

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการทางพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.1 ความหมาย แนวคิด และหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.2 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.3 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
 - 2.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.5 ขั้นตอนและการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้
 - 2.6 กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.7 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี
4. แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
6. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ
7. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการทางพยาบาล

ปัจจุบันการจัดบริการทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบโดยอาศัยการจัดบุคลากรและมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย การจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดต้องขึ้นอยู่กับสถานที่ การบริหารงานทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาลในสภาพบริการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer-Lehmann, 1944 อ้างถึงใน ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) โดยทั่วรูปแบบการบริการพยาบาลที่จัดขึ้น มีดังนี้

1.1 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลตามหน้าที่ (Functional method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นจึงมีการฝึกฝนบุคลากรที่มีไข้พยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1 – 2 อย่าง ตามขอบเขตความสามารถมีข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็ว ไม่ช้าช้อน ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ใช้นุคลากรน้อยสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี การมอบหมายงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าของงาน และการประเมินผลงานทำได้ง่ายและสะดวก ข้อเสีย คือ พยาบาลไม่พึงพอใจต่องาน เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงาน และไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเนื่องจากขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการ มีหลายคนการให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็น ส่วน ๆ ไม่มีความรับผิดชอบโดยตรง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้บริการของพยาบาล และไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

1.2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเฉพาะราย (Case method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1900 เป็นการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล โดยพยาบาลจะได้รับผู้ป่วยครั้งละ 1 คน ต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรเป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือ ในหอผู้ป่วยหนักช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ มีข้อดี คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ข้อเสีย คือ สิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้และต้องใช้เวลาพยาบาลจำนวนมากในการทำงานพยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคนขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

1.3 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีม (Team method) เป็นการจัดบริการพยาบาลเป็นกลุ่มโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อปี ค.ศ.1950 จากการพยายามแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ตามหน้าที่เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นโดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับลูกทีมโดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษาการติดตามและการประเมินผล และการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแลตลอดจนการสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน การร่วมปรึกษาหารือและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาทีมงาน ข้อดี คือทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานเสริมสร้างความสามัคคีการกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ข้อเสียคืออาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงานและใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม และเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลวสอดคล้องกับการศึกษา ของ วิลโล อามาตย์มณี (2539) พบว่าความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมมีความสำคัญในการปฏิบัติงานในรูปแบบทีม

1.4 รูปแบบการบริการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเริ่มคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกการมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพการพยาบาล การค้นหาเอกลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลได้เริ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยไม่เปลี่ยนแปลงผู้รับบริการเป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อไม่ขึ้นเวร เป็นรูปแบบที่ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหาที่มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล เป็นลักษณะการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่น ข้อเสียคือเนื่องจากต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก (Marriner, 1996: 237) ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและต้องใช้เวลาประสานงานที่ดีเพื่อไม่ให้เกิดการพยาบาลล้มเหลว



รูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่มีความหลากหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น ได้มีการสำรวจค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับการคาดเดาปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกินความจำเป็น ในช่วง ปี ค.ศ. 1990 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากความซับซ้อนของโรค การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย พืชศาสตร์และผลประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีข้อดีในด้านดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงและความรับผิดชอบของรูปแบบทีม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนของทีมที่มีผู้นำที่มีความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1 ความหมาย แนวคิด และหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

American Nurse Association: ANA (1991) ได้ให้ความหมาย Case management ว่าเป็นกระบวนการจัดการบริการพยาบาลด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

Zander (1998) ได้กล่าวว่า Case management เป็นการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำไปสู่การเน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสม

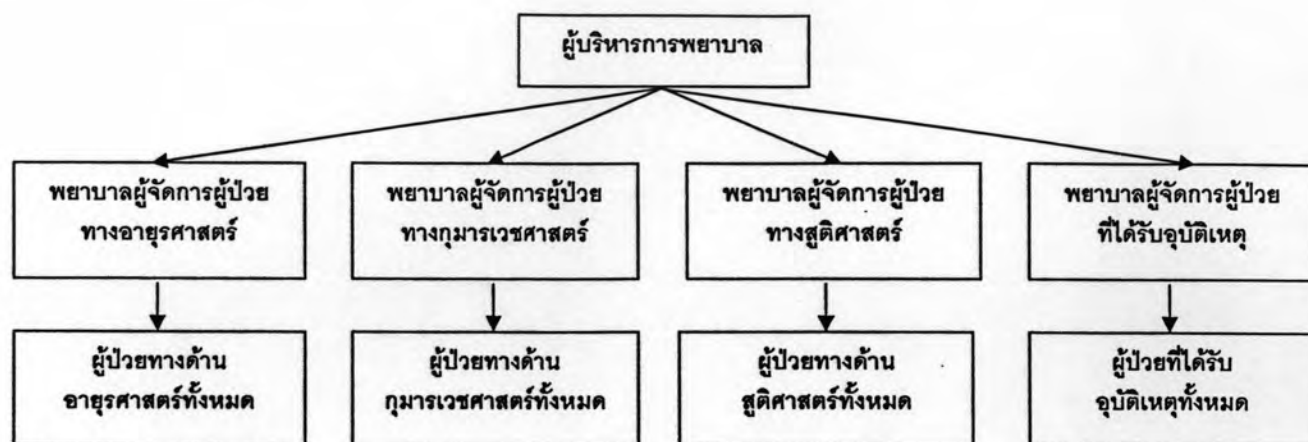
Kathleen (1992) ได้ให้ความหมายเป็นแนวคิดที่ง่าย ๆ ในลักษณะรวม ซึ่งมีจุดสำคัญคือ ต้องมีการประสานร่วมมือ สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และกลุ่มอื่น ๆ อย่างครอบคลุม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1994 Case Management Society of America (CMSA) ได้ให้ความหมายของ Case management ว่าเป็นกระบวนการให้ความร่วมมือในการประเมินผล การวางแผน ดำเนินการปฏิบัติประสานงาน ติดตาม ประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการให้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Powell, 2000)

จากความหมายทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า Case management หมายถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่มากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแลโดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วน ๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่ และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะที่เดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย (ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

