่อ	1	
6.2 พลิกตัวเองได้บ้าง ยกเลื่อนตัวได้น้อย	2	
6.3 เคลื่อนย้ายตัวเองได้	3	

รวมคะแนน		
----------	--	--

ผลการประเมิน : คะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. การพลิกตัว เพื่อลดการกดทับ พบว่าแรงกด 70 mmHg ที่ผิวหนังนานติดต่อกันไม่ถึง 2 ชั่วโมงก็จะสามารถทำให้เกิดแผลกดทับขึ้นได้ จึงควรพลิกตัวผู้ป่วยไม่น้อยกว่าทุกสองชั่วโมง
2. ลดแรงกดบริเวณผิวหนังที่รองรับน้ำหนักร่างกายลง โดยใช้เบาะรองชนิดเบาะลมสลับแรงดัน นำมาวางซ้อนบนเตียง แต่หากสามารถพลิกตัวผู้ป่วยและจัดการดูแลในด้านอื่นได้อย่างเหมาะสมแล้ว จะไม่พบความแตกต่างกัน
3. การดูแลความสะอาดผิวหนังและสุขอนามัยที่เหมาะสม ดูแลไม่ให้มีอุจจาระหรือปัสสาวะค้างค้ำบนที่นอน ดูแลผิวหนังให้สะอาด ไม่ปล่อยให้ผิวหนังแห้ง และไม่ให้เกิดรอยถลอก
4. หลีกเลี่ยงการเกิดแรงบิดพับของผิวหนัง ในการจัดทำผู้ป่วยท่านั่งจะต้องหาหมอนหรือเบาะยัน ไม่ให้ร่างกายลื่นไถล หลีกเลี่ยงการไขหัวเตียงให้อยู่ในมุมระหว่าง 30-70 องศา เนื่องจากจะทำให้เกิดการลื่นไถลได้บ่อย
5. ป้องกันการเกิดแรงเสียดทานของผิวหนัง ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ไม่ดึงลากผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง
6. ส่งเสริมภาวะโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้ตั้งแต่ระยะแรก
7. บริหารจัดการเรื่องยา หลีกเลี่ยงยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม เช่นยานอนหลับ

ภาวะพร่องโภชนาการ

ภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีภาวะพร่องโภชนาการก่อนเข้ารับการรักษา และระหว่างรับการรักษา ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพร่องด้านสติปัญญา ปัญหาขาดน้ำ การงดอาหารเพื่อการตรวจรักษา การจำกัดอาหารบางชนิด รวมทั้งการสูญเสียโปรตีน เช่น ดิซเซื้อรุนแรง และข้อจำกัดด้านอื่นๆที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ การคำนวณดัชนีมวลกาย การตรวจทางชีวเคมีต่างๆ โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (แบบฟอร์ม G.Assessment 3)



แบบฟอร์ม G.Assessment 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548.

ข้อมูลผู้ป่วย เพศ

น้ำหนัก กิโลกรัม

ส่วนสูง เมตร

เส้นรอบเอว เซนติเมตร

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	ผลการประเมิน
1. BMI กิโลกรัม/เมตร ²		
1.1 น้อยกว่า 19	0	
1.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 19 และไม่เกิน 21	1	
1.3 มากกว่าหรือเท่ากับ 21 และไม่เกิน 23	2	
1.4 มากกว่าหรือเท่ากับ 23	3	

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	ผลการประเมิน
2. ความรู้สึกลอยจากอาหาร ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา		
2.1 ไม่รู้สึกลอยจากอาหาร	0	
2.2 ความรู้สึกลอยจากอาหารลดลง	1	
2.3 กินอาหารได้ตามปกติ	2	
3. น้ำหนักตัวลดลงหรือไม่ ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา		
3.1 ลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม	0	
3.2 ไม่ทราบ	1	
3.3 น้ำหนักลดลง 1-3 กิโลกรัม	2	
3.4 น้ำหนักเท่าเดิม	3	
4. การเคลื่อนไหวของร่างกาย		
4.1 นอนบนเตียงหรือใช้รถเข็นตลอดเวลา	0	
4.2 ลุกจากเตียงหรือใช้รถเข็นได้เอง	1	
4.3 เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ	2	
5. เกิดการเจ็บป่วยบ้างหรือไม่ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา		
5.1 มี	0	
5.2 ไม่มี	2	
6. มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทบ้างหรือไม่		
6.1 ความจำเสื่อมอย่างรุนแรงหรือมีภาวะซึมเศร้า	0	
6.2 ความจำเสื่อมระดับอ่อน	1	
6.3 ไม่มีปัญหาทางจิตเวช	2	

คะแนนรวม 14 คะแนน \geq 12 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ

\leq 11 คะแนน มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. จัดอาหารที่มีปริมาณพลังงานลดลง โดยลดพลังงานจากไขมันและคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง จากกิจกรรมต่างๆลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆลดลง ผู้สูงอายุต้องการพลังงานจากสารอาหารประมาณวันละ 1,600 กิโลแคลอรี

2. ลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตลง โดยเฉพาะน้ำตาล น้ำผลไม้ น้ำหวาน เพื่อลดปริมาณพลังงาน

