

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล



นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล หลักสูตรการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-130-794-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON TEAMWORK OF HEALTH TEAM,
HEALTH CARE COST AND LENGTH OF STAY

Miss Jiraporn Sornchai



สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program of Nursing Administration
Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974 -130-794-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นที่มของทีมีสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
โดย นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ตามาพงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด รักษาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ตามาพงศ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ส วาสนา ประवालพฤษ์)

จิราภรณ์ ศรีไชย : ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ
 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (EFFECTS OF CASE
 MANAGEMENT ON TEAMWORK OF HEALTH TEAM, HEALTH CARE COST
 AND LENGTH OF STAY) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.พินดา ดามาพงศ์,
 140 หน้า. ISBN 974-130-794-2

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ให้การดูแลโดยใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 รูป แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 รูป

เครื่องมือในการวิจัย คือ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการอบรมทีมสุขภาพเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบประเมินการทำงานเป็นทีม แบบบันทึกคำรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.2267 และ 3.3811 ตามลำดับ

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ของกลุ่มที่ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 10,466.80 และ 13,016.35 บาท ตามลำดับ

3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบของกลุ่มที่ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 6.5 วัน และ 11.25 วัน ตามลำดับ

สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล	ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา	2543	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4277560136 : NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD : CASE MANAGEMENT / TEAMWORK OF HEALTH TEAM / HEALTH CARE COST / LENGTH OF STAY

JIRAPORN SORNCHAI : EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON TEAMWORK OF HEALTH TEAM, HEALTH CARE COST AND LENGTH OF STAY. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. PANIDA DAMAPONG, M.M. THESIS COADVISOR : YUWADEE KATESUMPAN. Ph.D. 140 pp. ISBN 974 -130-794-2

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the teamwork level of health team before and after using case management and to compare health care cost and length of stay between the control group using traditional care, and the experimental group using case management.

There were two groups of subject, The health team and the patients in the Priest Hospital. The health team consisted of 30 health providers in surgical department. The patients were 20 sick Buddhist monks, who suffered from inguinal hernia, admitted in surgery department. The monks were divided into two groups, compared and experimental group, each group consisted of 20 Buddhist monks. The research instruments for the experimental group developed by the researcher, were case management manual of health team, teamwork assessment instrument, health care cost and length of stay record. The instrument were tested for content validity and internal reliability. Means, standard deviation and t-Test were used for statistical analysis.

Major results of the study were as followed :-

1. Teamwork level of health team before and after the experiment were statistically significant difference at the level of .05. Means scores of team work level before and after experimental were 3.3811 and 4.2267, respectively.

2. Health care cost of sick Buddhist monks between the compared and the experimental group were statistically significant difference at the level of .05. Means scores of health care cost of the compared and the experimental group were 10,466.80 baht and 13,016.35 baht, respectively.

3. Length of stay of sick Buddhist monks between the compared and the experimental group were statistically significant difference at the level of .05. Means scores of Length of stay of the compared and experimental group were 11.25 days and 6.5 days, respectively.

Field of study Nursing Administration

Student ' s signature.....

Academic year 2000

Advisor ' s signature.....

Co - advisor ' s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ดามาพงศ์ และ ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ แนวทาง ข้อคิดเห็น และแก้ไขความบกพร่องในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่สม่ำเสมอ ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสนอแนะในการแก้ไขการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ส วาสนา ประवालพุกษ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและขอเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการทำวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาตรวจและแก้ไขเครื่องมือในการทำวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพของโรงพยาบาลสงฆ์ทุกท่าน ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานของผู้วิจัยที่กรุณาให้ความร่วมมือ ให้การช่วยเหลือแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งพระภิกษุสามเณรทุกรูปที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้แนวทางในการคิดและให้คำแนะนำ ตลอดจนให้ความความรัก ความเมตตาและห่วงใยนิสิตด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย อีกทั้งขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ และเพื่อน คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณแม่ ตลอดจนญาติพี่น้องทุกคนที่ให้ความห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณ คุณอนุพร สุกใส ที่เห็นความสำคัญของการศึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา และท้ายที่สุดคือ การรู้หน้าที่ การมีจิตที่ตั้งมั่น มีสติที่รู้ตัวทั่วพร้อมอยู่ตลอดเวลาของผู้วิจัย จึงทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
	กิตติกรรมประกาศ	ฉ
	สารบัญ	ช
	สารบัญตาราง	ฅ
บทที่		
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
	แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
	ขอบเขตการวิจัย	7
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	12
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	13
	แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม	35
	แนวคิดเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย	43
	จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	45
	ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ	45
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
3	วิธีดำเนินการวิจัย	51
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
	การดำเนินการทดลอง	59
	การวิเคราะห์ข้อมูล	62
	สรุปวิธีขั้นตอนการวิจัย	64

สารบัญ (ต่อ)

๗

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
5 สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย	84
สรุปผลการวิจัย	86
อภิปรายผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะ	93
รายการอ้างอิง	96
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย	105
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	107
ภาคผนวก ง แบบบันทึกสรุปค่าใช้จ่าย.....	136
ประวัติผู้วิจัย	140

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่		หน้า
1	สถิติจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลสงฆ์	2
2	แสดงรายรับ – รายจ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาลสงฆ์	3
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ จำแนกตาม วิชาชีพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และ ปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	66
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตามอายุ ประเภทของการผ่าตัด วิธีให้ยาระงับความรู้สึก และ แพทย์ที่ทำผ่าตัด	68
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำงานเป็นทีม ของทีมสุขภาพรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วย รายกรณี	70
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลังการ ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	71
7	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและ กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	75
8	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการดูแล แบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	76
9	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย โดยจำแนกเป็นรายหมวดระหว่างกลุ่มที่ ให้การดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	77
10	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ ปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ณ

ตารางที่		หน้า
11	เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจำแนกเป็นรายคู่	80
12	แจกแจงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหมวดต่างๆ โดยจำแนกเป็นรายคู่.....	138



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ ประกอบกับการมีเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพแต่ราคาแพง ทำให้บริการสุขภาพในทุกๆระยะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกินกำลังของระบบการเงินเดิมที่จะรองรับได้ ตัวอย่างเช่น แต่เดิมข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสวัสดิการที่รัฐจัดให้และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอย่างไม่มีขีดจำกัด จนงบประมาณด้านนี้ได้เพิ่มขึ้นจาก 4,000 กว่าล้านบาท เมื่อปี 2533 เป็นกว่า 16,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าตัว ในเวลาเพียง 7 ปี ทั้งๆที่จำนวน ข้าราชการ การเกิดโรค และผลของการรักษาไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก (จรัส สุวรรณเวลา, 2543) และในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเกือบ 300,000 ล้านบาท ใช้จ่ายทางด้านสุขภาพนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน (ประเวศ วะสี, 2543) ประกอบกับเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ รัฐบาลจำเป็นต้องปรับลดงบประมาณลงโดยปรับแนวคิดและโครงสร้างของระบบบริการซึ่งประสบปัญหาขาดประสิทธิภาพและไม่สนองต่อความต้องการของสังคมจึงเกิดนโยบายปฏิรูประบบราชการนำสู่การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ทางด้านสุขภาพที่เรียกว่า “ การปฏิรูประบบสุขภาพ “ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพในอนาคต

การให้บริการทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้อง อาศัยทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่าย ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นจุดมุ่งหมายในการทำงาน ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นราย การมอบหมายงานตามหน้าที่ การให้การดูแลแบบทีม ล้วนมีข้อจำกัด ไม่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้ บุคลากรเน้นทำงานให้ทันเวลาตามหน้าที่ ขาดการติดต่อสื่อสารและทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาช้ากว่าที่ควร ทำให้การฟื้นฟูหายช้า ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายสูง ไม่คุ้มกับผลที่ได้รับ (จอม สุวรรณโณ, 2541) นอกจากนั้นการ ให้การดูแลรักษาแบบเดิม ไม่ได้ส่งเสริมให้เกิด

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากไม่รู้จักรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทีมสุขภาพขาดการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ขาดการยอมรับในบทบาทซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกันเป็นลักษณะโครงสร้างที่เป็นแนวนานมากกว่าจะเป็นการทำงานกลุ่มร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลรักษาด้วยคุณภาพลงไป

จากภาวะวิกฤตและปัญหาดังกล่าวประกอบกับกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการบริหารจัดการ ในการที่จะควบคุมและกำกับดูแลให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่าย กำหนดเวลาการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ ตามหลักการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : D.R.G.) (ศุภสิทธิ์ พรธนนารถโยธย, 2542) ประกอบกับแนวคิด ในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการรักษาพยาบาล ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อควมามีคุณภาพและเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นหน่วยงานหนึ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียง 482 เตียง จัดเป็นโรงพยาบาลเฉพาะพิเศษแห่งเดียวในโลกและแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะแก่พระภิกษุสามเณรอาพาธทั่วประเทศไทย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2542) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงฆ์ที่มารับบริการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 – 2542 มีจำนวนมากขึ้นตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนผู้ป่วย โรงพยาบาลสงฆ์

ประเภทผู้ป่วย	ปี พ.ศ.2538	ปี พ.ศ.2539	ปี พ.ศ.2540	ปี พ.ศ.2541	ปี พ.ศ.2542
ผู้ป่วยนอก	44,248 ราย	49,023 ราย	53,843 ราย	60,184 ราย	63,537 ราย
ผู้ป่วยใน	6,643 ราย	7,558 ราย	7,206 ราย	7,574 ราย	7,906 ราย

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2538 –2542 โรงพยาบาลสงฆ์

จากการที่โรงพยาบาลสงฆ์ให้บริการพระภิกษุสามเณรอาพาธโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ทำให้งบประมาณในบางปีที่ได้รับและเงินบริจาคของผู้ที่มีจิตศรัทธาที่จะอุปัฏฐากพระภิกษุอาพาธลดน้อยลงและไม่แน่นอน จึงไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นทุกปี ดังรายงานแสดงรายรับ-รายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลสงฆ์ดังนี้

ตารางที่ 2 รายรับ-รายจ่ายทั้งหมดของ โรงพยาบาลสงฆ์

รายการ	ปีงบประมาณ 2538	ปีงบประมาณ 2539	ปีงบประมาณ 2540	ปีงบประมาณ 2541	ปีงบประมาณ 2542
รายรับ	154.81 (ล้านบาท)	201.12 (ล้านบาท)	291.85 (ล้านบาท)	229.58 (ล้านบาท)	284.05 (ล้านบาท)
รายจ่าย	169.59 (ล้านบาท)	211.35 (ล้านบาท)	262.73 (ล้านบาท)	252.35 (ล้านบาท)	254.49 (ล้านบาท)

ที่มา : รายงาน รายรับ-รายจ่าย โรงพยาบาลสงฆ์ ประจำปีงบประมาณ 2538 – 2542

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าโรคที่พบบ่อยในพระภิกษุคือไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) ซึ่งจากสถิติในปี 2543 พบว่าพระภิกษุที่เป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 201 ราย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 132 ราย (โรงพยาบาลสงฆ์, 2543) โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบนี้มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2538) ซึ่งพระภิกษุอาพาธที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ถึงร้อยละ 29.21 (โรงพยาบาลสงฆ์, 2542) และจากการศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน (มิถุนายน – พฤศจิกายน 2543) ของผู้วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) ที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 20 ราย พบว่า มีการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ ตั้งแต่วันที่ 5 - 27 วัน เฉลี่ย 11.2 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 8,025 - 20,568 บาท เฉลี่ย 13,433.50 บาท ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจากการเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ควรอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 4-7 วัน การอยู่โรงพยาบาลนานโดยไม่จำเป็นทำให้โรงพยาบาลสงฆ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มากขึ้น

การที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่ลงทุนไปนั้น จำเป็นต้องเน้นการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ซึ่งรูปแบบความร่วมมือรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่สนใจในปัจจุบัน คือ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ซึ่งสามารถช่วยให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่เหมาะสม

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็น กระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย (ANA, 1991 : อ้างถึงใน Powell, 1996) ในปี 1994 Case Management Society of America (CMSA) (อ้างถึงใน เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่า “ เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นแนวทางการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Manage Care) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพได้รับผลประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเต็มที่ โดยการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรด้านสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมความสมดุลในเรื่องคุณภาพบริการของการบริการและค่าบริการ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2542) เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จำกัดค่าใช้จ่ายและเวลาที่เหมาะสม (More and Mandell, 1997:7) การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ/ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ (เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543) และผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลของทีมสุขภาพคือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้พยาบาล ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวข้องกับความสามารถและทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่จะเป็นผู้แก้ปัญหา ตัดสินใจ พิจารณาสีทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วย เน้นการดูแลที่มีมาตรฐาน ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดูแล การที่พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลที่สูงขึ้น เป็นสิ่งที่ท้าทายสามารถนำคุณคำวิชาชีพมาแลกเปลี่ยนในทีมสุขภาพด้วยความมั่นใจ เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่แสดงถึงเอกลักษณ์ทางวิชาชีพที่ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ แสดงถึงความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ในกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งพยาบาลจะต้องตื่นตัวในการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะในการเป็นผู้นำการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้เห็นถึงความสามารถของพยาบาลและเกิดการยอมรับบทบาทของพยาบาลมากขึ้น

ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพการดูแลดีขึ้นผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับและยังเป็นการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจในผลงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cohen and Cesta, 1993 :33) นอกจากนี้ระบบนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน (Clinical pathway) เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดการซ้ำซ้อนของการทำงานเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งเกิดการบริการที่สะดวกรวดเร็วยิ่งอีกด้วย (Cabello, 1999 :39-40)

ด้วยสภาพการณ์และเหตุผลต่างๆดังที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในพระภิกษุ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ประกอบกับมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ดังรายละเอียดที่กล่าวมาในข้างต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและกำหนดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คุณภาพการดูแลสูงขึ้นและค่าใช้จ่ายเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้การร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งจะเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันซึ่งเรียกว่า

Clinical Pathway และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Cohen and Cesta, 1993) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Powell, 1996) ดังนั้นการใช้การดูแลผู้ป่วยรายกรณีนอกจากจะทำให้คุณภาพบริการสูงขึ้น ยังทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงด้วย

จากการศึกษาของ Anderson-Loftin (1999) เรื่องผู้จัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลงและทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Holzman และคณะ (1997) ศึกษาผลของการใช้ Clinical pathway สำหรับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อลดลง หลังจากมีการใช้ Clinical pathway ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Ireson (1996) ต่อผลของโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยจากการใช้ Clinical pathway ต่อการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มาเปลี่ยนเข้าหรือข้อสะโพก พบว่า กลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยในด้านคุณภาพการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ Care Plan กลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและใช้ต้นทุนน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ Care plan ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Micheels TA. และคณะ (1995) ได้ทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ พบว่าระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Topp R. และคณะ (1998) ที่ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วย Congestive heart failure พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Michal L. และคณะ (1996) โดยศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีอัตราการกลับมา Admit ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Kammer (1990 อ้างถึงใน Cohen and Cesta, 1993 : 5) ในการศึกษาโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (Magnet hospital) พบว่า ปัจจัยที่จะเสริมการปฏิบัติทางวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาล คือการคงสภาพของวิชาชีพ คือมีเอกลิทธิและควบคุมการปฏิบัติได้ และส่งเสริมคุณภาพสู่มาตรฐาน ระบบนโยบายของการพยาบาลบนพื้นฐานของการปฏิบัติที่แตกต่างแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพทางด้านราคา (cost effective) การให้การดูแลที่

ต่อเนื่อง และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มการประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการทำงานเป็นทีม จึงมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน การเข้ามาอยู่ในงาน (recruitment) และการคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaksic JR. และคณะ (1996) ในการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาดูแล พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานประสานกันมากขึ้น ปัญหาในการทำงานลดลง ส่งผลให้การดูแลดีขึ้น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายลดลง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Collier P. และ Early (1995) ที่ได้ศึกษาถึงการมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ 1 ราย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะโภชนาการ เพราะมีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลดีขึ้นมีการประสานงานและช่วยเหลือกันมากขึ้น และยังเป็นการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary และคณะ (1997) ซึ่งศึกษาถึงผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า พยาบาลในทีมที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจในงาน รับรู้คุณภาพในการทำงาน และสามารถควบคุมการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพได้มากกว่าพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากแนวเหตุผลและงานวิจัยดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ สูงขึ้น ภายหลังจากใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงภายหลังจากใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงภายหลังจากใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขอบเขตการวิจัย

1. การการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนใน

โรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) และแพทย์มีแผนการรักษา โดยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมและปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์

2.2 ผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลสงฆ์

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2 ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

3.2.1 การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ซึ่งมี 6 ด้าน ดังนี้

3.2.1.1 การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน

3.2.1.2 การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย

3.2.1.3 การทำงานร่วมกัน

3.2.1.4 การสร้างความคล่องตัวในการทำงาน

3.2.1.5 การส่งเสริมการพัฒนานบุคคล

3.2.1.6 การร่วมกันทบทวนการทำงาน

3.2.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Health care cost)

3.2.3 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) หมายถึง กระบวนการจัดการ ดูแล พระภิกษุอาพาธโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาทันที หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีองค์ประกอบคือ การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแล ผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันที่จำหน่ายกลับ โดยเริ่มตั้งแต่คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากระบวนการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ที่ทีมสุขภาพพร้อมกันสร้างขึ้นมาใช้กับผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผน รวมทั้งสรุปและประเมินผลการดูแล ในกรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามแผน ทีมสุขภาพ

ร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไข

ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ វិសัณญ์แพทย์ វិសัณญ์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยแบ่งทีมสุขภาพออกเป็น

ทีมที่มาร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งเป็นด้วยตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบวิชาชีพละ 1-2 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ វិសัณญ์แพทย์ វิសัณญ์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพแผนก ผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งทีมที่มาร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยนี้ จะมาร่วมกันกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในแผนการดูแลแต่ละวันที่ผู้ป่วยควรได้รับ ตั้งแต่ก่อนเข้าอยู่โรงพยาบาลจนถึงวันที่จำหน่ายกลับ โดยเมื่อมาร่วมกันจัดทำแผนการดูแลเสร็จแล้วทีมสุขภาพทีมนี้ก็กลับไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และแจ้งให้ทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหลือทราบถึงแผนการดูแลที่จัดทำขึ้น

ทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบโดยตรง ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ វิសัณญ์แพทย์ វิសัณญ์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ในแผนกต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรม และห้องผ่าตัด ซึ่งจะรับทราบถึงแผนการดูแลผู้ป่วยที่ตัวแทนของแต่ละวิชาชีพไปร่วมกันจัดทำขึ้น และมีหน้าที่โดยตรงในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลของทีมสุขภาพ

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบ ที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด และพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากนั้นประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการดูแลรักษา นำแผนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบมาใช้กับผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสุขภาพ มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพตามแผนการดูแล อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น บันทึกลง

ในใบบันทึกความแปรปรวนและแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ เป็นผู้นำในการประชุมทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขความแปรปรวนที่เกิดขึ้น ติดตามควบคุมให้เป็นไปตามแผนการดูแล ร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินผลและสรุปผลการดูแล

แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติงานที่ตัวแทนของทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดในการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัด โดยสมาชิกในทีมสุขภาพจะร่วมกันกำหนดปัญหาของผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตน กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม กำหนดกิจกรรมการดูแลรักษาในแต่ละช่วงเวลา แล้วนำกิจกรรมดังกล่าวบรรจุลงใน Clinical pathway รวมของทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อน แล้วเวียนให้สมาชิกของทีมพิจารณา ปรับปรุงหรือให้ข้อคิดเห็นก่อนนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกับทีมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมใน Clinical pathway ดังกล่าวประกอบด้วย การประเมินและการให้คำปรึกษา (Assessment / Consult), การทดสอบและเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Specim / Test), การให้ยา (Medication), โภชนาการ (Nutrition), กำหนดกิจกรรม (Activity), การให้ความรู้ (Education), การวางแผนการจำหน่าย (Discharge plan) และให้การดูแลทางจิตใจและสังคม (Psychosocial)

การดูแลแบบปกติ หมายถึง การให้การรักษายาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยมีแพทย์เจ้าของไข้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว ทีมสุขภาพไม่มีการมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และไม่มีการกำหนดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่มีผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจแพทย์และเห็นสมควรให้อยู่โรงพยาบาล จึงจะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ หากมีความผิดปกติจึงส่งปรึกษาและทำการรักษาโรคแทรกซ้อนอื่นก่อนจึงทำการผ่าตัด เมื่อครบ 7 วัน แล้วจึงทำการตัดไหม หากผู้ป่วยขออยู่รักษาโรคอื่นต่อ เช่น ทำฟัน ตรวจตา แพทย์อนุญาตให้อยู่ต่อได้จนกว่าจะตรวจรักษาเสร็จ หลังการดูแลรักษาทีมสุขภาพไม่มีการประเมินผลของการรักษา

การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติงานหรือความนึกคิด ของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ และนักสังคมสงเคราะห์ ในการทำงานเป็นทีมร่วมกันโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาลสงฆ์

และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงานซึ่งประเมินจากแบบการประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพตามลักษณะงานที่มีประสิทธิภาพ 6 ด้าน ดังนี้

1. **การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน** หมายถึง ทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจนและผูกพันกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
2. **การติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย** หมายถึง ทีมสุขภาพมีการปรึกษาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันตรงไปตรงมาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สามารถเป็นผู้พูดและผู้ฟังที่ดี เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
3. **การทำงานร่วมกัน** หมายถึง ทีมสุขภาพมีการทำงานร่วมกันโดยการประสานงานกัน สนับสนุนให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำทักษะความรู้ความสามารถของแต่ละคนมารวมกัน ให้โอกาสสมาชิกพูดถึงปัญหาต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ สมาชิกรับรู้บทบาทของตนเอง ตลอดจนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง
4. **การสร้างความปลอดภัยในการทำงาน** หมายถึง ทีมสุขภาพมีความยืดหยุ่นในการทำงาน การตัดสินใจอาศัยข้อมูลที่เป็นจริง ร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น เขียนหรือพูดในสิ่งที่ถูกต้องต่อการทำงาน
5. **ส่งเสริมการพัฒนาบุคคล** หมายถึง การให้สมาชิกในทีมสุขภาพมีโอกาสได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเอง ตลอดจนทัศนคติที่ดี และวิถีในการทำงาน โดยมีการแลกเปลี่ยนและเสริมความรู้ให้แกกันในทีมสุขภาพ
6. **การร่วมกันทบทวนการทำงาน** หมายถึง ทีมสุขภาพมีการประชุมปรึกษาหารือในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็น ไข้เลือดที่ขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ ได้แก่ ค่าเตียง ค่าอาหาร ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ ค่าอุปกรณ์และค่าบำบัดรักษาพยาบาล ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค ค่าสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ค่ายาที่ระหวางอยู่โรงพยาบาลและค่ายากลับบ้าน ซึ่งค่าใช้จ่ายที่คิดนี้ไม่รวม ต้นทุนค่าแรง และค่าเสื่อมราคาซึ่งทางโรงพยาบาลไม่ได้คิดรวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay) หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ตั้งแต่วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลสงฆ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดที่ขาหนีบ โดยแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดจนถึงวันที่จำหน่ายกลับ

ผู้ป่วย หมายถึง พระภิกษุสามเณรอาพาธที่มาใช้บริการด้านสุขภาพที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลสงฆ์ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ไม่จำกัดอายุ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ตลอดจนการหมุนเวียนเตียงในการรับผู้ป่วยได้ดีขึ้น
2. ด้านการบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการทางการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยตรง และยังเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ
3. ด้านวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการจัดระบบงานและพัฒนาควบคุมคุณภาพงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อคุณภาพบริการตาม การรับรู้ของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจาก เอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ และงานวิจัยต่างๆที่ เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม
3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
4. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
5. โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.1 แนวคิดและหลักการ

เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสาน งานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม และบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมา จากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการ ประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ/ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมี แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการ ปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุม ระยะเวลาการนอน ในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (เรวดี และคณะ, 2543)

1.2 ความเป็นมาของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

จากการศึกษาพบว่า Case Management เกิดขึ้นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา โดยลำดับความเป็นมา ดังนี้

ปี ค.ศ. 1860 โดยเกิดระบบ Case Management อย่างง่าย ๆ ขึ้น ในการมุ่งเน้นการให้บริการแก่คนยากจนและผู้อพยพ (Immigrants) ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของการประสานงานและการบริการ (Kersbergen, 1996 :70)

ปี ค.ศ.1901 จากปัญหาในเรื่องของการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานบริการทางด้านสุขภาพ Miss. Richmond ได้สร้างรูปแบบของ Case-Co-ordination ขึ้น โดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Kersbergen, 1966 :70)

ปี ค.ศ. 1920 ได้มีการนำรูปแบบ Case Management มาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิต โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้นำกระบวนการนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวช (เวรดี และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ. 1930 พยาบาลสาธารณสุข (Public Health Nursing) ได้นำ Case Management ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ (เวรดี และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาเริ่มมีการนำระบบ Case Management มาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตเฉียบพลัน ประกอบกับการกำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group : DRG) ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการด้วย (American Nurses' Association, 1988)

สำหรับในประเทศไทย หลังจากที่มีการตื่นตัวจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดบริการ รูปแบบการจัดการด้านการเงิน การคลัง เช่น การนำระบบ DRG (Diagnosis Related Group) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีหลายโรงพยาบาลพยายามจะจัดระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปแบบของ Patient Care Team (เวรดี และคณะ, 2543)

1.3 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ไว้หลายคน ดังนี้คือ

Zander (1988 : 23) ได้กล่าวว่า Case Management เป็นการจักระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

