



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณีใน ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วันเพ็ญ ดวงมาลา พย.บ.*

อรชร มาลาหอม วท.ม. (พยาบาล)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณีในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์วิสัญญีแพทย์ พยาบาล วิสัญญีพยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 12 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบต่าง ๆ พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม วิสัญญีพยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์ จำนวน 35 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยและพัฒนา ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งในด้านการหยาเครื่องช่วยหายใจ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการความเจ็บปวด เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย คือ อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 92.5 เป็น ร้อยละ 94.8 อุบัติการณ์ถึงท่อช่วยหายใจลดลงจากร้อยละ 12.3 (9/73 ครั้ง) เป็นร้อยละ 3.3 (2/60 ครั้ง) อุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 3 ราย เหลือ 0 ราย ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายกลับห้องผู้ป่วยหนักภายใน 48 ชั่วโมง ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 23.8 เป็น 20.6 ชั่วโมง ระยะเวลาอนาesthesiaในห้องผู้ป่วยหนักลดลงจาก 2.9 วัน เป็น 2.3 วัน ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มจากร้อยละ 81.6 เป็น 86.6 และความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มจากร้อยละ 74 เป็น 85 ปัจจัยความสำเร็จของการศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งจากการจัดการรายกรณีที่ทำให้เกิดการประสานงานในทีมสหสาขา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผู้ป่วยหนักต้องประสบ คือ ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บและทำลายของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องอกหรือช่องท้องส่วนบนความปวดจะมีผลกระทบต่อระบบหายใจ ทำให้มีการลดลงของ tidal volume รวมทั้งทำให้เกิดรีแฟล็กซ์ของการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องระหว่างหายใจออก¹ และกะบังลมทำงานลดลง

เป็นผลให้ compliance ของปอดลดลง เมื่อกล้ามเนื้อหดตัวน้อยจึงหายใจได้ลึกไม่เพียงพอ ไอได้ไม่แรง อาจทำให้เกิดการขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์สูงได้ ดังนั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางรายจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไประยะหนึ่ง เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมดีขึ้น จนกว่าอาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น²⁻³ จึงจะเริ่มทำการหยาเครื่องช่วยหายใจและเอาท่อช่วยหายใจออกในที่สุด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการบรรเทาอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเอาเครื่องหายใจออกได้โดยเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากการผ่าตัดและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดมีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยหนักทั่วไป เพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีโรคประจำตัวเดิมและมีบาดแผลผ่าตัดแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการตอบสนองต่อการผ่าตัดและการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ⁴ นอกจากนี้ การใช้เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้เกิดผลแทรกซ้อนได้หลายประการ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ ความดันโลหิตต่ำลง Barotrauma ทำให้เกิด pneumothorax pneumomediastinum หรือ subcutaneous emphysema การเกิด acid base imbalance เนื่องจากการตั้งเครื่องหายใจไม่ถูกต้อง และการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน³

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุ โรคหัวใจและมะเร็ง รวมทั้งการให้บริการรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยระบบอื่น ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อและกระดูก สติ-นรีเวชกรรม หูคอ จมูก ทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท เป็นต้น มีห้องผู้ป่วยหนักเปิดให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 7 แห่งจากสถิติผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในปี 2550-2552 พบว่า จำนวนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁴⁻⁶ คือ มีจำนวน 8,332; 10,081 และ 10,207 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในเฉพาะแผนกศัลยกรรม 3,934; 4,104 และ 4,245 ราย ตามลำดับ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดของระบบอื่น ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อและกระดูก สติ-นรีเวชกรรมและตา หูคอ จมูก พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 472; 572 และ 650 รายตามลำดับ อัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 55.3; 51.4 และ 57.4 ตามลำดับ จำนวนวันนอนรวมในห้องผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 2.9; 2.6 และ 2.9 วัน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 20; 11 และ 13 รายตามลำดับ เมื่อทบทวนระบบการดูแลแบบเดิมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ระบบการพยาบาลเป็น

แบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ซึ่งมุ่งเน้นที่งานมากกว่าผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเชื่อมโยงกับบุคลากรทีมสุขภาพในหลายหน่วยงาน เช่น กลุ่มงานวิสัญญีที่ต้องดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ขาดความชัดเจน รวมทั้งระบบการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีแนวทางชัดเจนทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องนอนเปลนอนเนื่องจากไม่มีเตียง นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการจัดการความปวดที่มีความหลากหลาย

งานวิจัยเพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น พบว่า ได้มีผู้ศึกษามากมายเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในประเด็นต่าง ๆ เช่น ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ⁷⁻⁸ ได้แก่ ระยะเวลาใช้เครื่อง ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประสานความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีต่าง ๆ⁹⁻¹¹ พบว่า ช่วยลดระยะเวลาใช้เครื่อง อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการระบับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹² พบว่า ช่วยให้การหายใจและกำจัดเสมหะหลังผ่าตัดดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยให้การบริหารเตียงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้านความปลอดภัย มีงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹³⁻²¹ พบว่า วิธีการที่ช่วยป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้แก่ การมีระเบียบและวิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจ การจัดทำ การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการล้างมือ จากผลการศึกษาดังกล่าวเมื่อนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นระบบการพยาบาลที่ซับซ้อนต้องเกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาหลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วย

การพยาบาลภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณี เป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความ



ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง²² ปัจจุบันได้มีการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน อัตราการเสียชีวิตสูง และการบริหารจัดการที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยต่าง ๆ²³⁻³⁰ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยผ่าตัด รวมทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการ³¹ พบว่า ระบบการจัดการรายกรณี ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการสูงขึ้นทั้งนี้กระบวนการจัดระบบการจัดการรายกรณี ต้องอาศัยแรงผลักดันและความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกหน่วย³²

ผู้วิจัยในฐานะผู้นำสูงสุดขององค์กรพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ปลอดภัย ได้คุณภาพและมาตรฐานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ได้ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง จึงได้ริเริ่มจัดการและกำกับให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งมีกระบวนการดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ค่าใช้จ่ายสูงและต้องประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่

เดือนพฤษภาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ វិសัณณิแพทย พยาบาลหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม វិសัณณิพยาบาล พยาบาลควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกรและพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายกรณี จำนวนทั้งสิ้น 12 คน ทำหน้าที่ทีมพัฒนาระบบการดูแล

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช ระบบหู คอ จมูกและระบบกระดูกและข้อ វិសัณณิแพทย พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม វิសัณณิพยาบาล นักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์ จำนวน 35 คน

3. กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกระบบที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและรับไว้ที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม จำนวน 60 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การศึกษาประวัติข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นมา ร่วมกับการสังเกต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แผนการอบรมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการจัดการรายกรณี 2) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่
 - 2.1) การหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 2.2) การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด
- 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 3.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป วิธีการผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดและการหยาเครื่องช่วยหายใจ
 - 3.2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด
 - 3.3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ



และ 3.4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.76, 0.6, 0.5, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะประเมินสถานการณ์ เพื่อประเมินศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552 โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนจำนวน 73 ฉบับ การสนทนากลุ่มบุคลากรทีมสหสาขา ที่ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 12 คน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2552 นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี และเป็นผู้ดำเนินการจัดเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาระบบดังกล่าวในระยะต่อไป

2. ระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โดยใช้การจัดการรายกรณี ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2552 ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมทีม เพื่อสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งได้ระดมสมองในการวางแผนออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยและการจัดการรายกรณี โดยดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวด 3) กำหนดให้มีผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานในทีม และ 4) จัดอบรมวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและการจัดการรายกรณี จากนั้นนำระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 15 คน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงาน ประเมินความแปรปรวนในการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำมาปรับปรุงระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

หลังผ่าตัด ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 60 คน

3. ระยะติดตามประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2552 - มีนาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ ตามระยะต่าง ๆ ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนมีนาคม 2552 จำนวน 73 ราย พบว่าจากการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลและแพทย์ เจ้าของไข้เป็นหลัก ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช ระบบหู คอ จมูกและระบบกระดูกและข้อ ไม่มีวิสัญญีแพทย์ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดประจำที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม แผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจขึ้นกับแพทย์เจ้าของไข้แต่ละราย ทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด อายุรแพทย์เฉพาะทาง จะเข้าร่วมดูแลเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาเท่านั้น ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีจำนวน 16 คน ประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2 เดือน - 27 ปี เฉลี่ย 7.1 ปี ในจำนวนนี้เป็นระดับเจ้าหน้าที่พยาบาลและพยาบาลเทคนิค 2 คน และเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ซึ่งทีมพยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์การทำงาน 2 เดือน - 23 ปี มีความรู้ มีประสบการณ์และความชำนาญแตกต่างกัน ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนทุกเวร มีภาระงานมาก จากอัตราครองเตียงร้อยละ 127.0-139.7 นอกจากนี้ระบบมอบหมายงานของพยาบาล เป็นแบบทีม ประกอบด้วย



หัวหน้าทีมและสมาชิกทีม ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทั้งใน ด้านการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการตัดสินใจรายงานแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลหัวหน้าเวร ภาระงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องทำหน้าที่ทั้งให้การดูแลผู้ป่วยรายที่รับผิดชอบและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่พยาบาลใหม่

2. ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นระบบคล้ายกรรมระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 67.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.8 ได้รับการผ่าตัดชนิดต่อนและไมต่อน อัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 49.3 และ 50.7 อัตราจูงเตียงหลังผ่าตัด ร้อยละ 47.9 ยาแก้ปวดที่ได้รับส่วนใหญ่อบริหารทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 77.1 ชนิดของยาที่ได้รับเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ Morphine, Pethidine และ Tramol ร้อยละ 53.1; 365.5 และ 10.4 ตามลำดับ ส่วนเครื่องช่วยหายใจ เป็นประเภทควบคุมด้วยปริมาตร ร้อยละ 83.6 ชนิดการหย่าเครื่องที่ใช้บ่อยคือ ให้ผู้ป่วยหายใจเองทางท่อช่วยหายใจ (Self-breathing trial) ร้อยละ 54.8 รองลงมาเป็นการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเลือกใช้วิธี (mode) การหย่าที่มีในเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 20.5 และพบว่า อัตราการหย่าสำเร็จในครั้งแรกเท่ากับ ร้อยละ 84.9 ในมุมมองด้านความปลอดภัย พบว่า เกิดอุบัติการณ์ดังท่อช่วยหายใจ 9 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 12.3 เกิด VAP 3 รายคิดเป็นร้อยละ 4.1 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก 2.9 วัน ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักคล้ายกรรมรวมไปหอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 94.5

3. ด้านการปฏิบัติการดูแล พบว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของทีมสหสาขาที่ร่วมดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายและไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในมิติของการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ห้องผู้ป่วยหนักแห่งนี้ให้บริการทั้งผู้ป่วยหนักทั้งก่อนและหลังผ่าตัดหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและข้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช และระบบหูคอจมูก ทำให้จำนวนเตียงมีไม่เพียงพอ รวมทั้งระบบการจูงเตียงไม่ชัดเจน ทำให้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้จูงเตียง มีสูงถึงร้อยละ 47.9 ขาดผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลหลัก ทำให้ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะ

ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยย้ายกลับสู่หอผู้ป่วยสามัญ

การดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีดังนี้

1) ผู้วิจัย ร่วมกับคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานวิสัญญี กลุ่มงานคล้ายกรรม และกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการห้องผู้ป่วยหนักคล้ายกรรม ได้ประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 ทำให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในการใช้การจัดการรายการณในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2) แต่งตั้งทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ คลายแพทย์ พยาบาลหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักคล้ายกรรม พยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักคล้ายกรรม พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักคล้ายกรรมรวม วิสัญญีพยาบาล พยาบาลควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนักรายภาพบำบัด เภสัชกรและพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายการณ จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ได้ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดำเนินการการพัฒนา เป็นวงรอบ คือ วางแผน การปฏิบัติการ ประเมินผลและการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการ 2 รอบ คือ

รอบที่ 1 การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของทีมและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจัดอบรมวิชา 2 ครั้ง คือการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการรายการณ

2) พัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและความปลอดภัยในด้าน 2.1) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2.2) การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 2.3) การจัดการความเจ็บปวด กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย



ตามระบบที่พัฒนาขึ้นมา ประสานกับกลุ่มงานวิสัญญีเพื่อจัดให้มีวิสัญญีแพทย์ประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ระบบการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งกลุ่มผ่าตัดด่วนและไม่ด่วน

3) กำหนดคุณสมบัติ คัดเลือกและกำหนดบทบาทสำหรับผู้จัดการรายการกรณี ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้ดูแลได้ตกลงคัดเลือก พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมานานมากกว่า 15 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยหนักให้เป็นผู้จัดการรายการกรณีในระบบที่พัฒนาขึ้นมา

4) การทดลองและประเมินระบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยนำระบบไปทดลองใช้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 คน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีเป็นผู้ประสานงาน ประเมินความแปรปรวนในการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

รอบที่ 2 การปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยและทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ได้ประชุมร่วมกันและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบมอบหมายงานของพยาบาลปรับให้พยาบาลเจ้าของใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ระบบการป้อนอาหารทางสายยางสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในวันที่ 2 ของการใช้เครื่องฯ กรณีที่พยาบาลประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะเสี่ยงหรือข้อห้ามเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพปอดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหย่าเครื่องและเอาท่อช่วยหายใจออกได้เร็วขึ้น ด้านแนวทางปฏิบัติ ได้มีการทบทวนข้อบ่งชี้และขั้นตอนการประสานงานก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดึงท่อช่วยหายใจ การทบทวนการอ่านผล ABG (Arterial Blood Gas) แก่ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการประเมิน sedative score ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Morphine

จากนั้นได้นำระบบและแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 60 ราย ในระยะเวลา 5 เดือน ติดตามประเมิน

ผลของระบบและการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่ข้อสรุปใหม่ของระบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ระยะที่ 3 การประเมินผล ผลลัพธ์การใช้การจัดการรายการกรณีในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นดังนี้ โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายการกรณี จำนวน 60 ราย พบว่า อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 92.5 เป็น 94.8 ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจและค่าท่อช่วยหายใจ ลดลงจาก 23.8 เป็น 20.6 ชั่วโมง และ 31.3 เป็น 27.7 ชั่วโมง ตามลำดับ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 93.3 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในห้องผู้ป่วยหนักลดลงจาก 2.9 วัน เป็น 2.3 วัน ด้านความปลอดภัย พบว่า อุบัติการณ์เกิด VAP ลดลงจาก 3 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง อัตราการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน VAP ร้อยละ 90.7 และอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจออกลดลงจาก 4 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง อัตราการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 47.9 เป็น 68.3 และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.6 เป็น 86.6

การอภิปรายผล

1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย และคณะ²⁷ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดและกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่พบว่า การมีพยาบาลผู้จัดการรายการกรณี ทำหน้าที่ในการประสานการดูแลที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน เช่น การดึงท่อช่วยหายใจและ การเกิด VAP สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณี ต่อการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะทีมพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีอัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 74 เป็น 85



เนื่องจากระบบการจัดการรายกรณี ทำให้มีแนวทางการปฏิบัติงานชัดเจน รวมทั้งบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา ซึ่งทุกขั้นตอน มีระบบการสื่อสารและประสานงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราศี ลีเนกุล²⁵ ที่ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการรายกรณี ทางพยาบาลในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการช่วยประสานงาน การดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพราะระบบการพยาบาลนี้ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ทำให้เกิดการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขา และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ไตรภักดิ์²⁸ ที่ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังได้รับการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอยู่ในระดับสูง รวมทั้งผลการศึกษาของพัชรี คงปลอด³⁰ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความพึงพอใจของพยาบาลหลังจากนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปปฏิบัติกับผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เพราะทีมได้ร่วมกันวางแผนล่วงหน้า กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาที่พบมาปรึกษา และหาทางแก้ไขร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและการทำงานของทีมเป็นอย่างดี³³⁻³⁶

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีระบบและวิธีปฏิบัติการดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดทางการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในกำหนดนโยบายและประสานงานกับทีมสหสาขา ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย

ได้มาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ซึ่งระบบบริการพยาบาลที่ใช้นั้น ต้องเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลยุคใหม่ ที่ภาระงานหนัก ให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาได้อย่างมีความสุข ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการฟื้นฟูสุขภาพกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม มีผลลัพธ์ชัดเจน ของผู้นำทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มโรคอื่น ๆ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีภาวะเสี่ยงและค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำที่ห้องผู้ป่วยหนักหรือโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน/ ความเสี่ยงจากการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนห้องผู้ป่วยหนักหรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.ประภาพร สุวรรณ์ชัย หัวหน้าหน่วย ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.ดร.นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คุณศศิธร ชำนาญผล และคุณสุเพียร โภคทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. ในอังกาบ ปราการรัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548.



23. Poole PJ, et al. Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology* 2001; 6: 37-42.
24. วรภรณ์ มารักขา. การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
25. ราศรี สีนะกุล, ทศนา บุญทอง, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วันเพ็ญ พิธิตรชชัย. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตาย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล* 2549; 10: 120-32.
26. ศุภชัยรี ฐุพิมาย. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
27. จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
28. พรทิพย์ ไตรภักดิ์. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยใส่ด่างอิกเสบ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
29. จิราพร ลิมากร. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
30. พัชรี คงปลอด. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
31. อัญชัญ ไพบูลย์. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
32. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยอนุสรณ์, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. *Quality in Nursing and Learning Organization*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2547.
33. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(2): 33-40.
34. ทองเปลว กันอุไร, อำภาพร นามวงศ์พรหม, มนพรชาติขันธ์, อัญชลียยุทธ. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(1): 25-34.
35. วรณพร ทองประมูล. การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนครนายก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(2): 5-13.
36. ทวีชิตยา มาลัยกรอง , วิภา แก้วเคน, ทศนีย์ แดขุนทด, ปิยนุช บุญทอง. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(3): 5-13.



The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithiprasong Hospital, UbonRatchathani

Wanpen Dongmala B.N.S.*

Orachon Malahom M.S.M.**

Abstract

The purpose of this research was to develop and analyze the case management model of postoperative care for mechanically ventilated patients at Surgical Intensive Care Unit, Sappasittiprasong Hospital, Ubon-Rathchathani during October, 2009 – May 2010. The case management model of the postoperative care was developed by 12 members of multidisciplinary party including surgeons, anesthesiologists, nurses and physical therapists. The caring team included 35 members of health professions to deliver designed system to 60 postoperative –mechanically ventilated patients at Surgical Intensive Care Unit. The quantitative data were collected by questionnaires that established by our team. The descriptive statistic was used to analyze the data, i.e. frequency, percentage, mean score and standard deviation. As a result, the guidelines of care for postoperative– mechanically ventilated patients by multidisciplinary team provided practices of weaning ventilator, managing patients' pain, preventing ventilator association pneumonia (VAP). The outcomes in the patients indicated increasing success of weaning the ventilation from 92.5% to 94.8%, decreasing numbers of patients' self extubation from 12.3% to 3.3% and decreasing incidence of VAP from 3 cases to none. The average time of patients on ventilator was reduced from 23.8 hours to 20.6 hours, as well the length of stay declined from 2.9 days to 2.3 days. There was no patient readmitted to SICU within 48 hours. The satisfaction of patients improved from 81.6 % to 86.6 %, and the satisfaction of health care providers increased from 74% to 85%. The achievement factors of this study were the increase in multidisciplinary collaboration, the systematic change of care for patients, thus the patient care was prompt, continuing, safe and efficient, and the system of monitoring and evaluation. The suggestions of this study were to apply this case management model of postoperative care for mechanically ventilated patients to other surgical intensive care units. In addition, we need to develop case manager role and networks of patients' care system during pre/ post operation and discharge, in order to decrease mortality and re-admitted rate, clinical risks and complications.

Keywords: postoperative care system, case management model

*Register Nurse, Senior Professional Level, Head Nurse of Department Nursing; Sappasithiprasong Hospital

**Register Nurse, Senior Professional Level, Assistant Supervisor of Surgical Intensive Care Unit; Nursing Department, Sappasithiprasong Hospital