3. อาหารประเภทโปรตีน ประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัม/วัน หากได้รับมากเกินไป จะทำให้ไตทำงานหนักขึ้นในการขับสารยูเรียออกทางปัสสาวะ

4. จัดให้ได้รับวิตามินและแร่ธาตุ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแหล่งวิตามินส่วนใหญ่อยู่ใน ผัก ผลไม้สด แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ คือธาตุเหล็ก แม้ว่าจะรับประทานเพียงพอ แต่การดูดซึมลดลง จึงควรจัดอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ดับ เนื้อสัตว์ ร่วมกับผักสด หรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เพื่อให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น

5. ความต้องการน้ำ น้ำมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเรื่องการช่วยในระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ควรจัดให้ได้รับน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 3,500 มิลลิลิตร ซึ่งเท่ากับ 6-8 แก้ว/วัน

6. การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับอาหารทางสายยาง จัดทำสูตรอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้ได้ คาร์โบไฮเดรต 40-50% โปรตีน 20-30% ไขมัน 10-20% เกลือ+วิตามิน 10% โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการหรือต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภทของผู้ป่วยเฉพาะราย การแบ่งมื้อให้ตามมื้อของอาหาร เพื่อเป็นไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตในการรับประทานอาหารของคนทั่วไป คือ อาหารเช้า อาหารกลางวัน อาหารเย็น และในกรณีที่อาหารมีปริมาณมาก อาจแบ่งเป็น 4 มื้อ คือก่อนนอนด้วย ส่วนระหว่างมื้ออาจจะให้เป็นน้ำเปล่า เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ

การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย จนกระทั่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเคยชินกับภาวะนี้หรือยอมรับสภาพที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพราะคิดว่าไม่สามารถรักษาได้ คิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย จึงไม่ได้รับการรักษา แต่ความเป็นจริงแล้วอาจเป็นเพียงอาการแสดงของโรคบางอย่าง หรืออาจเกิดเพียงชั่วคราว หากได้รับการแก้ไขก็สามารถกลับคืนภาวะปกติได้ การประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ โดยการประเมินอาการผิดปกติขณะปัสสาวะใน 12 เรื่อง (แบบฟอร์ม G.Assessment 4 แบบประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ)

แบบฟอร์ม G.Assessment 4 แบบประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ

ที่มา: ถนอมขวัญ ทวีบุรณ และพัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร. 2542 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา.2545.

หัวข้อการประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1. มีความรู้สึกปัสสาวะไม่สุด		
2. มีความรู้สึกปัสสาวะไม่หมด		
3. ปัสสาวะกระปริดกระปรอย		
4. หลังถ่ายปัสสาวะเสร็จมีอาการปวดแสบ		
5. ถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง แต่แต่ละครั้งจำนวนไม่มาก		
6. มีปัสสาวะเล็ดราดเวลาไอ จาม หัวเราะ หรือออกกำลังกาย		
7. ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ มีปัสสาวะเล็ดราดบ่อยครั้ง		
8. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อถูกน้ำเย็น หรือเห็นห้องส้วม		
9. มีปัสสาวะเล็ดราดในเวลากลางคืน		
10. มีปัสสาวะเล็ดราดขณะลุกจากเตียงนอน		
11. มีปัสสาวะเล็ดราดเปียก รดกางเกงใน		
12. ใช้ผ้ารองซับปัสสาวะ		

ผลการประเมิน ถ้าไม่มีอาการดังกล่าว 12 ข้อ ไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

มีอาการในข้อใดข้อหนึ่งของข้อ 1 – 5 เริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

มีอาการในข้อใดข้อหนึ่งของข้อ 6 – 12 มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การประเมินเพิ่มเติม

1. การซักประวัติ

1.1 ประวัติส่วนบุคคลทั่วไป

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย การคลอดบุตร และการผ่าตัดในบริเวณอุ้งเชิงกราน

2. การตรวจร่างกาย เพื่อแยกถึงพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ออกจากพยาธิสภาพของ Urinary incontinence ชนิดต่าง ๆ

การจัดการปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ

1. การป้องกัน การลดน้ำหนักในผู้น้ำหนักเกิน

2. แนะนำในเรื่องการฝึกการถ่ายปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด (Bladder Training) โดยอาจจะเริ่มต้นทุก 20-30 นาที แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้นเป็นลำดับ

3. ให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำในเวลากลางวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมักจะกังวลว่าการดื่มน้ำจะทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยขึ้น

4. แนะนำให้ผู้สูงอายุงดหรือลดการดื่มน้ำก่อนออกไปทำธุระนอกบ้าน หรือก่อนเข้านอน

5. แนะนำให้บริโภคอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อลดปัญหาท้องผูกเพราะหากท้องผูกจะทำให้บริเวณ Bladder neck ถูกกดซึ่งจะทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

6. แนะนำให้งดหรือลดการสูบบุหรี่เพราะบุหรี่มีน้ำมันทาร์ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย และระคายเคืองต่อทางเดินหายใจทำให้ไอบ่อยเกิดการใช้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจนเกิดอาการปัสสาวะเล็ดราด