American Nurse Association (ANA) (1991:6 อ้างถึงใน Powell, 1996 : 5) กล่าวว่า Case Management คือกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมายคือ การให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการแยกการให้บริการที่เป็นส่วนๆ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และควบคุมค่าใช้จ่ายได้

Latini and Foote (1992 : 51-52 อ้างถึงใน Powell, 1996 : 6) กล่าวว่า Case Management คือระบบการให้การดูแลที่มุ่งเน้นการปรับปรุงในเรื่องการเน้นเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วย ในเรื่องเวลาที่เฉพาะเจาะจง ผลสมผสานความสามารถของสมาชิกทีมสุขภาพ โดยใช้แผน (Clinical pathway) คาดหมายระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล บอกผลลัพธ์ เป้าหมาย และบอกทิศทางของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเภทของการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง

Sowell and Meadows (1994 : 54) กล่าวว่า Case Management เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ คล้ายกับการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้รับบริการ กับผู้จัดการผู้ป่วย ความเป็นหุ้นส่วนได้แก่การวางเงื่อนไขในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการเชื่อมโยงผู้รับบริการกับแหล่งทรัพยากรที่หาง่าย และจัดให้มีการประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามผล

Wolk and Sullivan (1994 : 153, Rossi, 1999) กล่าวว่า Case Management เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้บริการ

Case Management Society of America (CMSA) (อ้างถึงใน เหวดี และคณะ 2543) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่า เป็นกระบวนการความร่วมมือในการ ประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Young and Sowell (1997 : 13) กล่าวว่า Case Management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ รักษาคุณภาพของผลการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้อยู่บนพื้นฐานของสหวิทยาการและการทำงานร่วมกับผู้อื่น

กล่าวโดยสรุป Case Management เป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.4 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย (Conti, Roberta M, 1993 : 18-21) ซึ่งประกอบด้วย

1. Private case management เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยบริการของรัฐ
2. Social case management เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ในชุมชนและต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือ ตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้รับบริการจนบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว
3. Primary care case management อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์ และการควบคุมดูแลสุขภาพ

4. Insurance case management จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

5. การ Nursing case management เป็นการจัดการของพยาบาลต่อ กระบวนการความเจ็บป่วยของผู้รับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของ Nursing case management ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ โดยแบ่งตามระดับบริการ (Knollmeuller, 1989 ; Olivas, et al., 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ, 2543)

5.1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์ (New England Model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5.2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของอริโซนา (Arizona Model) มุ่งเน้นการ จัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรง พยาบาล

5.3 รูปแบบการจัดการสุขภาพแบบสมบูรณ (Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการแบบต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในระยะก่อนการ เจ็บป่วย รวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรง พยาบาล

5.4 รูปแบบชุมชน (Public Health Model) มุ่งเน้นการจัดการให้แก่ผู้รับ บริการที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน

5.5 รูปแบบศูนย์พยาบาล (Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการ ผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการดูแลทั้งหมด

1.5 ลักษณะของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมโดยมีผู้กล่าวถึงลักษณะของ ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังต่อไปนี้

1.5.1 เป็นระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องตั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ ต้องการ (outcome-based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เป็นตัวควบคุมการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ และประหยัด ซึ่งการตั้งผลลัพธ์ของการดูแลและการประเมินผลนั้นควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี ส่วนร่วมด้วย (Marguis and Huston 1996 : 194 อ้างถึงใน ปรานค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

1.5.2 เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ในโรงพยาบาล อย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นแล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการด้วย (เรวดี และคณะ, 2543 : 6)

1.5.3 เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับการพิจารณาที่จะนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ได้แก่ (Girard, N 1994 : 403)

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย
- 5) กลุ่มผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

2.5.4 เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือระบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Method) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing) โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (เรวดี และคณะ 2541)

2.5.5 แผนการปฏิบัติการร่วม (multidisciplinary action plan ; Care Maps) ที่ผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) ใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการ ประกอบด้วย แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (critical paths) และแผนการพยาบาล (nursing care plan) (Yoder Wise 1995 : 424 อ้างถึงใน ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (critical paths) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ แต่เดิมเรียกว่า ข้อตกลงทางคลินิก (clinical protocols) ซึ่งจะระบุแนวทางการดูแลที่ควรกระทำในแต่ละวันตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดแนวทางการดูแลจะทำโดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วงต่างๆที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆได้ด้วย (Spitzer-Lehmann 1994 : 557 ; Flarey 1995 : 40 อ้างถึงใน ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) ทำให้มั่นใจได้ว่า ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจะสั้นที่สุดเท่าที่จะสั้นได้ การดำเนินการตามแนวทางการดูแลนี้ จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลที่ตั้งเป้าหมายไว้สำเร็จได้ภายในกำหนดเวลา บุคลากรที่รับผิดชอบในการกำหนดแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Flarey 1995 : 43 อ้างถึงใน ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

ส่วนประกอบของแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จัดหมวดหมู่ไว้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอย่างละเอียดในเรื่องต่อไปนี้ (Yoder Wise 1995 : 427 อ้างถึงใน ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

1. การปรึกษา (Consults)
2. การทดสอบต่างๆ (Tests)
3. การรักษา (Treatment)
4. การให้ยา (Medications)
5. กิจกรรม ความปลอดภัย การดูแลตนเอง (Activities, Safety, Selfcare)
6. อาหาร (Nutrition)
7. การวางแผนการจำหน่าย การสอนสุขศึกษา (Discharge planning, Teaching)

8. การเปลี่ยนแปลงต่างๆ (Variants)
แผนการพยาบาล (nursing care plan) เป็นแผนการพยาบาลที่เคยทำมาแต่เดิม ที่เพิ่มเติมมีเพียงการกำหนดวันที่เพื่อให้ทราบว่า จะทำกิจกรรมใดในวันใดให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Yoder Wise 1995 : 424 อ้างถึงใน ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

2.5.6 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งจะดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการที่กำหนด และมีผู้จัดการรายผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (critical paths) และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (variants) เกิดขึ้นที่แตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้ (Spitzer-Lehmann 1994 : 557 อ้างถึงใน ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้การรักษายาแบบเดิม ไม่สามารถให้การรักษายาแบบเดิม ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการและการรักษาช้ากว่าที่ควร ทำให้พื้นหายช้า จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน จึงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นมูลค่ามหาศาล ไม่คุ้มค่ากับผลที่ได้รับ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้การรักษายาแบบเดิม ไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือในระหว่างทีมสุขภาพเองด้วย เนื่องจากทีมสุขภาพไม่รู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะขาดการติดต่อประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษายาแบบเดิมด้อยคุณภาพลงไปอีก (Cohen, 1993)

1.6 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะบรรลุผลสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ประการดังนี้ (เวรดี และคณะ, 2543 : 7)

1. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborative practice) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน (coordination) หรือการรายงาน (report) เท่านั้น แต่จะหมายรวมถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

1.2 การเตรียมการ ประกอบด้วยเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่น Utilization Management หรือ Utilization review

1.3 การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่สำคัญได้แก่

แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Clinical pathways) ซึ่งทีมสุขภาพพร้อมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงของเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆ หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจจะเป็นวันหรือสัปดาห์

Clinical pathway เป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่ย่อรายละเอียดของแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมภายใน 1 แผ่นกระดาษ (Etheredge, 1986) เป็นเสมือนแผนที่ หรือแนวทางการประเมิน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Giliano et al,1991) ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามระยะเวลาที่กำหนด (Zander, 1988)

Clinical pathway เป็นแผนปฏิบัติงานที่แสดงถึงการประสานงานที่ดี เป็นคู่มือที่มีประสิทธิผลในการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล สร้างคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ (McKenzie et al,1989; Simmoms, 1992; Zander, 1988)

3. Case Manager (ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี) ข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆพบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้เหมาะสมที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่าง แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี

นอกจากสิ่งต่างๆที่กล่าวมาแล้วนี้ Petryshen,P.R. and Petryshen, P,M, (1992 : 1188-1194) ยังระบุว่า แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องเริ่มต้นและวางแผนให้มีองค์ประกอบเพิ่มเติม คือ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum of care) ซึ่งเป็นการบริการที่จะให้กับผู้ป่วยภายหลัง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้แหล่งบริการผู้ป่วยนอก หรือ แหล่งบริการที่มีอยู่ในชุมชน ผู้จัดการผู้ป่วยจะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน หรือให้การติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์สภาพของผู้ป่วยที่มีความแตกต่าง (Variance Analysis) คือการวิเคราะห์อาการของผู้ป่วย ที่มีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ใน แผนการดูแลผู้ป่วยเรียกว่าความแปรปรวน (variance) และมีการจดบันทึกความแปรปรวน (variance recording) รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแปรปรวน เพื่อทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ จะได้ใช้ข้อมูลในการเพิ่มพูน

ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำกว่าที่กำหนดไม่ได้เป็นไปตามแผนการดูแล เนื่องจากทีมผู้รักษามีงานอื่น ๆ ที่ต้องทำ ทำให้ผู้บริหารได้เห็นว่ามีวิชาชีพนั้น ๆ มีภาระงานมากเกินไป การวิเคราะห์ความแปรปรวนนี้จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้แหล่งบริการรักษาอื่น ๆ นอกจากที่กำหนดไว้ในแผน ถ้าเกิดมีกรณีเช่นนี้ซ้ำ ๆ กันจำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล

1.7 หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Powell, 1996 : 24)

ความรับผิดชอบในงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ละคนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจุดเน้นของงาน เช่น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นองค์กรอิสระ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาล หรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยหลากหลาย แต่โดยทั่วไปแล้ว หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ

1. เป็นผู้ประสานงานของแผนการดูแลและการบริการ (Coordination of Plan of Care and Services)

ถ้าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถกระทำในบทบาทนี้ได้ดี จะทำให้ระบบการทำงานราบรื่นให้ประโยชน์แก่ทุก ๆ ฝ่าย โดยต้องประสานงานและทำให้เกิดความร่วมมือของทีมผู้ให้การดูแล เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ การประสานงานการบริการนี้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทางจิตสังคม การคุ้มครองของบริษัทประกัน และอื่น ๆ

2. การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย (Patient Advocate)

ประการหนึ่งของการปกป้องคุ้มครอง คือการช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความมีอิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้พวกเขาเกิดพลังอำนาจ (Empower) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับข้อมูลต่าง ๆ อย่างชัดเจน ถูกต้อง และตรงตามความต้องการ และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกด้วยการให้คำอธิบายและให้บริการต่าง ๆ ตามที่ต้องการ

3. ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น (Protector of Privacy and Confidentiality)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล

4. การกำกับการดูแลผู้ป่วย (Direct Patient Care)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อาจจะมีหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงก็ได้ บางคนอาจจะช่วยเหลือโดยการกำกับดูแลผู้ป่วย เพื่อกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานในสัปดาห์ ของพยาบาลคนอื่นๆ

5. สื่อนำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Conducting Multidisciplinary Patient Care Rounds)

การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมจากสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การตรวจเยี่ยมประจำวันกลุ่มแพทย์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมดของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประจำสัปดาห์ และการประชุมปรึกษาการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Conference) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับทีมการตรวจเยี่ยม

6. การคัดกรองผู้ป่วย (Case Screening)

ผู้ป่วยทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่สมควรได้รับประโยชน์สูงสุด จากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

7. การประเมินและการประเมินซ้ำ (Assessing and Reassessing)

ความต้องการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละวัน แม้แต่ภายในแต่ละชั่วโมงก็ตาม การประเมินใหม่อย่างสม่ำเสมอในด้านสภาพทางกายภาพของผู้รับบริการ การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในแนวทางที่กำหนด และเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด หรือเมื่อมีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

8. แนะนำข้อมูล (Informational Guide)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้เวลา เมื่อผู้รับบริการและครอบครัวไม่ทราบว่าสิ่งที่เขาต้องการคืออะไร เพราะในสถานการณ์ที่พวกเขาพบมักเป็นข้อมูลต่างๆไปซึ่งมีจำนวนมาก การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลให้เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวได้มาก

9. ผู้ให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ/เศร้าโศก (Crisis Intervention / Grief Counseling)

ทักษะนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งสามารถพัฒนาทักษะนี้ จนกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นได้โดยการเข้าร่วมสัมมนาหรือการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

10. เป็นผู้ชำนาญในการลดความขัดแย้งและเป็นผู้ตัดสินความ (Conflict Resolution Expert and Referee)

ความกล้าและความโกรธ เป็นอารมณ์ปกติที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออก บ่อยครั้งที่การรับรู้และรับฟังอย่างเอาใจใส่สามารถลดความโกรธได้ นอกจากนั้นความซื่อสัตย์และการ

ตอบอย่างครอบคลุม เป็นสิ่งช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แต่ต้องมีการค้นหาแก่นของปัญหาจริง ๆ ความขัดแย้งนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

11. ผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ์ (Intergrator)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ์ เป็นผู้ร่วมมือรวบรวมการแยกกระจายของการดูแลที่มีสาเหตุมาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีมนุษยสัมพันธ์น้อย

12. พัฒนาบุคลากร (Staff Development)

การใช้เวลาในการพัฒนาบุคลากร จะช่วยให้แพทย์ พยาบาล เข้าใจว่าแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ลดการใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วย

13. ผู้รายงานกรณีผู้ป่วย (Case Presentation)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มักต้องเป็นผู้รายงานกรณีผู้ป่วย ที่ยากต่อการรักษาของแพทย์ฝึกหัด ในระหว่างที่มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อการศึกษา ซึ่งนับเป็นโอกาสที่ดีในการอธิบาย แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปจนถึงงบประมาณของผู้ป่วยรายนั้น และอธิบายแนวทางที่สามารถจะเป็นไปได้ในการปรับปรุงการวางแผนรายผู้ป่วย

14. ผู้ให้ความรู้ (Educator)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หัวข้อที่ให้ความรู้ เช่น การใช้ยาและอาการข้างเคียง ขั้นตอนการเกิดโรคและการรักษา การให้การดูแลต่อต่าง ๆ ที่ใส่ไว้ในร่างกาย และข้อมูลอื่น ๆ ที่ช่วยให้เกิดความรอบรู้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้จัดการผู้ป่วยต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อสามารถให้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการคุ้มทุนซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจมากขึ้น

15. การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning)

การประเมินการรักษาทั้งหมด ภาวะจิตสังคม และการเงินของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามหลังการจำหน่ายด้วย

16. การต่อรองและนำมาซึ่งทรัพยากรและการบริการ (Negotiating and Procuring Resources and Services)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่เหมือนกับผู้แก้ปัญหาโดยทั่วไป พยายามจัดหาทรัพยากรและการบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมมาสู่ผู้รับบริการ

17. ผู้จัดการเอกสารของแผนต่าง ๆ (Documentor of Plans)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องรับผิดชอบในการกระทำของทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องบันทึกเอกสาร เนื่องจากเอกสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหลักฐานทางกฎหมายที่สังเกตได้

18. ผู้ช่วยเหลือแพทย์ (Physician Support)

ผู้จัดการผู้ป่วยบางคนร่วมกับแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยนั้น บทบาทนี้อาจทำซ้ำตลอดวัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพบางอย่างของผู้ป่วย หรือผลการตรวจต่าง ๆ อยู่ในภาวะวิกฤต

19. ผู้ติดตามคุณภาพการดูแล (Monitors Quality of Care Issues)

การติดตามเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทำให้การปฏิบัติมีแนวทาง และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้

20. การตรวจสอบประโยชน์ที่ได้รับ (Utilization Review)

เป็นกระบวนการของการติดตามดูปริมาณการบริการที่ได้รับและความรุนแรงของโรค ความจำเป็นในการใช้ยา และระดับการดูแลที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดไปสู่การวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสม หน้าที่ในการ Utilization Review เหมือนกับความสามารถในการตรวจสอบความเหมาะสมในประโยชน์ที่ได้รับจากบริการของโรงพยาบาล และทรัพยากรที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

1.8 ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Skills of Case Manager)

ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและเกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรประกอบด้วย (More and Mandell, 1997 : 50)

1. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Skills) ประกอบด้วย

1.1 ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Communication) เนื่องจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นตัวกลางในการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งหน่วยงานสุขภาพภายนอก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมิตักษะในด้านการพูดและการเขียน เข้าใจและถ่ายทอดข้อมูลรวมทั้งความรู้ในระดับต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

1.2 มีไหวพริบและมีความเป็นนักการทูต (Tact and Diplomacy) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีไหวพริบ เมื่อต้องติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสาน โน้มน้าวขอความร่วมมือ ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยไม่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ศิลปะของนักการทูตจะช่วยในการพัฒนาการสื่อสารในทางบวก การประสานความสัมพันธ์และการทำให้ได้รับการยอมรับนับถือในการติดต่อกับบุคคลอื่น

1.3 มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness Skills) ในการปฏิบัติงานกัน ย่อมเกิดความขัดแย้งได้เสมอ การแก้ไขปัญหาเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น ด้วยกิริยาที่สุภาพ ไม่

แสดงท่าทางก้าวร้าว มีความจริงใจ สบตา และหลีกเลี่ยงการพูดเรื่องเก่าอันจะนำไปซึ่งความขัดแย้ง และมีการใช้ไหวพริบร่วมด้วย

1.4 การร่วมมือ (Collaboration) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ จึงต้องมีทักษะในการส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยของสมาชิกทีม เพื่อให้สมาชิกทีมแน่ใจว่าการร่วมมือที่เกิดจากความอดสุ่มสุ่ ราบรื่น ของสมาชิกทีมยังเป็นการทำงานร่วมกัน

1.5 การเจรจาต่อรอง (Negotiation) การเจรจาเพื่อโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นทำตามสร้างความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มีความยืดหยุ่น การเจรจาต่อรองเป็นบทบาทสำคัญของผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ

2. ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional Skills) ประกอบด้วย

2.1 การตลาดและการสร้างเครือข่าย (Marketing and Network) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการตลาดและการสร้างเครือข่ายเป็นการปฏิบัติเบื้องต้นในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายจะเป็นการพัฒนาและคงไว้ซึ่งการติดต่อกันและสัมพันธภาพของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ

2.2 การสืบสวน (Investigation) สถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและหลากหลาย เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยมีความสงสัยหรือกังขา ควรพิจารณาใช้แนวทางที่หลากหลายในการสืบสวน เช่น การให้ความสนใจในรายละเอียด การจัดการกระทำข้อมูลให้กระจ่างชัด การใช้การแนะนำที่เหมาะสมและมีความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูลข่าวสาร

3. ทักษะความรู้พื้นฐาน (Knowledge Base Skills) ประกอบด้วย

3.1 การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) การพัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเพิ่มมากขึ้นได้ในอัตราส่วนที่เหมาะสม เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวางในการให้บริการ

3.2 การวิจัย (Research) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญสามารถอธิบายองค์ความรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีให้มีคุณภาพสูงขึ้น

3.3 การประเมิน (Assessment) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีความสามารถในการประเมินที่ครอบคลุมสถานการณ์หรือปัญหาที่พบ การประเมินควรมีการเก็บรวบรวมจากหลายแหล่ง ใช้ความรู้พื้นฐานและมีการสื่อสารที่ดี

4. ทักษะส่วนบุคคล (Personal Skills) ประกอบด้วย

4.1 การจัดองค์การและการบริหารเวลา (Organization and Time Management) การจัดสรรเวลาเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานการจัดการ ผู้จัดการผู้ป่วยควรมีการกำหนดเวลาการทำงานที่แน่นอนระบุไว้อย่างชัดเจนในแผน และมีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมทั้งต้องทำหน้าที่บริหารจัดการ ควบคุมที่มสุขภาพให้ดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ภายในเวลาที่กำหนด เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญคือคุณภาพบริการในค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ภายในเวลาที่กำหนด

4.2 การจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง เป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในทักษะการจัดการองค์การและการบริหารเวลา การจัดลำดับความสำคัญควรคำนึงถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้จัดการผู้ป่วยที่ไม่สามารถอธิบายจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของงานได้อย่างชัดเจน จะไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังของงานต่าง ๆ ได้

4.3 การมอบหมายงาน (Delegation) ในการบริหารจัดการ การมอบหมายให้บุคคลที่มีศักยภาพดำเนินงานตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล โดยให้ความไว้วางใจ ให้อิสระ สนับสนุนให้บุคคลสามารถชี้แจงการปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้

4.4 ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) กระบวนการจัดการผู้ปวยรายกรณีเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการด้วยวิธีการต่างๆ ผู้จัดการผู้ปวยควรเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

4.5 ความมีระเบียบวินัยในตนเอง (Self Discipline) ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีเป็นผู้ที่ทำงานโดยอิสระและมีการปกครองตนเอง ดังนั้นความมีระเบียบวินัยในตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีประสบความสำเร็จในการทำงาน

1.9 กระบวนการของการจัดการผู้ปวยรายกรณี

กระบวนการดำเนินงานของ การจัดการผู้ปวยรายกรณี ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Powell, 1996 : 241-291)

ขั้นตอนที่ 1 การสรรหาและคัดเลือกผู้ปวย (Case Screening and Selection)

ขั้นตอนนี้เป็นจุดตัดแรกของกระบวนการ ผู้ปวยที่ได้รับการคัดเลือกเข้ากระบวนการจะมีความต้องการ การประเมินขั้นพื้นฐานเป็นอย่างน้อย

มีข้อบ่งชี้มากมายในการเข้าสู่กระบวนการ การจัดการผู้ปวยรายกรณี ซึ่งข้อบ่งชี้โดยทั่ว ๆ คือ

- 1) ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน

2) ค่าใช้จ่าย ที่มากเกินไปเกินจำนวนที่กำหนด

ข้อบ่งชี้ทั้ง 2 ข้อนี้ ไม่รวมในรายชื่อที่เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เร็ว สำหรับข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น

- ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ
- อายุมากกว่า 65 ปี (บางแห่งกำหนด 70-75 ปี) แต่ในกรณีผู้ป่วยโรค AIDS อาจมีความต้องการในช่วงอายุที่น้อยกว่า
- การขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ
- การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกภายใน 15 วัน
- แพทย์เป็นผู้ต้องการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หรือในรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หลาย ๆ คน หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ
- จากการวินิจฉัยโรค หรือ DRG (Diagnosis Related Group) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการการดูแลโดยทีมสุขภาพ
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
- ข้อบ่งชี้ทางเศรษฐกิจสังคม เช่น เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment)

เป็นกระบวนการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งต้องดำเนินการอย่างระมัดระวัง โดยทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้จากการประเมิน อาจมาจาก ตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน นายจ้าง เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหาและเป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อหาทิศทางในการให้การดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย นอกจากนั้นต้องประเมินด้านการเงินว่ามีการประกันทางด้านสุขภาพหรือไม่ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาและค่ายา ประเมินด้านปัจจัยแวดล้อม เพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ปลอดภัย และประเมินด้านจิตสังคม

ขั้นตอนที่ 3 ประสานงานและปรับแผนการรักษา / แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment / Discharge Plan)

หลังจากประเมินทางด้านคลินิก และจิตสังคมของผู้ป่วยแล้วทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องมาวางแผนว่าจะทำอะไร อย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย แผนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยมีขั้นตอนการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนให้บริการและการใช้แหล่งทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management Monitoring Reassessing and Reevaluating)

เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการฝ้าติดตามและประเมินใหม่ ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลง ด้านอาการเจ็บป่วย ความมั่นคงทางสังคม ความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งสุดท้ายที่ต้องทำการประเมินใหม่ถ้าจำเป็นคือ เป้าหมาย (goal)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการ (Implementation of the final plan)

ในขั้นตอนนี้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย ปัญหาจะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ซึ่งได้รับความเห็นชอบและตกลงร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานที่จ่ายเงิน

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้าย หลังการจำหน่ายและปิด case (Final Evaluation Post Discharge Follow up and Case Closure)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกอันหนึ่ง การเยี่ยมติดตามอาจทำได้โดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง ที่จะเป็นสื่อในการตอบคำถาม โดยมีการติดต่อกับแพทย์ บุคลากร ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์ ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมา admit ใหม่ การเยี่ยมติดตามนี้อาจกระทำเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งตามความจำเป็นก่อนปิด case

2.10 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

การจะพิจารณาดำเนินงานเพื่อนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในหน่วยงาน ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการควรพิจารณาข้อมูลพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบนี้ เพื่อให้สามารถวางแผนการดำเนินการได้อย่างรัดกุม ส่งผลให้การนำระบบมาใช้มีความสำเร็จสูง

Girard N. (1994 : 412) เสนอว่าข้อมูลที่จะนำมาพิจารณาในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ได้จากคำถามดังต่อไปนี้

1. ทำไมโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต้องการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อต้องการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ/เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยดีขึ้นหรือเปล่า หรือต้องการลดความหลากหลายและความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากระบบเดิม ที่แต่ละคนแต่ละสาขา

อาชีพต่างคนต่างทำ หรือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน หรือต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย หรือเพื่อหาผลกำไร

2. ใครจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และจะกำหนดบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานนั้นๆอย่างไร

3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนดให้มีขึ้น เป็นการจัดการที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพหรือไม่

4. ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานมีระบบหรือกระบวนการใดที่มีการใช้อยู่แล้ว และสามารถนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้กับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้หรือไม่

5. ใครบ้างในโรงพยาบาลหรือในหน่วยงานที่มีความรู้เกี่ยวกับ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และจะสามารถช่วยในการพัฒนาระบบนี้ได้

คำตอบที่ได้จากคำถามดังกล่าว จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนสำหรับผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนา ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในองค์กร ที่สำคัญต้องทำให้คนในองค์กรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย

เมื่อบุคคลในองค์กรทราบเป้าหมายของหน่วยงานแล้ว ที่จะดำเนินการไปในทิศทางใดขั้นต่อไปคือการดำเนินการเพื่อนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