2.1.2 แนวคิด และหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

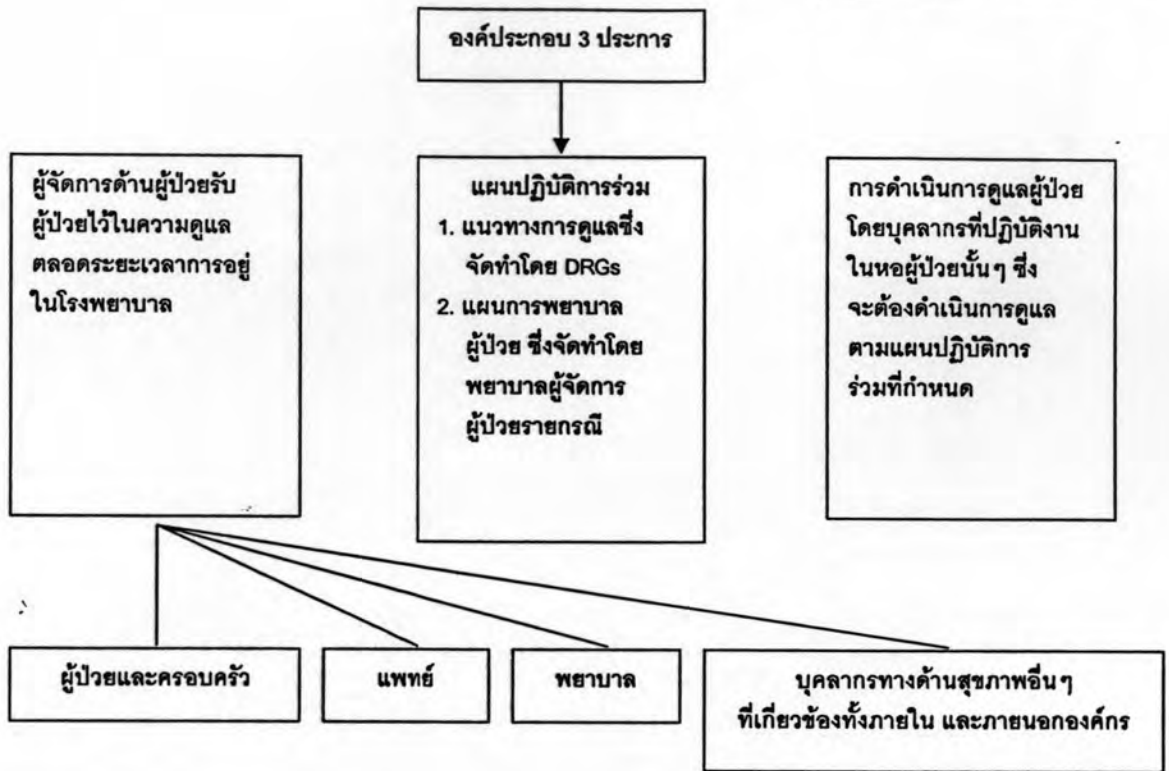
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบหรือแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยค่าใช้จ่ายเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการกำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการ (การดูแล) ผู้ป่วย (Case manager หรือ Patient care manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดรูปแบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ บุคลากรพึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยการใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนบางประเภท เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งบริการสะดวกและรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2542)



แผนภูมิที่ 1 การมอบหมายงานในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ที่มา : Yoder Wise (1995: 423)

การมอบหมายงานในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้บริหารการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการสามารถจัดการดูแลใช้ระบบการพยาบาลในรูปแบบใดก็ได้ (Maminier – Tomey) โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการโดยวิธีที่ประหยัดที่สุด การบรรลุผลที่ต้องการผู้บริหารการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานพยาบาลผู้จัดการที่ให้การดูแลระหว่างหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการให้การดูแลตรวจตรา และประสานการดูแลเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายในเวลาที่กำหนดด้วยความปลอดภัย ประหยัดต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีแผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การดูแลที่ดี



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
ที่มา: Yoder Wise (1995: 422)

2.2 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า โดยมีลักษณะดังนี้

1. เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม
3. เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท
4. เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้

ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative practice) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกันที่เรียกว่า Clinical pathway และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager หรือ Patient care manager) เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

การกำหนดแนวทางการดูแลจะทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และที่สำคัญคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ (Spitzer–Lehmann, 1994)

5. เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case method) รูปแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional method) แต่โดยปกติจะใช้ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

6. การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งจะดำเนินการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

7. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Critical paths) และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Variants) เกิดขึ้นที่แตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้ (Spitzer–Lehmann, 1994)

2.3 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีความสำคัญมากจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ดังนี้ (Flarey, 1995)

1. เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมในเป้าหมายของผู้ป่วย และครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ตลอดจนรูปแบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงิน
3. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
4. พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
5. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม
7. ควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ
8. เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

9. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วย

2.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.4.1 องค์ประกอบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case management มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2542)

1. การประสานความร่วมมือของทีมสหภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Collaborative practice) รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งมีการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับรูปแบบ Case management เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

2. เครื่องมือที่สำคัญใช้ในรูปแบบ Case management ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งทีมสหภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลัก ๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ หรือกลุ่มโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็นวัน หรือนาที หรือสัปดาห์

3. พยาบาลผู้จัดการ (การดูแล) ผู้ป่วย ช้อสรูปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศต่าง ๆ พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ Case manager ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และ ทีมสหภาพอื่น ๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี (Lynn, et al., 1993)

2.4.2. การดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้ (Elaine Toni, 1993; เหวดี ศิรินคร และคณะ; 2542)

1. ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) ลักษณะการดำเนินการตามรูปแบบ Case Management ลักษณะนี้ นอกจากจะดำเนินการตามองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังกล่าวแล้ว จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) ด้วย รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่าคุ้มทุน (Utilization review) และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement)

2. ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base) การดำเนินการอาจจะดำเนินการใน 1 – 2 Unit เท่านั้น ไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3. ดำเนินการในชุมชน (Community based) การดำเนิน Case Management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management based) มีจุดมุ่งเน้นเพื่อลดการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรค จะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่เริ่มอาการจนกระทั่งสิ้นสุดเป็นการให้สุศึกษาและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

2.5 ขั้นตอนและการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

การนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วน ๆ รูปแบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษาทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้ เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จึงมีการเรียกกันว่า Critical pathway หรือ Clinical maps ซึ่งในระยะต่อมามีสถาบันบางสถาบันเปลี่ยนชื่อเป็น Clinical path หรือ Clinical pathway เหตุผลที่เปลี่ยนเพราะคำ Critical เป็นคำที่ให้ความรู้สึกเร่งเร้า

ดังนั้นในปัจจุบันจึงมักเห็นคำต่าง ๆ เหล่านี้ใช้แทนกันในการทำวิจัยครั้งนี้จะใช้ คำว่า Clinical pathway

การจัดทำ Clinical pathway เป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหวิชาชีพ (Multi disciplinary) หรือระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดยสถาบันหนึ่งนำมาใช้กับอีกสถาบันหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหา และไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่ละสถาบันจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตน เช่น สถาบัน Center for Case Management, South Natick มลรัฐ Massachusetts ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำ Clinical pathway โดยการรวมแผนการดูแลที่มีใช้ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว และปรับเป็นแผนปฏิบัติการใช้กับการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยเรียกแผนที่จัดทำนี้ว่า Care map รวมทั้งได้จดทะเบียนลิขสิทธิ์เครื่องมือ Care maps ต่าง ๆ ที่จัดทำไว้

การจัดทำ Clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำ Clinical pathway วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ใช้พิจารณา ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาเป็นวันที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ Clinical pathway คือ

- 1.1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 1.1.2 กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 1.1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 1.1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความต่างกันมาก

1.1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้อง
รับภาระค่าใช้จ่าย

1.1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น กลยุทธ์ที่ต้องการให้มีกร
ร่วมมือกันของแพทย์หลายสาขาหรือสาขาวิชาชีพอื่น จึงเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษา
หลายสาขาวิชาชีพ เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์

1.2 จัดตั้งทีมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิก
ของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้
ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด Clinical pathway
เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

1.3 กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้น
ในคลินิกตามเวลาที่กำหนดโดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

1.4 กำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับประเมินการ
เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความเห็น
จากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษา
จากที่ทำกันเป็นประจำ

1.5 สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็น
เหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญวิธีนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

1.6 การเขียน Clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับ
ความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ทั่วไป
ลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปแบบตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผน
การดูแลรักษาในแต่ละช่วงเวลา ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละ
ช่วงเวลาผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

1.6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือ
หน่วยงานต่างๆ

1.6.3 การส่งตรวจ

1.6.4 รายการยา

1.6.5 ชนิดอาหาร

1.6.6 กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

1.6.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

1.6.8 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

1.7 การทบทวน Clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ Clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ Clinical pathway

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรูปแบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

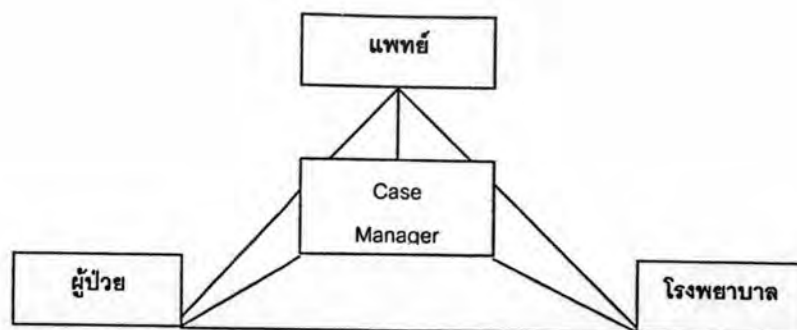
5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ

6. ทำให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูล และช่วยเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาล

7. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ในการนำไปรณรงค์การดูแลผู้ป่วยรายกรณีลงปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยมากจะมีการมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของพยาบาลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยทำหน้าที่รับผิดชอบประสานงานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล และโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ ดังนี้



ที่มา : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543: 21

ในการประสานงานกับผู้ป่วย Case manager ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ Clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ Clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ Case manager ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่าง ๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับให้การดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ การติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ติดตามกำกับกิจกรรมส่วนใหญ่คือ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีซึ่งจะทบทวนแผนการดูแลทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ที่กำหนดไว้เป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นตามแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเข้าร่วมในการวางแผน เพื่อช่วยแก้ไขสิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือการบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวนที่กล่าวถึง คือ Variance ได้แก่ ความแตกต่างใด ๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวร แต่ละวันกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่ยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ หากพบความแปรปรวน ต้องหาสาเหตุว่าจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ หรือ ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัวปฏิเสธการจำหน่ายภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป
2. สาเหตุเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ป่วยมาก
3. สาเหตุจากทีมสุขภาพ ได้แก่ การเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจ การรักษา

หลังจากตรวจพบความแปรปรวนการดำเนินการ หากเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากทีมสุขภาพต้องได้รับการแก้ไขทันที หากเกิดจากรูปแบบต้องหว่าจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาจะต้องแก้ทันทีหรือไม่ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้กับทีมสุขภาพผู้ดูแลรายกรณีให้ทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วยโดยมากมักจะใช้วิธีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2.6 กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี Powell (1996: 241 – 291) ได้กำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยไว้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะพิจารณาผู้ป่วยที่จำเป็น ที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการจัดการรายกรณี เพราะว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ถูกเลือกหรือสมควรรับไว้ดูแล มักจะมีข้อบ่งชี้ในเรื่องของระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายและข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยมักจะมีข้อบ่งชี้หลายอย่างที่เป็นปัญหาในการเข้าสู่การพยาบาลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นที่ 2 การประเมินสภาพ

เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ โดยรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งสิทธิและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือสนับสนุน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาทิศทางกาารให้บริการโดยทีมสุขภาพร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ขั้นที่ 3 การประสานงาน

วางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่าย หลังจากประเมินสภาพด้านต่าง ๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ทีมสุขภาพจะต้องวางแผนในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จ ทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้บริการใช้ระยะเวลาานานเท่าใด และทำที่ไหน ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วย โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 4 การเฝ้าระวัง

การประเมินสภาพซ้ำและการประเมินผลใหม่ เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการเฝ้าระวังและประเมินใหม่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคมที่เกิดจากความเจ็บป่วย คุณภาพของการดูแล ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งสุดท้ายที่จะต้องทำการประเมินใหม่ที่จำเป็นก็คือ เป้าหมาย

ขั้นที่ 5 การดำเนินการ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และตามเวลาที่ถูกต้องที่ได้วางแผนการดูแลไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นแนวทางการดูแลรักษา และแผนการจำหน่ายที่วางไว้ถูกทำให้เป็นจริง

ขั้นที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล

เป็นการเยี่ยมติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์หรืออื่น ๆ ที่จำเป็นด้วยขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วย

กลับไปรักษาในโรงพยาบาลใหม่ การเยี่ยมติดตามนี้อาจกระทำเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้ง ตามความจำเป็น

จากแนวคิดของ Powell (1996) ผู้วิจัยดัดแปลงและนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจชั้น 3 สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย คือ การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามคุณลักษณะกำหนดภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการกรณี
2. การประเมินปัญหาผู้ป่วย คือ การรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเจ็บป่วย จากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุน โดยที่มสุขภาพประเมินเป็นรายบุคคล
3. ประสานงาน คือ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน และแก้ไขปัญหา
4. ตรวจสอบและประเมินซ้ำ
5. การดำเนินการ
6. การประเมินครั้งสุดท้ายก่อนกลับบ้าน

2.7 ข้อดีและข้อเสียของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ยังมีข้อดีและข้อเสียหลายประการ ดังนี้ (Wise, 1995; Bemhard and Walsh, 1995)

ข้อดี

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินไป
2. สามารถลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงได้มาก เพราะมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
3. รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้วิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ และผู้ป่วยจะมารับบริการติดตามผลการรักษาเฉพาะเรื่องที่เป็น

4. พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและในการทำงานมากขึ้น และเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น

ข้อเสีย

1. รูปแบบของการดำเนินการในรูปแบบนี้มีมากมายจนกระทั่งบุคคลและองค์การเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรจะเป็นเช่นใด

2. ขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่ได้ของการดำเนินงานในรูปแบบนี้

3. การดำเนินการของรูปแบบนี้ บางเรื่องซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์

4. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอ ก็จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

5. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไป ก็จะทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญ ก็จะทำให้งานขาดประสิทธิภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการด้านผู้ป่วยมุ่งเน้นที่กิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมากกว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องเน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่น และรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแล โดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่ และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะที่เดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

โดยสรุปเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ไม่มีวิธีการใดจะดีที่สุดโดยไม่มีข้อบกพร่อง การพิจารณาเลือกใช้รูปแบบใดจึงควรคำนึงถึงความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละองค์กรในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพพยาบาล มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล

3. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี

3.1 พยาธิสภาพของลิ้นหัวใจ

ลิ้นไมตรัล และลิ้นเอออร์ติค เป็นลิ้นที่มีพยาธิสภาพจากไข้รูมาติก (rheumatic fever) คือ ภาวะที่ร่างกายป่วยติดเชื้อ beta - hemolytic Strepto - cocci group A มีการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจและเยื่อหัวใจ (endocardium) ในที่สุดจะเกิดความพิการของลิ้นหัวใจอย่างถาวร เป็นผลให้มีการทำงานของหัวใจเสียไป เนื่องจากการตีบและรั่วของลิ้นหัวใจ จะพบมีพยาธิสภาพที่ลิ้นไมตรัลมากที่สุด พบได้น้อยที่ลิ้นไตรคัสปิดและแทบจะไม่พบว่ามีพยาธิสภาพอันนี้ที่ลิ้นพัลโมนารีเลย ลิ้นไมตรัล และลิ้นเอออร์ติค อาจพบความผิดปกติในการทำงานของลิ้นหัวใจได้จาก ภาวะโรคลิ้นหัวใจเสื่อม (Degenerative Valvular Disease) ซึ่งมักจะเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางพันธุกรรม ได้แก่

Calcified aortic stenosis คือ ภาวะที่มีการตีบของลิ้นหัวใจเอออร์ติคซึ่งเกิดในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีหินปูนมาแทรกและเกาะที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติค มักจะพบร่วมกับโรคหัวใจขาด ด้วย

Myxomatous degeneration คือ ภาวะที่ลิ้นหัวใจเสื่อมอันทำให้โครงสร้างของลิ้นหัวใจ หย่อนยาน เช่น mitral annulus มีการหย่อนและขยายใหญ่ขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิด Mitral valve prolapsed และลิ้นหัวใจรั่วเกิดได้กับทุกอายุ บางครั้งเกิดร่วมกับความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ลิ้นหัวใจเอออร์ติคเสื่อมในโรค Marphan Syndrome

Bacterial Endocarditis คือ ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียที่ลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูง จนทำให้เกิด sepsis ได้ อาจเกิดพยาธิสภาพที่หัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจล้มเหลว หรือมีก้อน vegetation ที่หัวใจ ซึ่งอาจหลุดไปตามกระแสเลือดไปก่อให้เกิดการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น หรือไปอุดตันหลอดเลือดที่อวัยวะอื่น การรักษาภาวะ Bacterial endocarditis เริ่มต้นด้วยการรักษาด้วยยาเสมอการผ่าตัดจะทำเฉพาะเมื่อการรักษาด้วยยาล้มเหลวหรือมี Vegetation หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องแก้ด้วยการผ่าตัด เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจล้มเหลว เทคนิคที่ใช้ในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่พบ อาจจะทำให้การซ่อมแซมลิ้นหัวใจตกแต่งลิ้นหัวใจ หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3.2 อาการ

1. ใจสั่น ระยะแรก ๆ จะมี Atrial premature contraction และ paroxysmal atrial fibrillation ทำให้มีใจสั่นเป็นพัก ๆ และต่อมาจะมี Atrial fibrillation อย่างถาวร

2. หอบเหนื่อย เกิดเนื่องจากการมีน้ำคั่งในปอด ในระยะแรกการหอบ จะเกิดเฉพาะระหว่างการทำกิจกรรม การตั้งครุฑ และการออกกำลังกายอื่น ๆ เท่านั้น
3. ไอเป็นเลือด อาการนี้ไม่จำเป็นว่าจะพบในระยะที่มีความตีบของลิ้นหัวใจมากเสมอไป บางรายอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีลิ้นตีบตันเล็กน้อยเท่านั้น
4. เจ็บหน้าอก พบได้ประมาณร้อยละ 15 ในรายที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบ มักจะเป็นการเจ็บตื้อ ๆ บางครั้งอาจแยกจาก Angina pectoris ไม่ได้ สาเหตุมักเกิดจากภาวะหัวใจวาย ความดันสูงในหลอดเลือดแดงพัลโมนารี และ Pulmonary infarction
5. เสียงแหบ พบได้ในระยะหลัง ๆ เมื่อเอเตรียมซ้ายโตมากและกด Recurrent laryngeal nerve

3.3 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

1. ในผู้ป่วยที่มีการรั่วเรื้อรัง และมีอาการเหนื่อยมาก เจ็บหน้าอกควรได้รับการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยซึ่งแม้มีอาการไม่ชัดเจน แต่ถ้าจากการตรวจพบมีภาวะเวนทริเคิลซ้ายเสื่อมหน้าที่ ควรได้รับการแนะนำด้วยการผ่าตัด
3. ในรายที่แรงดันซิสโตลิกสูงกว่า 150 มม.ปรอท และแรงดันเลือดไดแอสโตลิกต่ำกว่า 50 มม.ปรอท และมีอาการเหนื่อยในระยะต่อมาอาการมากขึ้นและปอดคั่งน้ำ มีภาวะหัวใจเวนทริเคิลซ้ายวาย แรงดันซิสโตลิกจะลดต่ำต้องรีบส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
4. ภาวะลิ้นหัวใจรั่ว ซึ่งเกิดอย่างกะทันหัน เช่น ภาวะการติดเชือก หรือภัยอันตรายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย และมีปอดคั่งน้ำการรั่วของลิ้นหัวใจเอออร์ติค

3.4 การผ่าตัดรักษาโรคลิ้นหัวใจ

Valve replacement คือ การผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจเก่าออก แล้วเอาลิ้นหัวใจใหม่เปลี่ยนใส่แทนวิธีนี้ใช้เมื่อลิ้นหัวใจพิการมาก โดยเฉพาะจากโรคหัวใจรูมาติกจนไม่สามารถซ่อมได้ ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนโดยใช้ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภท ได้แก่ Mechanical valve และ Tissue valve

Mechanical valve คือ ลิ้นหัวใจเทียมที่ทำมาจากวัสดุต่าง ๆ เช่น โลหะ (Titanium, alloy) ใช้เป็นโครงของลิ้นหัวใจเทียม

Tissue valve คือ ลิ้นหัวใจที่ทำมาจาก tissue ของคนหรือสัตว์ มีข้อดีที่ผู้ป่วยไม่ต้องกินยาต้านเลือดแข็งหลังผ่าตัด แต่มีอายุใช้งานเพียง 12 - 15 ปี

3.5 ชนิดของการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

1. การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral valve replacement)
2. การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติค (Aortic valve replacement)

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3.6.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การพยาบาลในรายนี้อจะเป็นการพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการผ่าตัดมากที่สุด ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ผ่อนคลายความวิตกกังวล ส่งเสริมให้กำลังใจในการรักษาโรค ปรับตัวได้เหมาะสม
2. มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

3.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใน 48 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วยจะต้องได้รับการพยาบาลที่หน่วย ICU อย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเป็นการป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาได้ทันที่ พยาบาลสามารถวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.6.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ภายหลัง 48 ชั่วโมง

การพยาบาลผู้ป่วยในรายนี้อเป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการติดเชื้อในร่างกาย

3.6.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความจำเป็นที่เป็นผลลัพธ์ ประเมินคุณภาพการดูแลตัวผู้ป่วยเองได้ เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยให้การไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจเป็นไปตามปกติ

2. สามารถประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
3. ป้องกันและแก้ไขความผิดปกติในลักษณะท่าทางโครงสร้าง เช่น หลังคด หัวไหล่ติด ฯลฯ
4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง
5. ช่วยลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล

ในระบบบริการพยาบาลงานศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เริ่มมีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) มาใช้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษา เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการต่อผู้ป่วยในเรื่องของ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การลดค่าใช้จ่าย สร้างความพึงพอใจในบริการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ประสานงานการบริการพยาบาล คือ พยาบาลผู้จัดการ (Manager) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ดังนี้

บทบาทของพยาบาลในทีมสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล โดยกำหนดแผนงานในการดำเนินงานด้านการพัฒนาขีดความสามารถของผู้ป่วย เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยวิธีการ ดังนี้

1. ประเมินอย่างต่อเนื่องครบองค์รวม และร่วมมือกับผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำในการควบคุม และดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน
2. ดูแลด้านการบริหารจัดการยา
3. ควบคุมดูแลเกี่ยวกับความสามารถการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง
4. ประเมินสภาพร่างกายจากสัญญาณชีพ และสอนวิธีการจัดชีพจรตนเองแก่ผู้ป่วย
5. สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ปวดแผล
6. คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
7. ร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพและประเมินการดูแลที่จัดให้
8. วัดผลสัมฤทธิ์จากจากดูแลที่กระทำลงไป

สรุป การนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจชั้น 3 สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการแรกกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว มีพยาบาลผู้จัดการ (Manager) เป็นผู้ประสานงาน

ติดตาม ประเมินผล และพิทักษ์ผลประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Clinical pathway) ที่ร่วมกันสร้างขึ้นจากทีมสหวิชาชีพ เป็นตัวกำกับ การดูแล จากการวิจัยพบว่าสามารถคำนวณวันนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจในบริการ พยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง กลับบ้านด้วยความมั่นใจในการดูแลตัวเองต่อที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติให้การยอมรับ กล่าวคำชื่นชมบุคลากรทางการพยาบาล เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กล้าแสดงความคิดเห็น ยอมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลต่อไป

4. แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมาย การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative management) มีผู้ให้ ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สมยศ นาวิการ (2545) ให้ความหมาย การบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการของ การให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของผู้ใต้บังคับบัญชาในการแก้ปัญหาที่สำคัญ โดยผู้บริหารมอบหมายอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจน

จันทร์หา จินดา (2546) ให้ความหมาย การบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจาย อำนาจของผู้บริหารไปยังผู้ปฏิบัติระดับหน่วยงาน ให้สามารถตัดสินใจดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ภายใต้อำนาจที่มีอยู่ โดยการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน และมีกรอบในการดำเนินการ ตัดสินใจ ภายใต้อำนาจและวัตถุประสงค์ขององค์กร

Robbins (1998) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง ในการตั้งวัตถุประสงค์และวางแผน ที่จะทำงานให้สำเร็จสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้มีอิสระในการทำงาน การริเริ่มสร้างสรรค์ การร่วมแสดงความคิดเห็น มีกระบวนการตัดสินใจภายใต้อำนาจและวัตถุประสงค์เดียวกัน

Swansburg (2002) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการที่ผู้บริหารกระจายอำนาจในการตัดสินใจ โดยให้ผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับปัญหานั้นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากผู้บริหารเชื่อว่า ผู้ปฏิบัติงานทราบปัญหาของหน่วยงาน และแนวทางแก้ไข ผู้บริหารเพียงแต่มอบหมายอำนาจหน้าที่บอกเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เท่านั้น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน และเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ และรับรู้ว่าคุณเองได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและผู้ร่วมงาน

จากความหมายของนักวิชาการที่ได้ให้คำจำกัดความข้างต้น จะเห็นว่ามีแนวความคิดที่คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชากระจายอำนาจในการตัดสินใจ โดยให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ให้อิสระในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้ใต้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยความเต็มใจและพอใจในการทำงาน

4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นแนวคิดในการเพิ่มปริมาณในการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานโดยให้เขาได้ตัดสินใจโดยตรงในการทำงานของเขา ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนางานที่เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้สามารถส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคคลได้ และยังเป็นแรงจูงใจในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันในงานที่ตนได้ตัดสินใจกระทำ

สมยศ นาวิการ (2545) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการบริหารที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ศักยภาพที่ตนมีอยู่ อย่างเต็มความสามารถ และอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาที่สำคัญขององค์กรและหน่วยงาน โดยมีความเชื่อว่า ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่รู้จักกับงานและปัญหาของพวกเขาดีที่สุด โดยที่ปัญหานั้นเป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือองค์กรกำลังเผชิญอยู่ จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงาน ในการแก้ไขปัญหา เมื่อปัญหานั้นถูกแก้ไข ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม และปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้ดีขึ้น

Sashkin (1984) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แสดงบทบาทโดยตรง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Setting goals) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Making decisions) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

(Solving problems) และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงองค์การ (Making changes in the organization)

Swansburg (2002) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจายอำนาจจากผู้บริหารระดับสูงสู่ผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยการเข้ามามีส่วนร่วม ต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจมิใช่ถูกบังคับลักษณะสำคัญในการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีดังนี้

1. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ปฏิบัติงานได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานของพวกเขาเอง ผู้บริหารสามารถช่วยโดยการสอนเพื่อทำให้แผนการปฏิบัติงานนั้นสมบูรณ์ ประกอบด้วยโครงสร้างการจัดลำดับความสำคัญและกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด ผู้บริหารเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) และสนับสนุนผู้ปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสารที่เที่ยงตรงและเป็นจริง

2. ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้ปฏิบัติงานต้องการความยึดมั่นผูกพันจากหัวหน้าหรือผู้ป่วย และผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับอื่น ๆ ผู้บริหารควรปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการเสียสละต่อองค์การ สนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามกระบวนการ การได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นทีม แบ่งปันความคิดเห็นในการตัดสินใจร่วมกับหัวหน้า ในการบรรลุเป้าหมายขององค์การ ความรู้สึกที่ได้ครอบครองความสำเร็จร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยันหมั่นเพียร กล้าแสดงออกและผลิตผลงานได้มากขึ้น การถูกกระตุ้นให้พัฒนาทักษะของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผลผลิตในการทำงานมีมากขึ้น ส่งผลถึงความสำเร็จขององค์การ

3. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objectives) การบรรลุถึงเป้าหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะต้องแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์การก่อน ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมนุษย์มีการทำงานร่วมกัน การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการร่วมกันปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายขององค์การ ย่อมขจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพราะทุกคนมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน การทำงานที่มีทิศทางเดียวกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ผลผลิตหรือผลงานก็จะมีประสิทธิภาพ

4. ความมีอิสระ (Autonomy) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในการทำงาน ความมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจในงานของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย ตามความรู้ความสามารถของตน มิใช่เกิดขึ้นตามคำสั่งหรือการตัดสินใจของผู้อื่น การได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดความทุ่มเทและเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ

5. ลักษณะด้านอื่น ๆ (Other characteristics) การบริหารแบบมีส่วนร่วมควรที่จะต้องมีปัจจัยที่ครอบคลุมหลายด้าน แต่ควรจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจมิใช่การบังคับ บรรยากาศองค์การก็ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมหรือเป้าหมายและความสำเร็จ

การบริหารแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีหลายประการ ปัจจุบันหลายองค์การได้นำรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาองค์การ จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วมของนักวิชาการหลายท่าน (สมัยศ นาวีการ, 2545; Australian Institute of Management, 1991; Robbins, 1998; Swansburg, 2002) พบว่าประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีมากมาย สรุปได้ดังนี้

1. ประโยชน์ขององค์การ คือ ระบบงานมีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีการใช้ทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ลดการขาดงาน มีการพัฒนาความสัมพันธ์ในองค์การ ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารในองค์การ เกิดทัศนคติที่ดีต่อองค์การ

2. ประโยชน์ในการบริหารงาน คือ ได้รับการร่วมมือจากพนักงานเพิ่มมากขึ้น การพิจารณาเลื่อนขั้นจะยึดพื้นฐานของความดี ความสามารถ ทักษะ และคุณสมบัติมากกว่ายึดระบบอาวุโส มีการทำงานเป็นทีม ลดความขัดแย้ง เพิ่มแรงจูงใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงานได้รับความคิดใหม่ ๆ ในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ลดการหมุนเวียนและสร้างควมมั่นคงในงาน

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรในการทำงาน คือ เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน รู้สึกถึงความสำเร็จที่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย เพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน เชื่อมมั่นในตนเองมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มการเรียนรู้ในการปรับปรุงคุณภาพของงาน มีโอกาสได้รับส่วนแบ่งในเงินรางวัลตอบแทน เพิ่มขวัญและจูงใจในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงาน

จะเห็นได้ว่า แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน แต่แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) แสดงให้เห็นถึงลักษณะการเป็นผู้นำในการบริหารงานโดยผู้บริหารต้องสามารถสร้างแรงจูงใจและสามารถกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญต่อการร่วมมือกันเพื่อสร้างและพัฒนาปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในหน่วยงานของตน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการ

ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการจัดการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ช่วยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยคลายกรรมหัวใจ มีความรู้สึกว่าการตนได้รับความไว้วางใจ ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ วางแผนเพื่อกำหนดแนวทางให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกันประเมินผล และให้การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ผู้ปฏิบัติงานเกิดความยึดมั่นผูกพันในการทำงาน มีความขยัน หมั่นเพียร อุตสาหะ คิดว่างานที่ทำเป็นงานที่ท้าทายความสามารถ มีอิสระในการตัดสินใจ กล้าแสดงความคิดเห็น เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในองค์กร มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้ผู้ให้บริการพยาบาลได้รับบริการที่มีคุณภาพ

5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)

จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Outcome indicator) ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาใช้ ได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลลัพธ์ต่าง ๆ จากการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ มักจะเป็นการลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Cook, 1998)

5.1 ความหมาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

สุวรรณี มหาภายนันท์ (2538) กล่าวว่า จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนของผู้อยู่รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย Lusis และคณะ (1993) กล่าวว่า จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ (Jackson, 1989)



การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ จิราพร สิมากร (2544) ที่นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการบริการพยาบาลมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่พิสูจน์ความเที่ยงแล้วว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วยจะออกมาดี คือผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง

6. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากพยาบาล สิ่ง que แสดงถึงคุณภาพของการจัดบริการพยาบาล อันเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ

6.1 ความหมาย ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความรู้สึกสนใจ (Webster, 1996)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2530 ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกสนใจชอบใจและเหมาะสม

ดุชฎี ใหญ่เรืองศรี (2541: 28) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวัง หรือต้องการในเรื่องต่าง ๆ เป็นผลให้เกิดความพึงพอใจมีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้น ๆ ที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุখেที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

Derdiarion (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

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

จากความหมายทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ป่วยในการเข้ารับการดูแลรักษาในบริการพยาบาล เป็นประสบการณ์โดยตรงที่มาใช้บริการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

6.2 แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย Aday and Anderson (1975 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เย็นสุข, 2544) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 5 ประเภท ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ได้แก่
 - การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
 - ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordinator) ได้แก่
 - ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
 - แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออริยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และความสนใจห่วงใยผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนระของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

Risser (1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument, PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงาน ซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาล กรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ เป็นกิจกรรมทางเทคนิคการพยาบาล หรือการใช้ทักษะความรู้ ความสามารถในงานที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ
2. ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นเรื่องที่รวมเอาความเอื้ออาทรในแง่ของพยาบาลซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกและมีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี
3. ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูล ข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมาย รายละเอียดของวิธีการพยาบาลหรือการสาธิตเทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

Ware and Steward (1977 อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคุณะเศรษฐ์, 2533) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยว่า มี 8 ประการ และจากการศึกษาในการดูแลผู้ป่วย ของ Ware et al. (1978 อ้างถึงใน กรรณิกา เย็นสุข, 2544) ได้สรุปลักษณะความพึงพอใจและความกังวลของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปองค์ประกอบความพึงพอใจในบริการพยาบาลไว้ ดังนี้

1. ศิลปการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแล ที่แสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจ และความห่วงใย
2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ในการดูแล ความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสิทธิภาพ ความชำนาญ ความแม่นยำและการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำ
3. ความสะดวกสบาย (Accessibility/ Convenience) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทาง ความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
4. ค่าใช้จ่าย (Finance) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและบริการที่ได้รับ ความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย และความครอบคลุมของการประกัน
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวกทางด้านสถานที่ ความสะอาดและแสงสว่าง

6. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การให้บริการที่พร้อมทั้งด้านบุคลากร การบริการ มีปริมาณเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแล และความพร้อมที่จะให้บริการ

7. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการอย่างครบถ้วน โดยผู้ให้บริการคนเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน

8. ประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ (Efficacy/ Outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

กนกพร คุปตานนท์ (2539) สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล มีดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทาง อธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมทางการพยาบาลที่เน้นความสนใจ การเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

4. สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำ และสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัว หรือชุมชน

สรุป ผู้ป่วยย่อมรับรู้ในบริการพยาบาลที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกันไปตามความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Wants) และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ดังนั้นความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่า การบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือไม่ หากผลที่ได้รับหลังจากการให้บริการไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยนั้นหมายถึง บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย แต่การรับรู้ของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากคุณภาพจากการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพเพียงอย่างเดียว แต่จะเกี่ยวข้องกับเชิงมนุษยสัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ป่วย พยาบาลจึงควรตระหนักและเอาใจใส่เรื่องดังกล่าวด้วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงท่าทีการแสดงออก อธยาศัยไมตรีให้มากขึ้นกว่าเดิม การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย

ดังนั้น การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เพราะเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการพยาบาล โดยการบริหารจัดการของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น

7. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

7.1 ความหมาย

จรัวัฒน์ คงทอง (2539) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2533) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลภายในกลุ่มและฐานะความเป็นอยู่ของเขาเหล่านั้น เป็นเรื่องของการพิจารณาว่า เขาควรได้รับความพอใจชนิดไหน อย่างไร เช่น ด้านงานที่ทำ อัตราค่าจ้าง เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

เทพพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกที่ดีในงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย และรากฐานแห่งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ขาดหายไปกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับระหว่างงาน

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนร่วมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

Spector (1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติที่มีต่องาน ที่สามารถประเมินออกมาได้ว่า บุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงานโอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบการทำงานทางการในหอผู้ป่วยคัลยกรรมหัวใจ ด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

7.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในงานสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแรงจูงใจ จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ณัฐมิล โลพันธ์ศรี (2543) ได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีด้านแรงจูงใจ ได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกันดังนี้

1. ทฤษฎีเชิงความต้องการจูงใจ (Content theory) แนวคิดนี้อธิบายได้ว่าบุคคลเมื่อเกิดความต้องการ จะเกิดแรงขับหรือแรงผลักดันให้เกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ และเมื่อได้ผลลัพธ์ในสิ่งที่ต้องการมากเท่าใดก็ยิ่งมีความสุขและความพึงพอใจในงานมากขึ้นเท่านั้น ทฤษฎีที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ ทฤษฎีลำดับความต้องการของ Maslow ทฤษฎี ERG ของอัลลเดอร์เฟอร์ ทฤษฎีความต้องการการเรียนรู้ของ McClelland ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzbergs

2. ทฤษฎีกระบวนการของการจูงใจ (Process theory) พื้นฐานของทฤษฎีกระบวนการของการจูงใจ คือ แนวคิดของความคาดหวัง คือ บุคคลมีความเชื่อว่าน่าจะเกิดเนื่องจากพฤติกรรมของเขาเองซึ่งความพอใจหรือความรุนแรงของความพอใจต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ทฤษฎีกลุ่มนี้ได้แก่ ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย ทฤษฎีความเสมอภาค ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom

3. ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) พฤติกรรมที่ถูกจูงใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้และได้รับอิทธิพลจากการให้รางวัล หรือจากการถูกลงโทษในประสบการณ์ที่คล้าย ๆ กันที่บุคคลนั้นได้ผ่านมา

จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงาน ถูกพัฒนามาจากทฤษฎีแรงจูงใจ และสามารถอธิบายที่มาของความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector (1997) ที่พัฒนามาจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Herzbergs ซึ่งในที่นี้ปัจจัยภายนอก จะไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานโดยตรง แต่ปัจจัยอนามัยหรือปัจจัยภายในจะมีผลโดยตรงที่จะสร้างความพึงพอใจในงานให้กับพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย

7.3 ปัจจัยและองค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน

การที่ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการต่าง ๆ ที่อยู่ภายในบุคคล ซึ่ง Wolman (1973

อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534) กล่าวถึงความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ดังนี้

Slavitt et al. (1978) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ มี 6 ด้าน คือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับจากการทำงาน
2. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติ และได้รับการยอมรับ
3. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงาน รวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายบริหารงานและการปฏิบัติงาน ทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลที่อยู่ และจะดำเนินการต่อไป
5. การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงาน ทั้งในและนอกวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน
6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเอง และการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย

Harrell (1972 อ้างใน จุรีวัฒน์ คงทอง, 2539) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่
 - 1.1 ประสบการณ์ในการทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานบุคคลที่ทำงานนานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น จะมีความพึงพอใจในงานที่ทำ
 - 1.2 เพศ มักพบว่าบุลากรเพศหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าบุลากรเพศชาย
 - 1.3 อายุ มักเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ริเริ่มทำงานใหม่จะมีความพึงพอใจในระดับสูงและจะค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งเข้าสู่วัยอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น
 - 1.4 เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากกว่างานที่ต้องทำในเวลาที่ไม่ต้องทำงาน เพราะการพักผ่อน และการสังสรรค์กับผู้อื่น

1.5 เซาว์นปัญญา บุลากรที่มีเซาว์นปัญญาาระดับสูง แต่มีงานที่ต้องทำเป็นประจำ มักจะเบื่องานง่าย และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงาน เพราะเป็นงานที่ทำท่าย และไม่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

1.6 ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสถานภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนมากนักที่จะไปทำงานเพิ่มนอกเวลาทำงาน และเงินเดือนยังเกี่ยวข้องกับการสามารถหาปัจจัยอื่นที่สำคัญแก่การดำรงชีพ ผู้มีเงินเดือนสูงจึงมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

1.7 แรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเอง จะสร้างความพึงพอใจในงาน

7.3.1 ปัจจัยด้านงาน

1. ลักษณะงาน ได้แก่ ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงาน และวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างงานที่ทำอยู่เป็นงานที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2. ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่มีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่ พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

3. ระยะทางระหว่างบ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกลจากที่ทำงาน การเดินทางไม่สะดวก ต้องตื่นแต่เช้า รถติดและเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4. โครงสร้างของงาน ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายและรายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

7.3.2 ปัจจัยด้านการจัดการ

1. ความมั่นคงในงาน จากการสำรวจพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ต้องการงานที่มีความมั่นคง และต้องการที่จะอยู่ทำงานจนเกษียณอายุแม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตาม ความมั่นคงในการทำงาน ถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในวันที่พ้นจากการทำงานไปแล้ว

2. โอกาสก้าวหน้า โอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือและความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญ แต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

3. การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ความรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์การ ด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้นิเทศงาน และพนักงานจะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

4. การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา บุคลากรมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะต้องปรับปรุงการทำงานของตนอย่างไร ฉะนั้นข่าวสารต่าง ๆ จากงานจึงมีความหมาย และมีความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน

5. ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถ และความตั้งใจที่ผู้บริหารมีต่อหน่วยงาน ทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงานของหน่วยงาน

จรีวัฒน์ คงทอง (2539: 9 – 10) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยประเมินจากองค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Vroom (1964) ครอบคลุมความพึงพอใจในงาน

1. ลักษณะงาน ประกอบด้วย งานที่ปฏิบัติเป็นงานที่น่าสนใจและท้าทายความสามารถ ได้ใช้ความคิดอิสระที่จะตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเอง การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบในงาน การใช้ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานจนบังเกิดผลสำเร็จ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่พร้อมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน

2. โอกาสก้าวหน้า คือการได้รับการยกย่องสถานะให้สูงขึ้นในการทำงาน และมีโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ได้แก่ การได้รับการเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น มีโอกาสได้รับความรู้ความสามารถจากการทำงาน การมีโอกาสรับการฝึกอบรมหรือแสวงหาความรู้ได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาเห็นคุณค่าและสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรในหน่วยงาน

3. สิ่งสนับสนุนที่ทำให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

3.1 การนิเทศงาน คือ แนวทางที่ผู้บังคับบัญชานำมาใช้ในการนิเทศงาน ได้แก่ การวางแผนแก้ไขและอุปสรรค การรักษาพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน การใช้ลักษณะความเป็นผู้นำของผู้บังคับบัญชา ท่าทีและความเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชารวมถึงการประเมินผลงานนั้นในทางที่ช่วยให้เกิดกำลังใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

3.2 ผู้ร่วมงาน คือ ความมีมิตรภาพอันดีต่อกันของเพื่อนร่วมงาน การได้รับการยอมรับซึ่งกันและกันในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานที่มีเจตคติที่คล้ายคลึงกัน ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน

3.3 ชั่วโมงการทำงาน เป็นความพร้อมและยอมรับในการปฏิบัติงานตามเวลาที่แบ่งไว้ในปัจจุบัน คือ เข้า-ป่วย-ดึก ครอบคลุมถึงการใช้ช่วงเวลาที่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการ พยาบาลร่วมทำกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานด้วยความพอใจของผู้ปฏิบัติ

Spector (1997) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วย ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) และปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) โดยสรุปว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยตรง ปัจจัยอนามัยช่วยให้บุคคลคงอยู่ในงานเท่านั้น โดยมีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน หมายถึง ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความสามารถ โอกาสเรียนรู้และศึกษางานโอกาสทำงานให้สำเร็จ
2. ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน หมายถึง การมีโอกาสเลื่อนขั้นไปยังตำแหน่งสูงขึ้น หรือได้รับมอบหมายงานที่สำคัญมากขึ้น
3. ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา หมายถึง ความต้องการรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร บทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ ระบบของงาน การปรับปรุงงานของตน อย่างมีระบบ ไม่สับสน มีแนวทางในการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติเป็นไปในทางเดียวกัน
4. ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าหน่วยงาน ในการให้บริการที่มีคุณภาพ และความรู้สึภาคภูมิใจเมื่องานประสบความสำเร็จ
5. ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในที่ทำงาน เช่น แสง เสียง บรรยากาศ
6. ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทั้งภายนอกและภายในหน่วยงาน
7. ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน หมายถึง รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
8. ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูล หมายถึง เงินเดือน บำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการสวัสดิการ การรักษาพยาบาล ที่พักอาศัย
9. ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน หมายถึง การเป็นที่ยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานทุกระดับ

7.4 ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษา ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานต่างๆที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวความคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เนื่องจากแนวความคิดความพึงพอใจในงานของ Spector ได้พัฒนาแนวความคิดความพึงพอใจในงานจากทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ซึ่งเป็นทฤษฎีความต้องการ และมุ่งปัจจัยที่สามารถสนองความต้องการได้ ในการศึกษาทดลองได้ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) โดยให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานด้านบริการพยาบาล โดยการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาใช้ พยาบาลประจำการมีอำนาจในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบในการทำงาน มีการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ จะทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นความพึงพอใจ ที่มาจากแรงจูงใจภายในของพยาบาลประจำการที่ได้รับการตอบสนอง

ผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) 5 ด้าน ที่มีองค์ประกอบ มาวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่นำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาใช้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่ เป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถของพยาบาล และงานที่พยาบาลปฏิบัติ นั้นมีโอกาสในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2. การบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับลักษณะปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติงานตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นความรู้สึกที่ได้รับการไว้วางใจ ในการปฏิบัติงาน ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนางานอย่างเสมอภาค

3. สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน รู้สึกเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และรู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน และ

ทีมสหวิชาชีพได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้ป่วย และครอบครัว และเกิดความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติงานบรรลุสำเร็จ

4. สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจเกี่ยวกับความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีขั้นตอนและเป้าหมายในการปฏิบัติงานชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานมากขึ้น

5. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดแนวทางในการจัดการตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการประสานงานที่ดี สื่อสารแบบตัวต่อตัว เปิดเผย ตรงไปตรงมา

สรุป ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามแผนการดูแลที่ร่วมกันสร้างขึ้นร่วมกับทีมสหวิชาชีพมีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และบริหารจัดการทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เพื่อผลลัพธ์สูงสุดเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบความพึงพอใจในงานดังที่ได้กล่าวมาแล้วของ Spector (1997) ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน 2) ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา 3) ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน 4) ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน และ 5) ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร ส่วนองค์ประกอบความพึงพอใจด้านความก้าวหน้าในงาน และองค์ประกอบเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ได้แก่ รายได้ค่าจ้าง ประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ และผู้ร่วมงาน ไม่ได้นำมาพิจารณาด้วย

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงการใช้นวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดการแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายประชาอนุเคราะห์ จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

จิราพร สิมากร และยุพิน อังสุโรจน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 30 คน ทีมและกลุ่มสหสาขาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน
2. จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิศมัย คุณาภรณ์ (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยรับใหม่ จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ สร้างตามมาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยในของกองการพยาบาล (2542) การพยาบาลรับใหม่ของ เรณู สอนเครือ และแนวคิดการสร้างสัมพันธ์ภาพของ Watson (1995 อ้างถึงใน นวรัตน์ วงศ์ประสิทธิ์, 2543) มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหา ได้แสดงความคิดเห็นเสนอแนะร่างรูปแบบ

การบริการผู้ป่วยรับใหม่ขึ้น แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ ในบริการของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Aday and Aderson (1975) และแบบสอบถามความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล ตามแนวคิดของ Slavit et al. (1978) ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจใน บริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการ ตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจในงานของ พยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Goode (1995) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Case management ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจ เอกสิทธิ์และความร่วมมือ ของ ผู้ให้บริการ การศึกษาที่ทดลองโดยกลุ่มควบคุมจะใช้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ ส่วนกลุ่ม ทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care map) มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา วิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ผลการ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความร่วมมือแบบสหวิชาชีพเพิ่มระดับความพึงพอใจ ความ ร่วมมือและเอกสิทธิ์วิชาชีพเป็นบางส่วน

Mayers et al. (1992) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลในการผ่าตัด หลอดเลือด มีการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง จำนวน 113 คน ซึ่งมีปัญหา เกี่ยวกับหลอดเลือดมากกว่า 6 เดือน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการซ่อมแซมเส้นเลือดอุดตัน 65 คน ติดเชื้อ 11 คน เส้นเลือดโป่งพองหรือมีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือ 10 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วย ที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อต่อเส้นเลือดใหม่ ผู้ป่วย 45 คน มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยด้านอายุเป็นตัวทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะอยู่ในโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาย่อย จะมีจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาลสั้น

Micheeis et al. (1995) ได้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ 78 ราย โดยศึกษาย้อนหลังภายใน 10 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 35 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วย รายกรณี 43 คน พบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