7. แนะนำให้ผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่สบายถอดง่าย เพื่อความสะดวกเมื่อต้องการถ่ายปัสสาวะ

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเช่นทางเดินไปห้องน้ำไม่ควรมีสิ่งกีดขวาง ประตูห้องน้ำสามารถเปิดปิดได้สะดวกเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถไปถึงที่ถ่ายปัสสาวะได้เร็วขึ้น

9. ยาบางชนิดมีผลต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่นยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ถ้ามีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องให้ประวัติหรือแจ้งอาการให้แพทย์ทราบด้วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

10. รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้แห้งสะอาดไม่อับชื้น

ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยชักนำได้แก่ ความพร่องในการมองเห็น อาการเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะขาดน้ำ ส่วนปัจจัยเร่งให้เกิด และเป็นปัจจัยของการรักษาได้แก่ การใช้เครื่องผูกมัด พร่องโภชนาการ ได้ยามากกว่า 2 ชนิด สวนปัสสาวะและเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการรักษา จึงต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ต้องประเมินคัดกรองปัญหาเฉพาะ โดยใช้แบบประเมิน Thai Delirium rating scale: TDRS ซึ่งประเมินใน 6 เรื่อง (แบบฟอร์ม G.Assessment 5) คือระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว cognitive status ขณะประเมิน โรคทางกาย ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ การประเมินผลคะแนนว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน เมื่อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์ม G.Assessment 5 : แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS)

คำถาม	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ (0 - 3)		
- ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่กำลังกำเริบได้	0	
- อาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ภายในไม่เกิน 6 เดือน	1	
- มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพอย่างรวดเร็วในช่วง 1 เดือน	2	
- มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอย่างฉับพลัน ภายใน 1 – 3 วัน	3	
2. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว		
- ไม่มีพฤติกรรมที่เชื่องช้าหรือวุ่นวายอย่างชัดเจน	0	
- มีอาการกระสับกระส่าย ตัวสั่น วิดกกังวลเพียงเล็กน้อย ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ หรือการพูดและการเคลื่อนไหวลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ยังโต้ตอบได้ปกติถ้ากระตุ้นด้วยการถาม	1	
- มีอาการวุ่นวาย เดิน ไปเดินมา ค้างสายน้ำเกลือ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ หรือการพูดและการเคลื่อนไหวลดลงอย่างมาก ต้องกระตุ้นด้วย superficial pain จึงโต้ตอบได้	2	
- มีอาการวุ่นวายอย่างมากจนจำเป็นต้องมัดผู้สูงอายุ ทำที่กำวร้ายหรือแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน ไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวด้วยตนเอง ต้องกระตุ้นด้วย deep pain ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าโรคจิตเภท	3	
3. การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาขณะประเมิน (0 – 4) (พิจารณาแบบประเมิน TMMSE ประกอบ)		
- ไม่มี cognitive deficits (คะแนน TMMSE มากกว่า 21 และไม่มีข้อใดได้น้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มในข้อนั้น) หรือมี cognitive deficits เนื่องจากขาดการศึกษาหรือมีภาวะปัญญาอ่อน	0	
- มี cognitive deficits (คะแนน TMMSE ได้ระหว่าง 15 - 21 และไม่มีข้อใดได้น้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มในข้อนั้น) จากการขาดความสนใจเพราะอาการปวด อ่อนเพลีย อารมณ์เศร้าหรือวิตกกังวลโรคทางกาย	1	

คำถาม	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
3. การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาขณะประเมิน (0 - 4) (ต่อ)		
- มี cognitive deficits เด่นชัดเพียงส่วนเดียว (คะแนนข้อใดข้อหนึ่งใน TMMSE ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับหนึ่งของคะแนนเต็มในข้อนั้น ซึ่งไม่ใช่ด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่) ในขณะที่ส่วนอื่นปกติ เช่น ผิดปกติเฉพาะด้านการรำลึก (ได้ไม่เกิน 1 คะแนน)	2	
- มี cognitive deficits หลายส่วนชัดเจนและ/หรือร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ เวลา สถานที่ (คะแนนด้าน orientation น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน) อย่างน้อยหนึ่งช่วงในระยะเวลา 24 ชั่วโมง การบันทึกจำและการรำลึกผิดปกติ สมารถลดลง	3	
- มี cognitive deficits อย่างมาก เช่น การเคลื่อนไหว การพูดเลียนแบบคำพูด การพูดซ้ำ ความผิดปกติของการรับรู้บุคคล ความผิดปกติด้านความจำทั้งระยะสั้นและยาวและไม่สามารถร่วมมือในการตรวจสภาพจิต	4	
4. โรคทางกาย (0 - 2)		
- ไม่มีภาวะผิดปกติทางกายหรือมีแต่อาการคงที่	0	
- มีภาวะผิดปกติทางกายที่อาจมีผลต่อสภาพจิตได้	1	
- มีภาวะผิดปกติทางกาย เช่น ยา การติดเชื้อ ความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม โรคทางสมอง หรือ สาเหตุอื่นซึ่งในเวลานั้นอาจเกี่ยวข้องในแง่การเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสภาพจิต	2	
5. ความผิดปกติของวงจรการหลับคืน (0 - 4)		
- ไม่มีความผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถตื่นและรู้ตัวดีในช่วงเวลากลางวันและหลับปกติในช่วงเวลากลางคืน	0	
- บางครั้งมีอาการง่วงซึมในช่วงกลางวันและหลับๆตื่นๆในช่วงกลางคืน เพียงเล็กน้อยอาจมีการฝันร้าย แต่สามารถแยกจากความเป็นจริงได้	1	
- มีการงีบหลับในช่วงกลางวันบ่อยๆ และไม่หลับในช่วงกลางคืน ซึ่งแสดงว่ามีการสลับของวงจรการหลับคืนอย่างชัดเจน	2	
- ง่วงซึมเป็นส่วนใหญ่และไม่สามารถตื่นตัวขณะสัมผัสกับแสง ไม่สามารถควบคุมให้ตื่นตัว	3	

คำถาม	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
- อยู่ในภาวะง่วงซึมอย่างมากหรือไม่รู้สึกตัว	4	
6. การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ (0,2,4)		
- อาการคงที่และมีในช่วงกลางวันเป็นส่วนใหญ่	0	
- อาการแย่ลงในช่วงกลางคืน	2	
- ความรุนแรงของอาการ เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ใน 24 ชั่วโมง	4	
รวมคะแนน 20 คะแนน		

สรุปค่าคะแนนที่ได้

หัวข้อประเมิน	คะแนน	คะแนน
1. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ	0 - 3	
2. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว	0 - 3	
3. cognitive status ขณะประเมิน	0 - 4	
4. โรคทางกาย	0 - 2	
5. ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น	0 - 4	
6. การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ	0, 2, 4	
รวม	20	
ประเมินผลการวินิจฉัย () มีภาวะสับสนจับปล้น () ไม่มีภาวะสับสนจับปล้น		

การประเมินผล

วินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนจับปล้น เมื่อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป

พัฒนาโดย สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิกร เจณณาวาสิน และรัตนา สายพานิชย์ (2543). การพัฒนา Delirium Rating Scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 45 (4): 325 – 331.

การป้องกันจัดการปัญหาภาวะลัษณเฉียบพลัน

1. ค้นหาสาเหตุ และรักษาพยาบาลที่สาเหตุของโรคโดยเร็ว เช่น การติดเชื้อ มีไข้ ภาวะโซเดียมต่ำหรือสูง เป็นต้น
2. ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
 - 2.1 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย และสุขสบาย มีแสงสว่างเพียงพอ
 - 2.2 จัดให้มีการตรวจเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เหมาะสม และให้การพยาบาลในสิ่งที่จำเป็น
 - 2.3 สนับสนุนอุปกรณ์ในการช่วยเพิ่มการรับรู้ เช่น แว่นตาเครื่องช่วยฟัง และฟิ้นปลอม
 - 2.4 ผู้ก้มผู้ป่วยในกรณีที่เป็นเท่านั้น ควรผูกยึดเฉพาะส่วน และต้องขออนุญาตจากญาติก่อนเสมอ
 - 2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นสำหรับลดภาวะวิตกกังวล หรือเมื่อผู้ป่วยวุ่นวายสังเกตผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยา เช่น ซึมมากขึ้น มีไข้ กล้ามเนื้อแข็งตึง
3. การดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจ และความสะดวสบาย
 - 3.1 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยใช้คำพูดง่ายๆ ใช้วิธีอธิบายสั้น ช้า และบ่อยครั้ง
 - 3.2 ให้ผู้ป่วยได้ฝึกกระบวนการคิด ทบทวนเรื่องราว วัน เวลา สถานที่ และบุคคลกับผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและความไม่สุขสบายต่างๆ และช่วยแก้ไข
 - 3.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เรียบง่าย คิดปฏิทินที่อ่านง่าย และนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการที่จะกระตุ้นความทรงจำให้กลับคืนมา มีการรับรู้ดีขึ้น และสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม
 - 3.4 ลดสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปจะทำให้การผู้ป่วยเสียการรับรู้เพิ่มขึ้น
 - 3.5 ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความเชื่อในพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อให้ลดความวิตกกังวล
 - 3.6 ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง
 - 3.7 จำกัดความต้องการในเรื่องการตัดสินใจ ถ้าผู้ป่วยมีความคับข้องใจหรือมีความคิดลัษณ
 - 3.8 ให้กำลังใจเมื่อเข้าไปพบผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - 3.9 ยอมรับในความคิดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการแปลความหมายผิดไป (ประสาทหลอน หรือหลงผิด) ไม่ได้เถียงหรือขัดแย้งผู้ป่วย
 - 3.10 ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ โดยการใช้คำถาม ที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบได้