ขั้นตอนการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ (ยุวดี, 2543 : 16)

การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway)

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway)

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นการประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาซึ่งเรียกว่า Clinical pathway

การจัดทำ Clinical pathway อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำขึ้นอยู่กับการต้องการของสถาบันนั้น ๆ

การจัดทำ Clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำ Clinical pathway วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ Clinical pathway คือ

- 1) กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 2) กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3) กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 4) กลุ่มที่มีแบบแผนการรักษาที่มีความแตกต่างกันมาก
- 5) กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย

- 6) กลุ่มที่นอนรักษาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่นกลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

1.2 จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นร่วมกันกำหนด Clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

1.3 กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

1.4 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

1.5 สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

1.6 การเขียน Clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

1.6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ

1.6.3 การส่งตรวจต่าง ๆ

1.6.4 รายการยาต่าง ๆ

1.6.5 ชนิดของอาหาร

1.6.6 กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

1.6.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

1.6.8 การวางแผนการจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

1.7 การทบทวน Clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ Clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ Clinical pathway

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชาชีพ

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่จะวางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนการจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ

6. ทำให้สามารถคาดเดาสິ่ที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้ และเป็นไปในทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

7. ใช้เป็นข้อมูลในการ ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพ บริการ

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีลงไปปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการ ประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานจะเป็นหน้าที่ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล และโรงพยาบาล โดย มีความสัมพันธ์กันดังนี้

ในการประสานงานกับผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะ ก่อนเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวทางการใช้ Clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ Clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและ ให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรง พยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยในปัจจุบัน ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผน สำหรับใน ส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง ในแผนกต่าง ๆ การประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับในการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตาม เวลาที่กำหนด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องทบทวน Clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง กับ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เป็นไปตามแผน หาก ไม่เป็นไปตามแผน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไข สิ่งที่สำคัญใน การติดตามกำกับคือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่คาด หวังรวมถึงปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

ความแปรปรวน (variance) ที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่ กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะ ถ้า พบต้องหาสาเหตุว่ามาจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ

- 1) สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิบัติสุขภาพการจำหน่ายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไป
- 2) สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
- 3) สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา

หลังจากการตรวจพบความแปรปรวน การดำเนินการคือ ถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ปฏิบัติต้องได้รับการจัดการแก้ไขทันที ถ้าเกิดจากระบบต้องหาว่าจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาจะต้องแก้ทันที หรือไม่ก็ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้ทีมผู้ดูแลทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วย โดยมากมักใช้วิธีการเปลี่ยนวิธีการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่มีขั้นตอนที่แน่นอน มีการประสานงานของทีมสุขภาพ ที่ใช้สื่อคือ Clinical pathway ที่ทีมเขียนร่วมกันเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

2.11 ผลลัพธ์จากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และติดต่อประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนเมื่อกลับบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ

มีผู้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้มากมาย (Coher E. and Gesta T., 1993 ; Powell K, 1996 ; More and Mandell, 1997)

ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ
2. ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้
3. ลดการดูแลแบบแยกส่วน
4. ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ
5. ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล
6. มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
7. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
8. เกิดความพึงพอใจของ ผู้ป่วย ครอบครัว
9. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานสูงต่อบทบาทความรับผิดชอบ โดยเฉพาะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
10. แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ
11. ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ
12. เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ

2.1 แนวคิดและความสำคัญเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

การบริหารงานในองค์กรปัจจุบันต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้องค์กรนั้นประสบความสำเร็จทั้งสิ้น การทำงานเป็นทีมถือเป็นเทคนิคการบริหารอย่างหนึ่งที่น่ามาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน ไม่ว่าจะเป็นสินค้าหรือบริการ ซึ่ง Woodcock (1989) กล่าวว่า ผลสำเร็จจากการทำงานในองค์กร เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากร มากกว่าจะเป็นผลสำเร็จที่เกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ เช่นเดียวกับที่ ทิศนา แฉมมณี (2537) กล่าวว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีม จะเป็นการระดมความสามารถและสติปัญญาที่แตกต่างกันของบุคคล มาช่วยกันคิดช่วยกันทำให้เกิดความคิดที่กว้างขวาง รอบคอบ และเมื่อนำมาประสานกันอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้การทำงานที่ต้องใช้ความสามารถหลาย ๆ อย่างดำเนินไปด้วยดี

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่าบุคลากรวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริการสังคมเหมาะสมที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีม (Londale, Webb and Briggs, 1980) เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการ

กำหนดนโยบาย และการตัดสินใจมากขึ้นกว่าในอดีต แนวคิดในการทำงานเป็นทีมเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยที่มนุษย์ยังไม่รู้ ซึ่งได้มีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ จนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ทั้งในการบริหาร การปกครอง และทางด้านธุรกิจ รวมถึงบริการทางด้านสุขภาพที่ประกอบไปด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ เช่น ทีมศัลยกรรม ทีมการพยาบาล และทีมการสอน เป็นต้น ซึ่ง ประพนอม โอทกานนท์ (2532) กล่าวว่า การให้บริการสุขภาพโดยลำพังโดยเฉพาะสาขาวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่อาจช่วยให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้ แต่ต้องการบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เข้ามาร่วมในทีมบริการสุขภาพด้วย โดยมีการวางแผนงานร่วมกัน ในลักษณะ Multidisciplinary team ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ดังนั้นการทำงานเป็นทีมจึงมีความสำคัญต่อหน่วยงานและองค์การทุกองค์การ เพราะจะเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพขององค์การ บุคลากรในหน่วยงาน และการบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การอีกด้วย โดยเฉพาะการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีสหวิชาชีพมาเกี่ยวข้องหลายสาขา เพื่อช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 ความหมายของการทำงานเป็นทีม

มีผู้ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมไว้หลายท่านดังนี้

Brill (1976 : 22) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า คือการรวมกลุ่มทำงานของคนซึ่งมีความชำนาญเฉพาะแต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร มีความร่วมมือกันตัดสินใจร่วมกัน และใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ร่วมกันวางแผนทำงานให้สำเร็จ

Alex J. Ducanis and Anne K. Golin (1979) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง บุคคลหลายสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญในเฉพาะสาขาร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบริการให้กับผู้มารับบริการ

Woodcock (1989 : 3) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า คือ การที่แต่ละบุคคลมาร่วมกันทำงาน เพื่อที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จได้มากกว่าการที่จะทำงานตามลำพัง

Robbins (1998 : 286) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง การทำงานร่วมกันของกลุ่มคน เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ และผลสำเร็จที่เกิดขึ้นเป็นของสมาชิกทุกคนที่ทำงานมิใช่เป็นผลสำเร็จของผู้หนึ่งผู้ใด

ฟาริดา อิบราฮิม (2537 : 182) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง บุคคลมากกว่าหนึ่งคนมารวมตัวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กัน มีปฏิริยาและการรับรู้ต่อการรวมตัวกัน

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2533 : 12) ได้ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า คือ สมาชิกของทีมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมมือกันทำกิจกรรมโดยมีเป้าหมาย ภารกิจ การตัดสินใจ และสนับสนุนร่วมกัน

จากความหมายที่มีผู้กล่าวไว้สรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีมหมายถึง การทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยเริ่มจากการมีเป้าหมายร่วมกัน มีการปฏิบัติงานตามหน้าที่ มีการติดต่อสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้งานสำเร็จและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ร่วมกันตั้งไว้

2.3 ประเภทของทีมการทำงาน

ประเภทของทีมการทำงานได้มีผู้แบ่งไว้หลายอย่าง ดังนี้

Robbins (1998 : 187-290) ได้แบ่งประเภทของทีมการทำงานไว้ 3 ประเภทคือ

1. ทีมแก้ปัญหา (Problem-solving Team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยกลุ่มคน 5-12 คน ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อร่วมกันปรับปรุงคุณภาพงาน ประสิทธิภาพของทีมและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน หาแนวทางในการปฏิบัติ แต่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้ไม่มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากนัก

2. ทีมบริหารงานด้วยตนเอง (Self-Managed Work Teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากร 10-15 คน รวมกันรับผิดชอบงาน โดยไม่มีการบังคับควบคุม มีอำนาจในการตัดสินใจในขอบเขตงานที่รับผิดชอบ สมาชิกทีมมีอิสระในการกำหนดตารางเวลาในการทำงานให้เหมาะสม โดยไม่เกิดผลกระทบต่องานและผู้อื่น

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Cross-Functional Team) เป็นทีมการทำงานที่ประกอบด้วยบุคลากรในระดับเดียวกัน แต่อยู่ในสาขาวิชาชีพต่างกัน มาทำงานร่วมกัน โดยใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ตามสาขาวิชาชีพที่ตนมีความชำนาญ เพื่อร่วมกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จที่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้

Brill (1976 : 93) ได้แบ่งประเภทของทีมการทำงานไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ทีมงานภายใน (Intradisciplinary Teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่างกัน มาร่วมกันทำงานในหน่วยงานเดียวกัน
2. ทีมระหว่างหน่วยงาน (Interdisciplinary Team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรหลายวิชาชีพ ที่มีความรู้ความชำนาญ ตามวิชาชีพของตนจากหลาย ๆ หน่วยงาน มาปฏิบัติงานร่วมกัน

2.4 กระบวนการทำงานของทีม

กระบวนการทำงานของทีมโดยเฉพาะทีมสุขภาพนั้น Alex J. Ducanis and Anne K. Golin (1979) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพไว้ดังนี้

1. การปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลในทีมสุขภาพ ได้แก่
 - 1.1 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
 - 1.2 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วต้องนำมาประเมินสภาพผู้ป่วย บันทึกและรายงานผลไว้
 - 1.3 ตัดสินใจแก้ปัญหา (Decision Making) เมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยแล้วสมาชิกในทีมต้องร่วมกันแก้ปัญหาผู้ป่วย โดยนำทางเลือกที่ดีที่สุดมาแก้ปัญหา
 - 1.4 การปฏิบัติการรักษา (Treatment) เมื่อตัดสินใจจะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแล้ว ทีมสุขภาพแต่ละคนก็ทำการรักษาหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนต้องให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึก สังเกตอาการ เพื่อนำไปรายงานให้ทีมทราบ
 - 1.5 การประเมินผล (Evaluation) เมื่อให้การรักษาพยาบาลไปแล้วต้องประเมินผลเพื่อดูว่าการรักษาพยาบาลนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้าเกิดปัญหาจะได้หาทางแก้ไขต่อไป
2. การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ (Team Activities)
 - 2.1 มีการกำหนดปัญหา และตั้งจุดหมายร่วมกัน (Identify problems set initial goals) เพื่อให้การรักษาไปในทิศทางเดียวกัน
 - 2.2 รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยและปรับจุดมุ่งหมาย (Integrate Data Diagnose and define goal) เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง
 - 2.3 ประเมินความเห็น ปรับปรุงการรักษา วางแผน มอบหมายงาน (Evaluate Options. Develop Treatment. Plans. Assign task)
 - 2.4 ร่วมมือกันในการใช้แผนการรักษา (Coordinate Treatment Plans)

2.5 ประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluate outcome) เพื่อหาทางแก้ไขปัญหา จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า กระบวนการการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ เป็นขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้งานนั้นสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะต้องประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน วางแผนการปฏิบัติงานของทีม มีการมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของสมาชิก ให้การช่วยเหลือสนับสนุนกัน มีการประเมินผลการทำงานร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาวิธีปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2.5 ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

มีผู้กล่าวถึงลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

Johnson and Johnson (1982 อ้างถึงใน สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2533) ได้กล่าวถึงลักษณะทีมที่มีประสิทธิภาพดังนี้

1. เป้าหมายของของสมาชิกในทีมงานเข้ากันได้ มีลักษณะสนับสนุน และเอื้อต่อการร่วมมือกันระหว่างสมาชิก
2. มีการสื่อสารแบบสองทาง ด้วยบรรยากาศทำงานแบบเปิดเผย ได้สื่อสารทั้งความคิด ความรู้สึก
3. สมาชิกมีส่วนร่วมและมีโอกาสเป็นผู้นำร่วม
4. มีการกระจายอำนาจให้กับสมาชิกในทีมอย่างเท่าเทียมกัน ที่มาของอำนาจคือ ศักยภาพของสมาชิกและข้อมูล
5. ส่งเสริมการตัดสินใจโดยกลุ่ม กระบวนการตัดสินใจยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นมติของกลุ่ม
6. ความขัดแย้งและการอภิปรายเชิงวิพากษ์ วิจารณ์ ในทางสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ และช่วยในการปรับปรุงงานของทีม
7. ความเหนียวแน่นในทีมการทำงานเกิดขึ้นจากการยอมรับ การสนับสนุน การเข้าใจ ความรักและความเป็นพวกเดียวกัน
8. สมาชิกทุกคนในทีม มีส่วนร่วมในการประเมินประสิทธิภาพของทีมและช่วยกันตัดสินใจที่จะเลือกกลยุทธ์ในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน และพัฒนาทีมงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
9. สมาชิกในทีมทุกคน ส่งเสริมให้มีการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และสนับสนุนให้มีความคิดริเริ่ม

Woodcock (1989 : 75-116) กล่าวว่าลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. ความสมดุลในบทบาท (Balanced Roles) คือในทีมการทำงานจะมีการผสมผสานทักษะ ความรู้ ความสามารถ ที่แตกต่างกันของบุคคล และใช้ความแตกต่างดำเนินบทบาทของแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม
2. เป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Clear Objectives and Agree Goals) คือทีมการทำงานมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สมาชิกในทีมรับรู้และยอมรับเป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้น
3. การเปิดเผยและเผชิญหน้า (Openness and Confrontation) คือบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม เป็นไปอย่างเปิดเผย สมาชิกสามารถที่จะแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของต่องานการทำงานได้ มีการสื่อสารกันโดยตรง หันหน้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา
4. การสนับสนุนและไว้วางใจ (Support and Trust) คือ สมาชิกในทีมได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน สามารถพูดอย่างตรงไปตรงมาในปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน พร้อมร่วมมือกันในการแก้ปัญหา
5. ความร่วมมือและการขัดแย้ง (Co-Operation and Conflict) คือ สมาชิกในทีมให้ความร่วมมือในการทำงาน พร้อมทั้งจะสนับสนุน ช่วยเสริมสร้างทักษะ ความรู้ ความสามารถให้แกกันและกัน มีการใช้ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทางสร้างสรรค์ เพื่อร่วมมือกันแก้ปัญหา
6. วิธีการปฏิบัติงานชัดเจน (Sound Procedures) คือการทำงานของทีม มีการประชุม ปรึกษาและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน กาดัดสันใจจะใช้ข้อมูลและความเห็นของสมาชิกทุกคน
7. ภาวะผู้นำที่เหมาะสม (Appropriate Leadership) คือ การทำงานในทีม จะต้องมีความสามารถและเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ โดยสมาชิกทุกคนสามารถที่จะเป็นผู้นำทีมได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์
8. ทบทวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ (Regular Review) คือ การติดตามผลการปฏิบัติงานของทีมอย่างสม่ำเสมอ ว่ามีปัญหาใดที่จะต้องร่วมกันปรับปรุงแก้ไข
9. การพัฒนาบุคคล (Individual Development) คือ การพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถ ของสมาชิกในทีม ให้โอกาสสมาชิกได้ใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถที่มีในการทำงานอย่างเต็มที่
10. สัมพันธภาพระหว่างทีมดี (Sound Inter-Group Relation) คือ ทีมงานมีสัมพันธภาพที่ดี มีการร่วมมือ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

11. การติดต่อสื่อสารที่ดี (Good Communications) คือ การติดต่อสื่อสารในทีมเป็นไปอย่างถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม สื่อสารกันทางตรง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิดเห็น ที่จำเป็นต่อการทำงาน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่า ลักษณะของการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ควรประกอบด้วย ลักษณะการปฏิบัติงานใน 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Woodcock (1989) ดังนี้

1. การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน โดยสมาชิกร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน เพื่อให้เกิดความชัดเจน ยอมรับและผูกพันกับเป้าหมาย และวัตถุประสงค์นั้น

2. การติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน พูดกันโดยตรงไปตรงมา เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายในทีมและภายนอกทีม ด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. การทำงานร่วมกัน โดยการประสานงานกัน สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน มีการนำทักษะความรู้ ความสามารถของแต่ละคนมารวมกัน ให้โอกาสสมาชิกพูดถึงปัญหาต่างๆ ได้อย่างเต็มที่

4. การสร้างความคล่องตัวในการทำงาน โดยการทำงานมีความยืดหยุ่น การตัดสินใจอาศัยข้อมูลที่เป็นจริง สนับสนุน หรือเอื้ออำนวยต่อการที่ทำให้ สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น เขียนหรือพูด ในสิ่งที่ถูกต้องต่อการทำงาน สมาชิกรับรู้บทบาทตนเองในกลุ่ม ตลอดจนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนดำรงอยู่

5. การส่งเสริมการพัฒนาบุคคล โดยการส่งเสริมสมาชิกให้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเอง ตลอดจนทัศนคติที่ดี และวิธีในการทำงาน โดยได้รับโอกาสในการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน

6. การร่วมกันทบทวนการทำงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และใช้ประสบการณ์เป็นแนวทาง ในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.6 ผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีม

ผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมร่วมกันของสมาชิก จะก่อให้เกิดผลดีต่างๆ หลายประการ โดย Robbins (1998 : 303) ได้กล่าวถึงผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมไว้ดังนี้

1. เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน (Increased Employee Motivation)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการวางแผนและการตัดสินใจ การที่บุคคลได้มีส่วนร่วมในการทำงาน จึงทำให้รู้สึกงานที่ปฏิบัตินั้นเป็นงานที่ทำทนาย น่าสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่องาน เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. เพิ่มผลิตผลการทำงาน (Higher Levels of Productivity)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม จะเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ผลิตผลการทำงานที่ได้จึงเพิ่มสูงขึ้น

3. เพิ่มความพึงพอใจในงาน (Increased Employee Satisfaction)

การทำงานเป็นทีม นั้น สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดความผูกพันกัน มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี ได้ใช้ความรู้ ความสามารถเต็มที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกสนุกกับการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

4. ยอมรับเป้าหมายของการทำงาน (Common Commitment to Goals)

การทำงานเป็นทีม จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคล ปรับเป้าหมายในการทำงานของตนให้สอดคล้องกับทีม ทำให้เกิดการยอมรับเป้าหมายของการทำงาน ช่วยในการทำงานมีทิศทางที่เป็นไปในทางที่สอดคล้องกัน

5. การติดต่อสื่อสารกันเพิ่มมากขึ้น (Improved Communication)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต้องมีการสื่อสารที่ดี โดยเป็นการสื่อสารที่ทำให้ทุกคนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและยอมรับหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการให้ความร่วมมือช่วยเหลือในทีม เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

6. เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน (Expanded Job Skills)

การทำงานเป็นทีมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ที่สำคัญได้แก่

1) ทักษะการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความรู้ ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

2) ทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จะช่วยให้รู้จักการวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ

3) ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เนื่องจากการทำงานเป็นทีม เป็นการทำงานที่ทุกคนต้องร่วมกันทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้

บุคคลได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดี และการมีปฏิริยาโต้ตอบที่เหมาะสมด้วย

7. มีความยืดหยุ่นในการทำงาน (Organizational Flexibility)

การทำงานเป็นทีมจะมุ่งไปที่กระบวนการในการปฏิบัติงาน มากกว่ามุ่งที่หน้าที่ทำให้การบริหารจัดการในเรื่องการทำงาน สามารถปรับให้มีความยืดหยุ่นได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานเป็นทีม ของทีมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ จะส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทำให้งานที่ทุกคนร่วมกันปฏิบัตินั้นสามารถบรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมที่เกิดขึ้น จะทำให้เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มผลผลิตการทำงาน เพิ่มความพึงพอใจในงาน มีการยอมรับเป้าหมายในการทำงาน มีการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้น เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน และมีความยืดหยุ่นในการทำงาน ในองค์การต่างๆ ที่มีการปรับปรุงและพัฒนาองค์การให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะองค์การทางสุขภาพ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของบุคลากร อันจะก่อให้เกิดผลของการทำงานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. แนวคิดเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย หรือ ต้นทุน (cost)

3.1 ความหมายของ ค่าใช้จ่าย หรือ ต้นทุน

ค่าใช้จ่าย หรือบางครั้งเรียกว่า ต้นทุน (cost) ในทฤษฎีของนักเศรษฐศาสตร์ คือ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่นำมาใช้จ่ายในโครงการต่าง ๆ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน (รวมพล สอน สีด้า, 2540)

3.2 ประเภทของค่าใช้จ่าย หรือ ต้นทุน

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2532, อ้างถึงใน รวมพล สอน สีด้า, 2540) ให้ความหมาย ต้นทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการกำหนดต้นทุนของโรงพยาบาล ที่สำคัญคือ

1. ค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct cost) คือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จ่ายออกเป็นตัวเงินจริง เช่น ค่าแรง ค่าโฆษณา ค่าวัสดุคิบบ ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าขนส่ง เป็นต้น

2. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) คือต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายออกเป็นตัวเงินจริง แต่ต้องประเมินค่าขึ้นมา เช่น ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ เครื่องมือ และสิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

วิไลลักษณ์ นภาพรสกุล (2535) ได้แบ่งต้นทุนออกเป็น

1. ต้นทุนทางตรง (Direct cost) คือ ต้นทุนที่จ่ายไปเพื่อการดำเนินการโดยตรง ได้แก่ ค่ายา เงินเดือน ค่าวัสดุทางการแพทย์ เป็นต้น
2. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) คือ ต้นทุนเพื่อการดำเนินการที่มีส่วนในการสนับสนุนบริการนั้น ๆ แต่มิใช่เพื่อบริการนั้นโดยตรง เช่น ต้นทุนแรงงานที่ไม่เกี่ยวกับการบริการรักษาโดยตรง ค่าวัสดุทางการแพทย์บริหารจัดการ เป็นต้น
3. ต้นทุนคงที่ (Fix cost) คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับปัจจัยคงที่ทุกชนิด ที่เกิดกับหน่วยธุรกิจ ต้นทุนคงที่จะมีค่าคงที่เสมอ ได้แก่ เงินเดือน เครื่องมือทางการแพทย์
4. ต้นทุนแปรผัน (Variable cost) คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับปัจจัยแปรผันทุกชนิดที่ใช้ในการดำเนินงานรักษาพยาบาล ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการตรวจรักษา ค่ายา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นตัวเงิน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงและคงที่ โดยไม่คิดค่าแรงของผู้ให้บริการ ค่าเสื่อมราคา ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เลือกที่ขานี้บในครั้งนี จะหมายถึง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ถือตามใบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงฆ์ (ดังตัวอย่างในภาคผนวก) ซึ่งประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ ดังนี้

หมวดที่ 1 ค่าเตียง ค่าอาหาร

หมวดที่ 2 ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ

หมวดที่ 3 ค่าอุปกรณ์และค่าบริการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ค่าเตรียมผ่าตัด ค่าทำแผล ค่าเจาะส่วนต่างๆ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการผู้ป่วยใน และอื่นๆ

หมวดที่ 4 ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค ประกอบด้วย ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจพิเศษ เช่น ตรวจคลื่นหัวใจ

หมวดที่ 5 ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน

หมวดที่ 6 ค่ายา

ซึ่งเหตุผลที่ผู้วิจัยใช้รูปแบบการคิดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสงฆ์ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในเรื่องของค่าแรงผู้ให้บริการ ค่าเสื่อมราคา เนื่องจากการบริการทางสุขภาพของภาครัฐบาล เป็นการให้บริการทางสังคมในเรื่องของความจำเป็นพื้นฐาน ไม่มีการเอากำไรจากผู้ให้บริการ โดยการ

คิดค่าบริการอื่นๆทางอ้อม ซึ่งจะเป็นการผลักภาระให้ผู้ให้บริการ แต่ในทางเศรษฐศาสตร์แล้วการคิดค่ารักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ต้องคิดทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงและโดยอ้อม

4. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay)

ความหมาย

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542)

สุวรรณณี มหาภายันันท์ (2538) กล่าวว่า จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนผู้ป่วยรอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือ การเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

Lusis และคณะ (1993) กล่าวว่า จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ (Jackson, 1989)

สรุป จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay) เป็นผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อการรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง

5. ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia)

5.1 ความหมาย

Inguinal hernia เป็นภาวะที่มีการเคลื่อนย้ายของลำไส้ไปอยู่ในถุงอัณฑะ (ชาญวิทย์, 2536) แบ่งออกเป็น

5.1.1 Indirect inguinal hernia เป็นไส้เลื่อนที่พบบ่อยที่สุดในเพศชายและเพศหญิง แต่พบบ่อยกว่าในเพศชาย เป็นไส้เลื่อนที่ไหลจากช่องท้องเข้าไปใน Inguinal canal ตามแนวของ Processus vaginalis และลงมาสุดที่ถุงอัณฑะ

5.1.2 Direct inguinal hernia เป็นไส้เลื่อนที่พบบ่อยในเพศชายที่สูงอายุ ถุงไส้เลื่อนยื่นออกทาง Hesselbach's triangle

5.2 สาเหตุ

5.2.1 Congenital ไข่เลื่อนเป็นมาแต่กำเนิดหรือหลังคลอดไม่นานเนื่องจาก processys vaginalis ยังไม่ปิดสนิท เป็นช่องทำให้ลำไส้ไหลเข้าไปได้

5.2.2 Acquired เกิด Increased intraabdominal pressure ซึ่งเกิดจากการออกกำลังกาย ยกของหนัก ท้องผูก ไอเรื้อรัง ปัสสาวะลำบาก ความอ้วน การตั้งครรภ์ และ ascitis ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและ fascia ซึ่งทำให้ shuttering mechanism (ซึ่งปกติมีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดไข่เลื่อน) เสื่อมลง (ชาญวิทย์, 2536)

5.3 การวินิจฉัย

5.3.1 ในรายที่เป็น Indirect inguinal hernia ผู้ป่วยมักจะมาด้วยก้อนที่ขาหนีบ (inguinal region) หรือในถุงอัณฑะถ้าไข่เลื่อนมีขนาดใหญ่ ก้อนส่วนมากจะยุบและโป่งได้ แต่ถ้าเป็นมานานก้อนอาจไม่ยุบเพราะมีพังผืดติดระหว่างอวัยวะที่เลื่อนออกมาและผนังของถุงไข่เลื่อน

5.3.2 ในรายที่เป็น Direct inguinal hernia ผู้ป่วยส่วนมากมาด้วยก้อนที่ยุบได้เวลานอนลงเพราะถุงไข่เลื่อนมักจะไม่มีส่วนคอดแบบ Indirect hernia อาการจึงมีน้อย ในรายที่ไข่เลื่อนใหญ่มากอาจมีบางส่วนของกระเพาะปัสสาวะออกมาในถุง การวินิจฉัยแยก direct และ indirect hernia อาศัยใช้นิ้วกดที่ internal ring และให้ผู้ป่วยเบ่งหรือไอ ในรายที่เป็น indirect inguinal hernia ก้อนจะไม่ออกจนกว่าจะปล่อยนิ้วที่กด internal ring ถ้าก้อนไหลออก medial ต่อนิ้วที่กดแสดงว่าผู้ป่วยเป็น direct inguinal hernia

5.4 การรักษา ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดีพอควรได้รับการผ่าตัด การผ่าตัด indirect inguinal hernia มี 2 ขั้นตอน (ชาญวิทย์, 2536)

5.4.1 Herniotomy เป็นการเลาะถุงไข่เลื่อนออกจาก spermatic cord เปิดถุง เพื่อสำรวจอวัยวะภายในและดันอวัยวะกลับเข้าช่องท้อง เย็บผูก (high ligation) ถุงไข่เลื่อนที่ติดต่อกับ peritoneum หน้าท้องและตัดปลายถุงออก

5.4.2 Herniorrhaphy เป็นการเย็บให้ internal ring แคบลงและเสริมผนังด้านหลังของ inguinal canal ให้หนาและแข็งแรงขึ้น

ส่วนการผ่าตัด direct inguinal hernia คล้ายกับ direct hernia แต่ไม่จำเป็นต้องเปิดเข้าไปใน spermatic cord ยกเว้นสงสัยว่ามี indirect hernia ร่วมด้วย การเย็บเสริม (herniorrhaphy) อาจใช้วิธีของ Bassini หรือ McVay ในรายที่ช่องโหว่ใหญ่มากอาจต้องทำ

hernioplasty โดยใช้ mersilene (marlex) mesh มาเย็บปะเพื่อเสริมด้านหลังของ inguinal canal

5.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น (ชาญวิทย์, 2536) ได้แก่

5.5.1 การบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง เช่น femoral vein หรือ nerve

5.5.2 แผลผ่าตัดติดเชื้อ

5.5.3 Hematoma ใต้แผลหรือถุงอัณฑะ

5.5.4 ปวดและบวมที่ลูกอัณฑะเนื่องจาก spermatic cord เกิด torsion หรือถูกรัด เพราะ internal ring แคบเกินไป

5.5.5 Recurrent hernia อาจเกิดจากแผลติดเชื้อ รอยเย็บตึงเกินไปและฉีก ผู้ป่วย อ้วนขึ้น หรือมีความดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Yaksic JR. และคณะ (1996) ได้ทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานที่ Trauma Center โดยเริ่มศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 1993 ใช้เวลาศึกษา พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานประสานกัน มากขึ้น ปัญหาต่างๆลดลง การดูแลคนไข้ถูกเปลี่ยนให้ดีขึ้น เป็นผลให้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลง จาก 74.5 วัน เป็น 41.9 วัน และค่าใช้จ่ายลดลง จาก 189,089 ดอลลาร์ เป็น 107,019 ดอลลาร์

McClaran J. และคณะ (1998) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อความสำคัญของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ใน 4 ด้าน การประเมินความต้องการของคนไข้ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การติดต่อประสานงานของหน่วยงานต่างๆ และอัตราค่าใช้จ่าย โดยศึกษาใน ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด จำนวน 141 คน ใน 11 โรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม วัดระดับการรับรู้ พบว่า ทุกวิชาชีพจะมีทัศนคติในเชิงบวกกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเห็นความสำคัญของการประเมินความต้องการของคนไข้มาเป็นอันดับหนึ่ง โดยในผู้บริหารและพยาบาลจะให้ระดับคะแนนค่อนข้างสูงกว่าในแพทย์และนักกายภาพ โดยคิด

ถึงอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นอันดับสุดท้าย ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการคำนึงถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในขณะเดียวกันก็ควบคุมด้านราคาด้วย

Topp R. และคณะ (1998) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย Congestive heart failure ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 88 ราย โดยใช้ผู้จัดการผู้ป่วยและพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มจำนวน 403 คน ใช้การดูแลแบบปกติ พบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Wanda Anderson – Lofti (1999) ศึกษาเกี่ยวกับ ผู้จัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชน รูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการสำรวจเกี่ยวกับกิจกรรมการรับรู้ผลลัพธ์ของผู้จัดการผู้ป่วย จำนวน 302 คน จากโรงพยาบาล 139 แห่ง ของ American Hospital Association เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็น Activity ในการทำงาน การสอนงานวิจัย และการสนับสนุน ส่วนที่ 2 เป็น Outcome ในด้านของ คุณภาพการดูแล ราคาค่ารักษา และความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลทำให้ผู้ที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้รับการสนับสนุนในงาน จนเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

Holtzman และคณะ (1997) ศึกษา ผลของการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต ต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเทียบก่อนระหว่าง และหลังการพัฒนาใช้ Clinical pathway กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการบริจาคไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้ว มีจำนวน 170 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับบริจาคไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ มีจำนวน 178 คน ซึ่งกลุ่มที่ 2 นี้มีการใช้ Clinical pathway ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อลดลง หลังจากมีการใช้ Clinical pathway ในกลุ่มที่ 2 และยังพบว่าระหว่างการพัฒนาใช้ Clinical pathway ให้ผลสูงสุด

Mary และคณะ (1997) ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยวัดผลจากพยาบาลวิชาชีพใน 4 หอผู้ป่วย ที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ชนิด Bypass จำนวน 107 คน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ให้การรักษาแบบทีมกับกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังจากนั้น 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลโดยใช้รูป

แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจในงาน รับรู้คุณภาพในการทำงาน และสามารถควบคุมการปฏิบัติงานได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลแบบทีม

Michal L. และคณะ (1996) ได้ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 240 เตียง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน ในระยะเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อัตราการมา Admit 12 คน การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน 8 คน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 94,620.95 ดอลลาร์ การไปเยี่ยมของทีมสุขภาพ 108 คน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีอัตราการมา Admit 20 คน การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน 18 คน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 8 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 222,688.07 ดอลลาร์ การไปเยี่ยมของทีมสุขภาพ 147 คน

Micheels TA. และคณะ (1995) ได้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ 78 ราย โดยศึกษาย้อนหลังภายใน 10 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 35 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 43 คน พบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Collier P. และ Early (1995) ได้ศึกษาถึงการให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการถูกส่งเข้าโรงพยาบาลและมีการรับรู้ที่ถดถอย โดยใช้ แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งทีมนี้สามารถให้การประเมินผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะโภชนาการ และพบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีการวางแผนให้การช่วยเหลือ และประสานงานในการส่งต่อรวมทั้งช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย



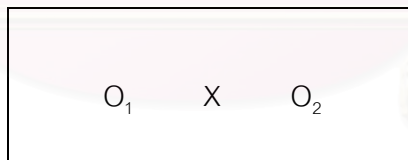
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการทดลองนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย 1) เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest-Posttest One Group Design) 2) เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจับคู่แบบ Match pair ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ



O ₁	หมายถึง	การวัดการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ก่อนการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
X	หมายถึง	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
O ₂	หมายถึง	การวัดการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ หลังการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. รูปแบบการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย



O_1 หมายถึง การวัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้การดูแลแบบปกติในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2543 – 31 ธันวาคม 2543)

X หมายถึง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O_2 หมายถึง การวัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ใช้การดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ศัลยแพทย์แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์

2. ผู้ป่วย เป็นพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมตีกัลยานิวัฒนา ชั้น 5 (ศัลยกรรม กว. 5) และแผนกศัลยกรรมตีกัลยานิวัฒนาชั้น 6 (ศัลยกรรม กว. 6) โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2543 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2544

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมโดยตรง ในโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิชาญแพทย์ วิชาญพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์

2. กลุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 กลุ่มทดลอง เป็นพระภิกษุอาพาธในปัจจุบัน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 และ ศัลยกรรม กว. 6 โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อน จำนวน 20 ราย โดยคัดเลือกเฉพาะพระภิกษุอาพาธที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 และ ศัลยกรรม กว. 6 โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อน จำนวน 20 ราย โดยศึกษาย้อนหลัง 1 ปี (1 มกราคม 2543 – 31 ธันวาคม 2543)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสุขภาพ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 เป็นทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสังคมสงเคราะห์

1.2 เป็นทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ดังนี้คือ แผนกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก แผนกวิชาญแพทย์ แผนกห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 6 แผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยมีประสบการณ์การทำงานทางด้านศัลยกรรม อย่างน้อย 1 ปี และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี

1.3 เป็นทีมสุขภาพที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวนทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีดังนี้

ศัลยแพทย์ เป็นศัลยแพทย์ที่ให้การผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยเฉพาะ มีจำนวน 3 คน (จากทีมศัลยแพทย์ทั่วไปที่มีจำนวน 6 คน)

วิชาญแพทย์ เป็นวิชาญแพทย์หัวหน้าแผนกวิชาญแพทย์ ที่รับผิดชอบควบคุมและดูแลการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัด มีจำนวน 1 คน (จากจำนวนวิชาญแพทย์ทั้งหมด 1 คน)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 และ ศัลยกรรม กว. 6 จำนวน 2 คน

พยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 จำนวน 4 คน และศัลยกรรม กว.6 จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน (ไม่รวมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี)

พยาบาลวิชาชีพแผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และรองหัวหน้า 1 คน รวมทั้งสิ้น 2 คน

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร 1 คน

พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัด เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 คน และรองหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 คน รวมทั้งสิ้น 2 คน

วิสัญญีพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกวิสัญญี 1 คน และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร 1 คน รวมทั้งสิ้น 2 คน

พยาบาลเทคนิคหอผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นพยาบาลเทคนิคทั้งหมดของหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 จำนวน 3 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.6 จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

พยาบาลเทคนิคแผนกผู้ป่วยนอก เป็นพยาบาลเทคนิคที่รับผิดชอบดูแลช่วยแพทย์ตรวจในหอตรวจผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 1 คน

ผู้ช่วยพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมดของหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 จำนวน 2 คน

นักสังคมสงเคราะห์ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกเวชกรรมสังคม จำนวน 2 คน

รวมจำนวนทีมสุขภาพทั้งหมด 30 คน

2. กลุ่มผู้ป่วย เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้กลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 และ กว. 6 จำนวน 20 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว. 5 และ กว. 6

2.2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของศัลยแพทย์ 3 คน ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2.3 ไม่จำกัดอายุ

2.4 ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจที่ต้องได้รับการรักษาก่อนการผ่าตัด

2.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย มีดังนี้

- 1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย
 - 1.1.1 คำชี้แจงการใช้คู่มือ
 - 1.1.2 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.1.3 คำจำกัดความที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.1.4 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.1.5 เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.1.6 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ
 - 1.1.7 เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน คือ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)
 - 1.1.8 ประโยชน์ของ Clinical pathway
 - 1.1.9 ภาคผนวก เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบ แบบบันทึกแรกรับผู้ป่วย แบบบันทึกความแปรปรวน เป็นต้น (ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวก ค)
- 1.2 แผนการอบรมทีมสุขภาพ ประกอบด้วย
 - โครงการการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - แผนการสอนเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกสรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละสรุปจำนวนวันนอน

ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

- 1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.2 สัมภาษณ์แนวคิด เพื่อศึกษาเนื้อหาในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากระบบการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้จริง โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์หรือเคยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ หรือวิจัยเกี่ยวกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้นได้ผู้ที่ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางการบริหารจากฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช 1 ท่าน อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางการบริหารจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 ท่าน และ นักวิชาการจากกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 ท่าน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก)

1.3 กำหนดหัวข้อและแนวทางการสัมภาษณ์

1.4 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประกอบกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการทบทวนจากตำราและเอกสารที่ศึกษามา

1.5 เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดได้ เลื่อนที่ขาหนีบ

1.6 นำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน

1.7 ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมหลังจากปรับปรุงแล้ว ได้คู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดได้ เลื่อนที่ขาหนีบที่มีคุณภาพ แล้วจึงนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. แผนการอบรมทีมสุขภาพ มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยพิจารณา แก้ไขเนื้อหา ภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหา ความถูกต้องให้ครอบคลุม แก้ไข ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

แล้วจึงนำให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง จึงนำแผนการอบรมไปใช้ในการทดลอง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบประเมินการทำงานเป็นทีม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตำรา เอกสาร งานวิจัย และตามแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Woodcock (1989) ซึ่งคำถามประกอบด้วยลักษณะการทำงานเป็นทีม 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ได้แก่คำถามข้อที่ 1-5

ด้านที่ 2 การติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ได้แก่คำถามข้อที่ 6-10

ด้านที่ 3 การทำงานร่วมกัน ได้แก่คำถามข้อที่ 11-15

ด้านที่ 4 การสร้างความคล่องตัวในการทำงาน ได้แก่คำถามข้อที่ 16-20

ด้านที่ 5 การส่งเสริมการพัฒนาบุคคล ได้แก่คำถามข้อที่ 21-25

ด้านที่ 6 การร่วมกันทบทวนการทำงาน ได้แก่คำถามข้อที่ 26-30

โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดมาก

คะแนน 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดน้อยที่สุด

ซึ่งแบบประเมินการทำงานเป็นทีม มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินการทำงานเป็นทีม

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ โดย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องการทำงานเป็นทีมและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 8 ท่าน แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับ ทีมสุขภาพที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานศัลยกรรม และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 30 คน

ที่โรงพยาบาลศิริราช แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Coefficient) ได้ .95

ชุดที่ 2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างโดย ดัดแปลงมาจากแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งทางโรงพยาบาลสงฆ์ซึ่งสร้างโดยดัดแปลงมาจากของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาย้อนหลังจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบถึงผลสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ว่ามีค่ารักษาอะไรบ้างที่เป็นค่ารักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบจำนวน 20 ราย พบว่า ค่ารักษาผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย

1.1 ค่าเตียง ค่าอาหาร

1.2 ค่าผ่าตัด ค่าดมยาสลบ

1.3 ค่าอุปกรณ์การรักษา มี

- ค่าเตรียมผ่าตัด

- ค่าทำแผล

- ค่าบริการทางการแพทย์

- ค่าบริการผู้ป่วยใน

1.4 ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค มี

- ค่าเอกซเรย์

- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ค่าตรวจคลื่นหัวใจ

1.5 ค่าส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน

1.6 ค่ายา

1.7 สรุปค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

1.8 วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล/วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสรุปรวม

เวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยจึงนำค่ารักษาพยาบาลและส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาพบในผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ มาสร้างเป็นแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ

3. แล้วนำแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการคิดค่ารักษาพยาบาลตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำ และให้ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

4. นำแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ ไปหาความเที่ยงโดย เปรียบเทียบกับอัตราค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าแบบคิดค่ารักษาพยาบาลนี้สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและสามารถนำไปเปรียบเทียบกับการคิดค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบใน 1 ปี ที่ผ่านมาได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำไปให้เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคิดเงินค่ารักษาพยาบาลตรวจสอบความเที่ยงอีกครั้งว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง จึงสรุปว่าแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความตรงและความเที่ยงสามารถนำไปใช้ในการทดลองได้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือ

ผู้วิจัยเตรียมสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด

2. เตรียมสถานที่

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อขอทำการทดลองในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยชี้แจงถึงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง

3. เตรียมทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการชี้แจงและอธิบายถึงขั้นตอน และวิธีการทดลอง บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

4. เตรียมการอบรมทีมสุขภาพ ตามลำดับดังนี้

4.1 เขียนโครงการอบรมทีมสุขภาพ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค

4.2 เสนอโครงการการอบรมทีมสุขภาพให้ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสงฆ์และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์พิจารณาอนุมัติ

4.3 ดำเนินการจัดการอบรมทีมสุขภาพ เรื่อง รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และจากโรงพยาบาลสงฆ์ 1 ท่าน ใช้เวลา 2 วัน คือวันที่ 25-26 มกราคม 2544 ณ ห้องประชุมมอเนกประสงค์ อาคารมูลนิธิ ชั้น 2 โดยใช้เวลา

เฉพาะช่วงบ่าย คือ ตั้งแต่เวลา 13.00 น. ถึง 16.00 น. ทั้งนี้เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ

4.4 หลังการอบรม ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กับ ทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องของแนวคิด วิธีการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ (Clinical pathway) และบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพแต่ละสาขาวิชาชีพ ในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทำความเข้าใจเป็นรายกลุ่มแต่ละแผนกและรายบุคคล เช่น ศัลยแพทย์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม แผนกวิสัญญี ห้องผ่าตัด แผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น เพื่อร่วมค้นหาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินการทำงานเป็นทีม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์

2. เชิญตัวแทนของทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มาร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เสื้อที่ขาหนีบ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้นำแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เสื้อของ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลศิริราช (ซึ่งกำหนดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลไม่เกิน 4 วัน) มาให้ทีมสุขภาพพิจารณาเพื่อเป็นแนวทาง ทีมสุขภาพได้มีการวิเคราะห์ ปรับปรุงแผน และหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุสามเณรที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลของผู้ป่วยจากสถิติเวชระเบียนและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ทั้งนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ ผลการระดมสมองครั้งนี้ จึงได้แผนการดูแลผู้ป่วยใส่เสื้อที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์ 1 แผน (ซึ่งกำหนดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่เกิน 6 วัน)

3. ผู้จัดการผู้ป่วยได้นำแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เสื้อที่ขาหนีบที่จัดทำขึ้น นำชี้แจงให้ทีมสุขภาพทั้งหมดพิจารณา ปรับปรุง แก้ไข แล้วเวียนให้ทีมสุขภาพพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ และเข้าใจตรงกัน

4. ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ทีมสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจ ขั้นตอน กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มีการซักซ้อมถึงขั้นตอนต่างๆ วิธีการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทักษะต่างๆ ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องนำมาใช้ นอกจากนั้นผู้

วิจัยได้ชี้แจงถึงแบบฟอร์มต่างๆ ที่จะใช้ในขั้นตอนการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไว้เลื่อนที่ขาหนีบมาใช้ เช่น แบบประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ แบบบันทึกความแปรปรวน แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถบันทึกลงในแบบฟอร์มต่างๆ ได้ถูกต้อง

5. ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อเริ่มดำเนินการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยไว้เลื่อนที่ขาหนีบ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยเริ่มดำเนินการใช้ตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2544 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2544

ระยะที่ 2 ระหว่างการทดลอง

ทีมสุขภาพนำแผนการดูแลผู้ป่วยไว้เลื่อนที่ขาหนีบมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

- 1) เป็นพระภิกษุสามเณรอาพาธที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไว้เลื่อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด
- 2) ไม่จำกัดอายุ
- 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ
- 4) เป็นผู้ป่วยในการดูแลของศัลยแพทย์ที่เป็นทีมสุขภาพ

บทบาทของผู้วิจัยในระหว่างการทดลอง

1. เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจัดเตรียมเอกสาร เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยไว้เลื่อนที่ขาหนีบที่ทีมสุขภาพร่วมกันจัดทำขึ้น แบบฟอร์มการบันทึกแรกรับผู้ป่วย แบบฟอร์มการบันทึกความแปรปรวน แบบฟอร์มการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย
2. สังเกต และบันทึก เหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ว่าผู้จัดการผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไรในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. ตรวจสอบให้เป็นไปตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในกรณีเกิดปัญหาด้านกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อช่วยให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้
5. เป็นที่ปรึกษาทีมสุขภาพ ในกรณีที่มีปัญหาด้านกระบวนการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย
6. ติดตามความก้าวหน้าของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยตรวจสอบจาก การสอบถามจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้จัดการผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพโดยให้ตอบแบบประเมินการทำงานเป็นทีมชุดเดิม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย ซึ่งสิ้นสุดการทดลองในวันที่ 31 มีนาคม 2544 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นประเมินผล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มา

1. เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ

2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างปัจจุบันที่มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาย้อนหลัง 1 ปี ที่ให้การดูแลแบบปกติ โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมีเงื่อนไขในการจับคู่เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกันดังนี้

2.1 อายุใกล้เคียงกัน

2.2 การผ่าตัดเหมือนกัน เช่น ทำ Herniorrhapy หรือทำ Laparo scope เหมือนกัน

2.3 แพทย์ที่ทำการผ่าตัดเป็นแพทย์คนเดียวกัน

2.4 ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกเหมือนกัน เช่น General anesthesia หรือ Local Block หรือ Spinal block เหมือนกัน

2.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นที่มีผลต่อการผ่าตัดเหมือนกัน เช่น โรคหัวใจที่ต้องทำการรักษาก่อนผ่าตัด โรคเบาหวานที่ต้องควบคุมน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติก่อนการผ่าตัด เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS /PC (Statistical Package for The Social Science / Personal Computer) ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของทีมสุขภาพ แจกแจงเป็นร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำงานเป็นที่มของที่มีสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติทดสอบ ที (Paired t-Test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติกับผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย สถิติทดสอบค่าที (Match paired t- Test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติกับกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย สถิติทดสอบค่าที (Match paired t-Test)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง
3. เตรียมทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการอบรม ให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบย้อนหลัง 1 ปี (ตั้งแต่ 1 ม.ค.2543- 31 ธ.ค. 2543) ในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ เกี่ยวกับข้อมูลการผ่าตัด ค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาล

ขั้นการทดลอง

1. Pre-test กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ ด้วยแบบประเมินการทำงานเป็นทีม
2. ทีมสุขภาพจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อน (Clinical pathway)

ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแผนการดูแล (Clinical pathway) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 20 ราย

โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD ทีมสุขภาพแจ้งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพิจารณาใช้ Clinical pathway
2. เมื่อผู้ป่วย Admit ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ
3. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลกำกับติดตามให้เป็นไปตามClinical pathway
4. เมื่อมีความความแปรปรวน ผู้จัดการผู้ป่วยแจ้งทีมสุขภาพ เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข
5. ดำเนินการตามแนวทางที่แก้ไข
6. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายทีมสุขภาพและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกันประเมินและสรุป ผลการดูแลรักษา

ขั้นประเมินผล

Post - test กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ ด้วยแบบประเมินการทำงานเป็นทีม

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาย้อนหลัง 1 ปี

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของ ทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของ ทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของ ผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผลการวิจัยขอ นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย (ตาราง ที่ 3 - 4)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของ ทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 5 - 6)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 7 - 9)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการ ดูแลแบบปกติ และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 10 - 11)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

สำนักวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ จำแนกตาม วิชาชีพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
วิชาชีพ	ศัลยแพทย์	3	10
	วิสัญญีแพทย์	1	3.33
	พยาบาลวิชาชีพ	17	56.67
	พยาบาลเทคนิค	5	16.67
	ผู้ช่วยพยาบาล	2	6.67
	นักสังคมสงเคราะห์	2	6.67
อายุ	20 – 30 ปี	2	6.67
	31 – 40 ปี	18	60
	41 – 50 ปี	5	16.67
	51 – 60 ปี	5	16.67
เพศ	เพศหญิง	15	50
	เพศชาย	15	50
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	23.33
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	23	76.67
	ปริญญาโท	-	-
ประสบการณ์การทำงาน	1 – 5 ปี	3	10
	6 – 10 ปี	5	16.67
	11 ปีขึ้นไป	22	73.33
ปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	เคย	-	-
	ไม่เคย	30	100

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาเป็น พยาบาลเทคนิค ศัลยแพทย์แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และวิสัญญีแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 16.67, 10, 6.67, 6.67 และ 3.33 ตามลำดับ อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา เป็น 41-50 ปี และ 51-60 ปี และ 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67, 16.67 และ 6.67 ตามลำดับ เพศ เป็นเพศหญิง และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.33 ประสบการณ์การทำงาน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมา 6-10 ปี และ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 10 ตามลำดับ การปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ไม่เคยปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 100



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาโดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตาม อายุ ประเภทของการผ่าตัด วิธีให้ยาระงับความรู้สึก และแพทย์ที่ทำผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (N = 20)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อายุ			
10 – 20 ปี	1	5	1	5
21 – 30 ปี	4	20	4	20
31 – 40 ปี	2	10	2	10
41 – 50 ปี	3	15	3	15
51 – 60 ปี	2	10	2	10
61 – 70 ปี	8	40	8	40
ประเภทของการผ่าตัด				
Horniorrhaphy	19	95	19	95
Laparoscope	1	5	1	5
วิธีให้ยาระงับความรู้สึก				
General Anesthesia	11	55	11	55
Spinal Block	3	15	3	15
Local Block	6	30	6	30
แพทย์ที่ทำผ่าตัด				
แพทย์คนที่ 1	7	35	7	35
แพทย์คนที่ 2	7	35	7	35
แพทย์คนที่ 3	6	30	6	30

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา 21-30, 41-50, 31-40, 51-60 และ 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 20, 15, 10, 10, และ 5 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบ Herniorrhaphy คิดเป็นร้อยละ 95 และแบบ Laparoscope คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนประเภทของวิธีให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นประเภท General Anesthesia (การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย) คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ Local Block (การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่) คิดเป็นร้อยละ 30 และ Spinal Block (การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง) คิดเป็นร้อยละ 15 แพทย์ที่ทำผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแพทย์คนที่ 1 และ คนที่ 2 เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ แพทย์คนที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 30



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ	ก่อนการใช้การจัดการ		หลังการใช้การจัดการ		t
	ผู้ป่วยรายกรณี		ผู้ป่วยรายกรณี		
	X	S.D.	X	S.D.	
ด้านการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน	3.5467	.7295	4.3133	.6318	-6.130*
ด้านการติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย	3.3333	.6895	4.1533	.7731	-5.924*
ด้านการทำงานร่วมกัน	3.5067	.6341	4.3067	.6533	-6.289*
ด้านการสร้างความคล่องตัวในการทำงาน	3.5133	.6822	4.3267	.6612	-6.487*
ด้านการส่งเสริมการพัฒนาบุคคล	3.3200	.8348	4.2200	.6754	-6.674*
ด้านการร่วมกันทบทวนการทำงาน	3.0667	.9503	4.0400	.7708	-5.786*
รวม	3.3811	.6120	4.2267	.6606	-5.879*

* P < .05

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำงานเป็นทีมมาเปรียบเทียบกันด้วย Paired t – Test พบว่าหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ	ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		t
	ผู้ป่วยรายกรณี		การผู้ป่วยรายกรณี		
	X	S.D.	X	S.D.	
ด้านการมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน					
ทีมมีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน	3.2667	.9444	4.1667	.9129	-4.791*
ทีมยอมรับเป้าหมายร่วมกัน	3.4333	.9714	4.2333	.6789	-4.120*
ทีมมีส่วนร่วมและแบ่งงานกัน อย่างทั่วถึง	3.8000	.8469	4.2667	.7849	-2.728*
ทีมเข้าใจตรงกันในขั้นตอนการทำงาน	3.5000	.7311	4.1667	.6989	-4.817*
ทีมเข้าใจตรงกันในบทบาทของสมาชิก	3.6000	.6215	4.2333	.6789	-4.829*
ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย					
ทีมติดต่อสื่อสารกันโดยตรงไปตรงมา	3.5000	.8200	4.2667	.6915	-4.173*
ทีมรับฟังความคิดเห็นกันเป็นอย่างดี	3.3333	.7581	4.1000	.8847	-4.323*
ทีมนำปัญหามาพูดกันอย่างเปิดเผยเพื่อแก้ไขร่วมกัน					
ทีมมีระบบสื่อสารในการทำงานเป็นทีม	3.4000	.8550	4.1000	.7589	-4.026*
ทีมมีการปรึกษากันเมื่องานมีปัญหา	3.2333	.8976	3.8667	1.0417	-3.357*

ตารางที่ 6 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการทำงาน เป็นทีมของทีมสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทำงานเป็นทีมของ ทีมสุขภาพ	ก่อนการใช้การจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี		หลังการใช้การจัด การผู้ป่วยรายกรณี		t
	ผู้ป่วยรายกรณี		ผู้ป่วยรายกรณี		
	X	S.D.	X	S.D.	
ด้านการทำงานร่วมกัน					
ทีมมีความกระตือรือร้นร่วมกันทำงาน	3.2000	.7611	4.2667	.7849	-7.899*
ทีมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.4333	.6261	4.3000	.7022	-7.549*
ทีมเห็นสำคัญของสมาชิกในทีมทุกคน	3.4333	.7279	4.1667	.7915	-4.626*
ทีมมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	3.4000	.7240	4.1000	.8449	-4.372*
ทีมตั้งใจทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย	3.8000	.8052	4.4333	.5683	-4.080*
ด้านการสร้างความคล่องตัวในการทำงาน					
ทีมมีความยืดหยุ่นในการทำงาน	3.5000	.8610	4.2333	.8584	-4.428*
ทีมตัดสินใจได้อิสระในการทำงาน	3.3333	.9223	4.2000	.7611	-6.500*
ทีมยอมรับข้อตกลงที่กำหนดร่วมกัน	3.3000	.9523	4.2667	.6397	-6.547*
ทีมแสดงความสามารถได้อย่างเหมาะสม	3.6000	.7240	4.1667	.6989	-3.798*
ทีมยอมรับฟังความคิดเห็นในการทำงาน ร่วมกัน	3.3667	.8087	4.1000	.7589	-5.117*

ตารางที่ 6 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการทำงาน เป็นทีมของทีมสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ	ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		t
	ผู้ป่วยรายกรณี		ผู้ป่วยรายกรณี		
	X	S.D.	X	S.D.	
ด้านการส่งเสริมการพัฒนา					
ทีมให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง	3.4667	.8193	4.2333	.7279	-4.038*
ท่านมีโอกาสได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม	3.3000	1.0554	4.3000	.7497	-5.785*
ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนทักษะการทำงานกับทีม	3.2000	.8867	3.9000	.8449	-4.372*
เมื่อมีวิทยากรใหม่ทีมให้ความสนใจเรียนรู้	3.4000	.9322	4.0333	.7649	-3.597*
ท่านมีโอกาสเสนอความรู้ใหม่ๆแก่ทีม	3.0667	.9072	3.8333	.8339	-4.678*
ด้านการทบทวนการทำงาน					
ท่านมีการประเมินการทำงานของท่าน	3.0333	1.0662	3.8000	.7611	-3.516*
ทีมมีผลการประเมินการทำงานร่วมกัน	2.9667	.9643	3.7000	.9154	-3.717*
ทีมเห็นความจำเป็นในการประเมินผลการทำงาน	3.0667	.9444	3.9667	.7649	-4.955*
ท่านมักเข้าร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ	2.7333	1.0483	3.9000	.8449	-5.887*
เมื่อเกิดปัญหาท่านพยายามแก้ไข	3.2333	.9714	4.1667	.7915	-5.037*

* P < .05

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ เป็นรายชื่อของทุกด้าน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทุกข้อ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยใส่เลือนที่ขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (N = 20)				กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N = 20)				t
	MAX	MIN	X	S.D.	MAX	MIN	X	S.D.	
	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	20,078	8,050	13,016.35	3,110.61	14,084	7,560	10,466.80		2,012.11	-3,078*

* P < .05

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยใส่เลือนที่ขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ค่าใช้จ่ายสูงสุด 20,078 บาท ค่าใช้จ่ายต่ำสุด 8,050 บาท เฉลี่ย 13,016.35 บาท

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ค่าใช้จ่ายสูงสุด 14,084 บาท ค่าใช้จ่ายต่ำสุด 7,560 บาท เฉลี่ย 10,466.80 บาท

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจำแนกเป็นรายคู่

คู่ที่	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท)	
	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ N = 20	กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี N = 20
1	16,410.00	11,240.00
2	14,345.00	11,247.00
3	14,435.00	12,800.00
4	12,074.00	11,896.00
5	10,866.00	10,458.00
6	12,848.00	13,333.00
7	15,693.00	11,931.00
8	8,067.00	7,751.00
9	11,098.00	7,820.00
10	13,553.00	10,143.00
11	8,050.00	7,718.00
12	8,845.00	9,799.00
13	9,970.00	8,954.00
14	10,968.00	7,560.00
15	13,024.00	11,534.00
16	14,429.00	7,919.00
17	15,300.00	10,374.00
18	20,078.00	14,084.00
19	13,439.00	13,335.00
20	16,835.00	12,440.00
เฉลี่ย	13,016.35	10,466.80

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล แต่ละคู่ โดยรวมและค่าเฉลี่ย ในกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง กว่ากลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ ทุกคู่ ยกเว้นคู่ที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งในรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ เปรียบเทียบเป็นรายคู่อยู่ในภาคผนวก ง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายโดยรวมและค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย โดยจำแนกเป็นรายหมวด ระหว่างกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

หมวดค่าใช้จ่าย	กลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	
	จำนวนเงิน (บาท)	เฉลี่ย N = 20	จำนวนเงิน (บาท)	เฉลี่ย N = 20
หมวดที่ 1				
ค่าเตียง	17,750.00	887.50	10,925.00	546.25
ค่าอาหาร	5,650.00	282.50	3,250.00	162.50
หมวดที่ 2				
ค่าผ่าตัด	120,000.00	6,000.00	120,000.00	6,000.00
ค่าดมยาสลบ	48,851.00	2442.55	39,706.00	1985.30
หมวดที่ 3				
ค่าเตรียมผ่าตัด	2,000.00	100.00	2,000.00	100.00
ค่าทำแผล	1,940.00	97.00	600.00	30.00
ค่าเจาะส่วนต่างๆ	680.00	34.00	420.00	21.00
ค่าบริการทางการแพทย์	15,905.00	795.25	6,490.00	324.50
ค่าบริการผู้ป่วยใน	4,500.00	225.00	2,600.00	130.00
หมวดที่ 4				
ค่าเอ็กซ์เรย์	3,150.00	157.50	3,000.00	150.00
ค่าตรวจวิเคราะห์โรค	22,394.00	1,119.70	11,847.00	592.35
ค่าตรวจคลื่นหัวใจ	2,850.00	142.50	2,400.00	120.00
หมวดที่ 5				
ค่า IV Fluid	855.00	42.75	240.00	14.00
หมวดที่ 6				
ค่ายา	14,479.00	723.95	6,690.00	334.50

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายและค่าเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทุกหมวด ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหมวดต่างๆโดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ สามารถดูรายละเอียดได้ในภาคผนวก ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (N = 20)				กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N = 20)				t
	MAX	MIN	X	S.D.	MAX	MIN	X	S.D.	
	จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	16	7	11.25	2.93	14	4	6.5		2.25	5.734*

* P < .05

จากตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ใช้เวลาสูงสุด 16 วัน ใช้เวลาต่ำสุด 7 วัน เฉลี่ย 11.25 วัน

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้เวลาสูงสุด 14 วัน ใช้เวลาต่ำสุด 4 วัน เฉลี่ย 6.5 วัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจำแนกเป็นรายคู่

คู่ที่	จำนวนวันนอน (วัน)	
	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ	กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
	N = 20	N = 20
1	14	8
2	12	6
3	9	7
4	14	6
5	7	4
6	10	7
7	15	8
8	8	6
9	8	5
10	15	5
11	15	5
12	11	8
13	9	8
14	12	8
15	7	6
16	9	4
17	13	4
18	9	14
19	12	5
20	16	6
เฉลี่ย	11.25	6.5

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล แต่ละคู่ โดยรวมและค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง กว่ากลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติทุกคู่ ยกเว้นคู่ที่ 18 ซึ่งพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติ

สภาพการณ์ที่พบในการดำเนินการทดลอง

ในการดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้รวบรวมสภาพการณ์ที่พบและเกิดขึ้นในระหว่างการทดลอง ดังนี้

ก่อนการทดลอง

1. เมื่อผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตทำการทดลองในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าได้รับความสนใจและการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงพยาบาลสงฆ์ โดยเมื่อผู้วิจัยจัดโครงการอบรมให้แก่ทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ปรากฏว่าผู้บริหารขอให้บุคลากรของโรงพยาบาลในแผนกอื่นๆ เข้าร่วมฟังการอบรมด้วย ซึ่งแสดงว่าผู้บริหารได้ตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลสงฆ์ต้องรับภาระอยู่ในปัจจุบัน และได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นรูปแบบใหม่ของการให้บริการ ส่วนทีมสุขภาพและบุคลากรอื่นให้ความสนใจโดยมีการอภิปรายและซักถามในระหว่างการอบรม

ดังนั้นการวิจัยใดๆ หากได้ทำการวิจัยโดยคิดแก้ปัญหาและทำให้ผู้บริหารเข้าใจและเห็นความสำคัญ จะทำให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการวิจัย

2. จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยเป็นการส่วนตัวกับทีมสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ ปรากฏว่าทุกคนสนใจและยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ และเมื่อผู้วิจัยเชิญทีมสุขภาพทั้งหมดเข้าร่วมประชุมพร้อมกันเพื่อชี้แจง ความสำคัญของการทำวิจัย กระบวนการวิจัย และบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในทีมสุขภาพ ปรากฏว่าทีมสุขภาพทุกวิชาชีพให้ความร่วมมือ สละเวลาและภาระงานมาร่วมฟังคำชี้แจงอย่างพร้อมเพรียง

ระหว่างการทดลอง

1. เมื่อเริ่มการทดลอง ทีมสุขภาพแสดงออกถึงศักยภาพในการทำงาน การร่วมคิดร่วมตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและการบวนการทำงานที่ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เห็นได้จาก เมื่อทีมสุขภาพมีการประชุมเพื่อทำแผนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขานี้บร่วมนกัน ปรากฏว่าทีมสุขภาพมาร่วมประชุมกันอย่างพร้อมเพรียง และมีการออกความคิดเห็น มีการนำความรู้ความสามารถของตนเองมาแลกเปลี่ยนกับทีม เช่น มีปัญหาว่า ทำอย่างไรจึงจะให้คนไข้จำหน่ายกลับได้เร็วตามแผนที่กำหนด เพราะพระภิกษุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องรอตัดไหมเป็นเวลา 7-10 วัน มีศัลยแพทย์ท่านหนึ่งเสนอว่าให้ใช้ไหมละลายในการเย็บ ซึ่งมีผลดีกว่าทั้งในด้าน การหายของแผล การลดอัตราการติดเชื้อจากแผล และไม่ต้องรอตัดไหม แผลก็สวยดีอีกด้วย หัวหน้าห้องผ่าตัดก็เห็นด้วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับราคาไหมที่ไม่แตกต่างกันมาก ทีมสุขภาพมีความเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะนี้ ตกลงกันว่าจะใช้ไหมละลายในการเย็บแผล

การมาทำการตกลงร่วมกันก็เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดที่จะเหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์กรและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

2. เมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการทำงานร่วมกัน ทีมสุขภาพกระตือรือร้นที่จะช่วยกันแก้ปัญหาเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้ เช่น เมื่อเกิดความล่าช้าในการ Admit คนไข้ เนื่องจากกระบวนการและขั้นตอนเดิมที่ยุ่งยาก ต้องมีการส่งปรึกษาตามขั้นตอน เมื่อมีผลการตรวจเลือดหรือ ตรวจคลื่นหัวใจผิดปกติ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องคือ วิชาญญีแพทย์ เสนอตัวว่าจะช่วยดูแลเลือดและประเมินสภาพผู้ป่วยให้เพื่อลดขั้นตอน เป็นการยืดหยุ่นกันในการทำงาน ถึงแม้จะไม่เคยปฏิบัติมาก่อน หรือในกรณีที่คนไข้ที่มา Admit ในวันศุกร์โดยแพทย์ที่ไม่ได้เป็นทีมสุขภาพเป็นผู้ Admit ให้แก่แพทย์ที่เป็นทีมสุขภาพดูแล เพื่อไม่ให้เป็นการซ้ำในการรักษาพยาบาล พยาบาลในทีมสุขภาพ ก็สามารถตามแพทย์ในทีมสุขภาพมาสั่งการรักษาและสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจนสามารถ Set ผ่าตัดได้ทันในวันจันทร์ โดยที่ศัลยแพทย์เต็มใจ เพราะเห็นแก่ประโยชน์ของผู้ป่วยและเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่เคยเกิดขึ้น

3. ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติงานตามแผนการที่กำหนดร่วมกันด้วยความเต็มใจ และเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น ในทีมสุขภาพตกลงกันว่า เพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลไม่ให้เกิดความผิดพลาดควรมีการส่งเวรโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) แขนงไว้ปลายเตียงผู้ป่วย จะได้ช่วยกันตรวจสอบว่าในแต่ละวันผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างไรบ้าง หรือแม้แต่การบันทึกลงในแบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในการทดลอง อธิ แบบบันทึกแรกรับผู้ป่วย แบบบันทึกความแปรปรวน แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย ทีมสุขภาพต้องทำการประเมิน พูดคุยและซักประวัติผู้ป่วย ให้ได้ข้อมูล เพื่อนำมาวางแผนในการรักษาพยาบาล ทีมสุขภาพก็เต็มใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

4. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จากการที่ผู้วิจัยได้ไปประเมินโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยพอใจที่มีผู้มาให้คำแนะนำและบอกแผนการรักษาของผู้ป่วยให้ทราบ ทำให้สามารถวางแผนได้ว่า จะให้ญาติมารับกลับเมื่อไหร่ จะปฏิบัติตัวอย่างไรก่อนและหลังผ่าตัด ที่สำคัญได้รู้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอย่างกระจ่าง โดยเฉพาะแผนการดูแลที่ทีมสุขภาพแขนงไว้ปลายเตียงผู้ป่วยเพื่อใช้ในการส่งเวร ผู้ป่วยบางรูปได้อ่านแล้วบอกว่าเกิดความเข้าใจว่าทีมสุขภาพจะทำอะไรให้บ้างในแต่ละวัน ทำให้รู้สึกมั่นใจในการรักษา

5. ผู้จัดการผู้ป่วยในการทดลองครั้งนี้ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก่อน แต่ก็พยายามปรึกษาและสอบถามผู้วิจัยเป็นระยะ ถึงกระบวนการและหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยว่ายังมีอะไรที่ขาดตกบกพร่องบ้าง เพื่อจะพยายามทำหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยให้สมบูรณ์ที่สุด โดยมีความกระตือรือร้น พยายามจัดสรรเวลา เพราะต้องสวมบทบาท

หลายอย่างในเวลาเดียวกัน คือเป็นทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในวันที่พยาบาลวิชาชีพขาด และยังต้องเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอีกด้วย ความสนใจและกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ ในการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา และประสานงานในทีมสุขภาพจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนได้

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

1. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ทีมสุขภาพมีการร่วมกันประเมินผลของการทำงานร่วมกัน มีการพูดถึงปัญหาอุปสรรคที่พบในการทำงาน รวมทั้งเสนอแนวทางแก้ไขเพื่อให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น และส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ
2. เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้เชิญทีมสุขภาพเข้าร่วมประชุม เพื่อสรุปผลการทดลอง ปรากฏว่าทีมสุขภาพทุกวิชาชีพเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทีมสุขภาพพูดถึงข้อดี ข้อเสีย ของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มี แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือ บทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด รวมทั้งความคิดเห็นของทีมสุขภาพในทุกด้าน ซึ่งการสรุปผลในครั้งนี้มีผู้บริหารของโรงพยาบาลสงฆ์ คือ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมเข้าร่วมประชุมด้วย ผู้บริหารทั้ง 2 ท่าน เห็นประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยในครั้งนี้ เช่น การช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงการเกิด Patient care team ในทีมสุขภาพ จึงดำริว่าจะดำเนินงานต่อตามแนวทางที่ผู้วิจัยทดลอง รวมทั้งทีมสุขภาพก็เห็นด้วยในการที่จะนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพเป็นเครื่องมือ ไปทำต่อในผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไปอีก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ 1 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Pretest-Posttest one group design) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ สูงขึ้น ภายหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานให้บริการกับผู้ป่วยศัลยกรรมโดยตรงในโรงพยาบาลสงฆ์ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
2. กลุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็น

2.1 เป็นพระภิกษุสามเณรอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 และ กว.6 โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 20 รายที่ศึกษาในปัจจุบัน

2.2 เป็นพระภิกษุสามเณรอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 และ กว.6 โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 20 ราย ในอดีต โดยศึกษาย้อนหลัง 1 ปี (1 มกราคม 2543 ถึง 31 ธันวาคม 2543)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มี

ประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ทรงคุณวุฒิที่เขียนบทความเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาจาก ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน

1.2 แผนการอบรมทีมสุขภาพ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการสอนเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ทรงคุณวุฒิที่เขียนตำราและบทความเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาจาก ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตำรา เอกสารงานวิจัย และใช้แนวคิดหลักการทำงานเป็นทีมของ Woodcock (1989) เป็นแนวทาง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาหาความเที่ยงโดยวิธี Cronbach coefficient มีค่าเท่ากับ .95

2.2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างโดย ดัดแปลงมาจากแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลและสรุปจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ แล้วนำไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคิดค่า

รักษาพยาบาลของผู้ป่วย ตรวจสอบสวนความตรงในเนื้อหาและความเที่ยงของอัตราค่ารักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ระยะเวลาก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมสถานที่ เตรียมทีมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ใน ผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ Pre-test กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพด้วยแบบประเมินการทำงานเป็นทีม

2. ระยะเวลาทดลอง อบรมให้ความรู้กับทีมสุขภาพเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังจากนั้นให้ทีมสุขภาพจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ และเริ่มนำแผนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบลงใช้จริง ผู้จัดการผู้ป่วย ดูแลกำกับให้เป็นไปตามแผน หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณีแจ้งทีมสุขภาพเพื่อประชุมหาแนวทางแก้ไข เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสรุปผลและแจ้งทีมสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดการทดลองภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2544 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2544) ทีมสุขภาพช่วยกันสรุปและประเมินผลการดูแล

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง Post-test กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพด้วยแบบประเมินการทำงานเป็นทีมชุดเดิม และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นจำนวนร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้วยสถิติการทดสอบ ที (Paired t – Test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้วยสถิติการทดสอบ ที (Paired t – Test)

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในทุกด้านและโดยรวม

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ สูงขึ้นหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เฉลี่ย 13,06.35 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เฉลี่ย 10,466.80 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เฉลี่ย 11.25 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เฉลี่ย 6.5 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.1 การเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพโดยรวม จากผลการวิจัยพบว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่า 3.3811 และ 4.2267 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบสูงขึ้นหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการวิจัยของ Yaksic JR. (1998) และ Collier P. (1995) ที่พบว่าหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแล้ว ทีมสุขภาพมีการประสานการทำงานกันมากขึ้น ปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นทุกรายด้าน แสดงให้เห็นว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่งผลต่อกระบวนการการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพโดยทำให้มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ทั้งนี้เพราะทีมสุขภาพได้มีการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการนำปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมาพูดกันอย่างเปิดเผย และหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน การทำงานร่วมกันมีความยืดหยุ่นในการทำงานส่งผลให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น เมื่องานสิ้นสุดทีมสุขภาพได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อประเมินผลการทำงานหาข้อผิดพลาดและหาแนวทางแก้ไขต่อไป นอกจากนี้ยังมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานงาน ดูแลกำกับให้เป็นไปตามแผนการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะต่าง ๆ เข้าช่วยในการประสานงาน ซึ่งจากการศึกษาของ WanWanda Anderson-Loftin (1999) พบว่า ประสบการณ์และการศึกษาของผู้จัดการผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

นอกจากนั้นจำนวนทีมสุขภาพ 30 คนนี้เป็นกลุ่มขนาดไม่ใหญ่เกินไป ทำให้การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ และการทำงานร่วมกันจะง่ายขึ้น ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ Brill (1976) ว่า ทีมที่มีขนาดเล็กจะง่ายต่อการปฏิบัติงานกันอย่างเต็มที่ มีการแบ่งงานกันรับผิดชอบอย่างทั่วถึง ซึ่งเมื่อทีมสุขภาพมาวางแผนร่วมกันทำให้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง

1.2 เปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพเป็นรายด้าน

1.2.1 ด้านการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน จากผลการวิจัย

พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพด้านการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ คือ ข้อ 1) มีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน 2) ทีมยอมรับเป้าหมายร่วมกัน 3) ทีมมีส่วนร่วมและแบ่งงานกันอย่างทั่วถึง 4) ทีมเข้าใจตรงกันในขั้นตอนการทำงาน 5)

ทีมเข้าใจตรงกันในบทบาทของสมาชิก หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.1667, 4.2333, 4.2667, 4.1667, 4.2333 และ 3.2667, 3.4333, 3.8000, 3.5000, 3.6000 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) ทั้งนี้เพราะก่อนที่จะมีการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสุขภาพไม่มีการมาวางแผนการทำงานร่วมกัน เป็นลักษณะต่างคนต่างทำตามบทบาทหน้าที่ และเน้นที่จุดมุ่งหมายของผลสำเร็จของงานของตนเองเป็นหลัก โดยที่ไม่ได้นำผู้ป่วยมาเป็นศูนย์กลางของการดูแล นอกจากนั้นไม่ได้ทราบถึง ความมุ่งหมายและบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ความร่วมมือกันในการให้บริการ (Rossi, 1999) และวิธีการที่มุ่งเน้นในเรื่องของการประสานงาน การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ที่เน้นเป้าหมายไปที่ตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยสังเกตเห็นได้ว่าเมื่อทีมสุขภาพได้มีการมาวางแผนการดูแลร่วมกัน ทำให้ทราบถึงความมุ่งหวังของวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการช่วยกันวางแผน หาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับทีมสุขภาพและผลลัพธ์ที่จะเกิดต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมและดีที่สุด มีการเสนอแนะแนวทางที่เป็นไปได้ให้แก่สมาชิกในทีม ซึ่งเป็นที่ยอมรับของทีมนับว่าเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

1.2.2 ด้านการติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพด้านการติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ คือข้อ 6) ทีมติดต่อสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา 7) ทีมรับฟังความคิดเห็นกันเป็นอย่างดี 8) ทีมนำปัญหามาพูดกันอย่างเปิดเผยเพื่อแก้ไขร่วมกัน 9) ทีมมีระบบสื่อสารในการทำงานเป็นทีม 10) ทีมมีการปรึกษากันเมื่องานมีปัญหา หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.2667, 4.1000, 4.0677, 4.1000, 3.8667 และ 3.5000, 3.3333, 3.3333, 3.4000, 3.2333 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) ทั้งนี้เพราะเมื่อมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) เป็นสื่อกลางในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นทีมสุขภาพจึงสามารถรับรู้กิจกรรมของสมาชิกในทีมได้ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ทีมสุขภาพมีการประสานงานพูดคุยถึงปัญหาการทำงานแบบเปิดใจได้มากขึ้น มีการยอมรับและเข้าใจการทำงานของกันและกันมากขึ้น มีการชี้แนะแนวทางที่ดีกว่าและเหมาะสมในการทำงานให้แก่สมาชิกในทีมได้ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานแบบเดิมที่ล่าช้ามีขั้นตอนมากเห็นแก่ประโยชน์เฉพาะในหน่วยงานตนมากกว่าเห็นกับผู้ป่วย และสามารถเตือนกันในการทำงานที่อาจจะเกิดการผิดพลาดหรือหลงลืมได้ โดยสมาชิกในทีมที่ถูกทักท้วงไม่รู้สึกรู้สีกว่าเป็นการจับผิด หรือต่อว่าแต่ถือว่า เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน

ในผู้ป่วยคนเดียวกัน ไม่ถือว่าเป็นหน้าที่ของคนใดคนหนึ่งเท่านั้น เพราะวัตถุประสงค์ที่ตั้งร่วมกัน คือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ประโยชน์จึงเกิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

1.2.3 ด้านการทำงานร่วมกัน จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพด้านการทำงานร่วมกัน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ คือข้อ 11) ทีมมีความกระตือรือร้นร่วมกันทำงาน 12) ทีมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 13) สมาชิกในทีมมีความสำคัญต่อการทำงาน 14) ทีมมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 15) ทีมตั้งใจทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.2667, 4.3000, 4.1667, 4.1000, 4.4333 และ 3.2000, 3.4333, 3.4333, 3.4000, 3.8000 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) ทั้งนี้เพราะทีมสุขภาพมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เห็นแก่ประโยชน์ของส่วนรวม และผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว จากที่ผู้วิจัยสังเกตพบว่า เมื่อเกิดความแปรปรวนในแผนการดูแลที่ร่วมกันกำหนดมีการช่วยกันแก้ปัญหา เช่น เกิดความแปรปรวนโดยแพทย์เจ้าของไข้ นัดวันผ่าตัดผู้ป่วยแล้วแต่ไม่สามารถมาผ่าตัดได้เนื่องจากติดประชุมกะทันหัน ได้มีการประสานงานให้ศัลยแพทย์ในทีมสุขภาพมาผ่าตัดแทนได้ โดยที่ศัลยแพทย์ที่มาผ่าตัดแทนยินดีและถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก แม้แต่ในวันหยุดก็มาดูแลผู้ป่วยให้ นอกจากนี้ในการประชุมปรึกษากันทีมสุขภาพยังเห็นพ้องกันว่าจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ความสำคัญกับการทำงานของทีมทุกวิชาชีพทุกระดับ มีการขอความคิดเห็นซึ่งกันและกันในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด มีการส่งต่อการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับคำแนะนำของ Singleton (1996) ที่ว่า “ การให้บริการทางสุขภาพนั้นไม่สามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งลำพัง แต่ควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ซึ่งการทำงานเป็นทีมนี้จะช่วยแบ่งเบาภาระซึ่งกันและกัน และการทำงานแบบนี้ควรมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรภายในทีม เพื่อจะได้ให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ตามวัตถุประสงค์ ”

1.2.4 ด้านการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพด้านการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ คือข้อ 16) ทีมมีความยืดหยุ่นในการทำงาน 17) ทีมตัดสินใจได้อย่างอิสระในการทำงาน 18) ทีมยอมรับข้อตกลงที่กำหนดร่วมกัน 19) ทีมแสดงความสามารถได้อย่างเหมาะสม 20) ทีมยอมรับฟังความคิดเห็นในการทำงาน หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุก

ข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.2333, 4.2000, 4.2667, 4.1667, 4.1000 และ 3.5000, 3.3333, 3.3000, 3.6000, 3.3667 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) แสดงว่าภายหลังการใช้การจัดการผู้ป่วย รายกรณีที่มีสุขภาพมีการทำงานได้สะดวก มีระบบ และมีแนวทาง การประสานงานก็ราบรื่นกว่า เก่า ปัญหาต่างๆ ที่เคยเกิดจนทำให้ผู้ป่วยต้องถูกเลื่อนหรืองดการผ่าตัด เนื่องจากระบบงานหรือ บุคลากรน้อยลง เพราะมีการช่วยกันแก้ปัญหาและได้หาแนวทางไว้ล่วงหน้า มีการยอมรับข้อตก ลงที่กำหนดร่วมกัน มีการยืดหยุ่นในการทำงาน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานมากขึ้น ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สามารถประสานงาน พิจารณาตัดสินใจ ได้ เช่น กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วย 1 รายที่เมื่อถึงวันครบกำหนดกลับแต่ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ยังไม่สั่ง การจำหน่ายในในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เนื่องจากติดธุระ ผู้จัดการผู้ป่วยก็สามารถ ประเมินอาการ และพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับได้ ตามแผนการดูแล โดยที่ศัลยแพทย์มาเขียนคำสั่งในภายหลัง ซึ่ง ศัลยแพทย์บอกผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเมื่อครบกำหนดกลับตามแผนหากผู้ป่วยไม่มีการผิ ดปกติใดๆ ให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับได้ตามแผนการดูแล ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ ทีมสุขภาพยอมรับ โดยไม่ถือว่าเป็นการทำเกินหน้าที่หรือโดยพลการ ถือเป็นการช่วยเหลือตรวจ สอบการทำงานให้แก่กันและกัน

1.2.5 ด้านการส่งเสริมการพัฒนาบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า การ ทำงานเป็นทีมของทีมีสุขภาพด้านการส่งเสริมการพัฒนาบุคคล ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ ป่วยรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ คือข้อ 21) ทีมให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง 22) ท่านมีโอกาสได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการ ทำงานเป็นทีม 23) ท่านมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนทักษะการทำงานเป็นทีม 24) เมื่อมีวิทยากร ใหม่ที่ทีมให้ความสนใจเรียนรู้ 25) ท่านมีโอกาสเสนอความรู้ใหม่ๆ แก่ทีม หลังทดลองสูงชันกว่า ก่อนการทดลองทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.2333, 4.3000, 3.9000, 4.0333, 3.8333 และ 3.4667, 3.3000, 3.2000, 3.4000, 3.0667 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) เนื่องจากทีมีสุขภาพ เล็งเห็นว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการเปิดโอกาสให้ทีมีสุขภาพทุกระดับได้เรียนรู้วิธี การทำงานใหม่ๆ เพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น เมื่อทีมีสุขภาพมีการประชุมวางแผน การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า แนะนำเทคนิคการผ่าตัดที่ช่วยให้ผล ของการผ่าตัดดีกว่าเก่า เช่นการเย็บแผลโดยใช้ไหมละลาย หลังผ่าตัดแผลสวยและเป็นแผล สะอาดไม่ต้องเปิดแผลและไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอดัดใหม่ด้วย ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดก็เห็นด้วยและให้ ข้อมูลว่าไหมละลายกับไหมธรรมดาราคาไม่ต่างกัน แต่ผลที่ได้ออกมาดีกว่า ทีมีสุขภาพจึงเห็น ด้วยนอกจากนั้นทีมีสุขภาพเห็นว่าการได้รับการอบรมเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานไม่ ต้องรอพิจารณาตามระดับ ตามอาวุโส หรือตามความสำคัญของงานและวิชาชีพ การที่แต่ละ

วิชาซึ่งมีความรู้ความสามารถมาก จะยังเป็นการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความสำเร็จสูง

1.2.6 ด้านการร่วมกันทบทวนการทำงาน จากผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมนักวิชาการด้านการร่วมกันทบทวนการทำงาน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อคือข้อ 26) ท่านมีโอกาสประเมินการทำงานของท่าน 27) ทีมมีการประเมินผลการทำงานร่วมกัน 28) ทีมเห็นความจำเป็นในการประเมินผลการทำงาน 29) ท่านมักเข้าร่วมประชุมกับทีมนักวิชาการ 30) ท่านพยายามแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาในการทำงาน หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.8000, 3.7000, 3.9667, 3.9000, 4.1667 และ 3.0333, 2.9667, 3.0667, 2.7333, 3.2333 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6) เนื่องจาก ทีมนักวิชาการเห็นว่าเมื่อมีการทบทวนการทำงานร่วมกันหลังจากงานเสร็จสิ้นลงเป็นการทบทวนการทำงานที่ผ่านมาว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ควรจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของงานมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ทีมนักวิชาการปรึกษากันว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ให้อาหารรับความรู้สึกร่วมด้วยวิธี General Anesthesia และวิธี Spinal Block ต้องเข้าสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทุกราย หากมีการดูแลสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น มีการควบคุมกำกับการย้ายผู้ป่วยกลับตึกศัลยกรรมด้วยความระมัดระวัง และสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะช่วยให้ใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างคุ้มค่า ประหยัดค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าเตียงในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และยังเป็นโอกาสให้มีเตียงในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไว้รับผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่า ซึ่งทีมนักวิชาการได้ร่วมกันพิจารณาและสรุปแนวทางที่ควรปฏิบัติ ซึ่งการทบทวนการทำงานจะเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานได้อีกด้วย

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่งผลต่อกระบวนการทำงานเป็นทีมของทีมนักวิชาการโดยทำให้ทีมนักวิชาการมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น

2. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนเงิน 13,016.35 บาท และ 10,466.80 บาท ตามลำดับ (ดังตารางที่ 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของ

ผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการวิจัยของ Micheels TA. Z (1995), Yaksic JR. (1996), Michal L. (1996) และ Wanda Anderson-Lofti (1998) จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าเมื่อทีมสุขภาพมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน นั่นคือทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดโดย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การประสานงานในทีมเป็นไปด้วยความสะดวกไม่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น การงดการผ่าตัดหรือเลื่อนการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรอจึงไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการรักษาเป็นไปตามที่กำหนด ดังรายละเอียดของค่าใช้จ่ายที่ผู้วิจัยได้นำมาแจกแจงให้เห็นโดยละเอียดทุกหมวดของค่ารักษาพยาบาล (ดังตารางที่ 12 ในภาคผนวก ง)

3. การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ลดลงกว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.25 วัน และ 6.5 วัน ตามลำดับ (ดังตารางที่ 10) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Micheels TA. (1995), Michal L. (1996), Yaksic JR.(1996), Holtzman (1997) และ Topp R. (1998) จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า เนื่องจากทีมสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าในแผนการดูแลร่วมกัน ทำให้มีแนวทางการปฏิบัติงานที่แน่นอน งานมีระบบมากขึ้น ทีมสุขภาพมีการประสานงานกันมากขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะถูกเลื่อนการรักษาจึงมีน้อย การดูแลรักษาจึงเป็นไปตามแผน ประกอบกับเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ทีมสุขภาพช่วยกันแก้ไขจนทำให้ดำเนินงานตามแผนต่อไปได้ ที่สำคัญทีมสุขภาพเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานภายใต้การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม คำนึงค่าเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 โรงพยาบาลที่จะนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ต้องพิจารณาถึงความพร้อมของสิ่งต่างๆ ดังนี้

1.1.1 โรงพยาบาลต้องกำหนดวัตถุประสงค์ ก่อนการทดลองนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ และต้องสำรวจว่ามีความจำเป็นหรือมีเหตุผลอะไรอะไรเป็นหลัก เช่น ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด หรือต้องการลดความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากระบบเดิม หรือต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อผลประโยชน์ทางด้านกำไร นอกจากนี้ยังต้องสำรวจว่า ปัจจุบันองค์กรมีระบบมาตรฐาน หรือกระบวนการใดที่มีอยู่แล้ว สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

1.1.2 โรงพยาบาลต้องเตรียมบุคลากร ให้มีความพร้อมในด้านความเข้าใจ และได้ตระหนักถึงความจำเป็น ในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการปฏิบัติงานในรูปแบบใหม่ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกวิชาชีพ การไม่ทำความเข้าใจกับทีมสุขภาพให้ดีและทั่วถึง และไม่สร้างความตระหนักในความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ อาจเกิดการต่อต้านหรือไม่ได้รับความร่วมมือ นอกจากนั้นต้องสำรวจว่า มีใครในองค์กรบ้างที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำให้สามารถช่วยในการพัฒนาระบบนี้ได้ และ ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้วย

1.1.3 โรงพยาบาลต้องมีการวางแผนที่ดี ที่จะทำในเรื่องใดก่อนและในกลุ่มวิชาชีพใดบ้างที่มีความพร้อม กำหนดทีมที่จะรับผิดชอบในการดำเนินงาน กำหนดผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งต้องมีการคัดกรองพอสมควร เพราะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทสำคัญมากในการเป็นผู้ประสานงาน ตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งจากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ยังสับสนกับบทบาท เนื่องจากภาระงานมากประกอบกับทำหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน คือเป็นทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นทั้งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และบางครั้งต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรเมื่อพยาบาลวิชาชีพขาด ทำให้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ เมื่อเกิดมีความแปรปรวนขึ้นในระหว่างการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบอกว่าไม่สามารถนัดทีมสุขภาพให้มาประชุมช่วยกันแก้ปัญหาได้ทั้งหมด เนื่องจากมีภาระงานที่ต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยก็ได้เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเสนอแนะว่าให้ประชุมปรึกษาเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และคิดว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ ถึงแม้จะเป็นการปรึกษากันเพียง 2-3 คน ก็ได้ แล้วจึงแจ้งผลให้ทีมสุขภาพที่เหลือทราบ

1.2 การอบรมให้ความรู้และการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความสำคัญอย่างมากต่อการจะเริ่มดำเนินการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี การได้รับการอบรมเพียง 1 ครั้งอาจจะไม่พอ ไม่เช่นนั้นอาจเกิดความไม่เข้าใจ และสับสน ทำให้ขาดความร่วมมือได้ อาจจะต้องมีการชี้แจงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ประสบมาเมื่อเริ่มดำเนินการทดลองในช่วงแรก เนื่องจากบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพ ไม่ทราบถึงข้อตกของที่มีสุขภาพ ในการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งปรึกษาให้เรียบร้อยก่อนการ Admit เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการ Admit ทำให้การ Admit ล่าช้า ผู้ปฏิบัติงานเกรงว่าผู้ป่วยจะไม่พอใจ และไม่ได้รับความสะดวก ที่มีสุขภาพบางคนก็ยังสับสนกับข้อตกลง เมื่อผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงอย่างละเอียดในหน่วยงานที่เกิดปัญหา และทำความเข้าใจกับที่มีสุขภาพ จึงทำให้ดำเนินการทดลองต่อไปได้

1.3 หากจะมีการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรจัดทำในที่มีสุขภาพกลุ่มย่อยและกับผู้ป่วยที่โรคไม่ซับซ้อนเกินไป เพื่อสะดวกในการประสานงาน และเป็นการปูพื้นฐานในช่วงแรก แล้วจึงขยายผลต่อไป และการทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) ควรมีการคิดถึงแนวทางแก้ไขหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้าให้ครบถ้วน ไม่เช่นนั้นอาจไม่เป็นไปตามแผนได้ ซึ่งจากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยถึงกำหนดวันกลับตามแผน แต่ผู้ป่วยมาบอกว่าจะขออนุญาตไปทำฟัน ตรวจตา ให้เรียบร้อยก่อนกลับ และไม่สะดวกที่จะไปตรวจที่อื่นหรือมาตรวจในวันหลัง แต่เมื่อไปตรวจแล้ว ปรากฏว่าจักษุแพทย์ที่ตรวจต้องการติดตามผลใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะกลับไปกลับมาเพราะอยู่ต่างจังหวัด และขออนุญาตอยู่รอตรวจ แพทย์จึงต้องให้นอนรอต่อไปอีกจึงทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ในแผน ดังนั้นการประเมินสภาพผู้ป่วยต้องพยายามประเมินให้ละเอียด และค้นหาปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยให้ครบถ้วน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในกรณีเกิดความแปรปรวน ทั้งนี้เพื่อเป็นการวางแผนที่ครอบคลุม

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อเป็นการสำรวจเกี่ยวกับ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหน่วยงานที่จะมีการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไป เพราะการจะนำระบบอะไรใหม่ๆ ไปใช้ในองค์กรถ้าไม่มีการสำรวจความคิดเห็น ความพร้อม และไม่มีข้อมูลอาจทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จได้

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านอื่น ๆ อีก เช่น คุณภาพบริการทางด้านการรักษา อธิ ภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วย หรืออาจจะสำรวจถึงความพึงพอใจของทีมสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.3 ควรมีการศึกษาในส่วนของการละเอียดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดูบ้าง เช่น การศึกษาเรื่องของการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) ศึกษาเกี่ยวกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านของ คุณสมบัติ ทักษะ เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จรัส สุวรรณเวลา. 2543. **มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 6 (2), 27 – 32.
- จุฬามณี คุณวุฒิ. 2542. **ผลของการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกภ. 2536. **ตำราศัลยศาสตร์**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิษยา แชมมณี. 2537. **กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานเป็นทีมและการจัดการเรียนการสอน**. เอกสารจัดสำเนาประกอบเล่ม.
- ประคอง กรรณสูตร. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โอถกานนท์. 2532. **จากวันนี้.....สู่นาคต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 1 ธันวาคม 2532
- ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี.
- ปรังค์ทิพย์ อุจะรัตน์. 2541. **การบริหารการพยาบาล**. บุญศิริการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพฯ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2537. **สาระการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : สมเจริญพานิชย์.
- ยวดี เกตสัมพันธ์. 2543. **Case Management**. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 st national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรม อิมพีเรียล คิวินสปาร์ค กรุงเทพฯ : J.S. การพิมพ์.

- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **สถิติโรงพยาบาลสงฆ์ ปีงบประมาณ 2542** . งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์. อัดสำเนา.
- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2543 **สถิติโรงพยาบาลสงฆ์ ปีงบประมาณ 2543**. งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์. อัดสำเนา
- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 .**รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2538-2542** .
- รวมผล สอนลีดา. 2540. **ศึกษาดัชนีทุนต่อหน่วยตามกิจกรรมของ สถานีนอนามัย จังหวัดอุดรธานี ปี 2538**.
- เววดี ศิรินคร และคณะ . 2543. **Case Management** . หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 st national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล คิวินสปาร์ค กรุงเทพฯ: J.S. การพิมพ์.
- วิไลลักษณ์ นภาพรรสกุล. 2535. **ต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) : ศึกษาเฉพาะสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยาราม**.
- ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ. 2538. **ข้างเตียงผู้ป่วยศัลยกรรม**. พี.บี.ฟอเรนบูคเซ็นเตอร์ กรุงเทพฯ.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2542. **กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม:หลักการและการใช้ประโยชน์**. เอกสารประกอบการอบรมผู้วิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด พศจิกายน 2542.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2533. **การพัฒนาทีมงาน**. กรุงเทพฯ : บริษัทอัคราพิพัฒน์.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2542. **MANAGED CARE** . เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 11 พศจิกายน 2542 บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพฯ
- สุวรรณี มหาภายนันท์. 2538. **ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของไอเริ่มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

American Nurses' Association. 1988. **Nurse Case Management**. Missouri: American Nurses' Association.

Alex J. Ducanis and Anne K. Golin. 1979. **The Interdisciplinary Health Care Team**. Aapen Systems Corporation : London.

Brill,N.L. 1976. **Teamwork: Working Together in the Human Service**. New York : J.B. Lippincott.

Cesta,T.G and Falter,E.J.1999. Case Management : Its value for staff nurses. **American journal of nursing** 99 (5) : 49-51.

Chariotte C.Cabello. 1999 . Six Stepping Stones to Better Management, **Nursing Management**. 30(4) : 39-40.

Cohen,E.L. and Cesta,T.G. 1993. **Nursing case management : From concept to evaluation**. Missouri: Mosby-Year Book.

Collier P, Early A .1995. A team approach to geriatric case management. **Journal of Case Management**. 4(2) : 66-70.

Conti, R.M. 1993. **Role behaviors of nurse case manager**. Michigan : A Bell and Howell Company.

Etheredge,M.L.S. 1989. **Collaborative care : Nursing case management**. Chicago: American hospital.

Girard, N .1994. The Case Management Model of Patient Care Delivery. **AORN JOURNAL**. 60(3) : 403-412.

Gilliano, K.K. and Poirier, C.E. 1991. Nursing case management : Critical pathways to desirable outcome. **Nursing management**. 2(3): 52-55.

Holtzman,J.Bjerke,T.and Kane,R.1997. The Effects of Clinical Pathway for Renal Transplant on Patient Outcomes and Length of Stay. **Medical Care**. 36 (6): 826-834.

Ireson,C.L..1996.Critical Pathway:Effectiveness in Achieving Patient Outcomes. **Jona**. 27 (June) :16-22.

Jackson,M.F. 1989. Geriatric Versus General Medical Words: Comparison of Patient Behaviors. Following Discharge from an Acute Care Hospital. **Journal of Advance Nursing** . 14 (November) : 906-914.

- Kersbergen, A.L.1996. Case management : A rich history of coordinating care to control cost. **Nursing Outlook**, 44(4) : 169-172.
- Londale, S.Webb, A. and Briggs, T.L. 1980. **Teamwork in the personal social service and health care**. Great Britain : Redwood Burn.
- Lusis, S.A., Hydo,B.,& Clark, L.1993. Nursing Assesment of Mental Status in the Elderly. **Geriatric Nursing**. 14(5): 255-259.
- Mary R,Lynn betsy Kelly.1997. Effect of Case Management on the Nursing Context- Percived Quality of Care, Work Satisfraction and Control Over Practice. **Journal of Nursing Scholarship**. 29(3) : 237-241
- McClaran J, Lam Z, Snell L, and Franco E. 1998. The importance of the case management approach : perceptions of multidisciplinary team members. **Journal of Case Management**. 7(3): 117-126.
- Mckenzie, C.B, Torkelson, N.G. and Holt, M.A. 1989. Care and cost: Nursing case management improve both. **Nursing Management**. 20(10): 26-42.
- Michall L. Boyd,Barbara F, Alice W, and Catherine A. (1996). Community-Based Case Management for Chronically Ill Older Adults. **Nursing Management** . 27(11): 31-32.
- Micheels TA. Wheeler LM. Hays BJ. 1995. Linking quality and cost effectiveness: case management by an advanced practice nurse. **Clinical Nurse Specialist**. 9(2): 107-111.
- More,P.K. and Mandell,S.1997 **Nursing case management**. Singapore:Mc Graw-Hill.
- Petryshen, P. R. and Petryshen, P. M. 1992. The Case Management Model : An Innovative Approach to The Delivery of Patient Case. **Journal of Advanced Nursing**. 17 : 1188-1194.
- Powell, Suzuki.K. 1996. **Nursing case management : A practical guide to success in Managed care**. Philadelphia : Lippincott-Raven.
- Robins,S.P. 1998. **Organization Behavior**. 8th ed. Upper Saddle River : Prentice-Hall.
- Rossi, P. 1999 . **Case management in healthcare : A practical guide**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Simmon, F.M. 1992. Developing the trauma nurse case manager role. **Dimention of Critical Care Nursing**.11(3) : 164-172.

- Singleton, A. Martin, R. and Mitchell, S. 1996. Community care and general practice. Multidisciplinary, proactive care is needed. **British Medical Journal**. 312 (7024): 184
- Sohl-Krieger MS, Lagaard MW, Scherrer J. 1996. Nursing Case Management : relationship as a strategy to improve care. **Clinical Nursing Specialist**. 10(2): 107-113.
- Sowell, Richard L and Meadows, Timothy M. 1994 " An intergrated case management model : Developing standards, Evaluation, and outcome criteria " **Nursing Administration Quarterly**. 18(2) : 53-64.
- Topp R. Tucker D. and Weber C. 1998. Effect of a clinical case manager/clinical nurse specialist on patients hospitalized with congestive heart failure. **Lippincott's Case Management**. 3(4):140-147.
- Wolk, James L and Sullivan, William P. 1994. "The managerial nature of case management" . **Social Work**. 39(3) :152-160.
- Woodcock, Mike. 1989. **Team Development Manual**. 2nd ed. Worcester : Billing and Sons.
- Yaksic JR. DeWoody S. Campbell S. 1996. Case management of chronic ventilator patient: reduce average length of stay and cost by haft. **Lippincott's Case Management**. 1(1): 2-10.
- Young, Sue W and Sowell, Richard L. 1997 " A Case Management Curricular Model : The Challenge for Nursing Education " . **Nurse Educator**. 22(5) : 13-18.
- Wanda Anderson – Loftin . 1999. Nurse Case Managers in Rural Hospitals. **JONA** . 29(2): 42-49.
- Zander K. 1988 Nursing case management : Strategic management of cost and Quality Outcomes. **Nursing Administration**. 18(5) : 23-30.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

1. รศ. ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. วิรุณ บุญนุช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
4. รศ. ไชแสง โปธิโกสุม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. นางสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่
6. น.ส. เหวดี ศิรินคร กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
7. นางกฤษดา แสงดี กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
8. น.ส. อัมภา ศรารัตน์ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
9. น.ส. สุวิภา นิตยางกูร กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของ แบบประเมินการทำงานเป็นทีม ที่ดัดแปลงมา คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125-126)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	=	ความเชื่อมั่นของแบบวัด
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	S	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
	S	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรวรรณสูตร, 2542 : 68-69)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน
N	=	จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 70)

$$S.D. = \frac{\sqrt{n \sum X^2 - (\sum X)^2}}{n(n-1)}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวที่ยกกำลังสอง

$(\sum X)$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวแล้วยกกำลังสอง

n = จำนวนตัวอย่างของประชากรทั้งหมด


2.3 สถิติทดสอบ ที (Dependent t – test) มีสูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541, :194)

$$t = \frac{\frac{D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}}{\sqrt{n-1}}, \text{ df.} = n - 1$$

D = แทนความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่

n = จำนวนคู่

df = ค่าแห่งชั้นความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือ

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. แผนการอบรมทีมสุขภาพ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. แผนการสอนทีมสุขภาพ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. แบบประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

สำหรับทีมสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยใส่เลื่อนที่ขาหนีบ
โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

โดย

นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ดามาพงศ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์

คำนำ

คู่มือสำหรับทีมสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) นี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้การดูแลรักษาพยาบาลพระภิกษุสามเณรที่อาพาธเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งในคู่มือนี้จะเป็นการนำแนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีลงสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้ทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบมีความเข้าใจในแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนรับรู้บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนที่มาวางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นแนวทางของทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานตามรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เป็นอย่างดี

จิราภรณ์ ศรีไชย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

คำนำ	1
สารบัญ	2
คำชี้แจงการใช้คู่มือ	3
แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	4
คำจำกัดความ	4
ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	6
เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	7
บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ	7
แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)	11
ภาคผนวก	12
<ul style="list-style-type: none"> • แผนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์ • แบบบันทึกแรกรับผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ • แบบบันทึกความแปรปรวนผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์ • แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ 	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือสำหรับทีมสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยการให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้ จัดทำขึ้นสำหรับทีมสุขภาพ ที่ร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลพระภิกษุสามเณรอาพาธที่เป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบ (Inguinal hernia) และได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับพระภิกษุอาพาธที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมตีกัลยานิวัฒนาชั้น 5 (กว.5) และ ชั้น 6 (กว.6) โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดประกอบด้วย

1. แนวคิดและหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ
4. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical Pathway)

วิธีการใช้คู่มือ

1. คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยรายกรณี ของทีมสุขภาพ ในผู้ป่วย ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่ทีมสุขภาพร่วมกันสร้างขึ้น (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับและสื่อสารการดูแลของทีมสุขภาพ

2. ทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์แพทย์ วิชาศัลยกรรม แพทย์ วิชาศัลยกรรม พยาบาลวิขาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ใช้คู่มือนี้ในระหว่างการปฏิบัติงาน ในการให้การดูแลผู้ป่วย โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โดยการให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ/ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาเฉลี่ยการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้.

คำจำกัดความ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลรักษาพระภิกษุอาพาธที่เป็นได้เลื่อนที่ขาหนีบที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 และ กว.6 โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่ร่วมกันสร้างขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผน รวมทั้งสรุปและประเมินผลการดูแลด้วย

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและระหว่างทีมสุขภาพเอง ในการให้การรักษายาบาลพระภิกษุสามเณรที่เป็นได้เลื่อนที่ขาหนีบ ที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดและที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กว.5 และศัลยกรรม กว.6 โดยมีหน้าที่พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในที่นี้ ผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยคือ หัวหน้าตึกศัลยกรรม กว.5 และหัวหน้าตึกศัลยกรรม กว.6 ซึ่งคัดเลือกจากคุณสมบัติที่ผู้จัดการผู้ป่วยควรจะมี คือ เป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม มีความรู้ความ

สามารถในทางคลินิก มีทักษะในการบริหารจัดการ และมีมนุษยสัมพันธ์สามารถทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพระภิกษุสามเณรที่เป็นไข้เลือดที่ขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัด และพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลสงฆ์ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลสงฆ์

แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical Pathway) หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบ ที่ทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดกิจกรรมต่างๆขึ้น ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการดูแล เพื่อให้เป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบอีกด้วย

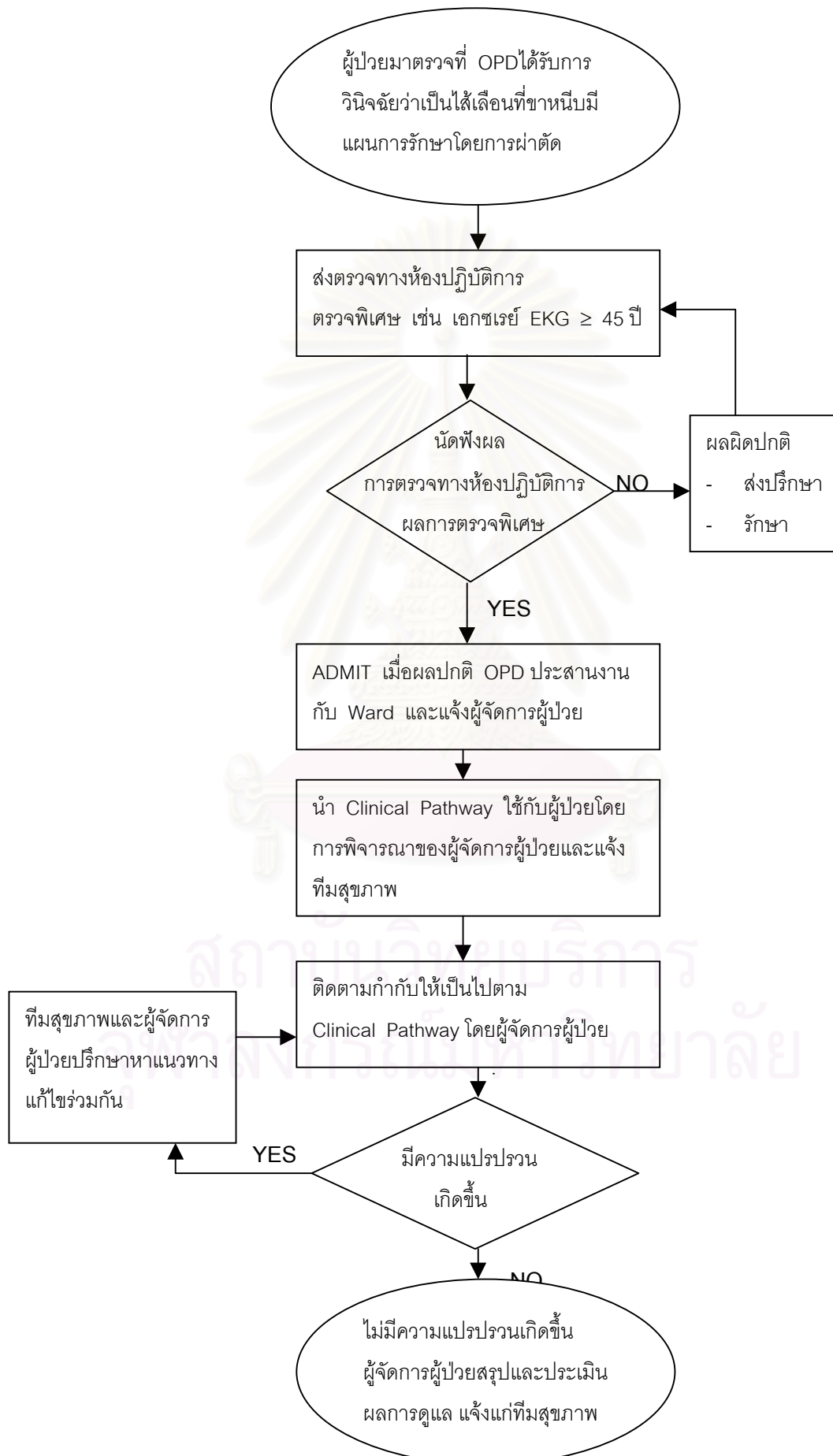
ความแปรปรวน (Variance) หมายถึง สิ่งต่างๆที่อาจเกิดขึ้นและแตกต่างไปจากสิ่งที่กำหนดไว้ใน Clinical Pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนดสาเหตุเกิดจาก

1. **พยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย** ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยปฏิเสธการจำหน่าย
2. **ระบบ** ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม เลื่อนการตรวจรักษาเนื่องจากผู้ใช้บริการมาก
3. **ผู้ปฏิบัติ** ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดไม่ครบถ้วน ทีมสุขภาพป่วย/ติดภารกิจ ทำให้ต้องเลื่อนการรักษา

ซึ่งถ้าหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้บันทึกลงในใบบันทึกความแปรปรวน และแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ เพื่อปรึกษาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบ
โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของทีมสุขภาพ



เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. เป็นพระภิกษุสามเณรอาพาธที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นใส่เลื้อนที่ขาหนีบ และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
2. ไม่จำกัดอายุ
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ
4. เป็นผู้ป่วยในการดูแลของศัลยแพทย์ที่เป็นทีมสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager)

1. เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และตัดสินใจนำแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ มาใช้กับผู้ป่วยและแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ
2. ประเมินปัญหาของผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
3. มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพดูแลให้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยและลงบันทึกในใบบันทึกแรกรับผู้ป่วย (Form A ตัวอย่างในภาคผนวก)
4. อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วย รวมถึงเตรียมแผนการจำหน่ายด้วย
5. มอบหมายงานตามแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพ
6. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นไปตามแผน
7. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน
8. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เป็นผู้บันทึกลงในใบบันทึกความแปรปรวน (Form B ตัวอย่างในภาคผนวก) และแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข
9. ให้การช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพเมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้น
10. ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและผลการดูแลตามแผนการดูแล
11. ติดตาม ควบคุมและประเมินการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
12. เป็นผู้นำการประชุมร่วมกันของทีมสุขภาพ เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น
13. สรุปผลการดูแลและประเมินผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์

1. ทำการตรวจ ประเมินอาการ วินิจฉัย
2. กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ โดยประสานกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. สั่งการ ให้การรักษา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)
4. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย
5. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของวิสัญญีแพทย์ / วิสัญญีพยาบาล

1. ประเมินสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ
2. ตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล
3. ให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับการผ่าตัดและสภาพร่างกายของผู้ป่วย
4. ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
5. ดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น
6. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมการช่วยเหลือล่วงหน้า
7. ประสานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) โดยผ่านทางผู้จัดการผู้ป่วย
8. ติดตามประเมินสภาพและอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
9. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกไอพีด

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย
2. ประเมินสภาพผู้ป่วย
3. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ และดำเนินการ เช่นส่งผู้ป่วยไปตรวจเลือด เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจในรายที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี
4. ให้ความรู้ ข้อมูล เกี่ยวกับโรคได้เลื่อนที่ขาหนีบ ในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา

และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นไข้เลือดที่ขาหนีบแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องคำแนะนำผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดที่ขาหนีบให้ผู้ป่วย

5. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม เมื่อแพทย์สั่ง Admit ผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้จัดการผู้ป่วยทราบ

6. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเทคนิคแผนกผู้ป่วยนอก

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ

2. ช่วยแพทย์ตรวจผู้ป่วย

3. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจพิเศษ การส่งปรึกษาแผนกอื่น การ Admit ผู้ป่วย โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร

4. ดูแลติดตามผลการตรวจพิเศษ การส่งปรึกษา แล้วนำผลรายงานแพทย์ โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร

5. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม

1. เมื่อผู้ป่วย Admit แจ้งให้ ผู้จัดการผู้ป่วยทราบ

2. มอบหมายงานแก่พยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาล ให้ซักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาลและบันทึกลงในแบบบันทึกแรกรับผู้ป่วย (Form A ตัวอย่างในภาคผนวก)

3. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์

4. รับมอบหมายงานจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

5. ให้การพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)

6. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ทีมสุขภาพที่อยู่ในหอผู้ป่วยและผู้จัดการผู้ป่วยทุกวัน

7. ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ

8. ประสานงานกับทีมสุขภาพ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

9. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข ให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

10. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายประเมินสภาพ มอบหมายงานให้พยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลแผล การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรม ยากลับบ้าน การมาตรวจตามนัดและบันทึกลงในแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย (Form C ตัวอย่างในภาคผนวก)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเทคนิค/ผู้ช่วยพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม

1. เมื่อผู้ป่วย Admit ชักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย และลงบันทึกในใบบันทึกอาการแรกรับผู้ป่วย (Form A ตัวอย่างในภาคผนวก)
2. รับมอบหมายงานจากพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร
3. ปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)
4. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ทีมสุขภาพ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายประเมินสภาพ ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่อง การดูแลแผล การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรม ยากลับบ้าน การมาตรวจตามนัดและบันทึกลงในแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย (Form C ตัวอย่างในภาคผนวก)
6. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลแผนกห้องผ่าตัด

1. ตรวจเยี่ยมประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา/ความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ลงในบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร การลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย รายงานการเตรียมผ่าตัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความรู้สึก
4. ประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการเตรียมและส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและการผ่าตัด
5. ตรวจสอบเพิ่มประวัติ เอกสารการผ่าตัดให้ถูกต้อง เช่น ใบยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ फिल्मเอ็กซเรย์ ผลการตรวจคลื่นหัวใจในรายที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี

6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย และลงรายละเอียดการผ่าตัดในบันทึกในห้องผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
7. ประสานงานกับผู้จัดการผู้ป่วย และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลของผู้ป่วย
8. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและลงบันทึกการเยี่ยมหลังผ่าตัดของห้องผ่าตัด
9. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (ในกรณีผู้ป่วยถูกส่งเข้าสังเกตอาการหลังผ่าตัด 1 วัน)

ข้อตกลงของแผนกศัลยกรรมในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกโดยการดมยา สลบ จะต้องเข้าสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 วัน ยกเว้น เฉพาะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเต็ม

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจสภาพแผลผ่าตัด
2. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัด เฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปัสสาวะไม่ออก มีไข้ มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดอาการปวดแผล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ (Early ambulation) โดยเร็ว
4. ให้กำลังใจและสนับสนุนการปรับตัวหลังผ่าตัด
5. ประสานงานและให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสุขภาพ
6. ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อย้ายผู้ป่วยกลับเมื่อครบกำหนด
7. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์

1. รับปรึกษาจากทีมสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม เช่น ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ไม่มีญาติมารับกลับไม่สามารถกลับเองได้ เป็นต้น
2. ชักประวัติผู้ป่วย ประเมินสภาพทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย
3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)
4. ประสานงาน ให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสุขภาพ

5. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

เครื่องมือในการสื่อสารของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ คือแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway)

แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นเอกสารย่อๆ เพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยใช้เวลาน้อยที่สุดในการอยู่โรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมต่างๆประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา
2. การประเมินสภาพผู้ป่วย การส่งปรึกษาหน่วยงานอื่น
3. การส่งตรวจต่างๆ
4. รายการยาต่างๆ
5. ชนิดของอาหาร
6. กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้
7. ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย
8. การวางแผนจำหน่าย หรือส่งหน่วยงานอื่น
9. การให้การช่วยเหลือในกรณีมีปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และการเงิน

ประโยชน์ของ Clinical Pathway

1. ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น เกิดความพึงพอใจในงาน ลดความซ้ำซ้อนในการดูแล
2. ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน การวางแผนมีระบบมากขึ้น
3. เป็นแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
4. ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง
5. เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยถึงแผนการรักษา และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ
6. เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตามกำกับ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพบริการ



ภาคผนวก

- แผนการดูแลผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์
- แบบบันทึกแรกรับผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์
- แบบบันทึกความแปรปรวนผู้ป่วยได้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์
- แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลสงฆ์

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดูแลผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์

	ก่อนอยู่โรงพยาบาล	วันที่ 1 = ก่อนผ่าตัด	วันที่ 2 = วันผ่าตัด	วันที่ 3 = หลังผ่าตัด 1 วัน	วันที่ 4 = หลังผ่าตัด 2 วัน	วันที่ 5 = หลังผ่าตัด 3 วัน	วันที่ 6 = หลังผ่าตัด 4 วัน
ผลที่คาดหวัง	ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด	- ผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด - ปลอดภัยปราศจากอาการแทรกซ้อน - ปวดแผลผ่าตัดน้อย/ไม่ปวดแผล	- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด - ปวดแผลผ่าตัดน้อย	ไม่ปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติ	- สภาพร่างกายเป็นปกติ - ผู้ป่วยพร้อมที่จะจำหน่ายกลับ
การประเมิน / การส่งปรึกษา	- ชักประวัติ - ตรวจร่างกาย - ปรึกษาแผนกที่เกี่ยวข้อง	- ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยแพทย์, พยาบาล, วิชาชีพ - ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด	- ประเมินสภาพโดยพยาบาลห้องผ่าตัด, วิชาชีพ - ตรวจสอบชื่อ นามสกุล ตลอดจนข้างที่เป็น hernia ให้ตรงกับแฟ้มประวัติ	ประเมิน - สัญญาณชีพ - แผลผ่าตัด - การปวดแผล โดยแพทย์, พยาบาล, วิชาชีพ	ประเมิน - แผลผ่าตัด - การปวดแผล โดยแพทย์, พยาบาล	ประเมิน - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - แผลผ่าตัด โดยแพทย์, พยาบาล	มีความพร้อมที่จะกลับได้ - เดินได้เอง - ไม่ปวดแผล - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้
การวิเคราะห์	- CBC, LFT, HIV - CXR - EKG \geq 45 YRS	- ตรวจสอบผลความพร้อมของ lab - ทำ lab ที่จำเป็นเพิ่มเติม	ตรวจ lab บางอย่างซ้ำถ้าจำเป็น	-	-	-	-
ยา / การรักษา	รับประทานยาที่จำเป็นต่อไปเหมือนเดิม เช่น ยาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิต	- เตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกโดยทีมวิชาชีพ - รับประทานยาเดิม เช่น ยาโรคเบาหวาน ยาโรคความดันโลหิต	- as needed in anesthesia - IV fluid หลังผ่าตัด 1,000-2,000 cc - ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดทาง IV/ oral	- ยาแก้ปวด - ยาเดิมที่รับประทานประจำ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิต	- ยาแก้ปวด - ยาเดิมที่รับประทานประจำ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิต	- ยาแก้ปวด - ยาเดิมที่รับประทานประจำ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิต	- ยาแก้ปวด - ยาเดิมที่รับประทานประจำ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิต

	ก่อนอยู่โรงพยาบาล	วันที่ 1 = ก่อนผ่าตัด	วันที่ 2 = วันผ่าตัด	วันที่ 3 = หลังผ่าตัด 1 วัน	วันที่ 4 = หลังผ่าตัด 2 วัน	วันที่ 5 = หลังผ่าตัด 3 วัน	วันที่ 6 = หลังผ่าตัด 4 วัน
อาหาร	ปกติ	- ปกติ - งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน	- งดน้ำและอาหาร 4-6 ชม. หลังผ่าตัด - อาหารอ่อน	อาหารปกติ	อาหารปกติ	อาหารปกติ	อาหารปกติ
กิจกรรม/ กายออกกำลังกาย	- ปฏิบัติกิจวัตรตามปกติ - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	- ปฏิบัติกิจวัตรตามปกติ - พักผ่อนให้เพียงพอ	- นอนราบ 6-8 ชม. หลังผ่าตัด - ถ้า Bladder full แล้วไม่ปัสสาวะให้สวนปัสสาวะทิ้ง	สามารถลุกนั่งและยืนได้	สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้	ออกกำลังกายเบาๆได้
การให้ความรู้/ ให้คำแนะนำ	- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบ - แนะนำการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด	- ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัด - SET ผ่าตัด - ทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด - SSE ก่อนนอน	ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เรื่อง - การไออย่างถูกวิธี - การลุกจากเตียง - การบรรเทาอาการปวดแผล	ให้คำแนะนำเรื่อง - การดูแลแผลผ่าตัด - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ให้คำแนะนำเรื่อง - การดูแลแผลผ่าตัด - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ให้คำแนะนำเรื่อง - การรับประทานอาหาร - การรับประทานยา - การออกกำลังกาย	ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เรื่อง - การดูแลแผล - พักผ่อน 15 วัน ไม่ควรเดินไกล - ห้ามยกของหนักเกิน 10 กิโลกรัม - มาตรวจตามนัด
ขั้นตอน/ แผนการจำหน่าย	ผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD	ผู้ป่วยเข้าอยู่โรงพยาบาล	- ผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด - ผู้ป่วยกลับจากผ่าตัด observe ที่ ICU ศัลยกรรม	ผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม	-	-	ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านอย่างปลอดภัย
การดูแลด้านอารมณ์, สังคม	- นัดวันเข้าอยู่โรงพยาบาล - เตรียมตัวอยู่โรงพยาบาล 5 วัน - มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ปริญญา สังคมสงเคราะห์	- ตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด - แนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ผ่าตัดแล้ว	พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้ลดความวิตกกังวลเรื่อง - ความปลอดภัยในการผ่าตัด - อาการปวดแผลหลังผ่าตัด	- ดูแลใกล้ชิดหลังผ่าตัด สังเกตอาการปวดแผล - พูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ฟื้นสภาพโดยเร็ว	พูดคุยให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	สอบถามผู้ป่วยถึงความพร้อม/ปัญหาในเรื่อง - ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กลับถ้ามีปัญหาปรึกษาสังคมสงเคราะห์ - ผู้ที่จะมารับกลับ - ผู้ที่จะดูแลหลังผ่าตัด	- ผู้ป่วยเดินทางกลับโดยปลอดภัย - กลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

คำชี้แจงเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์

วัตถุประสงค์ของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ

1. เป็นแนวทางในการให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกันของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ
3. เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการ ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบและประเมินคุณภาพในการให้บริการ ให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังและตามระยะเวลาที่กำหนด

แผนการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ

ความหมาย : เป็นเอกสารย่อๆ เพื่อแสดงกิจกรรมในช่วงต่างๆ ของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ ตั้งแต่วันวันแรกหรือก่อนแรกรับ จนผู้ป่วยจำหน่ายกลับ

ส่วนประกอบของแผนการดูแลผู้ป่วยใส่เลื้อนที่ขาหนีบ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ผลที่คาดหวัง หมายถึง สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลา ซึ่งกำหนดไว้เท่ากับจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล (Length of stay)

ส่วนที่ 2 กิจกรรมการดูแล เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในแต่ละช่วงเวลาหรือแต่ละวัน ตลอดเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

การประเมิน / การส่งปรึกษา เป็นแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับ จนวันจำหน่ายกลับ ซึ่งการประเมินจะขึ้นอยู่กับ มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ ว่าควรจะมีการประเมินอะไร และอย่างไรบ้าง ส่วนการส่งปรึกษา ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก็ให้ปฏิบัติได้ เช่น การส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรม ปรึกษาแผนกโรคหัวใจ เป็นต้น

การวิเคราะห์โรค เป็นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจพิเศษที่จำเป็นต่อการรักษา เช่น ส่งเจาะเลือด เอ็กซเรย์ เป็นต้น

ยา เป็นรายการยาที่ผู้ป่วยควรได้รับเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนได้ตามดุลยพินิจของแพทย์

อาหาร เป็นการระบุประเภทของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละวัน

กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ตลอดจนความปลอดภัยที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน

การให้ความรู้ / คำแนะนำ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในแต่ละวันในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล รวมถึงการดูแลสุขภาพด้วย

แผนการจำหน่าย เป็นกิจกรรมซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตั้งแต่วันที่แรกที่มาอยู่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและร่วมมือในการวางแผนด้วย

การดูแลด้านอารมณ์สังคม เป็นกิจกรรมซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาพทางจิตใจ อารมณ์ สังคมจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

แผนการดูแลผู้ป่วยใส่เล็อนที่ขาหนีบ จะใช้เมื่อ

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นใส่เล็อนที่ขาหนีบ และมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด
2. เป็นผู้ป่วยในการดูแลของแพทย์ที่เข้าร่วมในทีมสุขภาพ
3. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่มีผลต่อการผ่าตัด

ข้อปฏิบัติสำหรับทีมสุขภาพในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยใส่เล็อนที่ขาหนีบ

1. เมื่อผู้ป่วยเข้าอยู่โรงพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้พิจารณานำแผนนี้ใช้กับผู้ป่วย
2. แผนนี้จะใช้ในการสื่อสารของทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม แผนนี้จะแขวนไว้ที่ปลายเตียงผู้ป่วย และใช้ในการส่งเวรของทีมสุขภาพด้วย
3. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนในแต่ละวัน
4. หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามแผน ผู้จัดการผู้ป่วยจะลงบันทึกในใบบันทึกความแปรปรวน และปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข
5. หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จนไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนได้ ผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณางดใช้แผนและแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ
6. เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้สรุปและรวบรวมแผนการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาประเมินผลร่วมกับทีมสุขภาพ

ข้อควรปฏิบัติสำหรับทีมสุขภาพ

กิจกรรมต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้น ทีมสุขภาพควรจะปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของวิชาชีพ และคู่มือในการปฏิบัติงาน เช่น มาตรฐานการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง เป็นต้น

Form A

แบบบันทึกแรกรับผู้ป่วย โรงพยาบาลสงฆ์

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
ที่อยู่.....ถึง Ward เวลา.....น. วันที่.....
มาโรงพยาบาลโดย () มาเอง () ญาตินำส่ง () อื่นๆ..... โดย () เปลนอน () รถนั่ง () เดินมาเอง
ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล..... อาการแรกรับ.....การวินิจฉัยโรค..... สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย.....องศา หัวใจเต้น.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mm/Hg ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....
การประเมินสภาพผู้ป่วย 1. ระดับความรู้สึกตัว <input type="radio"/> รู้สึกตัวดี <input type="radio"/> สับสน <input type="radio"/> ซึม <input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว 2. การหายใจ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ..... 3. พฤติกรรมเสี่ยง <input type="radio"/> สูบบุหรี่ <input type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่ <input type="radio"/> แพ้อาหาร , แพ้ยา ชนิด..... <input type="radio"/> ไม่แพ้ 4. ปัญหาในการรับประทานอาหาร <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ (ท้องอืด คลื่นไส้ กลืนลำบาก) 5. การขับถ่าย ปัสสาวะ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....อุจจาระ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ..... 6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ต้องพึ่งผู้อื่น ระบุ..... 7. การพักผ่อนนอนหลับ ปกตินอนหลับ.....ชม./วัน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ เพราะ..... 8. การติดต่อสื่อสาร : หู <input type="radio"/> ได้ยินชัดเจน <input type="radio"/> ได้ยินไม่ชัดเจน ตา <input type="radio"/> เห็นชัดเจน <input type="radio"/> เห็นชัดเจน การพูด <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ..... 9. การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ..... 10. การแสดงออกทางด้านอารมณ์ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ..... 11. สิ่งที่วิตกกังวล <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ระบุ
กิจกรรมการพยาบาลเมื่อแรกรับ (ทำเครื่องหมาย / ลงในวงเล็บเมื่อได้ปฏิบัติ) () Check V/S () ตรวจร่างกาย () ประเมินเทศผู้ป่วยแรกรับ () อื่น ๆ (ระบุ)..... ลงชื่อ / ตำแหน่ง..... วันที่.....เวลา.....น.

ใบบันทึกความแปรปรวน ในผู้ป่วยใส่เส้นที่ขาหนีบ

FORM B

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....หอผู้ป่วย.....

สาเหตุ	วันที่	ความแปรปรวน	วิธีแก้ไข	วันที่แก้ไขสำเร็จ	ลงชื่อ
ผู้ป่วย					
ระบบงาน					
บุคลากร					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Form C

แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลสงฆ์

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN.....AN.....

การวินิจฉัยโรค.....การผ่าตัด.....

วันที่ผ่าตัด.....แพทย์.....หอผู้ป่วย.....

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน () เมื่อผลการประเมินตรงกับผลการดูแลก่อนจำหน่าย

กรุณาทำเครื่องหมาย x ลงใน () เมื่อผลการประเมินไม่ตรงกับผลการดูแลก่อนจำหน่าย

หัวข้อ	กิจกรรมการดูแล	ผลการดูแลก่อนจำหน่าย
Assessments / Consult	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรู้สึกรู้ตัว - สัญญาณชีพ - ลักษณะของแผลผ่าตัด - ภาวะแทรกซ้อน - ลักษณะการควบคุมการขับถ่าย - ภาวะโภชนาการ - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - พฤติกรรมการปรับตัว - ความวิตกกังวล/ เครียด - ความพร้อมของผู้ป่วย - ความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> () ทำตามคำสั่งได้/รับรู้ วันเวลา สถานที่ และบุคคล () อยู่ในเกณฑ์ปกติ () แผลแห้ง ไม่มี Discharge ไม่ปวดแผล () ไม่มีไข้/ไม่ติดเชื้อ/ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน () ถ่ายปัสสาวะได้เอง ลักษณะปกติ () ไม่ซีด / ไม่อ่อนเพลีย () ช่วยเหลือตัวเองได้ดี () ไม่ซึมเศร้า/ไม่ก้าวร้าว/ไม่แยกตัว () สีหน้าสดชื่น / บอกว่า “ ไม่กังวล “ () ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย () ผู้ป่วยบอกได้ถูกต้อง เกี่ยวกับ
Medication	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำ Home Medication - แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> () การให้ยา () การดูแลแผลผ่าตัด
Wound care	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> () การรับประทานอาหาร
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 	<ul style="list-style-type: none"> () การออกกำลังกาย / การทำงาน
Activity	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงาน / การออกกำลังกาย 	<ul style="list-style-type: none"> () อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ () การมาตรวจตามนัด () อื่นๆ

จำหน่ายวันที่..... เวลา.....น. โดย () รถนอน () รถนั่ง () เดินกลับบ้าน

นัดผู้ป่วยพบแพทย์.....วันที่.....เวลา.....

ประเภทของการจำหน่าย () แพทย์อนุญาต () ไม่สมัครใจอยู่ () หนีกลับ () อื่นๆ.....

สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับก่อนกลับบ้าน () ยา () ใบนัด () ใบรับรองแพทย์ () อื่นๆ

.ลงชื่อ /ตำแหน่งผู้จำหน่าย.....

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)
และการทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หลักการและเหตุผล

จากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการจัดบริการ รูปแบบการจัดการด้านการเงิน การคลัง เช่น การนำระบบ DRG (Diagnosis Related Group) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือการใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายโรงพยาบาลพยายามจะจัดการกับระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของ Patient Care Team โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่พระภิกษุสามเณรอาพาธโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ประกอบกับปัจจุบันค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่มีเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพทันสมัย มีราคาแพงขึ้นทำให้งบประมาณในบางปีที่ได้รับ รวมถึงเงินบริจาคของผู้มีจิตศรัทธาที่จะอุปฐากพระภิกษุอาพาธลดน้อยลงและไม่แน่นอน จึงไม่เพียงพอกับรายจ่าย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องค้นหาแบบบริหารจัดการ ในเรื่องที่จะควบคุมและกำกับดูแลให้การรักษามีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่าย สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า รูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่น่าสนใจในปัจจุบันคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ซึ่งสามารถช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ที่ใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสุขภาพเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการ/ปัญหาของผู้ป่วย ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดระบบนี้ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน เกิดการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง .

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) ของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และสามารถทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพได้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.พนิดา ดามาพงษ์ และ ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์

ที่ปรึกษาโครงการ

นพ.สิทธิชัย ปรีญาพิพัฒน์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสงฆ์
นางสิริพร เศวตาสัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลาของโครงการ

2 วัน คือวันที่ 25 มกราคม 2544 และ วันที่ 26 มกราคม 2544

ผู้ร่วมโครงการ

วิทยากรจาก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
จำนวน 2 คน

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล
พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ จากโรงพยาบาลสงฆ์
จำนวน 30 คน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ที่สนใจเข้าร่วมฟัง

สถานที่

ห้องประชุมอาคารมูลนิธิชั้น 2 โรงพยาบาลสงฆ์

งบประมาณ

ค่าวิทยากร 3 ชั่วโมง	900	บาท
ค่าเอกสารประกอบการบรรยาย	200	บาท
อื่นๆ	300	บาท
รวม	1,400	บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาล
2. พัฒนาบุคลากรในเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและการทำแผนการดูแลผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. เกิดความพึงพอใจในงานบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ กับผู้ป่วย และการประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำหนดการอบรมเรื่อง
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และ การทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ
ณ ห้องประชุมอาคารมูลนิธิชั้น 2 โรงพยาบาลสงฆ์
วันที่ 25-26 มกราคม 2544

วันที่ 25 มกราคม 2544

- 13.00 น. พิธีเปิด
 โดย ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสงฆ์
- 13.10-13.20 น. แนะนำโครงการอบรม
 โดย นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย (ผู้วิจัย)
- 13.20-14.30 น. บรรยายเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี
 โดย ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์
- 14.30-16.00 น. บรรยายเรื่อง การทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ
 โดย นพ.วิรุณ บุญนุช

วันที่ 26 มกราคม 2544

- 13.00 –16.00 น. ประชุมกลุ่มปฏิบัติการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ
 โดย นพ.สิทธิชัย ปรัชญาพิพัฒน์ และ นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)
ผู้สอน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผศ.นพ.วิรุณ บุญนุช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2. ดร. ยวดี เกตสัมพันธ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ผู้เรียน	ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์
ระยะเวลา	2 วัน
สถานที่	ห้องประชุมอเนกประสงค์ อาคารมูลนิธิ โรงพยาบาลสงฆ์
จุดประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมกับหน่วยงาน 2. ร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพได้
วิธีการสอน	<ol style="list-style-type: none"> 1. บรรยายร่วมกับอภิปราย 2. การฝึกปฏิบัติ
สื่อการสอน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แผ่นใส 2. เอกสารความรู้ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 3. ตัวอย่าง Clinical pathway , ใบบันทึกความแปรปรวน

แผนการสอนทีมสุขภาพ เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
<p>เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ทีมสุขภาพสามารถ</p> <p>1. บอกแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้ถูกต้อง</p>	<p>แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการประสานความร่วมมือกันของทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของงาน ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้</p>	<p>อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p>	<p>- แผ่นใส - เอกสารประกอบเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p>	<p>สังเกตจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจ - การซักถาม - อภิปรายร่วมกับผู้สอน
<p>2. บอกองค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ถูกต้อง</p>	<p>องค์ประกอบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มี 3 ประการคือ</p> <p>1. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ หมายถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีการกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่</p>	<p>อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p>	<p>- แผ่นใส - เอกสารประกอบเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p>	<p>สังเกตจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจ - การซักถาม - อภิปรายร่วม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
<p>3. บอกขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ถูกต้อง</p>	<p>ความรับผิดชอบตามแผนที่กำหนดร่วมกัน</p> <p>2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย</p> <p>3. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่ประสานการดูแลของทีมสุขภาพ ให้เป็นไปตามแผนและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p> <p>1. ต้องพิจารณาถึงข้อมูลพื้นฐานขององค์กร ในการนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ เช่นความพร้อมขององค์กร บุคลากร</p> <p>2. ให้ความรู้ทีมสุขภาพเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p> <p>3. วางแผนจัดทำ Clinical pathway</p> <p>4. จัดตั้งทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ประสานการดูแลของทีม โดยผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแล</p> <p>5. นำแผนการดูแล ลงใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ยกตัวอย่างประกอบ</p>	<p>สื่อการสอน</p> <p>แผ่นใส - เอกสารประกอบเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p>	<p>กับผู้สอน</p> <p>สังเกตจาก</p> <p>- ความสนใจ - การชักถาม อภิปรายร่วม</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
<p>4. บอกรับทบทวนหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วย และทีมสุขภาพได้ถูกต้อง</p>	<p>6. ติดตามกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ทีมสุขภาพต้องร่วมกันวางแผนแก้ไข</p> <p>7. ประเมินผลการดูแล</p> <p>บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2. ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวม 3. ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลของทีมสุขภาพ 4. ประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง 5. อธิบายถึงแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 6. เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือสนับสนุนแก่ทีมสุขภาพ 7. เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ 8. ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน 9. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย <p>บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ</p> <p>ทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 	<p>อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ยกตัวอย่างประกอบ</p>	<p>แผ่นใส - เอกสารประกอบเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี</p>	<p>สังเกตจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจ - การชักถามอภิปรายร่วม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
<p>5. บอกถึงเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ถูกต้อง</p> <p>6. บอกถึงขั้นตอนการทำ Clinical pathway ได้ถูกต้อง และสามารถทำ Clinical pathway ได้สำเร็จ</p>	<p>4. ให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามแผนการดูแล</p> <p>5. ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและประสานงานกับทีมสุขภาพ</p> <p>6. ร่วมประชุมปรึกษาในกรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้นทำให้ไม่เป็นไปตามแผนทีมช่วยกันปรับปรุงแผนการดูแล</p> <p>เครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแผนที่ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนการทำ Clinical pathway</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะจัดทำ Clinical pathway 2. จัดตั้งทีมสุขภาพที่จะจัดทำ Clinical pathway 3. กำหนดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย กิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น 4. สรุปลงเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา แก้ไขจนเป็นที่ยอมรับของทีมว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในองค์กร <p>ประเด็นเนื้อหาใน Clinical pathway ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การตรวจร่างกาย</p>	<p>อธิบาย ชักถาม</p> <p>แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดลองให้ปฏิบัติจริง</p>	<p>- แผ่นใส</p> <p>- เอกสารตัวอักษร</p> <p>อย่างการทำ Clinical pathway</p>	<p>สังเกตจาก</p> <p>ความสนใจ</p> <p>การมีส่วนร่วม</p> <p>อภิปราย ชักถาม</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
7. บอกประโยชน์ของการทำ Clinical pathway ได้ถูกต้อง	<p>การส่งปรึกษา การส่งตรวจต่างๆ รายการยาต่างๆ ชนิดของอาหาร กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย</p> <p>5. การทบทวน Clinical pathway เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังจะเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ประโยชน์ของการทำ Clinical pathway</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ เพื่อให้รับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้การประสานงานดีขึ้น ลดการซ้ำซ้อนของงาน 2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่จะวางแผนไว้ตลอดการรักษา ทำให้การรักษามีระบบมากขึ้น 3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด 4. ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง 5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 6. คาดเดาส่งที่จะเกิดขึ้นได้ เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้ 7. เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ประเมินและพัฒนาคุณภาพ 	อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์	- แผ่นใส เอกสาร เรื่อง ประโยชน์ของการทำ Clinical pathway	สังเกตจาก ความสนใจ การมีส่วนร่วม อภิปราย ชักถาม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการสอน	สื่อการสอน	การประเมิน
8. บอกความหมายของ ความแปรปรวนและสาเหตุของความแปรปรวนได้	<p>ความแปรปรวน (Variance)</p> <p>หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแตกต่างไปจากสิ่งที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าที่กำหนด สาเหตุจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยปฏิเสธการจำหน่าย 2. ระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม เลื่อนการตรวจรักษา เนื่องจากผู้ใช้บริการมาก 3. ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาหรือผ่าตัด ไม่ครบถ้วน ทีมสุขภาพป่วย หรือติดภาระกิจทำให้ต้องเลื่อนการรักษา <p>ควรจะต้องมีแบบฟอร์มบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้นเก็บไว้ใน chart ผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นคนบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น</p>	อธิบาย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยกตัวอย่างประกอบ	- แผ่นใส เอกสาร เรื่อง ความแปรปรวน - ตัวอย่างใบบันทึกความแปรปรวน	สังเกตจาก ความสนใจ การมีส่วนร่วม อภิปราย ชักถาม

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. วิชาชีพของท่านคือ

- () แพทย์
 () พยาบาลวิชาชีพ
 () พยาบาลเทคนิค
 () ผู้ช่วยพยาบาล
 () นักสังคมสงเคราะห์

2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี

3. เพศ () ชาย () หญิง

4. การศึกษาสูงสุดของท่าน

- () ต่ำปริญญาตรี
 () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 () ปริญญาโท

5. ประสบการณ์การทำงาน

- () 1 – 5 ปี
 () 6 – 10 ปี
 () 11 ปีขึ้นไป

6. ปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

- () เคย
 () ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ/หรือตรงกับความคิดของท่าน โปรดพิจารณาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติและ/หรือตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติและ/หรือตรงกับความคิดของท่านมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติและ/หรือตรงกับความคิดของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติและ/หรือตรงกับความคิดของท่านน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติและ/หรือตรงกับความคิดของท่านน้อยที่สุดหรือไม่ตรงเลย

ตัวอย่าง ลักษณะการเลือกตอบ

ข้อที่	ข้อความ	5	4	3	2	1
1.	ท่านมีการวางแผนก่อนการทำงานทุกครั้ง					

หมายความว่า ข้อความนี้ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดนี้มี 30 ข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	5	4	3	2	1
1.	ท่านและทีมสุขภาพมีการวางแผนร่วมกันในการทำงานเป็นทีม.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	ท่านและทีมสุขภาพเข้าใจเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการทำงานอย่างชัดเจน.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.	มีการแบ่งงานกันอย่างทั่วถึง ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างเต็มที่.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีความเข้าใจถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนของงานที่ทำ.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกันในบทบาทและหน้าที่ของตนเองและผู้ร่วมทีมงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.	ท่านและทีมสุขภาพสามารถติดต่อสื่อสารเรื่องเกี่ยวกับการทำงานอย่างตรงไปตรงมาได้.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.	ท่านและสมาชิกในทีมสุขภาพรับฟังความคิดเห็นในการทำงานของกันและกันเป็นอย่างดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
8.	สมาชิกภายในทีมงานนำความขัดแย้งมาพูดคุยอย่างเปิดเผยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
9.	สมาชิกในทีมงานมีระบบการสื่อสารในการทำงานเป็นอย่างดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
10.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ.....	.....	.....	.....	.....	.....
11.	สมาชิกแต่ละคนให้ความร่วมมือในการทำงานของทีมเป็นอย่างดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
12.	สมาชิกภายในทีมงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
13.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของทีม.....	.....	.....	.....	.....	.....
14.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีความตั้งใจทำงานอย่างจริงจังเพื่อให้ผลงานออกมาดี.....	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อที่	ข้อความ	5	4	3	2	1
15.	สมาชิกในทีมสุขภาพมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน....	.....	.....	.....	.....	.....
16.	การทำงานของทีมสุขภาพมีความยืดหยุ่น.....	.....	.....	.....	.....	.....
17.	สมาชิกในทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจในการทำงานได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย...	.....	.....	.....	.....	.....
18.	สมาชิกในทีมสุขภาพยอมรับกฎเกณฑ์ต่างๆของทีม...	.....	.....	.....	.....	.....
19.	ท่านและสมาชิกทีมสุขภาพสามารถแสดงความรู้ความสามารถในการทำงานได้อย่างเต็มที่.....	.....	.....	.....	.....	.....
20.	การยอมรับฟังความคิดเห็นตามหลักการและเหตุผลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีม.....	.....	.....	.....	.....	.....
21.	การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
22.	ท่านมีโอกาสได้รับการอบรม ประชุม สัมมนา ฟังบรรยายทางวิชาการ เพื่อพัฒนาการทำงาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง.....	.....	.....	.....	.....	.....
23.	ท่านได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนทักษะการทำงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ.....	.....	.....	.....	.....	.....
24.	เมื่อมีการนำวิทยาการใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน ท่านเอาใจใส่ที่จะเรียนรู้ในสิ่งนั้นอยู่เสมอ.....	.....	.....	.....	.....	.....
25.	ท่านช่วยสอดแทรกความรู้ใหม่ๆ เมื่อมีการอภิปรายปัญหาในการทำงานแก่ทีมงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
26.	ท่านมีการประเมินผลการทำงานของท่านหลังจากงานเสร็จสิ้นทุกครั้ง.....	.....	.....	.....	.....	.....
27.	ทีมสุขภาพมีการประเมินผลการทำงานร่วมกันเพื่อหาแนวทางปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ.....	.....	.....	.....	.....	.....
28.	ท่านคิดว่าการประชุมเพื่อประเมินผลการทำงานร่วมกันเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนางาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
29.	ท่านเข้าร่วมประชุมในหน่วยงานสม่ำเสมอ.....	.....	.....	.....	.....	.....
30.	เมื่อเกิดปัญหาในการทำงานท่านพยายามแก้ปัญหาโดยไม่ย่อท้อ.....	.....	.....	.....	.....	.....



ภาคผนวก ง

- แบบบันทึกสรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหมวดต่างๆ โดยจำแนกเป็นรายคู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกสรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยไข้เลือดที่ขาหนีบ โรงพยาบาลสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง ย้อนหลัง ปัจจุบัน

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....หอผู้ป่วย.....				
วันที่รับ.....เวลา.....จำหน่ายวันที่.....เวลา.....รวมเวลา.....วัน				
แพทย์ผู้รักษา.....การวินิจฉัยโรค.....การผ่าตัด.....				
เหตุที่กลับ <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> หนักกลับ <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> Refer to..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ....				
ลำดับ	รายการค่ารักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	รวมเงิน	หมายเหตุ
1	ค่าเตียง วันละ.....บาท รวม.....วัน ค่าเตียง ICU วันละ .....บาท รวม.....วัน ค่าอาหาร วันละ.....บาท รวม.....วัน รวมค่าห้องและค่าอาหาร	.....	.....	.....
2	ค่าผ่าตัด..... ค่าดมยา.....	.....	.....	.....
3	ค่าอุปกรณ์และค่าบำบัดรักษาพยาบาล 3.1 ค่าเตรียมผ่าตัด..... 3.2 ค่าทำแผล..... 3.3 ค่าเจาะ/ส่วนต่าง..... 3.4 ค่าบริการทางการแพทย์..... 3.5 ค่าบริการผู้ป่วยใน..... 3.6 อื่น ๆ.....	.....	.....	.....
4	ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค 4.1 ค่าเอ็กซ์เรย์ (ระบุ)..... 4.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab)..... 4.3 ค่าตรวจพิเศษ - ตรวจคลื่นหัวใจ..... - อื่น ๆ (ระบุ).....	.....	.....	.....
5	ค่าเลือด..... ค่าส่วนประกอบเลือด.....	.....	.....	.....
6	ค่ายาทั้งหมด.....	.....	.....	.....
7	รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด (1+2+3+4+5+6).....	.....	.....	.....
ลงชื่อ.....		ผู้รวบรวม ใบสรุปค่ารักษาเลขที่.....		

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหมวดต่างๆโดยจำแนกเป็นรายคู่

ค่าใช้จ่าย	คู่ที่ 1		คู่ที่ 2		คู่ที่ 3		คู่ที่ 4		คู่ที่ 5		คู่ที่ 6		คู่ที่ 7		คู่ที่ 8		คู่ที่ 9		คู่ที่ 10		
	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	
หมวดที่ 1																					
ค่าเตียง 50 บาท/วัน ICU 500	1,150	850	1,050	800	1,350	800	700	750	350	200	500	350	1,650	850	400	300	400	250	1200	625	
ค่าอาหาร 25บาท/วัน	350	200	300	150	225	175	350	150	175	100	250	175	375	200	200	150	200	125	375	125	
หมวดที่ 2																					
ค่าผ่าตัด 6000 บาท/ครั้ง	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
ค่าดมยาสลบ	2,200	2,280	3,180	2,465	3,270	2,475	2,260	1,996	2,805	2,720	3,100	2,230	2,550	2,290	-	-	-	-	2,620	2,115	
หมวดที่ 3																					
ค่าเตรียมผ่าตัด 100บาท/ครั้ง	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ค่าทำแผล 20 บาท/ครั้ง	140	20	200	40	120	20	140	20	100	20	100	20	200	20	100	20	100	20	40	20	
ค่าเจาะส่วนต่างๆ 20 บาท/ครั้ง	40	20	20	20	40	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	20	40	40	40	20	
ค่าบริการทางการแพทย์	1,860	310	100	480	980	940	400	860	180	200	280	100	600	200	500	440	2130	400	1080	400	
ค่าบริการผู้ป่วยใน 20 บาท/วัน	280	160	220	120	180	140	280	120	140	80	200	140	300	160	160	120	160	100	300	100	
หมวดที่ 4																					
ค่าเอกซเรย์ 150 บาท/ครั้ง	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
ค่าตรวจวิเคราะห์โรค	1,640	700	1,625	1,140	1,300	1,340	1,300	1,320	800	840	1,840	880	1,860	900	300	800	940	350	1,360	300	
ค่าตรวจคลื่นหัวใจ150บาท/ครั้ง	600	300	150	150	150	300	150	150	-	-	-	-	150	150	-	150	300	150	-	-	
หมวดที่ 5																					
ค่า IV Fluid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	
หมวดที่ 6																					
ค่ายา	1,900	150	1,250	272	570	260	220	260	46	28	308	168	1718	890	137	151	578	135	208	108	
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	16,410	11,240	14,345	12,247	14,435	12,800	12,070	11,896	10,866	10,458	12,848	10,333	15,693	11,930	8,067	7,751	11,098	7,820	13,553	10,143	

C (control) = ผู้ป่วยที่ใช้การดูแลแบบปกติ

E (Experiment) = ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 12 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหมวดต่างๆโดยจำแนกเป็นรายคู่

ค่าใช้จ่าย	คู่ที่ 11		คู่ที่ 12		คู่ที่ 13		คู่ที่ 14		คู่ที่ 15		คู่ที่ 16		คู่ที่ 17		คู่ที่ 18		คู่ที่ 19		คู่ที่ 20		
	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C	E	
หมวดที่ 1																					
ค่าเตียง 50 บาท/วัน ICU 500	750	250	550	400	450	400	600	400	800	300	950	200	1,150	650	1,450	1,150	650	700	1,250	700	
ค่าอาหาร 25 บาท/วัน	375	125	275	200	225	200	300	200	175	150	225	100	325	100	225	350	325	125	400	150	
หมวดที่ 2																					
ค่าผ่าตัด 6000 บาท/ครั้ง	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	
ค่าดมยาสลบ	-	-	-	-	-	-	-	-	3760	3,630	3,910	2,780	4,650	2,750	6,650	3,075	3,140	4,490	4,755	4,410	
หมวดที่ 3																					
ค่าเตรียมผ่าตัด 100 บาท/ครั้ง	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
ค่าทำแผล 20 บาท/ครั้ง	40	60	100	20	100	20	100	20	20	20	20	20	20	20	100	20	100	40	100	60	
ค่าเจาะส่วนต่างๆ 20 บาท/ครั้ง	20	20	40	20	40	20	40	20	40	20	40	20	40	20	40	20	40	20	40	20	
ค่าบริการทางการแพทย์	-	220	50	100	300	100	1,120	100	940	380	970	160	1,015	100	2,200	320	400	300	800	200	
ค่าบริการผู้ป่วยใน 20 บาท/ครั้ง	300	100	220	160	180	160	240	160	140	120	180	80	260	80	180	280	260	100	320	120	
หมวดที่ 4																					
ค่าเอกซเรย์ 150 บาท/ครั้ง	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	300	150	
ค่าตรวจวิเคราะห์โรค	100	420	690	930	1,600	700	900	100	359	384	1,500	300	420	100	1,160	100	900	960	1,800	120	
ค่าตรวจคลื่นหัวใจ 150 บาท/ครั้ง	150	150	-	-	150	150	150	150	-	-	150	-	150	150	150	150	150	150	300	150	
หมวดที่ 5																					
ค่า IV Fluid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	-	80	-	375	-	160	80	80	80	
หมวดที่ 6																					
ค่ายา	65	123	670	1,719	675	954	1,268	160	540	360	74	89	950	154	1,198	409	1,064	120	890	180	
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	8,050	7,718	8,845	9,799	9,970	8,954	10,968	7,560	13,024	11,534	14,429	9,919	15,300	10,374	20,078	12,084	13,439	13,335	16,835	12,440	

C (control) = ผู้ป่วยที่ใช้การดูแลแบบปกติ

E (Experiment) = ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2504 ที่จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เมื่อปี พ.ศ. 2526 และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ เมื่อปี พ.ศ. 2532 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงฆ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย