

บทความวิจัย

กระบวนการจัดการผลการพลัมพ์ในผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*

The process of outcomes management in male paraplegia: an action research at a tertiary hospital

สุพัตรา อยู่สุข ปส.ด.** มาลีสา ไกรฤกษ์ Ph.D.*** ราศรี สันกุล พย.ด.****

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการจัดการผลการพลัมพ์ในผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ผู้ร่วมวิจัยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา ผู้ป่วยและผู้ดูแล ศึกษาเป็น 3 ระยษนาน 23 เดือน โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ใช้เวลา 6 เดือน พบว่า กระบวนการจัดการผลการพลัมพ์ในการดูแลที่เป็นอยู่ยังไม่เพียงพอในแง่ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการนำผลพลัมพ์มาพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ขาดการกำหนดผลพลัมพ์และแนวทางดูแลร่วมกัน ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่าใช้จ่ายสูงจากการนอนโรงพยาบาลนานและกลับเข้ารับรักษาซ้ำ รวมทั้งไม่พึงพอใจต่อบริการ ระยะที่ 2 ดำเนินการใช้เวลา 15 เดือน ทีมร่วมวิจัยร่วมกันพัฒนากระบวนการจัดการผลการพลัมพ์ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากกำหนดผลพลัมพ์ที่คาดหวังและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยจัดพยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมต่อเนื่อง

จัดการวางแผนจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้แนวทางดูแลทางคลินิก (clinical pathway) ร่วมกัน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงการดูแลจนได้การจัดการดูแลที่เหมาะสม ระยะที่ 3 ประเมินผลในภาพรวมใช้เวลา 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลตนเองได้ ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำและพึงพอใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งบุคลากรและกระบวนการจัดการดูแล รวมถึงได้รูปแบบกระบวนการจัดการผลการพลัมพ์ในการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างที่เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) พยาบาลเจ้าของไข้ 2) มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) ความต่อเนื่อง 4) clinical pathway 5) การประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และ 6) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการผลการพลัมพ์, ผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง, โรงพยาบาลตติยภูมิ

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Abstract

This action research was to develop outcome management process for male paraplegia in a tertiary hospital at the northern region of Thailand. Participants included multidisciplinary team members, personnel in the setting, male paraplegias and caregivers. The study took 3 phases for 23 months. The first phase, situational analysis for 6 months, indicated that outcome management process was not fully effective in areas such as patient centered cares, insufficient cooperation among multidisciplinary team, inadequate continuous quality improvement. These resulted in complication occurred in patient, unable to self care, hence higher cost, longer length of stay, re-admission, and unsatisfied with provided service. The second phase, process for 15 months, the research team then took part in solving those problems. Patient centered care was given, team members were encouraged to collaborate, primary nurse provide continuous care. The research team also helped to make effective discharge planning and continuing care including prescribe desirable outcomes and clinical pathway. The third phase, evaluation for 2 months, after perform those changes; all the above problems were satisfactorily improved. Those were shorter length of stay as without complication, able to self care, no re-admission, and more satisfaction with service, also change both personnel and care process. As well, the team obtained an outcome management process model for male paraplegia that composes of primary nurse, patient centered care, continuity, clinical pathway, multidisciplinary team's collaboration, and continuous quality improvement.

Keywords: process of outcomes management, male paraplegia, tertiary hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างจากการบาดเจ็บไขสันหลัง มีสาเหตุสำคัญจากอุบัติเหตุทางการจราจรและตกจากที่สูง ซึ่งนับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น¹ ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเพศชายมากกว่าหญิง 4 เท่า และมีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี เนื่องจากเพศชายมักขับขียานพาหนะรวดเร็ว ทำกิจกรรมที่โลดโผน ปีนป่ายหรือมีอาชีพการงานในที่สูง และเสี่ยงอันตรายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สามารถดูแลตนเองและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ก็จะมีชีวิตอยู่ได้เฉกเช่นคนปกติทั่วไปในสังคม²

อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ผลกดทับและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ¹ และส่งผลกระทบต่อจิตใจ บทบาท ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นภาระแก่ครอบครัว รวมทั้งใช้ระยะเวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา^{3,4} การจัดการดูแลจึงมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ครอบคลุม 4 ด้าน⁵ ได้แก่ 1) ด้านคลินิก (clinical outcome) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional outcome) สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเอง 3) ด้านการเงิน (financial outcome) ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง 4) ด้านการรับรู้ (perceptual outcome) พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังกล่าว บุคลากรผู้ดูแลจึงพยายามหารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม ซึ่ง พบว่า กระบวนการดังกล่าว คือ การจัดการผลลัพธ์ (outcomes management: OM)

การจัดการผลลัพธ์ เป็นกระบวนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพที่มีการปรับปรุงกิจกรรมดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีต้นทุนในการดูแลต่ำลง เกิดการปฏิบัติการดูแลที่ดีที่สุดโดยนำผลลัพธ์มาปรับปรุงการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶ ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และนอนโรงพยาบาลนานได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกาในฐานะเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่าง

ต่อเนื่อง⁶ ซึ่งมีการดำเนินการเป็น 4 ระยะได้แก่ 1) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง 2) กำหนดแนวทางปฏิบัติ 3) ลงมือปฏิบัติ และ 4) ประเมินผล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลนำผลลัพธ์มาปรับปรุงและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ซึ่งจะมีการดำเนินการเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลผู้จัดการผลลัพธ์ (outcome manager) เป็นผู้ประสานงาน ติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และเป็นแกนสำคัญให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง⁶ นอกจากนี้ กระบวนการจัดการผลลัพธ์ มีหลักการพื้นฐาน 6 ประการ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังที่วัดประเมินได้ 3) จัดการดูแลที่เชื่อมั่นว่าสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง 4) ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) มีการประสานความร่วมมือกันเป็นอย่างดีของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) นำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶

จากการปฏิรูประบบสุขภาพและการตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่งผลให้สถานบริการต้องจัดการดูแลที่มีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่จำกัด แต่จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย พบว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า การดูแลใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ ทีมดูแลไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และแนวทางการดูแลร่วมกัน รวมทั้งการนำผลลัพธ์มาพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นจากการนอนโรงพยาบาลนานและกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนถึงความต้องการพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ ซึ่งมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง และนอนโรงพยาบาลนาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ถูกจัดขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีอัมพาตครึ่งล่าง ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิด

กระบวนการดูแลและระยะเวลาที่เหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลง จากความเชื่อมนุชนิยมและทฤษฎีวิพากษ์ เชื่อว่าทุกคนมีความดีงาม มีความสามารถและศักยภาพในตนเองสามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และความรู้จะเปลี่ยนตามบริบทที่เปลี่ยนไป การดึงศักยภาพของคนออกมาโดยผู้เกี่ยวข้องกับปัญหามาร่วมกันพูดคุย ทบทวน แลกเปลี่ยนอย่างเสมอภาค มีการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ยอมรับข้อวิพากษ์จากคนอื่น สะท้อนคิดและร่วมกันลงมือปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ในพื้นที่ปฏิบัติงานและสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหโดยผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องเหมาะสมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยเชื่อว่าทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย/ญาติซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจะสามารถร่วมกันพัฒนาการจัดการดูแลให้ดีขึ้นได้ โดยใช้แนวคิดกระบวนการจัดการผลลัพธ์เป็นกรอบผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบสร้างความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน (AR type 2)⁷ ซึ่งเป็นการวิจัยโดยการร่วมคิดทำความเข้าใจและหาข้อตกลงในการดำเนินการที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ ที่เป็นอยู่ ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญ คือ ทีมผู้ดูแล ผู้ป่วย/ญาติร่วมกันวางแผนโดยกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และแนวทางการดูแลอันจะบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังนั้น นำแนวทางไปปฏิบัติ สังเกตและประเมินผล นำผลที่ได้สะท้อนเพื่อปรับปรุงแผนการดูแล นำไปปฏิบัติ ประเมินและนำมาสะท้อนปรับปรุงแผนใหม่เป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง อันเป็นกระบวนการดูแลที่เกิดจากการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน มีการร่วมคิดร่วมทำจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย⁷ ซึ่งคาดหวังว่าผู้ร่วมกระบวนการ จะเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลง ไปสู่การจัดการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท และโจทย์ที่ผู้วิจัยต้องศึกษา คือ “การพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ในการดูแลชายอัมพาตครึ่งล่างในโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นอย่างไร?”

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการจัดการจัดการผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย เลือกแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นสำคัญ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง และยินดีให้ข้อมูลรวม 25 คน ได้แก่ 1) ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 13 คน เป็นผู้เข้ารักษาขณะเก็บข้อมูล 3 คน และที่จำหน่ายไปบ้านนานกว่า 1 เดือน 10 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 12 คน ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ สาขาละ 1 คน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 คน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย 5 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้บริหาร 2 คน พยาบาลหน่วยควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูล 1 คน และหน่วยประกันคุณภาพ 1 คน

ผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งหมด 44 คน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรอื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 38 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่ร่วมคิดในกระบวนการวิจัย 12 คน และกลุ่มที่เป็นผู้ปฏิบัติ 26 คน รวมทั้งผู้ป่วย/ญาติที่เข้ารับการรักษาในช่วงดำเนินการวิจัยและเป็นคนละกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน สำหรับผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ร่วมคิดประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมด 12 คน ลักษณะเช่นเดียวกับสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งในกลุ่มนี้จะรวมผู้ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักอยู่ด้วย ได้แก่ พยาบาลหอผู้ป่วยที่ศึกษา และงานที่มีผู้รับผิดชอบงานเพียง 1 คน ได้แก่ นักจิตวิทยา โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยร่วมกับเครื่องมืออื่น ประกอบด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และเครื่องมือที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลที่ศึกษา ทั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลที่เป็นอยู่ก่อนการพัฒนา ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะดูแล และความพึงพอใจจากการดูแลที่ได้รับภายหลังการพัฒนา ดังนี้

1) แนวคำถาม ที่สร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ ประเด็นสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตสำหรับรวบรวมข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์การดูแลที่เป็นอยู่ก่อนการพัฒนา

2) บันทึกภาคสนาม และบันทึกประจำวัน ที่สร้างขึ้นเพื่อบันทึกรายละเอียดประกอบการสังเกตสถานการณ์การจัดการดูแล ในประเด็นสำคัญคือ ใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ซึ่งใช้ทุกครั้งที่มีการสังเกต

3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

4) แบบประเมินความสามารถทำกิจกรรมอย่างอิสระของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord independence measure: SCIM) ประกอบด้วย การประเมินการดูแลตนเอง การหายใจ และควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายภายในห้องพัก ไปห้องสุขา และนอกบ้าน

5) แบบประเมินความสามารถทำกิจกรรมตามการคาดหมายระดับรอยโรค (expected functional outcomes: EFO) เป็นการกำหนดความสามารถทำกิจกรรมที่ดีที่สุดของการบาดเจ็บไขสันหลัง ตั้งแต่ระดับ T1-L4 ที่สร้างขึ้นตามข้อกำหนด EFO1 ใช้บันทึกข้อมูลความสามารถทำกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งมีรอยโรคในระดับที่แตกต่างกัน

6) แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นในขณะดูแลและหลังจำหน่าย

7) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ใช้บันทึกภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในขณะดูแลและหลังจำหน่าย

8) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์¹¹ ใช้บันทึกความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

9) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่กำหนดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่กำหนด รวมทั้งปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

10) เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป สำหรับการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล มีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์เป็นความถี่ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และในการดำเนินการ โดยยึดหลักจริยธรรมในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิการเข้า/ออกจากการวิจัย การรักษาความลับข้อมูล การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิด รวมทั้งขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย

พื้นที่ศึกษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือรับผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง เฉลี่ย 20 คน/ปี อยู่ในช่วงการตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ บุคลากรเห็นปัญหาและยินดีเข้าร่วมวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เวลา 6 เดือน เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์กระบวนการจัดการผลลัพธ์ในการดูแลที่เป็นอยู่ โดยผู้วิจัยขึ้นปฏิบัติงานเวรเข้าไปในหอผู้ป่วยที่ศึกษา สร้างสัมพันธภาพกับผู้เกี่ยวข้อง และรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการจัดการดูแล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและรอง จากนั้นวิเคราะห์สรุปประเด็น โดยตรวจสอบความถูกต้องเข้าใจตรงกันในเรื่องสาระระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ นำเสนอข้อมูลที่ได้

ในภาพรวม รวมทั้งเสนอแนวคิดกระบวนการจัดการผลลัพธ์แก่ทีมร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินการ ใช้เวลา 15 เดือน เป็นระยะที่ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มร่วมคิด ร่วมกันพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมโดยส่งเสริมให้ทีมร่วมวิจัยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้อย่างเสมอภาคในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การจัดการดูแลที่เป็นอยู่ ร่วมกันวางแผนปรับปรุงการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังและกำหนดแนวทางปรับปรุงที่เหมาะสม สามารถบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังนำไปลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อนำมาร่วมกันวางแผนปรับปรุงแนวทางดูแลใหม่ โดยการประชุมระดมสมอง และการสะท้อนคิด (reflection)

ระยะที่ 3 ประเมิน และสรุปผล ใช้เวลา 2 เดือน ในระยะดำเนินการมีการประเมินผลที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติเพื่อสะท้อนข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงการวางแผนอยู่แล้ว แต่ในระยะประเมินผลนี้ เป็นการประเมินผลในภาพรวมเพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านกระบวนการจัดการดูแลและตัวบุคลากรผู้ดูแล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งเก็บข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร สังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการผลลัพธ์ในการดูแลที่เป็นอยู่ สรุปได้ดังนี้

1.1 การจัดการผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างที่เป็นอยู่ พบว่า ในบริบทที่ศึกษามีต้นทุนการดำเนินการพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์หลายประการ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแลเห็นคุณค่าการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีเป้าหมายของการดูแลในทิศทางเดียวกัน มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างมีการกำหนดบทบาทให้พยาบาลเป็นแกนกลางสำคัญในการประสานการทำงานและมีระบบการบันทึกข้อมูลที่จะช่วยให้งานดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสม

สำหรับการจัดการดูแล พบว่า มีการดำเนินกระบวนการจัดการผลลัพธ์ไม่เพียงพอ กล่าวคือ มีการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่เพียงพอ เนื่องจากการขาดผู้รับผิดชอบดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องขาดประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติ มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ทีมสหสาขาวิชาชีพขาดการประสานความร่วมมืออย่างจริงจัง ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ และแนวทางดูแลร่วมกัน ไม่มีการดำเนินการอย่างชัดเจนในการนำผลลัพธ์มาพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก และความรู้/ทักษะที่เพียงพอของบุคลากร ส่วนจุดอ่อนที่สำคัญคือการขาดอัตรากำลังและภาระงานมาก

1.3 ผลลัพธ์จากการดูแล จากการดำเนินการจัดการผลลัพธ์ไม่เพียงพอในการดูแลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ (15.63:1000 วันนอน) และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (10.42:1000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ) ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นจากการนอนในโรงพยาบาลนานและกลับมารักษาซ้ำ (ร้อยละ 14.8) และมีอัตราพึงพอใจต่อบริการ ร้อยละ 81.79

2. การพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทีมร่วมวิจัยร่วมกันหาวิธีการที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการผลลัพธ์อย่างเพียงพอ โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังและวางแผนปรับปรุงการจัดการดูแล ลงมือปฏิบัติ พร้อมกับสังเกตและประเมินผลควบคู่ไปด้วย โดยใช้เครื่องมือประเมินผลที่ร่วมกันกำหนด สะท้อนการปฏิบัติและร่วมกันวางแผนใหม่ ซึ่งในการปรับปรุงการจัดการดูแลเพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการผลลัพธ์อย่างเพียงพอในบริบทที่ศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดการใช้แนวทางการดูแลทางคลินิก (clinical pathway) ทีมพยาบาลจัดมอบหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกับการใช้ humanized care ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผน และให้การดูแลผู้ป่วย

อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ด้วยความเอื้ออาทร ใส่ใจและเต็มใจดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย¹² รวมทั้งรับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง¹³ มีการให้ข้อมูลความรู้การทำกิจกรรมดูแลตนเองอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและทำกายภาพบำบัดอย่างน้อย 5 วัน เพิ่มประสิทธิภาพการสอน/สาธิต โดยจัดทำแผ่นพับคู่มือการดูแลขณะคาสายสวนปัสสาวะ การฝึกกลั้ว และการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเองที่มีเนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย ประกอบการสอน/สาธิต รวมทั้งจัดทำแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล ในการป้องกันแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะขณะคาสายสวนปัสสาวะ และการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเอง เพื่อให้มีการประเมินผลการเตรียมความพร้อมอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ยังจัดการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยพยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบดูแลประเมินและส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้ผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ทีมร่วมกันจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และแบบประเมินผลการเยี่ยมบ้าน ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น รวมทั้งเพิ่มปริมาณการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน จากเดิม 1 ครั้ง เพิ่มเป็น 3 ครั้ง มีการวิเคราะห์ข้อมูลป้อนกลับจากการเยี่ยมบ้าน ส่งให้หอผู้ป่วยทุก 3 เดือน เพื่อสามารถนำข้อมูลมาวางแผนปรับปรุงการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งปรับปรุงการให้ข้อมูลสุขภาพทางโทรศัพท์ให้เกิดความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น

ภายหลังปฏิบัติ 2 เดือน โดยให้การดูแลผู้ป่วยชาย อัมพาตครึ่งล่าง 2 ราย พบปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง (self-cath) ที่ทำโดยญาติทั้ง 2 ราย ทีมร่วมกันสะท้อนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาวางแผนปรับปรุงการจัดการดูแลโดยเพิ่มความเข้มงวดในการสอนสาธิตและจัดทำแบบประเมินการปฏิบัติสวนปัสสาวะด้วยตนเองเพิ่มเข้าไปในแบบประเมินความรู้ การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง(แต่เดิมประเมินเฉพาะความรู้เท่านั้น) ปรับการพยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลในเวรป่วย-ดึกด้วย (เดิมดูแลเฉพาะเวรเช้า) ปรับปรุงแนวทางดูแลให้มีความชัดเจนและกระชับสะดวกในการ

ปฏิบัติมากขึ้น จากนั้นนำไปปฏิบัติใหม่ในระลอกต่อไปอีก 6 เดือน โดยให้การดูแลผู้ป่วย 4 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้ มีระยะวันนอน 14 วัน และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ทีมร่วมกันสะท้อนข้อมูล วิเคราะห์และวางแผนแนวทางดูแลใหม่โดยปรับ clinical pathway ที่มีระยะการดูแล 14 วัน เพื่อนำไปลงมือปฏิบัติในระลอกต่อไป

การพัฒนาอีกประการหนึ่ง คือ ให้เกิดการมุ่งมั่นในการประสานความร่วมมือกันอย่างเพียงพอของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการกำหนด clinical pathway ร่วมกันดังกล่าว นอกจากนี้ยังปรับปรุงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการสื่อสารข้อมูลปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ซึ่งปรับปรุงทั้งในทีมการพยาบาลโดยปรับปรุงการส่งเวร การประชุมปรึกษาหารือ และการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมตรวจเยี่ยมและเป็นผู้ประสานข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดให้มีการระบุประเด็นอย่างชัดเจนในการส่งปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดการร่วมแรงร่วมใจกันเป็นอย่างดี คือ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่ให้ความเสมอภาคแก่ทุกวิชาชีพ ให้ความรู้ถึงการเป็นเจ้าของแนวทางดูแลที่นำมาปฏิบัติ รวมทั้งการเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน และได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วย/ญาติ จึงเป็นแรงเสริมให้ทุกคนในทีมมีความมุ่งมั่นในการดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง

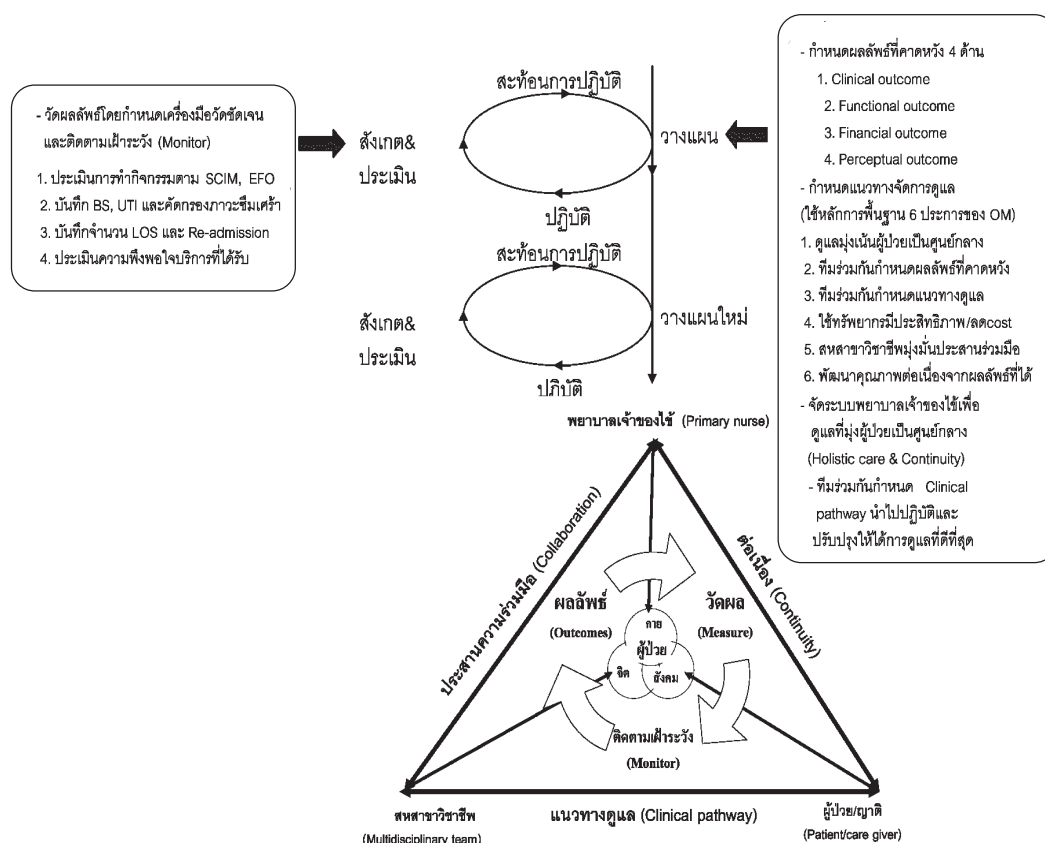
แม้ว่าพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ครั้งนี้ แต่อุปสรรคที่สำคัญคือการขาดอัตรากำลัง แต่ทีมพยาบาลร่วมกันปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยในระยะ 2 เดือนแรก หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มาก 1 คน เป็นพยาบาลเจ้าของไข้เฉพาะในเวรเช้าวันทำการ มีการนำข้อมูลปัญหาอุปสรรคมาพูดคุยกับทีมเป็นระยะๆ หัวหน้าหอผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและเสริม

พลังอำนาจให้แก่พยาบาลเจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง จากนั้นจึงขยายการมอบหมายให้พยาบาลคนอื่นๆ และเพิ่มการดูแลในเวรบ่าย-ดึก ซึ่งหากมีการะงานมาก จะปรับใช้การดูแลแบบเดิม (ทีมและฟังก์ชัน) ในขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ยังคงได้ดูแลคนไข้ในการมอบหมายของตนร่วมด้วย ในระยะแรกทีมพยาบาลเกิดความเครียด แต่ภายหลังการดำเนินการไประยะหนึ่ง ก็เกิดความมั่นใจ เกิดความภาคภูมิใจเมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและรู้สึกถึงการมีคุณค่าของตนมากขึ้น^{12,13} ประกอบกับหัวหน้าทีมส่งเสริมพลังอำนาจแก่บุคลากรอย่างมาก ซึ่งเป็นพลังสำคัญที่ช่วยให้การมอบหมายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ดำเนินไปได้

สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ได้ clinical pathway สำหรับผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่าง ที่กำหนดให้ทีมร่วมกันดูแลในระยะวิกฤตและเตรียมเพื่อผ่าตัดหรือใส่ฝือกในช่วง 4 วันแรก ทำผ่าตัดหรือใส่ฝือกวันที่ 5 ดูแลหลังผ่าตัดหรือใส่ฝือกช่วงวันที่ 6-8 ส่งกายภาพบำบัดและสอนสาธิตการทำกิจกรรมดูแลตนเองช่วงวันที่ 9-13 ประเมินผล ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องและจำหน่ายวันที่ 14 ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Length of stay : LOS) 21 วัน จากการพัฒนามี LOS 14 วัน โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้ และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากแต่เดิมไม่มีการกำหนดใช้ clinical pathway ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง การพัฒนาให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ดูแล ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแนวทางดูแลที่กำหนด และการเพิ่มเวลาให้ผู้ป่วยได้ฝึกกายภาพบำบัดและทำกิจกรรมดูแลตนเองเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด 14 วัน ซึ่งทีมยังคงวางแผนการปรับปรุงแนวทางดูแลเพื่อให้ได้แนวทางที่ดีที่สุด และเหมาะสมกับบริบทขององค์กรที่เป็นอยู่

ผลการศึกษาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระบวนการจัดการผลลัพธ์ครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบกระบวนการจัดการผลลัพธ์ในผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างที่เหมาะสม

วิชาชีพมีการประสานความร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดใช้แนวทางการดูแลทางคลินิก (clinical pathway) ในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาคุณภาพดูแลอย่างต่อเนื่อง จากผลลัพธ์ที่ได้โดยการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง วัดประเมิน และเผื่อระวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในระดับที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่พึงประสงค์ สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนนอนโรงพยาบาลนาน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำ เป็นการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพทางหนึ่ง⁶ ซึ่งการพัฒนากระบวนการการจัดการผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา สามารถสรุป ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการจัดการผลลัพธ์ ในผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างในบริบทที่ศึกษา

3. การเปลี่ยนแปลงและผลการดำเนินการ

ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระบวนการจัดการ ผลลัพธ์ดังกล่าว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ทั้งผู้ป่วย/ญาติ การจัดการดูแล และบุคลากรผู้ให้การดูแล กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีความรู้ และสามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สามารถสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเองและการฝึก ลำไส้ มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วัน ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 89.82 การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการดูแลมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีการนำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มาใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการปรับปรุงกระบวนการดูแล ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดการดูแล เป็นเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น บุคลากรพยาบาลสนใจ ขวนขวายพัฒนาตนเอง และให้การดูแลเป็นองค์รวม มากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมาสู่การนิเทศ ที่มุ่งเสริมพลังอำนาจแก่บุคลากรมากขึ้น บุคลากร มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษามากขึ้น นอกจากนี้ การได้ร่วมในกระบวนการวิจัยทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ ถึงความสำเร็จของงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคน ในทีม การประเมินผลที่ชัดเจนช่วยให้การพัฒนาเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมพยาบาลมีการปรับปรุงยุค ระบบมอบหมายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้เหมาะสม กับบริบทของตน รวมทั้งเห็นว่ากรณีในทางบวก ที่มุ่งเสริมพลังอำนาจเป็นทางลัดในการพัฒนาศักยภาพ แก่บุคลากรได้เป็นอย่างดี

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการจัดการจัดการผลลัพธ์ ในบริบทที่ศึกษา สามารถดำเนินการจนสำเร็จกระทั่ง เกิดรูปแบบการจัดการผลลัพธ์ที่เหมาะสมอันก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งแก่ตัวผู้ป่วย/ญาติ ระบบการจัดการดูแล และบุคลากรผู้ดูแล ดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ ที่ศึกษามีต้นทุนสำคัญที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ในการพัฒนา ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแล มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทีมให้ความสำคัญและให้การ ยอมรับบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้ประสานการดูแล ของทีม และการที่ทีมผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยชาย อัมพาตครึ่งล่างนับเป็นสิ่งจูงใจในการมุ่งมั่นพัฒนา ให้เกิดสิ่งดี ๆ แก่ผู้ป่วย¹⁴ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ศึกษาเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มองโลกในแง่ดี เปิดกว้างยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่าย เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาดำเนินไปด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงบทบาทเป็นผู้เสริมพลัง อำนาจแก่พยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นกระบวนการ ที่สำคัญอย่างมากต่อระบบการมอบหมายแบบพยาบาล เจ้าของไข้¹²

พยาบาลเจ้าของไข้ นับเป็นตัวจักรสำคัญในการ ขับเคลื่อนให้การพัฒนาดำเนินไปอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วย/ญาติและการประสาน การร่วมดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แม้ว่าในพื้นที่ ที่ศึกษาจะประสบปัญหาขาดอัตรากำลัง แต่ทีมพยาบาล ก็สามารถร่วมกันปรับประยุกต์หาแนวทางการดำเนินการ ที่เหมาะสมกับบริบทของตนได้ ซึ่งเป็นจุดแข็งส่วนหนึ่ง ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ก่อให้เกิดข้อความรู้ ที่เหมาะสมเฉพาะในบริบทที่ศึกษา⁷ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดระบบพยาบาล เจ้าของไข้ นั่นคือเกิดการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น ที่ได้รับการดูแลแบบเดิม ทำให้ทีมพยาบาลต้องปรับ ให้เป็นการจัดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งหมด ไม่เฉพาะแต่ผู้ป่วยชายอัมพาตครึ่งล่างเท่านั้น

การใช้เครื่องมือที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนในการ ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดแก่ผู้ป่วยและประเมินครอบคลุม ทั้งในมุมมองของผู้ให้และผู้รับบริการ¹⁵ ช่วยให้ เห็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถนำมาเป็นข้อมูลสะท้อนการปฏิบัติแก่ทีม และเป็นข้อมูลตั้งต้นในการปรับปรุงแผนใหม่ในวงจรวิจัย แม้ว่าเครื่องมือจะมีการบันทึกหลายอย่าง แต่ในการ ปฏิบัติจริงเครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำผนวกเข้าเป็น การบันทึกตามกิจวัตรของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องแยกออกมา บันทึกต่างหาก ช่วยให้บุคลากรผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ

เพิ่มจากงานปกติ นอกจากนี้ การกำหนดใช้ clinical pathway ในการดูแล ซึ่งเกิดจากการร่วมกันกำหนดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแล ประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลที่เป็นอยู่ และพยายามจัดแนวทางดูแลที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และเหมาะสมกับบริบทของตมมากที่สุด ส่งผลให้การนำสู่การปฏิบัติเป็นไปได้จริง ทุกคนที่มีส่วนร่วมกำหนดจะรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของและยินดี เติบโตในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งนับเป็นจุดแข็งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกเช่นกันที่สร้างให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการวางแผนหรือกำหนดแนวทางแก้ปัญหา⁷

การพัฒนาการจัดการดูแลประชากรหนึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นอยู่โดยทั่วไป คือ การให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติอย่างเพียงพอให้สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้มากกว่าการมุ่งเน้นลด LOS รวมทั้งการกำหนดให้ผู้ป่วยได้ทำกายภาพบำบัดอย่างน้อย 5 วัน จึงค่อยจำหน่าย ซึ่งน่าจะเป็นการเพิ่ม LOS แต่ในการดำเนินการจริงเมื่อผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลตนเองได้จากการเตรียมที่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้สามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่เหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมลงได้ ซึ่งทำให้ได้ข้อความรู้ชัดแจ้งที่สนับสนุนความรู้เดิมในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญในการเตรียมพร้อมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้มีความสำคัญมากกว่าการมุ่งลด LOS ที่เป็นการผลักภาระให้ผู้ป่วยรีบกลับไปป่วยต่อที่บ้าน

การดำเนินการตามกระบวนการจัดการผลลัพธ์ (OM) มีกระบวนการที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) อย่างมาก ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถผสมผสานทั้งสองกระบวนการเข้าด้วยกันได้ โดยขั้นตอนการกำหนดผลลัพธ์และแนวทางปฏิบัติของ OM เป็นขั้นตอนการวางแผนของ AR จากนั้นเป็นขั้นตอนลงมือปฏิบัติเหมือนกัน

ต่อไปขั้นตอนการประเมินผลของ OM ตรงกับขั้นตอนการสังเกตและประเมินผลของ AR และขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลของ OM สอดคล้องกับการสะท้อนการปฏิบัติของ AR จากนั้นจึงนำไปสู่การวางแผนใหม่เหมือนกัน และการดำเนินการจะเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปเช่นเดียวกัน ซึ่งกระบวนการที่เกิดจากการผสมผสานระหว่าง OM กับ AR นับเป็นข้อความรู้ส่วนหนึ่งสำหรับการนำลงสู่ปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบาย องค์กรประเมินคุณภาพ ควรปรับแนวคิด และสร้างความเข้าใจแก่สถานบริการ ในการกำหนดตัวชี้วัด โดยมุ่งผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยมากกว่ามุ่งจำกัด LOS ทั้งนี้ขึ้นกับความต่างบริบทขององค์กร จากการศึกษา พบว่า LOS 14 วัน แม้จะสูงกว่าค่าเฉลี่ย LOS มาตรฐาน แต่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่กลับมารักษาซ้ำ เป็นการคุ้มค่ามากกว่า

2. การจัดการดูแล ควรมุ่งเน้นการเตรียมพร้อมผู้ป่วย/ญาติในการทำกิจกรรมดูแลตนเองที่สำคัญ รวมทั้งมีการประเมินที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ให้สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้จนมั่นใจจึงจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และการกลับมารักษาซ้ำ

3. ควรจัดมอบหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเรื้อรังและมีอัตราค่าลงเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

4. ด้านการศึกษาควรจัดหลักสูตร ที่บรรจุการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นประสบการณ์หนึ่งในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ผสมผสานเข้ากับระบบการดูแลเมื่อปฏิบัติการในฐานะบุคลากรวิชาชีพ รวมทั้งจัดประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมิน เข้าถึงจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง และสอดคล้อง humanize care เข้าไว้กับหน่วยการเรียนการสอนดังกล่าว

5. ด้านการวิจัย ควรศึกษาการนำ clinical pathway ที่พัฒนาจากการศึกษานี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยชาย อัมพาตครึ่งล่าง เพื่อให้ได้การดูแลที่ดีที่สุดในระยะต่อไป รวมทั้งนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหญิง เพื่อพัฒนา แนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละเพศ ซึ่งมีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการดำเนินการ วิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Somers MF. Spinal cord injury: Functional rehabilitation. 2nd ed. New Jersey: Printice-Hall, Inc.; 2001.
2. อัจฉรา สุคนธสรณ์, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, รัตนาวิ ชอนตะวัน. การจัดการชีวิตประจำวันของคนไทย ที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2545
3. ชลเวช ขวศิริ, และคณะ. การศึกษาค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกและ ประสาทไขสันหลังที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
4. Tate DG, Kalpakjian CZ, Forchheimer MB. Quality of life issue in individuals with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2002; suppl 2: 18-25.
5. Nolan TN, Mock V. Measuring patient outcomes. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 2000.
6. Wojner AW. Outcome management: Applications to clinical practice. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Williamson GR, Prosser S. Action research: Politics, ethics and participation. J Adv Nurs 2002; 40(5): 587-93.
8. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพ พยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท; 2546.
9. Catz A, Itzkovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. The Spinal cord independence (SCIM): Sensitivity to functional change in subgroups of spinal cord lesion patients. Spinal Cord 2001; 39(2): 97-100.
10. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข; 2548.
11. สำนักการพยาบาล. แบบประเมินความพึงพอใจ บริการผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล; 2549.
12. Sellick KJ, Russell S, Beckmann JL. Primary nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. Int J Nurs Stud 2003; 40: 545-51.
13. Tiedeman ME, Lookland S. Traditional models of care delivery: What have we learned?. JONA 2004; 34(6): 291-7.
14. เฟลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, จารุวรรณ มานะสุการ, สุดศิริ หิรัญชุนทะ. ประสิทธิภาพการใช้บริการ สุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551 ; 31(3) : 21-33.
15. มาริสา ไกรฤกษ์. แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ ทางสุขภาพ: ตอนที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2544; 24(3): 7-13.