3.12 เตรียมผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม

4. ติดตาม ให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

4.1 ติดตามอาการทางประสาทอย่างต่อเนื่อง

4.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งดูแลเรื่องการขับถ่าย

4.3 ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

การหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ร่วมกับมีโรคเรื้อรัง ทำให้ความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ร่วมกับการที่ความยืดหยุ่นของข้อต่างๆเปลี่ยนแปลง การรับรู้ลดลง สายตาที่แย่ง ผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ เช่นยาที่ทำให้หึ่งวงซึม ยาที่ทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า นอกจากนี้ในการนอนโรงพยาบาลยังเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การหกล้มในโรงพยาบาลอาจเกิดขึ้นขณะพยาบาล ทำกิจกรรมและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงแต่ละราย และประเมินซ้ำเป็นระยะๆ เนื่องจากความเสี่ยงนั้นเปลี่ยนแปลงเสมอ การประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ (แบบฟอร์ม G.Assessment 6) โดยการประเมินใน 6 เรื่องคือ การมองเห็น การรับรู้ทางการประเมิน CMT การทรงตัว การเคลื่อนที่ ประวัติการใช้ยา ประวัติโรคเรื้อรัง ประวัติการหกล้ม สภาพแวดล้อม คะแนนที่ได้ 13 - 32 คะแนนมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม



แบบฟอร์ม G.Assessment 6 แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ

คัดลอกจาก Fall prevention : Best practice guidelines, quality improvement and enhancement program, version 3,2003. อ้างถึงใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551.

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1. วันนอนโรงพยาบาลนับจากวันแรกเข้า		
วันแรก	0	
เจ็ดวันแรก	1	
8-14 วัน	2	
มากกว่า 14 วัน	3	
2. อายุ		
0 - 19 ปี	0	
20 - 59 ปี	1	
60 - 70 ปี	2	
มากกว่า 70 ปี	3	
3. ประวัติหกล้ม		
ไม่หกล้มในปีก่อน	0	
หกล้มใน 6 เดือนก่อน	1	
หกล้มใน 3 เดือนก่อน	2	
หกล้มในเดือนก่อน	3	
4. การทรงตัว		
ยืนและหมุนตัวได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้อื่น	0	
เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 1 คน	1	
เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 2 คน	2	
เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรือไม่ต้องการคนช่วย	3	
5. การรับรู้		
รู้เวลา สถานที่ บุคคล	0	
รู้สถานที่และบุคคล	1	
รู้บุคคล	2	
ไม่รับรู้ การตัดสินใจบกพร่อง	3	

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
<p>6. สภาพร่างกายทั่วไป</p> <p>อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ 0</p> <p>ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ 1</p> <p>การนอนหลับผิดปกติมาก 2</p> <p>ขาดอาหาร น้ำหนักลด 3</p>		
<p>7. การมองเห็น</p> <p>ปกติ 0</p> <p>ใช้แว่น 1</p> <p>การมองเห็นไม่ชัดเจน ตาต้อ 2</p> <p>การมองเห็นผิดปกติมากถึงขั้นตาบอด 3</p>		
<p>8. การพูด</p> <p>ปกติ 0</p> <p>มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจภาษาดี 1</p> <p>พูดไม่ชัด/มีปัญหาการสื่อสาร 2</p> <p>การสื่อสารบกพร่องขั้นรุนแรง 3</p>		
<p>9. การใช้ยา</p> <p>ไม่มียาที่มีผล 0</p> <p>มีระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีผล เช่น β-blocker ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด 1</p> <p>มีระบบประสาทที่มีผล เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่ม psychoactive 2</p> <p>มีทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด/ระบบประสาท 3</p>		
<p>10. ภาวะโรคเรื้อรัง</p> <p>ไม่มี 0</p> <p>มีโรคเรื้อรัง 1 โรค 1</p> <p>มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค 2</p> <p>มีโรคเรื้อรังหลายโรค 3</p>		

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
11. ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย		
ไม่มีปัญหา	0	
ปัสสาวะบ่อย	1	
ปัสสาวะกลางคืน/ปัสสาวะราด (stress incontinence)	2	
ปัสสาวะราด (กลายปัสสาวะ/urge incontinence)	3	
คะแนนรวม 0-10 มีความเสี่ยงต่ำ 11-20 มีความเสี่ยงปานกลาง 21-33 มีความเสี่ยงสูง		

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. การบริหารจัดการการใช้ยา
 - 1.1 ทบทวนเรื่องการใช้ยาและผลจากการใช้ยา
 - 1.2 ทบทวนเรื่องการปรับความเหมาะสมของการใช้ยา กรณีที่
 - มีการใช้ยามากกว่า 4 ชนิด
 - มีการใช้ยาในกลุ่ม ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ
2. การให้ความรู้
 - 2.1 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เรื่อง
 - ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความปลอดภัย ให้มีกิจกรรมตามความสามารถ
 - การเปลี่ยนท่าช้าๆ เวลาเคลื่อนไหว
3. การจัดการสิ่งแวดล้อม
 - 3.1 จัดการแก้ไขสิ่งทีเกะกะขวางทาง
 - 3.2 เติง โตะข้างเตียงมั่นคง ไม่โยกเขกหรือเลื่อนไปมาได้

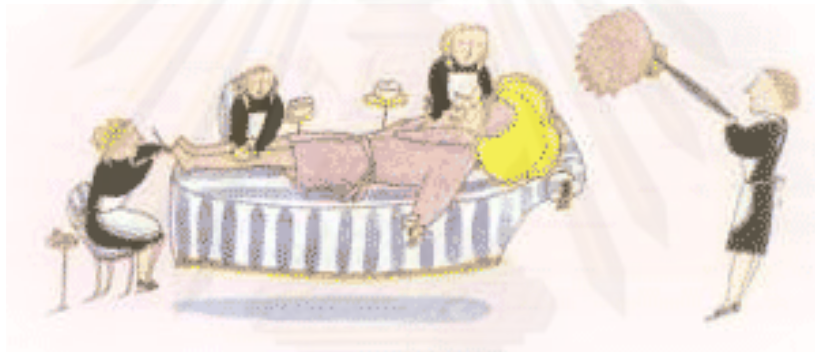
- ลี้อค้อเตียง
 - ใช้ไม้กั้นเตียง สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ให้ยกไม้กั้นเตียงเพียงครั้งเดียว
- 3.3 มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณทางเดิน และในห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่ตื่นเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน
- 3.4 มีราวจับบริเวณใกล้โถส้วมในห้องน้ำ
- 3.5 ย้ายผู้ป่วยสูงอายุที่สับสนให้ใกล้ที่ทำงานพยาบาล
- 3.6 จัดผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยง พักอยู่บนเตียงที่เตียง / ปรับระดับได้
- 3.7 จัดของใช้ข้างเตียงให้อยู่ในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง
4. การจัดการปัญหาการขับถ่าย
- 4.1 ประเมินปัญหาการขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย
- 4.2 การจัดตารางเวลาการถ่ายปัสสาวะตามความเหมาะสม เช่น ทุก 4 ชั่วโมง
- 4.3 จัดให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายหรือได้รับยาขับปัสสาวะ / ยาระบาย อยู่ใกล้ห้องน้ำ หรือจัดเตรียมหม้อนอน / กระบอกปัสสาวะ ไว้ให้ข้างเตียง
- 4.4 ผู้สูงอายุชายที่มีปัญหาเวียนศีรษะ แนะนำให้นั่งปัสสาวะแทนการยืน
5. การจำแนกด้วยสัญลักษณ์ การใช้แถบสติ๊กเกอร์ประวัตินี้ / ประตูลูกหวาย หรือเตียงผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการระมัดระวังเป็นพิเศษ
6. ลดการผูกมัด เนื่องจากการผูกมัดไม่ได้ช่วยป้องกันการหกล้ม
7. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนที่เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเดินเป็นปกติ เริ่มด้วยการฝึกให้นั่งได้เอง ตามด้วยฝึกให้ยืนได้เอง เริ่มฝึกเดินโดยพิจารณาอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย
8. การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม / เกิดอุบัติเหตุ ให้กลับมาสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้
- 8.1 ประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ การกลัวการหกล้ม
- 8.2 วางแผนในการแก้ปัญหาพร้อมกับครอบครัว สนับสนุนการมีกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ การให้กำลังใจและความมั่นใจ

ศูนย์วิทยุวิทยุพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบแผนการนอนผิดปกติในผู้สูงอายุ

ปัญหาการนอนของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ ใช้เวลานานกว่าจะหลับ นอนหลับไม่สนิท ตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น เพลีย ต้องนอนชดเชยทั้งวัน ผลตามมาของการนอนไม่พอ จะทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเสียไป การประเมินปัญหาการนอนในผู้สูงอายุ โดยการประเมินในเรื่อง พฤติกรรมการนอน ระยะเวลาการนอนหลับ เวลาเข้านอน-ตื่น สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอน กิจกรรมและอาหารที่ได้รับก่อนนอน โดยใช้แบบประเมินปัญหาการนอน (แบบฟอร์ม G.Assessment 7)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์ม G.Assessment 7 แบบประเมินปัญหาการนอน

ในระหว่างช่วงเดือนที่ผ่านมา

1. ท่านมักเข้านอนเวลาประมาณ น.
2. ท่านมักจะหลับหลังจากเข้านอนแล้วประมาณ นาที
3. ท่านลุกจากที่นอนตอนเช้าเวลาประมาณ น.
4. ท่านนอนหลับได้คืนละ ชั่วโมง

5. ระหว่างเดือนที่แล้วท่านมีปัญหากับการนอนหลับ โดยมีสาเหตุจาก.....	ไม่เกิดขึ้น ในระหว่าง เดือนที่ ผ่านมา (0)	เกิดขึ้น น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ (1)	เกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง/ สัปดาห์ (2)	เกิดขึ้น 3 ครั้งหรือ มากกว่า/ สัปดาห์ (3)
5.1. นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนแล้วภายใน 30 นาที				
5.2. ตื่นกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
5.3. ตื่นขึ้นเพื่อเข้าห้องน้ำ				
5.4. มีอาการหายใจลำบาก				
5.5. ไอ หรือ กรนเสียงดัง				
5.6. รู้สึกว่าหนาวเกินไป				
5.7. รู้สึกว่าร้อนเกินไป				
5.8. มีการฝันร้าย				
5.9. มีอาการปวด				
5.10. เหตุผลอื่นๆ กรุณาอธิบาย รวมทั้งความถี่ของการเกิดปัญหาที่ทำให้ท่านนอนไม่หลับ				
6. ระหว่างเดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาช่วยให้หลับบ่อยเท่าใด (สั่งโดยแพทย์หรือซื้อเอง)				
7. ระหว่างเดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการพยายามตื่นในขณะที่ขับรถ การรับประทานอาหาร การเข้าสังคม				
8. ระหว่างเดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาด้านความกระตือรือร้นที่จะทำงานต่างๆ				

	ดีมาก (0)	ดี (1)	แย่ (2)	แย่มาก (3)
9. ระหว่างเดือนที่ผ่านมา ท่านให้คะแนนเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับเท่าใด				

ส่วนประกอบที่ 1 # ใ้คะแนนของข้อ 9 C 1 _____

ส่วนประกอบที่ 2 # คำตอบที่ข้อ 2

< หรือเท่ากับ 15 นาที ให้คะแนนเป็น 0

16 – 30 นาที ให้คะแนนเป็น 1

31 – 60 นาที ให้คะแนนเป็น 2

> 60 นาที ให้คะแนนเป็น 3

C 2 _____

ส่วนประกอบที่ 3 # คำตอบที่ข้อ 4

>7 ให้เป็น (0), 6-7 ให้เป็น (1), 5-6 ให้เป็น (2), <5 ให้เป็น (3) C 3 _____

ส่วนประกอบที่ 4 # (จำนวนชั่วโมงทั้งหมดตั้งแต่เข้านอนจนหลับได้/ จำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง)

* 100

> 85 % =0, 75-84% =1, 65-74% = 2, <65% =3 C 4 _____

ส่วนประกอบที่ 5 # ผลรวมของคะแนนข้อที่ 5.2 ถึง 5.10

(0=0, 1-9=1, 10-18=2, 19-27=3) C 5 _____

ส่วนประกอบที่ 6 # คะแนนของข้อที่ 6 C 6 _____

ส่วนประกอบที่ 7 # คะแนนของข้อที่ 7 + คะแนนของข้อที่ 8

(0=0, 1-2 = 1, 3-4 =2, 5-6=3) C 7 _____

รวมคะแนนทั้ง 7 ส่วนประกอบ (C1 – C7) ได้เท่ากับ _____

การประเมินผล คะแนน ≤ 5 มีคุณภาพการนอนที่ดี

≥ 5 มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี

ที่มา: ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.กรกฎาคม-กันยายน 2540 (42).

การจัดการปัญหาการนอนของผู้สูงอายุ

1. ช่วยในเรื่องการตรวจวินิจฉัย การรักษา
2. ปรับวงจรการนอนหลับให้เป็นปกติ โดยการเข้านอน และตื่นนอนให้ตรงเวลาทุกวัน
3. หลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวัน เพราะจะทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน
4. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้ปลอดภัย และสะดวกสบาย เงียบสงบปราศจากสิ่งรบกวน
อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างไม่จ้าจนเกินไป
4. ที่นอน หมอน ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป และสวมเสื้อผ้าที่สบายไม่คับหรือรัดแน่น
5. หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอน (ตัวอย่างเช่น ใช้เสียงเบาๆ ไม่ใช่แสงไฟ ไม่เข็นเตียงชนกันจนเกิดเสียง)
5. สังเกตความถี่ในการตื่นขณะนอนหลับ ปัญหาการหายใจ และอาการกระสับกระส่าย
6. อาหารมื้อเย็นควรรับประทานให้พอเหมาะ และเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ควรรับประทานก่อนเข้านอนอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ก่อนนอนอาจจะรับประทานอาหารว่างเบาๆ ได้
7. ควรดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นม โอวัลติน ก่อนนอน เพราะมี L- tryptophan ซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็นสารสื่อประสาท Serotonin ที่ช่วยในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการนอนหลับ และการตื่นให้ทำงานอย่างต่อเนื่อง ควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของสมอง และทำให้นอนไม่หลับ
8. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ในตอนเย็นและก่อนนอน เพราะแอลกอฮอล์มีผลต่อการกดช่วงนอนหลับแบบ REM
9. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน เพราะสารนิโคติน มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้มีการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ
10. ก่อนเข้านอนควรดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และควรถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน
11. กระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างวัน เพื่อส่งเสริมการนอน เช่น การออกกำลังกาย การระบายอารมณ์ การลดน้ำหนัก มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามตารางการรักษา
12. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นในช่วงระยะเวลากลางวัน
13. มีการผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น สมาธิ Breathing exercises อ่านหนังสือ หรืออาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน

14. หลังจากปิดไฟและเข้านอน ในเวลา 15 นาทีถ้ายังนอนไม่หลับ หรือไม่่วงให้ลุกจากเตียง เมื่อรู้สึกง่วงให้กลับไปนอนใหม่
15. พูดคุยกับผู้ป่วย เรื่องความกลัว ความขัดแย้งในใจ ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการนอนไม่หลับ
16. หลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์ และอ่านหนังสือที่ตื่นเต้นเร้าใจก่อนเข้านอน
17. ในรายที่มีอาการปวด ควรให้ยาบรรเทาอาการปวด เพราะความเจ็บปวดจะมีผลกระตุ้นให้สมองหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น เมื่อระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นจะมีผลยับยั้งการสร้าง และหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin ซึ่งมีผลส่งเสริมการนอนหลับ
18. นอนในท่าที่เหมาะสม และช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้เต็มที่ เช่น ท่านอนหงาย เข่าควรเหยียดตรงราบกับพื้น ใช้หมอนหนุนใต้เข่าให้อยู่ในท่าอเข่าเล็กน้อย ท่านอนตะแคงควรนอนในท่าอสะโพกและงอเข่าด้วยเสมอ มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า เพื่อไม่ให้เข่าตกลงกับพื้น
19. การใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ ได้แก่ยาพวกสงบประสาท ยานอนหลับ (sedative , hypnotic) ควรให้รับกวนวงจรระยะปกติของการนอนน้อยที่สุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ชุดที่ 5 แบบกำกับการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบกำกับการทดลองการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

โดยการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของ
ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ผู้สังเกต

ผู้ได้รับการสังเกต พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

คำชี้แจง เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ให้บันทึกพฤติกรรมที่ท่านพบเห็น โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติโดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ ปฏิบัติ หมายถึงพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึงพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อนั้นๆ

ข้อที่	พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทของ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1	คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อการดูแลในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี			
2	ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายুর่วมกับทีมสหสาขา			
3	ประเมินปัญหา/ความต้องการการดูแลและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
4	ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยเฉพาะราย			
5	ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการดูแล/การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุแก่ครอบครัว			
6	ติดตามกำกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุให้เป็นไปตามแนวทางการดูแล			
7	ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง			
8	ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย/เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล/การแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง			
9	บันทึกข้อมูลการดูแลและร่วมกับทีมสหสาขาในการ/แก้ไขปัญหาและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน			
10	ร่วมกับทีมสหสาขาในการวางแผนการจำหน่าย/ประสานงานการส่งต่อ			

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการวิจัย ประกอบด้วย 2
ชุด ได้แก่**

ชุดที่ 1 แบบบันทึกจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
ผู้ป่วยในโครงการ Case management in elderly

รายชื่อ

1. เพศ อายุ ปี
2. การวินิจฉัยโรค
3. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ภาวะแทรกซ้อนใน Geriatric syndrome ขณะอยู่โรงพยาบาล

5. วัน เดือน ปี ที่จำหน่าย
6. รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล วัน
7. ชนิดของการจำหน่าย
 - แพทย์อนุญาต
 - หนีกลับ
 - ไม่สมัครใจอยู่
 - ส่งต่อ
 - เสียชีวิต
 - อื่นๆ ระบุ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษา โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี แบบสอบถามนี้สำหรับ ประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในแผนกอายุรกรรม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นที่เป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น การเสนอผลงานวิจัยจะเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบคุณในความกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างยิ่ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริงของท่าน

1. ประสบการณ์ทำงาน ปี
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () ปริญญาโท (สาขา).....
 - () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
4. ตำแหน่งปฏิบัติงาน
 - () หัวหน้าหอผู้ป่วย
 - () พยาบาลประจำการ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นข้อรายการที่ถามเกี่ยวกับ ความพึงพอใจของท่านในการปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยมีความหมายหรือข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจ ดังนี้

คะแนน 5 พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มากที่สุด

- คะแนน 4 ฟังพอใจมาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มาก
- คะแนน 3 ฟังพอใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ปานกลาง
- คะแนน 2 ฟังพอใจน้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อย
- คะแนน 1 ฟังพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน	√				

จากตัวอย่าง คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่า ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน
ปฏิบัติงาน มากที่สุด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ด้านลักษณะของงานและภาระงาน					
1. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในรูปแบบการ จัดการผู้ป่วยรายกรณี					
2. หน้าที่ที่รับผิดชอบมีความเหมาะสมกับ ความสามารถ					
3. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย					
4. สามารถปรับปรุงการพยาบาลให้สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย					
5. สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
6. สามารถติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง					
7. ภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบมีความสำคัญต่อองค์กร					
8. ความชัดเจนของแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพา					

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
<p>ด้านสถานภาพและบทบาทพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีอิสระในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย 2. การที่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างมั่นใจ 3. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย 5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน 6. สามารถเสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน 7. การใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน 8. ความมั่นใจในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ 					
<p>ด้านคุณภาพของงานและการยอมรับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน 2. การปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากหัวหน้างาน 3. การปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากบุคลากรในทีมสุขภาพ 4. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 5. การปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด 6. ได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้มาใช้บริการ 7. การได้รับประสบการณ์ที่มีประโยชน์จากการทำงาน 8. การมีรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 9. ความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ 					

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
<p>ด้านสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมพยาบาล 2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับหัวหน้างาน 3. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ 4. การประสานงานที่เอื้อต่อการทำงาน 5. ทีมพยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน 6. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน 7. การปรึกษาหรือการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมพยาบาลและทีมสุขภาพ 8. การติดตามประเมินปัญหา และการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพ 9. การวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วย 					

ประวัติผู้วิจัย

นางสาววรรณิ มาศศรี เกิด เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2510 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษา ระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2533 ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงานพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 – 2538 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงานพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

ศูนย์วิทยพัทยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย