

ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาท
ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ



พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0981-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING CASE MANAGER DEVELOPMENT PROGRAM
ON CASE MANAGER ROLE PERFORMANCE
OF PROFESSIONAL NURSES



Colonel Anchan Paiboon

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2002
ISBN 974-17-0981-1

อัญชัญ ไพบูลย์ : พันเอกหญิง : ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ต่อ การแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ของพยาบาลวิชาชีพ. (THE EFFECT OF USING CASE MANAGER DEVELOPMENT PROGRAM ON CASE MANAGER ROLE PERFORMANCE OF PROFESSIONAL NURSES) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D182 หน้า.ISBN 974-71-0981-1.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในลักษณะการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองทันที มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี และเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน ปฏิบัติงานโรงพยาบาล อานันท์มหิดล กรมแพทย์ทหารบก เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีและคู่มือผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี และ แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งสองฉบับ มีค่าเท่ากับ .75 และ .95. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทางผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม,อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2545..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4277839336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD : CASE MANAGER DEVELOPMENT PROGRAM/ ROLE PERFORMANCE/
CASE MANAGER

ANCHAN PAIBOON, COLONEL : THE EFFECT OF USING CASE
MANAGER DEVELOPMENT PROGRAM ON CASE MANAGER ROLE
PERFORMANCE OF PROFESSIONAL NURSES. THESIS ADVISOR :
ASSOE. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D.182 pp. ISBN 974-17-0981-1.

The purposes of this one group pretest – posttest design were to compare case manager role performance regarding decision making of professional nurses before and after their participation in the case manager development program, and to compare the case manager role performance regarding role practice of professional nurses on the 1st and 3rd weeks after participation in the program. Research samples were 19 professional nurses working in Anandamahidol hospital, Royal Thai Army Medical Department. The research instruments that were developed by the researcher, were the case manager development program, the case management manual, a test of case manager role performance regarding the decision making ability, and the case management role performance practice scale. All instruments were tested for content validity by a group of experts. The reliability of the test and the scale were .75 and .95. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation, and t-test.

Major results of the study were as followed:

1. Case manager role performance regarding the decision making ability of professional nurses after their participation in case manager development program was significantly higher than before their participation , at the .05 level.
2. There was no difference between the case management role performance practice score of professional nurses after their participation in case manager development program for one week and three weeks.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Administration... Student's Signature.....
Academic year.....2002..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ แนวทาง ข้อคิดเห็น และแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่และความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้กำลังใจอย่างมากทำให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น อดทนและมีความพยายามมาถึงความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้งานวิทยานิพนธ์สมบูรณ์และถูกต้องยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมกลุ่มสนทนา เป็นวิทยากร และตรวจแก้ไขเครื่องมือในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ พลตรีชายชาญ ตาตะนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดล ที่อนุเคราะห์สถานที่ทำการทดลองและสนับสนุนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทุกด้าน ขอขอบคุณพันโทหญิง เบญญาพร ศรีหิรัญ พันโทหญิง ศิวไล บุษราคัม พันโทหญิง สิริกุล ธรรมสุนทร และพันตรีหญิง อูษา ฤทธิ์ประเสริฐ ผู้ช่วยวิจัยที่เปี่ยมด้วยคุณภาพและความรับผิดชอบสูง ทำให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความราบรื่น ขอขอบคุณพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการทำวิจัยด้วยความเต็มใจยิ่ง ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลทีมสุขภาพทุกสาขาและผู้ป่วยที่มีส่วนในความสำเร็จของการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อนที่ให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือและกำลังใจตลอดเวลา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้ความห่วงใยและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ขอขอบคุณพันเอกหญิง อัญชลี ฤกษ์งาม น้องสาวที่ช่วยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการทำวิจัยให้ลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณพลตรี สวง ไพบุลย์ ผู้ใกล้ชิดที่คอยให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาและให้ความห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณบุตรสาวทั้งสอง นางสาวปานชีวัน และนางสาว อัญสุดา ไพบุลย์ ที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา จึงทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในครั้งนี้

พันเอกหญิง อัญชลี ไพบุลย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1	บทนำ.....1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....7
	แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....7
	ขอบเขตของการวิจัย.....8
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....12
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....13
	ระบบบริการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ.....14
	การพัฒนาบุคลากร.....21
	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....27
	บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี.....42
	การแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี.....59
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....78
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....83
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....84
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....85
	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....101
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....114

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ)		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	126
	สรุปผลการวิจัย.....	129
	อภิปรายผลการวิจัย.....	130
	ข้อเสนอแนะ.....	137
	รายการอ้างอิง.....	139
	ภาคผนวก.....	148
	ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	149
	ภาคผนวก ข. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	157
	ภาคผนวก ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	161
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	182

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	94
โครงสร้างของข้อคำถามในแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ ในบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี จำแนกตามความสามารถในการ ตัดสินใจของผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี แต่ละบทบาท และแต่ละขั้นตอน ของการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์.....	
2	96
เวลาเฉลี่ยที่ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ในการทำแบบวัดความสามารถในการ ตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี และเวลาที่ปรับแล้ว.....	
3	97
น้ำหนักคะแนนของแบบวัดอัตรานัยประยุทธ์ วัดความสามารถในการ ตัดสินใจ ในบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี.....	
4	118
จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการ ได้รับการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี.....	
5	119
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t จากการทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยด้านความสามารถ ในบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี ในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ บทบาทตัวแทนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี.....	
6	120
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t จากการทดสอบความ ต่างของค่าเฉลี่ย ในกระบวนการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี.....	
7	121
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t จากการทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 และระยะหลังติดตามประเมินผล ภายหลัง 3 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2).....	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความรู้ความต้องการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ แต่การให้บริการในปัจจุบันผู้รับบริการยังได้รับการบริการที่ล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ต้องอยู่ในโรงพยาบาลด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากขาดการวางแผนการรักษาพยาบาลที่ดี การให้การพยาบาลไม่ครอบคลุม มุ่งเน้นให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ละเลยในเรื่องการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ผู้รับบริการไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ไม่มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะใช้เวลานาน ผู้ป่วยได้รับการสอนแนะนำด้านสุขภาพในการดูแลตนเองไม่ครอบคลุม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทั้งผู้รับบริการและการย้ายภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ผู้รับบริการบางรายมีระยะเวลานานในโรงพยาบาลนาน และไม่สามารถส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลที่อื่นได้ เนื่องจากไม่มีเครือข่ายงานเหมาะสมที่จะให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลตามลักษณะอาการได้ การดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายมากนัก ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่ารายได้ ดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มเฉลี่ยเท่ากับ 11.9 ต่อปี ในระหว่างปี พ.ศ.2521-2535 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร (Gross Domestic Product GDP per capita) คิดเป็น 5.9% ของ GDP ในปี พ.ศ.2535 และประมาณว่าเพิ่มถึง 8.1% ของ GDP ในปี พ.ศ.2543 ทำให้เกิดความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพด้วยในเวลาเดียวกัน (อารีวัลย์เสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และนฤมล ศิลารักษ์, 2543)

องค์กรพยาบาลหลายแห่งได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและกำหนดเวลารักษาในโรงพยาบาลได้ จากการศึกษาค้นคว้าในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในกรอบงบประมาณที่เตรียมไว้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการทำงานใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพทั้งมวลที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยในทุกสถานที่ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือบ้าน โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด โดยปกติมักใช้กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ โดยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานงาน (Loveridge & Cummings, 1996, Mariner-Tomey, 1996; Tappen, 1995; Weiss, 1999 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) จะเป็นผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคน ตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล คือ เมื่อผู้ป่วยมาติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เมื่อถูกจำหน่าย รวมทั้งภายหลังการจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหน้าที่ต้องปฏิบัติหลายด้านคือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้จัดการ ดังนั้นผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงควรมีทักษะในการบริหารจัดการ การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยการ และการควบคุม ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย (Rowland & Rowland, 1997 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) เป็นผู้ประสานการดูแลจนกว่าผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมี Clinical pathway เป็นหลัก โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดูแลและปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน ตลอดจนตรวจตราความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ความ ก้าวหน้านี้จะต้องสื่อสารให้ทราบกันในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง บุคคลทั้งหมดนี้จะทำงานร่วมกันเพื่อประเมินปัญหาและพยายามลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการตัดสินใจ กำกับ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการแสดงเอกสิทธิ์ของพยาบาลในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Zander, 1988; Rocclicerioli, 1998; Cohen, E.L. & Cesta, T.G., 2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Tonges (2001) ที่พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นในกระบวนการรักษาพยาบาลทุกขั้นตอน มีความเป็นเอกลักษณ์ในบทบาทหน้าที่และได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลนักปฏิบัติการ

Padgett, 1998 (อ้างถึงใน อรรถพรณ โตสิงห์, 2545) กล่าวว่า บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้พยาบาลเกิดความคับข้องใจ หรือเกิดความสับสนในบทบาทโดยเฉพาะการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาล เนื่องจากการที่จะทำให้เกิดความสมดุล หรือความพอดีระหว่างคุณภาพสูงสุดของการบริการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร่วมกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อองค์กร ร่วมกับการประสานความร่วมมือ และทำให้ผู้มีส่วนร่วมในทีมงานเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างลำบาก ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมักพบกับปัญหาความไม่กระจ่างชัดในบทบาทของตนเอง (role ambiguity) เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้ระบุหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้อย่างชัดเจน หรืออาจพบกับปัญหาการรับบทบาทที่มากกว่ากำลังของตนเอง (role overloads)

ในประเทศไทย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้มีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลบางแห่ง แต่ยังไม่แพร่หลายนัก ซึ่งน่าจะมาจากสาเหตุที่ยังขาดการจัดการในการเตรียมพยาบาลในบทบาทหลัก คือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการประสานงาน บทบาทตัวแทนผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจ และอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิความปลอดภัยและผลประโยชน์ของผู้ป่วยที่พึงได้รับ

จากการค้นคว้าผลงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าเริ่มมีผู้ให้ความสนใจและทำการวิจัยเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัยพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้มากระบบหนึ่ง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายและกำหนดวันรักษาพยาบาลได้ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานกับทุกหน่วย ทุกฝ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นที่น่าสังเกตได้ว่า ในการทดลองแต่ละครั้งนั้นยังขาดการเตรียมบุคลากรในการทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างเป็นทางการและครบกระบวนการให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ที่กล่าวว่า โรงพยาบาลต้องมีการวางแผนที่ดีและวิชาชีพใดบ้างที่มีความพร้อม ควรมีการกำหนดทีมที่จะรับผิดชอบในการดำเนินงาน กำหนดผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทสำคัญมากในการเป็นผู้ประสานงาน ตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณียังสับสนในบทบาท เนื่องจากมีภาระงานมาก ประกอบกับการทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน เมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้นในระหว่างการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จิราพร สิมากร (2544) ให้ข้อเสนอแนะหลังการทดลองการวิจัยว่า ควรมีการศึกษาถึงคุณสมบัติทักษะต่าง ๆ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และ กฤษณา นรนาพันธ์ (2544) ให้ข้อเสนอแนะในผลการวิจัยว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลสามารถนำไป

ปฏิบัติได้จริง พยาบาลที่ปฏิบัติมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจในการปฏิบัติสูงขึ้น ด้านการประสานงานและด้านคุณภาพบริการ แต่ควรมีการพัฒนาความสามารถของพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยในการนำรูปแบบการมอบหมายงานในการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีมาใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองทำให้พยาบาลได้แสดงบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างเต็มที่

ในต่างประเทศพบว่า ได้มีงานวิจัยจำนวนมากที่พยายามศึกษาปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม งานการศึกษาของ Tonges (2001) เป็นตัวอย่างหนึ่งที่สามารถสะท้อนปัญหาและแนวทางการแก้ไขได้อย่างชัดเจน บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ Tonges ได้วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของลักษณะงานและบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยได้เสนอข้อสรุปเพื่อการแก้ไขปัญหานั้นเนื่องมาจากการปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า ให้ส่งเสริมพยาบาลผู้ที่จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการเตรียมพร้อมด้านความรู้ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามบทบาท การส่งเสริมให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ปฏิบัติบทบาทใหม่ สะท้อนความคิด วิเคราะห์ตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทได้ดีขึ้น งานการศึกษาของ Tonges สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ถึงแม้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติ อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการรับบทบาทพยาบาล ซึ่งนำไปสู่ความเครียดและความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ องค์การที่ต้องการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้จึงต้องมีการเตรียมที่ดี (อรพวรรณ โตสิงห์, 2545)

ดังนั้นการจะนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้านด้วยความรอบคอบ โดยเฉพาะพยาบาลผู้จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญที่ต้องใช้ความสามารถและทักษะหลายด้านในการประสานการติดต่อกับบุคคลหลากหลายวิชาชีพ และควรเตรียมการเพื่อลดข้อคับข้องใจในบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่าต่อผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Davis, (1996 cited in Cohen, 1996) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประสบความสำเร็จได้นั้น อันดับแรกที่ต้องให้ความสำคัญคือ การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งพยาบาล ทุกคนสามารถที่จะพัฒนาเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ โดยการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณี ซึ่งจัดในลักษณะการบรรยาย สร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องระบบการจัดการผู้ป่วย รายกรณี บทบาท ทักษะและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จัดอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างอุปนิสัยการณที่เกิดจากสถานการณ์จริงให้

ร่วมกันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และให้ทดลองปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความสามารถในการที่จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างมั่นใจและเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการเตรียมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) โดยผู้บริหารต้องให้การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเห็นประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาตนเอง และรูปแบบต้องเหมาะสมกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายและแผนระยะยาวขององค์กร มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในขณะปฏิบัติงาน เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุด ในสภาวะแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับงานโดยตรง และสถานที่ทำงานจะช่วยสื่อความเข้าใจ มีอิสระของการร่วมมือและการแลกเปลี่ยนในการเรียนรู้ ซึ่งสามารถสร้างความเข้าใจในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง (दनัย เทียนพุด, 2541) และกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการพัฒนาขึ้นมาใหม่ ได้เน้นถึงบทบาทหน้าที่ความคาดหวังของ บทบาท ชี้แจงถึงความจำเป็นในการเรียนรู้ ความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ บทบาทแต่ละบทบาทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนขององค์กร มีการสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Bower, 1992, Cohen & Cesta, 1993) เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดทักษะในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการวิจัยนี้ หมายความว่า การแสดงออกของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีถึงทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 4 บทบาท คือบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้กระบวนการตัดสินใจจากกรอบแนวคิดของ Dunn (1998) Jones and Beck (1996); Swansburg (1995) ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และการนำไปใช้ในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537) นำมาสรุปเป็นกระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอนคือ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหา การพิจารณาทางเลือกและหาทางเลือกที่ดีที่สุด และการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมินผล

ในประเทศไทยผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการจัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่พบว่าในต่างประเทศได้จัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกันอย่างแพร่หลาย อาทิ องค์การพยาบาลที่ศูนย์การแพทย์ เซ็นต์แมรี-คอรีวิน (Zschokke, D. 1994) ได้จัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ที่จะทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหัวข้อที่ครอบคลุมตั้งแต่วิวัฒนาการระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กรอบแนวคิดและความรู้หลัก ๆ ในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบโปรแกรมพัฒนาของ Zschokke D. 1994 และ Davis (1996 cited in Cohen, 1996) มาทดลองใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

ด้วยเหตุผลและความจำเป็นข้างต้น แสดงให้เห็นชัดว่าผู้ที่จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะในการปฏิรูประบบสุขภาพ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น่าจะเป็นรูปแบบที่จะนำมาใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ในการบริการสุขภาพทุกระดับ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรต้องได้รับการเตรียมอย่างเป็นทางการ ให้มีความสามารถในด้านต่าง ๆ ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้การพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างเดียว มาเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ขยายขอบเขตความรับผิดชอบของตนเองสู่การจ้ดระบบการดูแลให้มีความต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน สร้างความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับการใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแล สร้างความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้รับบริการกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ดังนั้น การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญ โดยใช้กระบวนการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานร่วมกัน คือความจำเป็นของการสร้างเสริมสมรรถภาพควรครอบคลุม 3 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการฝึกอบรม การพัฒนาและการประเมินผล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้น เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทดลองใช้โปรแกรมเพื่อดูผลที่เกิดขึ้นต่อความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริหาร จัดการและการบริการพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน และเพื่อเป็นการเตรียมพยาบาล วิชาชีพระดับผู้บริหารระดับต้นขึ้นสู่ผู้บริหารระดับสูงตามลำดับได้อย่างมีคุณภาพ สามารถที่จะพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลไปสู่การยอมรับของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เปรียบเทียบความสามารถการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์

แนวเหตุผลและแนวสมมติฐานการวิจัย

การจัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเตรียมพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้การจัดการผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ให้การสนับสนุนและมีความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและการทำงานร่วมกัน การสร้างความตระหนักในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การวิเคราะห์ปัญหาและการกำหนด กิจกรรมการพยาบาลจากการประชุมวิเคราะห์อุบัติการณ์ซึ่งเป็นกรณีศึกษาพร้อมกันอย่างมีวัตถุประสงค์ในลักษณะสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อการแสวงหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การแก้ปัญหาหรือการป้องกันการเกิดปัญหา ในกระบวนการพัฒนานี้ผู้ปฏิบัติบทบาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติ ทางด้านความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ค่านิยมแล้วนำสิ่งที่เรียนรู้แล้วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะและมีความชำนาญมากขึ้น (Bloom, 1956) เกิดความมั่นใจและมีประสบการณ์ตรงร่วมกับผู้ร่วมงานอื่นภายในทีม มีความสามารถในการตัดสินใจเมื่อต้องปฏิบัติจริง

กิจกรรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Cohen & Cesta (1993) และ Zschokeke, D. (1994) อ้างถึงใน Cohen (1996) ครอบคลุมให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยการนำความรู้และทักษะที่ได้รับผสมผสานทบทวนการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Fick, et al. (2000) เรื่องการใช้โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาล พบว่า

สามารถลดค่าใช้จ่ายใน โรงพยาบาลได้ประมาณ \$760 ต่อคน และได้ใช้พยาบาลที่มีความสามารถตลอดจนความชำนาญในการพยาบาล จากการศึกษาของ Anderson Loftin (1999) พบว่า การสนับสนุนการสอนและการปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในเขตชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Strzelicki & Brobst (1991) พบว่าโปรแกรมช่วยในการปรับตัวต่อ บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและจากการศึกษาของ Spooner & Yoekey (1997) พบว่า โปรแกรมช่วยในการพัฒนาคุณภาพและประสานการดูแลผู้ป่วยลดจำนวนการกลับมาอยู่ใน โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลดลงและมีการพัฒนาทางด้านความชำนาญของพยาบาล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านความสามารถในการตัดสินใจและด้านการปฏิบัติบทบาท

จากเหตุผลและงานวิจัยดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านการปฏิบัติบทบาท การผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์ จะสูงกว่าหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในลักษณะการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงกลาโหม

2. กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน มีประสบการณ์การทำงาน 3 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ชั้น 2, อายุรกรรมชาย ชั้น 2, ศัลยกรรม

หญิง ชั้น 3, อายุกรรมชาย ชั้น 3, ศัลยกรรมชาย ชั้น 4, อายุกรรมหญิง ชั้น 4, กุมาร-เวชกรรม ชั้น 5, พิเศษ ชั้น 5 และห้องบริหารทารกแรกเกิด

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีซึ่งมี 2 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านความสามารถในการตัดสินใจ

3.2.2 ด้านการปฏิบัติบทบาท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี หมายถึง กลุ่มกิจกรรมที่ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดการดำเนินการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่เน้นการพัฒนาสมรรถภาพของพยาบาลวิชาชีพในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้วยวิธีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีดำเนินการตามขั้นตอนด้วย

1.1 ขั้นตอนเตรียมความรู้ทั่วไปในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

1.1.1 การสร้างความรู้ ความเข้าใจในด้านการบริหารระบบการเงินจากเอกสารประกอบการสอน ประกอบการบรรยาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1.2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านการวางแผนการดูแลผู้ปวยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) แบ่งกลุ่มทดลองปฏิบัติ

1.1.3 การสร้างความรู้ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล สร้างความรู้ ความเข้าใจด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ และการวางแผนจำหน่ายผู้ปวยกลับบ้าน

1.2 ขั้นตอนเตรียมความรู้เฉพาะบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

1.2.1 การสร้างสัมพันธภาพการทำงานร่วมกัน ด้วยวิธีการใช้เกมการรู้จักตนเอง การรู้จักเพื่อนร่วมงาน และเกมความร่วมมือ

1.2.2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการผู้ปวยรายกรณี ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี และการสร้างความรู้ความตระหนักในทักษะของผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

1.2.3 การสร้างความรู้ความตระหนักในบทบาทผู้ประสานงาน บทบาทตัวแทน และการสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านการมอบหมายงาน การทำงานเป็นทีม ความร่วมมือและการเจรจาต่อรอง

1.2.4 การสร้างความรู้ ความเข้าใจบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และการผสมผสานการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานจากการประชุมปรึกษาสรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2. การใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดโปรแกรมการอบรมของ Cohen and Cesta (1993) และ Zschokke, D. (1994) อ้างถึงใน Cohen, (1996) ประกอบด้วยการบรรยายจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การนำเสนออุบัติการณ์ อภิปรายหาประเด็นสำคัญของเหตุการณ์ร่วมกัน ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง ทดลอง ฝึกปฏิบัติจริง การประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ ข้อสรุปและข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เกี่ยวกับความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการตัดสินใจ และด้านการปฏิบัติบทบาท รวมทั้งมีการทบทวนและติดตามประเมินผลการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง การแสดงออกของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีถึงทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย มีความรู้ ความสามารถ และกล้าตัดสินใจแก้ปัญหาเร่งด่วนที่จะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้เน้นความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 2 ประการ ได้แก่

3.1 ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการแห่งสติปัญญาและการใช้ความรู้ในการปฏิบัติตามขั้นตอนด้วยการวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนถี่ถ้วน กลับกรองให้ได้มาซึ่งข้อปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่

3.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เป็นการบ่งชี้ว่าในสถานการณ์นั้นมีข้อมูลอะไรเกี่ยวข้องกับปัญหาบ้าง เช่น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

3.1.2 ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา เป็นการรับรู้สถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาทางการพยาบาลอย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์ให้ชัดเจน อธิบายได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาใด และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะให้การพยาบาลอย่างไร

3.1.3 ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นการระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดีผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและศึกษาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

3.1.4 ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติเป็นการระบุว่าถ้าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในสถานการณ์นั้นจะปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร และประเมินผลการปฏิบัติ

3.2 ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการปฏิบัติ
บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง การแสดงออกที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยตรง ทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของตนเอง รับผิดชอบ และยอมรับที่จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณีใน 4 บทบาท ดังนี้ (Davis, 1996: 192-193 cited in Cohen, 1996)

3.2.1 บทบาทผู้ดูแล (Caregiver role) หมายถึง บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการส่งเสริมดำรงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวโดยเอาใจใส่ ดูแล เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา

3.2.2 บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator role) หมายถึง การแสดงออกของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ มีความเข้าใจและใช้แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว ใช้ความรู้ความสามารถอย่างมีคุณภาพและใช้ทรัพยากรและการบริการที่มีอย่างประหยัดและเป็นประโยชน์สูงสุด

3.2.3 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocator role) หมายถึง การแสดงออกของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ปฏิบัติตนเป็นตัวแทนหรือกระทำบางสิ่งในนามของผู้ป่วยเมื่อจำเป็น เป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ของผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการใช้ทรัพยากร และการบริการแต่ละประเภท ให้ความสำคัญต่อวัฒนธรรมและประเพณีของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองและเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้

3.2.4 บทบาทตัวแทน (Broker role) หมายถึง การแสดงออกของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ทำหน้าที่เป็นคนกลางติดต่อสื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีเทคนิคในการเจรจาต่อรองเป็นอย่างดี เสนอบริการใหม่ที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการเตรียมการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรยกรณีนี
2. เป็นแนวทางในการพิจารณาปรับเปลี่ยนระบบการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและนโยบายหลักด้านสุขภาพของประเทศ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับลักษณะงานและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรยกรณีนีในประเทศไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จาก เอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ
2. การพัฒนาบุคลากร
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร
 - 2.2 การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการ
 - 2.3 กระบวนการพัฒนาบุคลากร
3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.1 ความเป็นมาและหลักการสำคัญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.2 ความหมายและองค์ประกอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.3 กระบวนการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.4 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้และผลลัพธ์ที่ได้รับ
4. บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 4.2 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 4.3 ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 4.4 การประเมินการแสดงผลบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. การแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.1 ความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.2 การปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีวิทยาการและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้รับบริการมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร สะดวกและรวดเร็วขึ้นทำให้ความต้องการการบริการเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึงได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะเป็นเรื่องคุณภาพบริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐเข้าสู่สภาวะการแข่งขัน การตลาดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งการจัดหามาตรฐานต่าง ๆ มาประเมินการจัดระบบบริหารและการบริการเพื่อเป็นการประสานคุณภาพ แสดงความน่าเชื่อถือเป็นที่ ยอมรับแก่สาธารณชนที่จะนำมาพิจารณาในการเลือกใช้บริการด้วยความมั่นใจว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ (อาริยา สัพพะเลข, 2540; จิราภรณ์ สุวดีพานิช, 2541) กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพร้อยละร้อย เมื่อสิ้นแผนนี้ตามเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยรวมมาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2538)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่กำลังตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยมีกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในทิศทางที่จำเป็นและเหมาะสม ส่งผลให้องค์การพยาบาลต้องพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยจัดให้มีการกระจายอำนาจแก่บุคลากรพยาบาล มีการทำงานเป็นทีมเพื่อสนองความต้องการและความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถ มีอำนาจในการตัดสินใจ สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง (สุมาลี จักรไพศาล, 2541) เพราะพยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพเพียงกลุ่มเดียวที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รู้เรื่องปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี พยาบาลได้ชื่อว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล (Case specialist) และงานการดูแล (Care) Davidson & Lauver, 1984 ศึกษาขอบเขตหน้าที่อิสระและการร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยกับแพทย์ พบว่าพยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิต ส่งความที่เป็นบทบาทที่อิสระของพยาบาล ส่วนแพทย์จะเป็นผู้ที่ประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของแพทย์ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเหมาะสม (นัยนา เตโชพาร, 2542)

นโยบายของสภาการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาล (2539) กล่าวว่า การพยาบาลมิได้มีขอบเขตที่สามารถแยกออกจากวิชาชีพอื่นได้ชัดเจน แต่ขอบเขตจะต้องยืดหยุ่นเพื่อสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน การวางขอบเขตของการพยาบาลจึงต้องกว้าง และครอบคลุมความหลากหลายที่พยาบาลปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ โดยอาศัยการจัดบุคลากรและการมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดต้องขึ้นอยู่กับสถานที่ให้บริการทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในแต่ละแห่ง ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer-Lehman, 1994 อ้างถึงใน ปรานต์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) รูปแบบการบริการพยาบาลที่นิยมจัดขึ้นมีดังนี้

1. รูปแบบการจัดบริการตามหน้าที่ (Functional Method) เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่างตามขอบเขตความสามารถ มีข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันและใช้บุคลากรน้อย สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี ข้อเสีย พยาบาลไม่พึงพอใจต่องานเนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงาน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เนื่องจากขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการมีหลายคน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วน ๆ ไม่มีการรับผิดชอบโดยตรงขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการทางการพยาบาล และไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

2. รูปแบบเฉพาะราย (Case Method) เป็นการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล โดยบุคลากรจะได้รับผู้รับบริการครั้งละ 1 คนต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในหอผู้ป่วยหนัก หรือช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ข้อดี คือ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้เต็มที่ ข้อเสีย คือ สิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้ และต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

3. รูปแบบทีม (Team Method) เป็นการจัดบริการพยาบาลเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อปี 1950 จากการพยายามแก้ปัญหาการทำงานตามหน้าที่ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่จำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาล

วิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผน ติดตามประเมินผลงาน สื่อสารให้ ผู้ช่วยทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน ร่วมอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนา ทีมงาน ข้อดี คือ ทำให้สมาชิกทีมรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภูมิใจในความสำเร็จ ของงาน เสริมสร้างความสามัคคี เกิดความคิดสร้างสรรค์ และเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการ บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ข้อเสีย คืออาจเกิดปัญหาในการ ปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงานและใช้ความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม และเมื่อใดสมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีม ล้มเหลว

4. รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) เป็นการจัดรูปแบบการบริการ พยาบาลในลักษณะแบบกระจายอำนาจแก่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการเพิ่มขึ้น โดยการ จัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยไม่เปลี่ยนแปลง ผู้รับบริการเป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลจะต้องให้การพยาบาล ผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และเขียนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อ เวลาไม่ได้ขึ้นเวร เป็นรูปแบบที่ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการ พยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล เป็น ลักษณะการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่น ข้อเสีย คือต้องใช้พยาบาลจำนวนมาก (Marriner, 1996) ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และต้องใช้การประสานงาน ที่ดีเพื่อไม่ให้เกิดการรื้อพยาบาลล้มเหลว

5. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นลักษณะการ จัดการดูแลซึ่งกำลังได้รับการยอมรับและใช้กันค่อนข้างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา และในประเทศ ไทยกำลังเริ่มมีการทดลองใช้ในโรงพยาบาลบางแห่ง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นลักษณะการ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการเป็นสำคัญ โดยที่พยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่ประสาน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเด่นของระบบนี้คือมีการกำหนดเวลาที่จะให้ผู้ป่วยเกิดการ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Time Frame) ผู้รับผิดชอบการดูแลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) และมีการปฏิบัติร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและประเมินผลด้วยกัน ผู้จัดการ จะสวมบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจและอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิ ความเป็นส่วนตัวและ ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ พยาบาลที่ได้รับการมอบหมายให้การดูแลผู้ป่วย จะรับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะประสานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งโดย ประเมินผู้ป่วย วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนติดตามผลการดูแล การจัดให้มีการดูแล

ผู้ป่วยในลักษณะนี้ จะไม่ได้ทำกับผู้ป่วย จะเลือกกระทำกับผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องการดูแลโดยตรงเป็นพิเศษ โดย Case Manager จะตัดสินใจเลือกผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาล และให้การดูแลร่วมกัน

ในการจัดการบริการพยาบาล ว่าวิธีใดจะเหมาะสมและควรเลือกใช้ในหน่วยงานนั้น ต้องคำนึงว่าจะสอดคล้องกับปรัชญาและเป้าหมายของแผนหรือไม่ ค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจหรือไม่ พยาบาลได้ปฏิบัติบทบาทเต็มที่เพียงใด จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า จะทำกันตามความเคยชินและใช้แบบเก่ามากกว่าการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบที่ดีขึ้น เนื่องจากขาดนโยบายที่ชัดเจนให้เกิดผลบังคับ ขาดการติดตามผลความก้าวหน้าเมื่อริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นในองค์กร การจัดการบริการพยาบาลจึงไม่มีทิศทางที่ชัดเจน ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาลที่จะพัฒนาให้ไปสู่เป้าหมายที่ทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและสังคมต่อไป

การจัดอัตรากำลัง

การจัดอัตรากำลัง หมายถึง การจัดพยาบาลระดับต่าง ๆ เข้าปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบและปริมาณงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงเป็นผลดีต่อการรักษาพยาบาลมากที่สุด (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

นอกจากนี้การจัดอัตรากำลังพยาบาลเข้าปฏิบัติงานและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้เหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาคนล้นงานและงานล้นคน เพราะจะมีการทำงานที่สัมพันธ์กันตามความเหมาะสมของปริมาณคน ปริมาณงานและปริมาณเวลาในการทำงานและยังช่วยสร้างความพอใจในการปฏิบัติงานให้เกิดขึ้นในหมู่พยาบาล เพราะแต่ละคนมีงานทำที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถและความสนใจของตน ทำให้บรรยากาศในด้านมนุษยสัมพันธ์ภายในหน่วยงานดีขึ้น และการวางแผนงานให้เจ้าหน้าที่ทำล่วงหน้าและการกำหนดงานชัดเจนทำให้ยากต่องานเสี่ยงงานและเมื่อจัดคนและงานสัมพันธ์กันแล้ว ความยุติธรรมก็เกิดขึ้นไม่เป็นเหตุให้บางคนมีงานมาก บางคนมีงานน้อย

กองการพยาบาล (2542) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของทีมการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดสรรอัตรากำลังให้กับหน่วยงานในความรับผิดชอบเป็นระบบ สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการพยาบาล เพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ

2. มีการประเมินปริมาณภาระงาน (Work load) ความเพียงพอของอัตรากำลังหรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี
3. การจัดและการกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการมีความเพียงพอและยุติธรรม โดยคิดตามสัดส่วนที่ได้จากจำนวนอัตรากำลังที่คำนวณได้ตามปริมาณภาระงานของแต่ละหน่วยบริการเทียบกับจำนวนอัตรากำลังทั้งหมดที่มีอยู่จริง
4. การจัดประเภทเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในแต่ละหน่วยบริการ โดยคำนึงถึง
 - 4.1 จำนวนผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ลักษณะผู้ป่วยและความรุนแรงตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - 4.2 คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
 - 4.3 ความชำนาญของเจ้าหน้าที่
 - 4.4 ลักษณะการให้บริการพยาบาลและลักษณะงานของแต่ละหน่วยบริการ
5. การจัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวร มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล โดยพิจารณาถึง
 - 5.1 สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แต่ละประเภทต่อจำนวนผู้ป่วย ในการปฏิบัติงานแต่ละรอบเวร อย่างน้อยควรมีอัตรากำลังตามมาตรฐานขั้นต่ำ ดังนี้
 - 5.2 การจัดจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน/เวร/คน และไม่เกิน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์/คน
 - 5.3 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร/หัวหน้าทีมในการปฏิบัติงานทุกเวร
 - 5.4 การจัดอัตรากำลังสำรองไว้ในกรณีฉุกเฉินมีวิธีปฏิบัติชัดเจน

สรุปได้ว่า การจัดอัตรากำลัง คือการจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอและเหมาะสมกับหน่วยบริการนั้น ๆ ให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริการทางการแพทย์ที่ต้องคำนึงถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ระดับของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต้องเป็นไปตามมาตรฐานของกฎหมายของ สหสัมพันธ์แรงงาน หรือกฎหมายแรงงาน มีความเสมอภาค ความยุติธรรมให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกคน และควรแจ้งตารางการปฏิบัติงานให้บุคลากรพยาบาลทราบล่วงหน้าประมาณ 2 สัปดาห์

คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพในทีมการพยาบาล

กองการพยาบาล (2542) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพได้เป็นอย่างดีดังนี้

1. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
2. ให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัวแต่ละราย
3. ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการวางแผนการพยาบาล และแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัวแต่ละราย
4. ปรับปรุงวิธีการหรือการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการแต่ละคน
5. คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ และรายงานอาการได้ทันเวลา
6. แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขปัญหาคได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับเหตุการณ์
7. ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้เป็นอย่างดี และมีเหตุมีผล บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์
8. มีทักษะในการให้ความรู้ในการปรึกษา เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการและครอบครัว
9. มีทักษะในการให้การพยาบาล สามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าในกรณีที่ต้องให้การพยาบาลที่ซับซ้อน
10. ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีเหตุผล สามารถเสนอความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาให้แก่กลุ่มหรือทีมงานเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

ผลผลิตทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลจะจัดการกับผลผลิตทางการพยาบาลได้อย่างไรบ้าง ความสามารถในเรื่องนี้มีความสำคัญเด่นชัดขึ้นในศตวรรษที่ 21 ดังได้ปรากฏมาแล้วคือ “การประกันคุณภาพ” ซึ่งยังไม่ได้เน้นอย่างเด่นชัดที่ผลผลิตที่ผู้ป่วย แต่ได้มีปัจจัยแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลมากยิ่งขึ้น เช่น นโยบายการบริการสุขภาพของชาติ กฎหมายวิชาชีพการพยาบาลในเรื่องผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางและการลักษณะผู้ประกอบการพยาบาล การเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้วยการศึกษาระดับปริญญาตรี รวมทั้งการจัดการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาชั้นสูง คือปริญญาโทและเอกที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย ปัจจัยดังกล่าวนี้จะส่งผลให้ผลผลิตทางการพยาบาลมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในอนาคตอันใกล้และยิ่งจะมีอิทธิพลสูงขึ้นระยะยาว ดังได้ปรากฏแล้วในสหรัฐอเมริกาซึ่งได้สร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับวิชาชีพการพยาบาลในทางก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นเป็นสำคัญ เช่น การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานสำคัญ (evidence-

based nursing practice) ซึ่งหมายถึงการนำผลวิจัยทางการพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่คือ ผลวิจัยด้านผลผลิตทางการพยาบาล (nursing outcomes) และรูปแบบการบริการพยาบาลโดยใช้ “การจัดการกรณีการพยาบาล” (nursing case management) ซึ่งมีเป้าหมายที่ผลผลิตที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การจัดการผลผลิตทางการพยาบาล

การจัดการผลผลิตทางการพยาบาลคือ กระบวนการที่จัดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อการพยาบาล โดยรวมเอาระบบการบริการพยาบาลเข้ามากในการจัดการผลผลิตทางการพยาบาลด้วย และรวมทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยในทำนองเดียวกัน เพื่อสร้างคุณภาพการพยาบาลและลด ต้นทุนการบริการพยาบาล การจัดการผลผลิตทางการพยาบาล จึงมีขอบเขตกว้างมากขึ้นกว่าการวัดเพียงผลผลิตทางการพยาบาลเท่านั้น ทั้งยังต้องมีการออกแบบการจัดการผลผลิตทางการพยาบาลไปพร้อมกันด้วยที่จะให้ผลในแนวของการเพิ่มพูนคุณภาพผลผลิตทางการพยาบาล ดังเช่นนี้ได้มีการพัฒนาแล้วในสหรัฐอเมริกา คือการจัดการดูแล (Managed care) ต่อมาได้พัฒนาเป็นการจัดการดูแลกรณี (Case management) แล้วได้จัดขึ้นเป็นการจัดการพยาบาลรายกรณี (Nursing case management)

ขอบเขตการจัดการผลผลิตทางการพยาบาลนั้นจะต้องครอบคลุมตามแนวคิดของมาตรฐานกฎการพยาบาล คือมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ แล้วนำแนวคิดการจัดการมาบูรณาการเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาล ทำให้ผลผลิตมีคุณภาพยิ่งขึ้น และต้นทุนการพยาบาลลดลงได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544)

สรุปได้ว่า ผลผลิตทางการพยาบาล คือ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล เป็นการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถวัดได้โดยมุ่งที่ประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ ซึ่งมาจากผู้รับบริการและครอบครัวเป็นสำคัญ รวมไปถึงความคุ้มค่าหากต้องจ่ายค่าบริการในจำนวนที่สูง ปัจจุบันมีการพัฒนาการวัดผลผลิตทางการพยาบาล คือการสร้างวิธีการวัดผลผลิตอย่างเป็นระบบสมบูรณ์แบบมีตัวผลผลิต ตัวบ่งชี้และวัดอย่างไร แต่ยังไม่มีการสรุปที่แน่นอนชัดเจนในขณะนี้ จึงต้องมีการพัฒนาต่อไปในอนาคตเพื่อให้ได้ตัววัดผลผลิตทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

2. การพัฒนาบุคลากร

2.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญของกระบวนการบริหารงานที่ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้แสดงความคิดเห็นและให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรไว้ดังนี้

ทองฟู ศิริวงศ์ (2536: 158) กล่าวถึงความหมายของการพัฒนาพนักงานว่าเป็นการเพิ่มพูนปรับปรุงสมรรถภาพของกำลังคน ประสพการณ์ให้สอดคล้องกับตำแหน่งที่มีอยู่ ปัจจัยบางอย่างที่ต้องพัฒนาตัวพนักงาน เช่น เศรษฐกิจรุ่งเรืองขึ้น การขยายตัวของสถานที่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีได้รุดหน้าไป และการพัฒนาต่อผู้บริหาร

พงศ์ หรดาล (2539: 2) สรุปความหมายของการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นกิจกรรมการเรียนรู้เฉพาะบุคคล เพื่อที่จะปรับปรุงและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติอันเหมาะสมจนสามารถก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและทัศนคติต่อการปฏิบัติหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

दनัย เทียนพุดม (2541:153) กล่าวว่า การพัฒนาพนักงานเป็นลักษณะที่องค์การเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อพนักงานที่มุ่งการวิเคราะห์ ทำให้มั่นใจและก่อให้เกิดสิ่งใหม่โดยผ่านการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มโอกาสให้แต่ละบุคคลเติบโต ทำให้คนทำงานได้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพราะว่าเขาเป็นแหล่งความรู้เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ ประสพการณ์ และความรู้จากสิ่งที่ดีออกมาจากการทำงาน

ณัฐพันธ์ เขจรันนทร์ (2541:163) ได้สรุปความหมายการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นกิจกรรมสำคัญด้านทรัพยากรบุคคลที่ผู้บริหารทรัพยากรบุคคลควรมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการและวัตถุประสงค์เป็นอย่างดี เพื่อที่จะประยุกต์ในการปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่องค์การต้องการและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมขององค์การ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์การต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างสอดคล้องต่อกระแสสังคม

Bernardine & Russell (1998: 172) ให้ความหมายการฝึกอบรมว่า เป็นการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ทักษะ เจตคติและด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

การพัฒนาบุคลากรพยาบาล ได้มีนักวิชาการทางการพยาบาลหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539: 59) ได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคคล หมายถึง กระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โทบิน (Tobin, 1974: 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่รวมทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ ซึ่งสัมพันธ์กับบทบาทของบุคลากรที่จัดขึ้น ภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Association: ANA, 1990: 3 cited in Kelly-Thomas, 1998: 32) ได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคลากรพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วย การปฐมนิเทศ การศึกษาขณะปฏิบัติงาน และการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมในการพัฒนาบุคลากรภายในหน่วยงานให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายและความรับผิดชอบของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

เคลลี (Kelly, 1992: 31 cited in Kelly-Thomas, 1998: 26) ได้ให้คำจำกัดความของการพัฒนาบุคลากรพยาบาล หมายถึง การจัดโปรแกรมและกระบวนการที่กำหนดความรับผิดชอบ เกี่ยวกับการประเมิน การดำรงไว้และการพัฒนาความสามารถของบุคลากรพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ จะใช้กิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ การปฐมนิเทศ การศึกษาขณะปฏิบัติงาน การศึกษาต่อเนื่อง การพัฒนาผู้นำ และทักษะจากการฝึกอบรม และส่วนมากจะจัดขึ้นภายในหน่วยงาน

จากความหมายและคำจำกัดความของการพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาบุคลากรพยาบาล สรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากรพยาบาล หมายถึงความถึงกระบวนการพัฒนาบุคลากรพยาบาล โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการพัฒนาตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานและบุคลากรเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ เพื่อการดำเนินไว้และการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่วนการฝึกอบรม หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ เจตคติและด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

การบริหารเป็นการใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยการนำเอาทรัพยากรการบริหารมาประกอบกันตามกระบวนการบริหาร เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพงษ์ เกษมสิน, 2521: 6) และ Gillies ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารการพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ทรัพยากรหรือปัจจัยในการบริหาร ได้แก่ ข้อมูล คน เงิน และวัสดุ 2) กระบวนการบริหารการพยาบาล มีขั้นตอนที่สำคัญ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การจัดรูปร่าง การจัดบุคลากร การแนะนำหรือนิเทศ และการควบคุม 3) วัตถุประสงค์ของการบริหารงาน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากรและการวิจัย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 6-7) จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งของการบริหาร คือ การพัฒนาบุคลากรซึ่งการพัฒนาบุคลากรเป็นแนวทางการกระตุ้นและจูงใจบุคลากรซึ่งนอกจากเป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพบุคคลให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาบุคลากรนั้นยังเป็นกระบวนการพื้นฐานหลักและเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาความเป็นเลิศทางด้านการบริการ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2540: 16-17) และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน ส่งผลให้ผลงานสูงขึ้น (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 56) อันมีผลโดยตรงต่อความสำเร็จขององค์กร

ความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าทางวิทยาการ บทบาทในการพัฒนาทางการพยาบาล วิธีการ เทคนิค ระเบียบการปฏิบัติและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการทำงานย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย รวมทั้งจากความแตกต่างของบุคลากรในทักษะการปฏิบัติงานและประกอบกับธรรมชาติของมนุษย์เมื่อทำงานไปนานเกิดความเฉื่อยชา รวมทั้งความต้องการของประชาชนในด้านคุณภาพการบริการ (Steven, 1978: 28, วิเชียร ทวีลาภ, 2521: 247, ประณีต สวัสดิรักษา, 2529: 127, พะยอม วงศ์สารศรี, 2537) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการพัฒนาบุคลากร สรุปได้ดังนี้ คือ

1. เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
2. เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล
3. เพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล
4. เพื่อทำให้บุคลากรพยาบาลพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2.2 การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job training)

ปกติจะเรียกกันว่า OJT เป็นลักษณะการฝึกอบรมอีกรูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงของการปฏิบัติงาน โดยที่กำหนดขอบเขตเนื้อหาและระยะเวลาที่จะฝึกเพื่อเรียนรู้งาน (दन्य तेहनपुठ, 2540)

2.2.1 วัตถุประสงค์

2.2.1.1 ฝึกทักษะขณะปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเห็นสภาพจริงในขณะนั้นด้วยตนเอง

2.2.1.2 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงหน่วยงานหลักว่ารับผิดชอบงานอะไรบ้าง และผู้เข้ารับการอบรมจะสนับสนุนหรือปฏิบัติงานของตนให้เกิดประสิทธิภาพต่องานอย่างไร

2.2.2 วิธีการ/รูปแบบ

2.2.2.1 สอนโดยให้ลงมือปฏิบัติ

2.2.2.2 กำหนดช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

2.2.2.3 มีการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จริงจนเกิดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติงาน

2.2.2.4 ปกติมีจัดรูปแบบเป็นทางการและต้องสรุปผลจากการที่จัดพัฒนาบุคลากรให้กับผู้บริหาร

2.2.3 ผลที่ได้รับ

2.2.3.1 ปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์

2.2.3.2 ลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานและเกิดความคิดสร้างสรรค์

2.2.3.3 สามารถเรียนรู้ได้เร็วในระยะเวลาสั้น

2.3 กระบวนการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการขององค์กรและบุคลากร ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ตรงกัน (Tobin et. Al, 1974: 4, ANA Standard, 1994, O' Brien, 1995 cited in Kelly-Thomas, 1998: 30, อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534: 229) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ คือ

1. การสำรวจความต้องการ (Assessment) เป็นการพิจารณาร่วมกันทั้งด้านความต้องการของหน่วยงานโดยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ และจากการประเมินการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาพการณ์ทั่วไปในองค์กรและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2. การวางแผนจัดโปรแกรมในการพัฒนาบุคลากร (Planning) เป็นการ
จัดเตรียมโครงการกำหนดรูปแบบโครงการ และนำเสนอโครงการพัฒนาบุคลากร

3. การดำเนินงานตามโปรแกรมที่กำหนด (Implement) เป็นการดำเนินการ
ขั้นตอนตามแผนการพัฒนาบุคลากรที่กำหนด

4. การประเมินผล (Evaluation) เพื่อเป็นการศึกษาว่าการดำเนินงานตามที่
กำหนดมีปัญหาหรืออุปสรรคใดหรือไม่ ต้องมีการปรับปรุงในกิจกรรมใด รวมทั้งการติดตามผลของ
การพัฒนาตามโครงการที่ได้ดำเนินไปแล้วนั้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการมากน้อยเพียงใด

หลักสำคัญในการพัฒนาบุคลากร

การเรียนรู้ คือ การที่บุคคลหรือผู้เรียนรู้ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม
ค่อนข้างถาวรภายใต้สถานการณ์และเงื่อนไขที่เหมาะสม เมื่อการเรียนรู้เกิดขึ้นจะสังเกตได้จาก
พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้เรียน แสดงว่าผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง

การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ Bloom (1956) ซึ่งนักจิตวิทยาได้อธิบายการเรียนรู้
ที่สมบูรณ์ของบุคคลมี 3 องค์ประกอบ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive domain) หมายถึง
กระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจำ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (Affective domain) หมายถึง กระบวนการ
เรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่จะทำให้
เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) หมายถึง
กระบวนการเรียนรู้ที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ค่านิยม
แล้วจึงนำสิ่งที่เรียนรู้แล้วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ มีความชำนาญมากขึ้น

บุคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีอาชีพ มีอิสระในการดำเนินชีวิต มีความรู้และ
ประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งตามผลการวิจัยพบว่าการเรียนรู้ในผู้ใหญ่แตกต่างจากการเรียนรู้ใน
เด็ก (Knowles, cited in Tobin et. Al, 1974: 22-23) การพัฒนาบุคลากรจึงต้องใช้หลักการเรียนรู้
ในผู้ใหญ่ ได้แก่

1. ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง
2. ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน
3. ผู้ใหญ่ต้องการโอกาสในการแสดงความคิด

4. ผู้ใหญ่ต้องการทราบข้อมูลย้อนกลับ
5. ผู้ใหญ่ต้องการบรรยายภาคที่เป็นกันเอง

Edward Lindeman (1926, cited in Knowels, 1984: 31) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ว่า

1. ผู้ใหญ่อยากจะเรียนก็ต่อเมื่อเขามีความต้องการ และความสนใจที่จะเรียน และการเรียนรู้นั้นจะช่วยให้เขาพึงพอใจ
2. ความสนใจ หรือแนวโน้มในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้นจะมุ่งไปที่ชีวิตประจำวัน เป็นศูนย์กลาง การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จึงอยู่ที่สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
3. ประสบการณ์ของผู้ใหญ่นั้นว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ การเรียนรู้ที่จำเป็นเบื้องต้น คือวิธีการวิเคราะห์และค้นหาความจริงของประสบการณ์
4. ผู้ใหญ่มีความต้องการจะชี้แนะตนเองมากกว่าที่จะให้ใครชี้แนะหรือควบคุมเขา
5. ข้อสำคัญของความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ใหญ่ การจัดการศึกษาจึงจำเป็นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันในเรื่องวิธีการสอน ระยะเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม

ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเรียนการสอนอย่างมาก (บุญเลิศ ไพรินทร์, 2538: 28) และ Carl Rogers (อ้างถึงใน บุญเลิศ ไพรินทร์, 2538: 25) นักจิตวิทยาบำบัดแนะแนว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนในผู้ใหญ่ว่า “เราไม่สามารถสอนผู้อื่นให้เรียนรู้ได้โดยตรง เราเพียงแต่อำนวยความสะดวกเพื่อให้เขาได้เรียนรู้ด้วยตนเองเท่านั้น” ทั้งนี้เพราะคนทุกคนจะอยู่ในแวดวงประสบการณ์ของตน ซึ่งเขาจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นประสบการณ์ของตนเองตลอดเวลา

จากผลการวิจัยของสถาบัน RIL และนักวิชาการด้านการพัฒนาคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องมีการวิจัยหาโมเดลการเรียนรู้ในที่ทำงาน (दनัย เทียนพุด, 2541: 166-167) พบว่า การเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของแต่ละคนจะดีที่สุดเมื่อเรียนรู้ด้วยตนเอง ในสภาวะแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับงานโดยตรง และสถานที่ทำงานจะช่วยสื่อความเข้าใจ มีอิสระของการร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากหลักในการเรียนรู้ในผู้ใหญ่แล้ว หลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หลักการจูงใจโดยกลุ่มทฤษฎีที่เน้นกระบวนการของการจูงใจ จะให้ความสำคัญกับเรื่องที่เกี่ยวข้อง

ความรู้สึกนึกคิดซึ่งจะมีส่วนในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม ลีคลและนักวิชาการคนอื่น ๆ ได้เสนอหลักการของลักษณะเป้าหมายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่

1. การตั้งเป้าหมายในลักษณะเฉพาะเจาะจงเพื่อการปฏิบัติงานทั่วไป จะนำไปสู่ผลผลิตที่ดีกว่า
2. เป้าหมายที่ยากและมีลักษณะท้าทายจะดีกว่าเป้าหมายง่าย เมื่อใดเป้าหมายเป็นที่ยอมรับโดยผู้ปฏิบัติงานถึงเป้าหมายนั้นจะยาก ผู้ปฏิบัติงานก็จะพยายามทำงานให้ดีขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
3. การมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ในทฤษฎีนี้จะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมเป็นผู้จัดตั้งเป้าหมายของตนเอง

3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1 ความเป็นมาและหลักการสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ โดยการพยาบาลจำกัดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลักษณะการจัดกลุ่มโรค และค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มโรค (Diagnosis Related groups – DRGs) โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานการดูแลกับทีมสุขภาพและมี Clinical pathway เป็นแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดขึ้นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1830 โดยเป็นการประสานการบริการจากกลุ่มชนหลายสาขารวมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ยากจนในด้านการบริการด้านสังคมสงเคราะห์ ปี ค.ศ.1893 Lilian Wald ซึ่งเป็นพยาบาลอนามัยชุมชน พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแล นอนอยู่กับพื้น จึงเกิดความมุ่งมั่นและตั้งปณิธานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการให้ความรู้และทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และให้ความช่วยเหลือทางสังคม ก่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและการปฏิรูปทางสังคม ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในต้นศตวรรษที่ 19

ปี ค.ศ.1901 Miss Richmond ได้สร้างรูปแบบ Case Co-ordination ขึ้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Kersbergen, 1966)

ปี ค.ศ.1920 ได้มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิต โดยนักสังคมสงเคราะห์ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุขได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ.1950-1960 ได้มีการนำรูปแบบ Client Level Coordination มาใช้กับผู้ป่วยพิการและครอบครัวที่มีเด็กพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยรูปแบบนี้ผู้ป่วยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ (Roberta, 1993)

ปี ค.ศ.1970 ได้เริ่มจัดทำโครงการ Community Support System (CSS) เพื่อทดสอบแนวคิดและรูปแบบการประสานการบริการ โดยมีจุดหมายให้ Case manger มีอำนาจในการทำงานด้วยตนเอง

ปี ค.ศ.1980 เริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตเฉียบพลัน มีการพิจารณาแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related groups: DRGs) เป็นระบบควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการ (American Nurses' Association, 1988)

ในประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วและเกิดขึ้นตลอดเวลา ประกอบนโยบายของรัฐบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องศึกษาหาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยให้คำนึงถึงค่าใช้จ่าย และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีองค์กรพยาบาลหลายแห่งได้ทดลองทำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ และองค์กรพยาบาลบางแห่งเริ่มให้ความสำคัญในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะจะเป็นผู้ประสานระหว่างบุคคลภายในทีมสุขภาพได้เหมาะสมที่สุด

หลักการสำคัญเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลนั้น เป็นเรื่องใหม่และยังไม่แพร่หลายในประเทศไทย ในสหรัฐอเมริกาพบว่าปัญหาสำคัญที่ถูกกล่าวถึงเสมอ ตั้งแต่ช่วง ค.ศ.1970 เป็นต้นมา คือ เรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษา (Powell, 1996: Weiss, 1998) เนื่องด้วยระบบค่าใช้จ่ายในช่วง ค.ศ.1950 ถึง 1960 เป็นระบบค่าใช้จ่ายแบบ fee-for-service หรือเป็นการจ่ายค่าบริการภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพแล้ว การจ่ายค่าบริการในลักษณะดังกล่าวมีผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนที่สูงมาก ในปี ค.ศ.1980 (Swanburg, 1990: 199 –208 ; Spitzer – Lelrmanm, 1994: 557) ซึ่งได้นำเอาข้อดีของระบบเดิมมาใช้และออกแบบใหม่โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด และค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า เมื่อ ค.ศ.1985 มีการใช้อย่างจริงจังในงานสุขภาพจิตและงานด้านสังคมสงเคราะห์ โดยใช้วิธีการประสานงานเพื่อเสนอการบริการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลักการสำคัญของการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี คือความมั่นใจในคุณภาพ ซึ่งรวมทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ (Cohen & Cesta, 1993: 22) เป็นการประสานประโยชน์ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากร โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) เป็นกลไกสำคัญในการประสานงานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและทันที่

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการบริการอย่างหนึ่งด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการบริการที่แสดงถึงการปฏิบัติวิชาชีพอย่างอิสระของพยาบาล โดยเป็นการบริการที่เน้นการคุ้มครองประชาชนในด้านการให้บริการสาธารณสุขในแนวทางการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขให้เหมาะสมและมีเหตุผล ทั้งในเชิงเศรษฐศาสตร์และด้านสุขภาพโดยไม่ต้องใช้บริการเกินความจำเป็น (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 2539: 39) นอกจากนั้นยังเป็นโอกาสสำคัญที่พยาบาลจะได้แสดงบทบาทในวิชาชีพได้อย่างเต็มศักยภาพ ปราบกฏผลลัพท์ทางการพยาบาลอย่างชัดเจน จึงเป็นบทบาทที่ทำทลายความสามารถของพยาบาลวิชาชีพให้ต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณค่าทั้งต่อผู้รับบริการ สังคม และวิชาชีพต่อไป

3.2 ความหมายและองค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คำจำกัดความเกี่ยวกับความหมายของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มี ผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Zander (1988) กล่าวว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ใช้ในโรงพยาบาลมุ่งผลสำเร็จที่เกิดจากผลลัพธ์การดูแลภายใต้กรอบเวลาที่กำหนดด้วยการใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุด

American Nurse Association (ANA) (1991: 6 อ้างถึงใน Powell, 1996: 5) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย คือ การให้การดูแล

William & Torrens (1993: 202 อ้างถึงใน Powell, 1996: 6) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ จุดมุ่งหมายของการประสานการดูแล เป็นการทำงานที่มีทิศทาง ไปที่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อช่วยพวกเขาในการจัดการกับแหล่งทรัพยากรที่ซับซ้อน ซึ่งผู้รับบริการต้องการที่จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ได้โดยอิสระ การประสานการดูแล มุ่งเน้นเพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุด โดยช่วยให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพและสังคมที่ดีให้บริการที่เหมาะสมที่สุด ตามความต้องการของเขาในเวลานั้นเป็นการนำผู้รับบริการและครอบครัว ผ่านการบริการที่สืบสน โดยการประสานกันของผู้ให้การดูแล

Wolk and Sullivan (1994: 153, Rossi, 1999) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้บริการ (จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543)

Cohen and Cesta (1996) กล่าวว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบ ที่สนับสนุนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพล่วงหน้าพยาบาลทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงาน เพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายในกรอบเวลาที่กำหนดได้ผลลัพธ์การดูแลตามเป้าหมายที่คาดหวัง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลลดน้อยลง และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

3.2.2 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (เรวัตี ศิรินคร และคณะ, 2543: 7)

3.2.2.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative practice) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน (coordination) หรือการรายงาน (report) เท่านั้น แต่จะหมายรวมถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดการดูแลที่มี คุณภาพ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการ ดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

2. การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพกิจกรรมคุณภาพ เช่น Utilization management หรือ Utilization review

3. การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่แลแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

3.2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่สำคัญได้แก่แผนการ ดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนด

ขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลัก ๆ 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 ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิต อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ หรือกลุ่มโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็น วัน หรือ นาที หรือสัปดาห์

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก มีความสำคัญมาก เพราะต้องทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.2.2.3 ลักษณะของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีผู้กล่าวถึงลักษณะของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะตั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome-based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เป็นตัวควบคุมการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งการตั้งผลลัพธ์ของการดูแลและการประเมินผลนั้นควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย (Marguis and Huston 1996: 194 อ้างถึงใน ปรากฏศัพท์ อูจะรัตน์, 2541)

2. เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นแล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการด้วย (เวรดี ศิรินคร และคณะ, 2543: 6)

3. เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับการพิจารณาที่จะนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ ได้แก่ (Girard, N 1994: 403)

- 3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 3.4 กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย

4. เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Method) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing) โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (เรเวดี คีรินคร และคณะ, 2541)

5. แผนการปฏิบัติการร่วม (Multidisciplinary action plan ; Care Maps) ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการประกอบด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยของที่มีสุขภาพ (critical paths) และแผนการพยาบาล (nursing care plan) (Yoder Wise 1995: 424 อ้างถึงใน ปรานต์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

3.3 กระบวนการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กระบวนการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีขั้นตอนในการดำเนินการดังต่อไปนี้ (Powell, 1996: 241-291)

ขั้นตอนที่ 1 การสรรหา case (Case Screening and selection)

ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้ากระบวนการจะมีการประเมินขั้นพื้นฐานโดยมีข้อบ่งชี้ทั่วไป คือ

1. ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน
2. ค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปเกินจำนวนที่กำหนด
3. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ
4. อายุมากกว่า 65 ปี (บางแห่งกำหนด 70-75 ปี) แต่ในกรณีผู้ป่วยโรค

AIDS อาจมีความต้องการในช่วงอายุที่น้อยกว่า

5. การขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ
6. การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีกภายใน 15 วัน
7. แพทย์เป็นผู้ต้องการให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หรือในรายผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หลาย ๆ คน หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ
8. จากการวินิจฉัยโรคหรือ DFGs (Diagnosis Related Groups) ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการการดูแลโดยทีมสุขภาพ
9. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการรับประทานอาหาร การเข้า Alzheimer's disease, dementia การเข้าโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ
10. ข้อบ่งชี้ทางเศรษฐกิจสังคม เช่น เด็กที่ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวแตกแยก ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ได้รับการรับไว้รักษามาจากสถานสงเคราะห์ที่ต้องการการดูแลต่อในสถานสงเคราะห์อยู่ในชนบทซึ่งมีข้อจำกัดในการ Follow up ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment)

เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาทิศทางการให้บริการ โดยทีมสุขภาพร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ค้นหา และตั้งเป้าหมาย วางแผนการจำหน่ายที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยจะต้องมีการพูดคุยกัน (Discuss) อย่างมากและละเอียดถี่ถ้วน เพราะการประเมินเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ถ้ามีการผิดพลาดในเงื่อนไขเหตุการณ์ สถานการณ์แวดล้อมที่สำคัญ การวางแผนจำหน่ายทั้งหมดก็จะใช้ไม่ได้ซึ่งแหล่งข้อมูลในการประเมินมาจาก

1. ตัวผู้ป่วย ครอบครัว (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็ก)
2. คู่สมรส บุคคลใกล้ชิด บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว เพื่อนใกล้ชิด เพื่อนบ้านของผู้ป่วย
3. ข้อมูลจากการบันทึกของแพทย์และของโรงพยาบาลทั้งอดีตและปัจจุบัน
4. สภาพแวดล้อมทางบ้านของผู้ป่วย และจากบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่บ้าน
5. นายจ้างของผู้ป่วย

รายละเอียดของการประเมินมีดังนี้

1. ประเมินจากการอภิปรายเรื่องประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว จากประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด ปัจจัยแทรกซ้อน ความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย ประเด็นที่ ผู้ป่วยไม่ได้พูดออกมา เช่น การขาดเงินค่ายา ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ยาที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

2. ประเมินสถานะการเจ็บป่วยในปัจจุบันทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และโรงพยาบาล

- กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ให้การดูแลที่บ้าน เช่น แพทย์ฝ่ายอาชีวบำบัด พยาบาลที่เยี่ยมบ้าน (Home Health Nurse) นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ

- กรณีที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ผลตรวจทางห้องตรวจ ผลการตรวจพิเศษ อาการสำคัญของชีวิต บันทึกของแพทย์ บันทึกของพยาบาล บันทึกของนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด การปรึกษากการดูแลรักษา บันทึกของทีมสุขภาพอื่น ๆ และจากการสังเกต

2.1 ประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Demographics) ชื่อ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร การจ้างงาน ภาษาพูด ระดับการศึกษา ศาสนา

2.2 ประเมินด้านการเงิน มีการประกันทางด้านสุขภาพหรือไม่ สามารถในการจ่ายค่ารักษาและค่ายา

2.3 ประเมินด้านปัจจัยแวดล้อม เพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ปลอดภัย โดยประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.4 ประเมินด้านจิตสังคม

นำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหาและเป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วยหาทิศทางในการให้การดูแล รวมทั้งการประเมินในเรื่องของเครื่องมือที่จะใช้

ขั้นตอนที่ 3 ประสานงาน วางแผนการรักษา และแผนการจำหน่าย (Coordinating and developing the treatment/discharge plan)

จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายหลังจากประเมินทางด้านคลินิก และจิตสังคมของผู้ป่วยเมื่อทราบความ เข้มแข็ง ความอ่อนแอ แหล่งทรัพยากรและการขาดแคลนแหล่งทรัพยากรของผู้ป่วยแต่ละคน

ทีมสุขภาพ เช่น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย ครอบครัว และอื่น ๆ จะต้องวางแผนในเรื่อง

- ความต้องการอะไรของผู้ป่วยที่จะต้องทำให้ประสบผลสำเร็จ (What needs to be done)
 - ทำอย่างไร (How to do it)
 - ใครจะเป็นผู้ให้บริการ (Who will provide necessary services)
 - ความต้องการเหล่านั้นควรจะได้อะไรเมื่อไหร่ (When each need will be met)
 - จะทำที่ไหน (Where the disposition will be)
- แผนการนี้จะประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินความต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management, monitoring, Reassessing and Reevaluating)

จากสภาวะผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการฝ้าติดตามและประเมินผลใหม่ ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลง ด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคม (ที่เกิดจากความเจ็บป่วย) คุณภาพของการดูแล ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งสุดท้ายที่จะต้องประเมินใหม่ที่จำเป็นก็คือ เป้าหมาย (goal)

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการตามแผนขั้นสุดท้าย (Implementation of the Final plan)

ในขั้นตอนนี้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย ปัญหาจะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ซึ่งได้รับความเห็นชอบและตกลงร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานงานจ่ายเงิน

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิด Case (Final evaluation post discharge follow-up and Case closure)

เป็นการเยี่ยมติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์ หรืออื่นๆ ที่จำเป็นด้วย ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไป Admit ใหม่ การเยี่ยมติดตามนี้อาจกระทำเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งตามความจำเป็นก่อนปิด case

3.4 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้และผลลัพธ์ที่ได้รับ

การจะพิจารณาดำเนินงานเพื่อนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในหน่วยงานผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการควรพิจารณาข้อมูลพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบนี้ เพื่อให้สามารถวางแผนการดำเนินการได้อย่างรัดกุม ส่งผลให้การนำระบบมาใช้มีความสำเร็จสูง

Girard N. (1994: 412) เสนอว่าข้อมูลที่จะนำมาพิจารณาในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ได้จากคำถามดังต่อไปนี้

1. ทำไมโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต้องการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อต้องการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ/เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยดีขึ้นหรือเปล่า หรือต้องการลดความหลากหลายและความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากระบบเดิม ที่แต่ละคนแต่ละสาขาอาชีพต่างคนต่างทำ หรือเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน หรือต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย หรือเพื่อหาผลกำไร

2. ใครจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และจะกำหนดบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานนั้น ๆ อย่างไร

3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนดให้มีขึ้น เป็นการจัดการที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพหรือไม่

4. ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานมีระบบหรือกระบวนการใดที่มีการใช้อยู่แล้ว และสามารถนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้กับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้หรือไม่

5. ใครบ้างในโรงพยาบาลหรือในหน่วยงานที่มีความรู้เกี่ยวกับ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และสามารถช่วยในการพัฒนาระบบนี้ได้

คำตอบที่ได้จากคำถามดังกล่าว จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผน สำหรับผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนา ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในองค์กรที่สำคัญต้องทำให้คนในองค์กรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย

เมื่อบุคคลในองค์กรทราบเป้าหมายของหน่วยงานแล้วว่า จะดำเนินการไปในทิศทางใด ขั้นตอนต่อไปคือการดำเนินการเพื่อนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

ขั้นตอนการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ (ยูวดี เกตุสัมพันธ์, 2543: 16)

การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพ ที่เน้นการประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงเนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญ และทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาซึ่งเรียกว่า Clinical pathway

การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ (Multidisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำขึ้นอยู่กับความต้องการของสถาบันนั้น ๆ

การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) คือ

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

ภาระค่าใช้จ่าย

- 6) กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่นกลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของทีมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีการดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

1.2 จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

1.3 กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

1.4 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมอง หรืออาจใช้วิธีขอความคิดเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

1.5 สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

1.6 การเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลาผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

1.6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ

1.6.3 การส่งตรวจต่าง ๆ

1.6.4 รายการยาต่าง ๆ

1.6.5 ชนิดของอาหาร

1.6.6 กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

1.6.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

1.6.8 การวางแผนการจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

1.7 การทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เป็นขั้นตอนที่นำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสารทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชาชีพ
2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่ยาวไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนการจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น
3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ
6. ทำให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้ และเป็นไปในทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย
7. ใช้เป็นข้อมูลในการ ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีลงปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานจะเป็นหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล และโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์กันดังนี้

ในการประสานงานกับผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ในระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดการใช้ Clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ Clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยในปัจจุบัน ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผนสำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่าง ๆ การประสานทำให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับในการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามตามเวลาที่กำหนด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องทบทวน Clinical pathways ทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้เป็นไปตามแผน หากไม่เป็นไปตามแผนผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไข สิ่งที่สำคัญในการติดตามกำกับ คือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่คาดหวังรวมถึงปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

ความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะ ถ้าพบต้องหาสาเหตุว่ามาจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ

- 1) สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไป
- 2) สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ให้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
- 3) สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา

หลักจากการตรวจพบความแปรปรวน การดำเนินการคือ ถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ปฏิบัติต้องได้รับการจัดการแก้ไขทันที ถ้าเกิดจากระบบต้องหาว่ามาจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาจะต้องแก้ทันที หรือไม่ก็ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้ทีมผู้ดูแลทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วย โดยมากมักใช้วิธีการเปลี่ยนวิธีการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่มีขั้นตอนที่แน่นอน มีการประสานงานของทีมสุขภาพ ที่ใช้สื่อคือ Clinical pathway ที่ทีมเขียนร่วมกันเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์จากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และติดต่อประสานงานดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนเมื่อกลับบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ

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

ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ
2. ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้
3. ลดการดูแลแบบแยกส่วน
4. ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ
5. ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
6. มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
7. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
8. เกิดความพึงพอใจของ ผู้ป่วย ครอบครัว
9. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานสูงต่อบทบาทความรับผิดชอบ

โดยเฉพาะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

10. แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ
11. ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ
12. เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล

4. บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือผู้ประสานงานดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ก่อนรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมี Clinical pathway ซึ่งสร้างโดยใช้ DRGS เป็นหลัก โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดูแลและปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนตลอดจนรับผิดชอบตรวจตราความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ

ความก้าวหน้าจะต้องสื่อสารให้ทุกคนให้ทีมสุขภาพทราบ เพื่อประเมินปัญหาและพยายามลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะปฏิบัติบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจและอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ในระยะแรกผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นบุคลากรที่มาจากหลายวิชาชีพ แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พยาบาลได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินงานในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบผลสำเร็จ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากมีความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ช่วยให้สามารถประสานการดูแลกับบุคลากรที่มาจากหลายสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี

แต่อย่างไรก็ตามการจัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นรูปแบบใหม่ในประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะเป็นที่ยอมรับว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่การนำรูปแบบนี้มาใช้ในการปฏิบัติ Tomges ได้กล่าวว่า อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการปรับบทบาทของพยาบาล ซึ่งนำไปสู่ความเครียดและความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นองค์การที่ต้องการนำรูปแบบการจัดการนี้ไปใช้จึงต้องมีการเตรียมการที่ดีทั้งสถานที่และบุคลากร

4.2 บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.2.1 บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ที่มีบทบาทหลายด้านในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล Hussein Tahan ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Nursing Professional Practice Programs ของโรงพยาบาล Mount Simmai ในรัฐ New York (2001) ได้วิเคราะห์บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและได้จำแนกบทบาทไว้ 5 มิติ คือ

1. มิติทางคลินิก / การดูแลผู้ป่วย

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย และ ครอบครัว และทำการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอในด้านการงาน ด้านจิตสังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและตามเป้าหมายของแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และต้องควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลต้องแน่ใจในความถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมที่ให้

ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการจำหน่ายและแผนการดูแลต้องคำนึงถึงการตกลงใจหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนและปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Cohen & Cesta, 1993; Tahan, 1993; Taham and Cesta, 1995 ; Thompson et al., 1991 ; Zander, 1988; อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และคณะ, 2545)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องติดตามให้การดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือในบางรายอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต ต้องประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา (coping) ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยการจัดให้มีการปรึกษาหับผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันที่เชี่ยวชาญโดยตรง และให้ความมั่นใจในการที่จะส่งต่อไปยังระดับที่เหมาะสมหรือเชี่ยวชาญขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องการ

2. มิติในการจัดการ หรือมิติภาวะผู้นำ

บทบาทเกี่ยวกับการจัดการ หมายถึง การรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในเรื่องการประสานงาน ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (Cohen & Cesta 1993 ; Tahan 1993) ในบางกรณี หน้าที่เหล่านั้นถูกกำหนดและติดตามทดสอบกระบวนการปฏิบัติ การรักษา การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงงาน การตกลงกับชุมชนในเรื่องการใช้ทรัพยากร การกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การได้มาซึ่งใบรับรองผลและสิทธิที่ได้รับจากองค์การที่จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย (Cohen, Tahan & Fink, 1998) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแลทุกครั้งที่มีโอกาส โดยการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล การฟื้นฟู การฝึกวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ เกสซ์กรรม โภชนาการ และงานรังสี หรือหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรบริการสุขภาพ ผู้ดูแลที่บ้าน พยาบาลประจำบ้าน และหน่วยบริการด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่างๆ

นอกจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา ประเมินความต้องการแพทย์ที่มีความสามารถ ถ้าพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยก็ต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาผู้ที่เชี่ยวชาญและเหมาะสมต่อไป

3. มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ

ในความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล และต้องสามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น ความล่าช้าของผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือปรับแผนการดูแลทันที เพื่อป้องกันการแปรปรวนที่จะเกิดมากขึ้น และเพื่อให้ได้ผลดีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลาด้วย

4. มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร

การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสาร เป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสมบูรณ์แบบ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับมาแล้ว บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ เพราะหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเน้นในด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน ข้อมูลข่าวสารจะรวมอยู่ในกิจกรรมเหล่านั้นเพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแล ผู้ป่วยและประสิทธิผลขององค์การ หรือเป็นการป้องกันการเกิดการแปรปรวนของแผนการดูแลได้

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีส่วนร่วมในการจัดการข้อมูลข่าวสาร และการติดต่อสื่อสารหลาย ๆ ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ แนวคิดและการรายงาน เช่น ความแปรปรวนของข้อมูล ข้อมูลประกันคุณภาพ ข้อมูลการวิจัย ฯลฯ
2. การรายงานสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการบันทึกการจัดการดูแลผู้ป่วย การแปรปรวนของ ข้อมูล การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย การวิเคราะห์ความคุ้มค่า การปฏิเสธและการเรียกร้องระยะเวลาในการดูแล อัตราความถี่ของการอยู่โรงพยาบาล หรือกลับมารักษาใหม่

3. การติดต่อสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ การรายงาน การประชุมอภิปรายปัญหาผู้ป่วย การประชุมข้างเตียงผู้ป่วย การทบทวน การใช้เครื่องมือ การดูแล

4. การนำเสนอ ประชาวิจารณ์ ติดประกาศ และการพิมพ์แจกจ่าย

5. บริการจัดทำผลสะท้อนกลับให้ทีมงานเพื่อการพัฒนา

6. การพัฒนาหรือการทบทวนนโยบายและการปฏิบัติ

7. แบ่งหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารของผู้ป่วยกับสมาชิกในทีม

8. การจัดหาเอกสารมาประกอบ

9. การได้รับการมอบอำนาจสำหรับการให้บริการจากองค์การในการจัดการดูแล และการรายงาน การทบทวนกิจกรรมต่างๆ

5. มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า

การพัฒนาวิชาชีพและความก้าวหน้าเป็นสิ่งจำเป็นของผู้จัดการผู้ป่วย วิทยากรฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการผู้ป่วยวิทยากรเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็น ผลดีต่อผู้จัดการผู้ป่วยวิทยากรที่จะคงอยู่ในสถานะสมาชิกในองค์การ ซึ่งน่าจะถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ ได้ และปรับปรุงสถานการณ์ ภายใต้การมอบหมายของการบริการสุขภาพให้มีความก้าวหน้า และดำรงการเป็นสมาชิกสัมพันธ์ขององค์กรวิชาชีพ เช่น Case Management Society of America, America Nurse Association และมีการบริการการจัดการพิเศษ ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายกับสมาคมผู้จัดการผู้ป่วยวิทยากรและการจัดการผู้ป่วย วิทยากร

2. แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับวิชาการใหม่ๆ ของการจัดการ ผู้ป่วยวิทยากร

3. ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการยอมรับในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยวิทยากร

4. ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการฝึกปฏิบัติอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ

5. เสนอมาตรฐานการฝึกปฏิบัติทั้งในระดับปกติและระดับชาติ

6. พัฒนามาตรฐานการฝึกปฏิบัติ โดยเน้นประเด็นจริยธรรมหรือชี้ นำพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยวิทยากรฝึกรวมเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจด้านจริยธรรม

7. ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากสังคมถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ด้านสุขภาพของชุมชนกลุ่มใหญ่

8. จัดทำเป็นนโยบายหรือจัดอบรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้แพร่หลายสู่สาธารณชน

4.2.2 รูปแบบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

เวย์แมน (Wayman, 1999) ได้กล่าวถึงการทำงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลว่ามีอยู่ 4 รูปแบบ ซึ่งการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการพิจารณาของโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้แก่ (รัชนี ศุภจินทรรัตน์, 2545)

1. Utilization
2. Insurance
3. Primary
4. Advanced practice

รูปแบบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่กล่าวมา มีลักษณะดังนี้

1. Utilization Nurse Case Manger (UNCM) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้จะผสมผสานบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดเน้น 3 ประการคือ ค่ารักษา การจ่ายเงินของบริษัทประกัน และการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบดั้งเดิม

ในบทบาทนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องศึกษาประวัติและรายละเอียดผู้ป่วย (Chart review) เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วยและกำหนดการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่เริ่มรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งถูกจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยถูกรับไว้รักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะร่วมกับทีมผู้ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพช่วยกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตลอดจนใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้

2. The Insurance Nurse Case Manager (INCM) รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบนี้เกิดจากมุมมองของผู้รับประกันสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งจะเน้นที่การใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์แก่บริษัทประกัน ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาการรักษาที่ยาวนาน และใช้ทรัพยากรมาก INCM ต้องติดต่อกับหน่วยงานและเครือข่ายอื่น ๆ ภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายบ่อยครั้งที่ INCM ทำหน้าที่เป็นคนกลางติดต่อระหว่างโรงพยาบาลและ HMO

นอกจากนั้นบทบาทของ INCM ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ต้องติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการสุขภาพในชุมชน INCM จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในการช่วยผู้ป่วยให้รู้จัก

ระบบการดูแล และเชื่อมต่อบริการที่จำเป็นเมื่อถูกจำหน่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยังช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3. The Primary Nurse Case Manager Model (PNCM) เป็นรูปแบบที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีความสามารถทางเทคนิคสูง มีทักษะและประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง PNCM จะประสานความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเล็ก ๆ ของตนจากสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบนี้ PNCM จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชม. โดยมีพยาบาลอื่น ๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อ PNCM ไม่ขึ้นเวร รูปแบบนี้ท้าทายให้ PNCM ต้องจัดการกับเวลาให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดี

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางการดูแลเหมือนรูปแบบอื่น ๆ แต่สิ่งที่มีเด่นชัดกว่ารูปแบบอื่นคือ การสร้างสัมพันธภาพที่มีบทบาทสูงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีมากกว่ารูปแบบอื่น

4. Advanced Practice Nursing Case Manger (APNCM) แม้ว่าบทบาทของ APNCM ยังไม่ได้รับการจัดกลุ่มจาก American Nurses Association ว่าเป็นบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่มาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความสอดคล้องเป็นอย่างยิ่งกับการปฏิบัติงานของ APNCM ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้อาจอยู่ในหอผู้ป่วยหรือแผนกผู้ป่วยนอก ทำการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยว่าใครจะได้ประโยชน์จากการจัดการการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

APNCM จะเป็นผู้สร้างทีมสหสาขาและประสานการดูแลที่วางแผนไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการตาม Clinical pathway ที่สร้างขึ้นให้เหมาะกับผู้ป่วยและทำการประเมินความแปรปรวนของ Clinical pathway พร้อมกับปรับแผนให้เหมาะสมเช่นเดียวกับการใช้ Clinical pathway ของรูปแบบอื่น ๆ ทั้งนี้ APNCM จะครองบทบาทผู้นำโดยอัตโนมัติในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลและนักวิเคราะห์ APNCM จะรับผิดชอบโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีเรื่องที่ต้องการการตัดสินใจ

บทบาทของ APNCM ในการสร้างโปรแกรมที่ใช้ในการสนับสนุนการดูแลประชาชนและผู้เจ็บป่วยในชุมชนและเขตพื้นที่ต่าง ๆ กำลังมีมากขึ้นเรื่อย ๆ (Wayma, 1999) ผู้มาทำงานนี้ จำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ ทักษะผู้นำ และความผูกพันในวิชาชีพ เพื่อสามารถจะร่วมมือปฏิบัติงานกับแพทย์ คลินิกภายนอก HMO บริษัทประกันสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพได้

4.2.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความรับผิดชอบในงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ละคนอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจุดเน้นของงาน เช่น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นองค์กฤษฎะ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยหลากหลาย แต่โดยทั่วไปแล้วหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคือ

1. การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย (Powell, 2000) คือการทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความมีอิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายกังวล สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย และมีความชัดเจนในคุณค่าของตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดพลังอำนาจสามารถกระทำได้ด้วยช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลต่างๆอย่างถูกต้อง และตรงตามความต้องการ

2. ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น คือ การที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

3. ผู้เชี่ยวชาญการคัดกรองผู้ป่วย คือ การที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ของผู้ป่วยรายกรณีตามข้อตกลงของสถาบันนั้น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรายกรณีเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้รับผลประโยชน์สูงสุด

4. ผู้ประสานงานของแผนการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ที่หน้าที่ได้ดีที่สุด ซึ่งจะทำให้ระบบการทำงานราบรื่นให้ประโยชน์แก่ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการประสานงานและทำให้เกิดความร่วมมือของทีมสุขภาพ เพื่อเกิดการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ การประสานงานการบริการนี้ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม การคุ้มครองของบริษัทประกันและอื่น ๆ

5. การประเมินและการประเมินซ้ำ ความต้องการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ละวัน แม้แต่ภายในแต่ละชั่วโมง การช่วยเหลือของด้านจิตสังคม ความต้องการของด้านจิตวิญญาณ และการประเมินใหม่อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และ ยังเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงหรือเมื่อมีสถานการณ์รุนแรงเกิดขึ้น

6. ผู้วางแผนจำหน่ายและผู้ประสานงานเมื่อแผนการดูแลเปลี่ยนแปลง วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การปฏิบัติตามที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมต่าง ๆ อาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น การวางแผนจำหน่ายนี้จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

และติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใส่ใจในความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกระยะ และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เลวลง

7. ติดตามผลการรักษาตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องทำหน้าที่ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุกระยะไม่ว่าจะอยู่ในระยะวิกฤตในโรงพยาบาลหรือระยะพักฟื้นที่บ้าน ต้องสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพหรือไม่ ภาวะสุขภาพขณะนั้นอยู่ในระดับใด ประเมินได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับเพียงใด ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจในการจัดการดูแลหรือไม่ ผลของการรักษาที่พบเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด จะต้องปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือไม่ เหล่านี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องให้ความเอาใจใส่และติดตามอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นการปฏิบัติประจำ และต้องเป็นไปด้วยสัมพันธภาพของความไว้วางใจที่ผู้ป่วยยอมรับได้ บางกรณีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอาจใช้โทรศัพท์ติดตามผลก็ได้ ถ้าพบปัญหาที่จะนำมาประชุมร่วมในที่มสุขภาพเพื่อหาแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

8. ผู้ตรวจสอบผลประโยชน์ที่ได้รับ เป็นผู้ติดตามดูกระบวนการจัดการปริมาณบริการที่ได้รับความรุนแรงของโรค ความจำเป็นในการให้ยา และระดับการดูแลที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ปกป้องไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความจำเป็นหรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เช่น การตรวจพิเศษต่างๆ ที่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การให้ยาเกินขนาดจากแพทย์ ผักกาดหรือคำสั่งการรักษาที่ต้องตรวจทดลองหลายอย่างไม่จำเป็นกับโรคหรืออาการผู้ป่วย หรือการให้ยาและสารน้ำทางเส้นเลือดนานเกินไป ซึ่งบางรายน่าจะเปลี่ยนมาเป็นยารับประทานได้ ในกรณีผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเข้าไปดูแผนการจำหน่ายด้วยว่าเหมาะสมและครอบคลุมหรือไม่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตหรือยังหรือต้องให้คำแนะนำอะไรบ้างแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อพักฟื้นที่บ้าน เหล่านี้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องรับผิดชอบ โดยการประสานกับผู้ร่วมทีมสุขภาพโดยใช้แผนการดูแลของทีมสุขภาพ (Clinical Pathway) เป็นแนวทางกำหนด ถ้าเกิดข้อขัดแย้งขึ้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องสามารถจัดการข้อขัดแย้งเหล่านี้ได้อย่างทันท่วงที และมีศิลปะในการต่อรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์มากที่สุด

9. การให้ความรู้ด้านการประกันสุขภาพ/การได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสุขภาพ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลายแห่งต้องการให้มีการวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับหรือเสียประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ต้องประสานกับบริษัทกองทุนหรือองค์กรที่รับผิดชอบในการจ่ายเงินประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่ติดต่อบริษัทประกันชีวิตหรือผู้จ่ายมาทำการตกลง โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในโรงพยาบาลอย่างละเอียดและครอบคลุม อธิบายให้ผู้ป่วย

และครอบครัวเข้าใจถึงกระบวนการจัดการและผลประโยชน์ที่ควรได้รับ ซึ่งอาจต่อเนื่องเป็นปีใน รายผู้ป่วยวิกฤตและโรคเรื้อรัง

10. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบางคน ไม่เห็นด้วย กับความรับผิดชอบในหน้าที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมการได้ ยากและไม่แน่นอน พยายามจะหลีกเลี่ยงหน้าที่นี้ โดยให้เหตุผลว่าเป็นการยากที่จะเข้าใจถึงระบบ และกรรมวิธีในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย แต่ในความเป็นจริงแล้วบทบาทนี้สำคัญมากในกระบวนการ จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถที่จะจัดการกับแผนการดูแลผู้ป่วยให้ มีคุณภาพได้ สามารถที่จะประสานกับทีมสุขภาพกำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาล กำหนด วันนอนในโรงพยาบาล และสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และแสดงถึงคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลในปี ค.ศ.1996 องค์การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Health Insurance Association of America (HIAA) รายงานว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละรายได้ถึง 30 เหรียญดอลลาร์ ดังนั้นคง หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคงต้องรับผิดชอบในหน้าที่นี้ต่อไป

4.3 ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอยู่หลายปัจจัย และเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเชี่ยวชาญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยราย กรณีคงประกอบด้วย (More and Mandell, 1997 ; 50-89 อ้างถึงในจิราภรณ์ ศรีไชย, 2543)

4.3.1 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย

4.3.1.1 การติดต่อสื่อสาร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นตัวกลางใน การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง หน่วยงานสุขภาพภายนอก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในด้าน การพูดและการเขียน เข้าใจและถ่ายทอดข้อมูลรวมทั้งความรู้ในระดับต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

4.3.1.2 มีไหวพริบและมีความเป็นนักการทูต ผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณีควรมีไหวพริบ เมื่อต้องติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสาน ใ้มน้ำว ขอบความร่วมมือ ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยไม่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ศิลปะ ของ นักการทูตจะช่วยในการพัฒนาการสื่อสารในทางบวก การประสานความสัมพันธ์และการทำให้ ได้รับการยอมรับนับถือในการติดต่อกับบุคคลอื่น

4.3.1.3 มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ในการปฏิบัติงานกันยอม เกิดความขัดแย้งได้เสมอ การแก้ไขปัญหาเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น ด้วยวิธีการที่สุภาพไม่แสดง

ท่าทางก้าวร้าว มีความจริงใจ สบตา และหลีกเลี่ยงการพูดเรื่องเก่าอันจะนำไป ซึ่งความขัดแย้ง และมีการใช้ไหวพริบร่วมด้วย

4.3.1.4 การร่วมมือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความ ร่วมมือ จึงต้องมีทักษะในการส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยของสมาชิกทีม เพื่อให้สมาชิกทีม แน่ใจว่าการร่วมมือที่เกิดจากความอดทน หักบัน ของสมาชิกทีมยังเป็นการทำงานร่วมกัน

4.3.1.5 การเจรจาต่อรอง การเจรจาเพื่อโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นทำ ตาม สร้างความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มีความยืดหยุ่น การเจรจาต่อรองเป็น บทบาทสำคัญของผู้ที่ทำหน้าที่ของผู้รับบริการ

4.3.2 ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

4.3.2.1 การตลาดและการสร้างเครือข่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรมีความรู้เกี่ยวกับการตลาดและการสร้างเครือข่ายเป็นการปฏิบัติเบื้องต้นในการจัดการผู้ป่วย รายกรณี เป็นทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การสร้างเครือข่าย จะเป็นการพัฒนาและคงไว้ซึ่งการติดต่อกันและสัมพันธภาพของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

4.3.2.2 การสืบสวน สถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและ หลากหลาย เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยมีความสงสัย ควรพิจารณาใช้แนวทางที่หลากหลายในการสืบสวน เช่น การให้ความสนใจในรายละเอียด การจัดกระทำข้อมูลให้กระจ่างชัด การใช้การแนะนำที่ เหมาะสมและมีความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูลข่าวสาร

4.3.3 ทักษะความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วย

4.3.3.1 การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา การพัฒนา ทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาเพิ่มมากขึ้นได้ในอัตราส่วนที่เหมาะสม เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวางในการให้บริการ

4.3.3.2 การวิจัย การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ ในการส่งเสริมความเป็น ผู้เชี่ยวชาญสามารถอธิบายองค์ความรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย รายกรณีให้มีคุณภาพสูงขึ้น

4.3.3.3 การประเมิน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีความสามารถใน การประเมินที่ครอบคลุมสถานการณ์หรือปัญหาที่พบ การประเมินควรมีการเก็บรวบรวมจาก หลายแหล่ง ใช้ความรู้พื้นฐานและมีการสื่อสารที่ดี

4.3.4 ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย

4.3.4.1 การจัดองค์การและการบริหารเวลา การจัดสรรเวลาเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานการจัดการ ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีควรมีการกำหนดเวลาการดำเนินงานที่แน่นอนระบุไว้อย่างชัดเจนในแผน และมีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมทั้งต้องทำหน้าที่บริหารจัดการ ควบคุมที่มสุขภาพให้ดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ภายในเวลาที่กำหนด เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญคือคุณภาพบริการในค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ภายในเวลาที่กำหนด

4.3.4.2 การจัดลำดับความสำคัญ ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง เป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในทักษะการจัดองค์การและการบริหารเวลา การจัดลำดับความสำคัญควรคำนึงถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้จัดการผู้ปวยที่ไม่สามารถอธิบายจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของงานได้อย่างชัดเจน จะไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังของงานต่าง ๆ ได้

4.3.4.3 การมอบหมายงาน ในการบริหารจัดการการมอบหมายให้บุคคลที่มีศักยภาพดำเนินงานตามรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล โดยให้ความไว้วางใจ ให้อิสระสนับสนุนให้บุคคลสามารถชี้แจงการปฏิบัติงานต่างๆ ได้

4.3.4.4 ความคิดสร้างสรรค์ กระบวนการจัดการผู้ปวยรายกรณีเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการด้วยวิธีการต่างๆ ผู้จัดการผู้ปวยควรเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

4.3.4.5 ความมีระเบียบวินัยในตนเอง ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีเป็นผู้ที่ทำงานโดยอิสระและมีการปกครองตนเอง ดังนั้นความมีระเบียบวินัยในตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีประสบความสำเร็จในการทำงาน

4.4 การประเมินการแสดงผล

การประเมินผลการแสดงผล คือการประเมินผลในรูปแบบการปฏิบัติ (Performance) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งในด้านการส่งเสริมวิชาชีพ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงาน รวมทั้งพฤติกรรมและการควบคุมอารมณ์ในการปฏิบัติงาน (Fivars and gosnell, 1966 อ้างถึงใน กนกวรรณ มาลานิตย์, 2542)

4.4.1 ความหมายของการประเมินผล

การประเมินผลเป็นกระบวนการของการตัดสินใจ การวินิจฉัย การตีราคา สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเป็นระบบและมีหลักเกณฑ์ โดยอาศัยความยุติธรรม ความไม่ลำเอียงหรืออคติของผู้ประเมิน เช่น ตัดสินว่า บุคคลใดบุคคลหนึ่งทำงานดีเยี่ยมก็ต้องอยู่บนรากฐานของความ

ยุคิธรรม สามารถชี้แจงบอกกล่าวให้ผู้อื่นทราบได้ว่า นำอะไรมาวัดการทำงานดีเยี่ยม เป็นต้น (พะยอม วงศ์สารศรี, 2542)

อลงกรณ์ มีสุทธา (2539) กล่าวว่า การประเมินผลเป็นกระบวนการ ประเมินค่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ทั้งผลงาน และลักษณะอื่นๆ

ส.วาสนา ประवालพฤษ (2529) กล่าวว่า การประเมินผล คือ การตี ราคาค่าพฤติกรรมของผู้เรียนในแง่คุณภาพ โดยการเก็บข้อมูล หลักฐานด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิธีวัดเชิง ปริมาณ และในการตัดสินใจเชิงคุณภาพ

ณัฐพันธ์ เขจรันท์ (2544) กล่าวว่า การประเมินหมายถึง กระบวนการที่มีการศึกษา วิเคราะห์ กำหนดเกณฑ์ วางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะตัดสินคุณสมบัติ คุณค่าหรือคุณภาพของสิ่งที่เราสนใจจากการวัดผลเปรียบเทียบกับ เกณฑ์มาตรฐาน

รูปแบบของการประเมินผลทางการพยาบาล

ไฟวาร์และกอสเนลล์ ได้เสนอรูปของการประเมินผลทางการพยาบาลไว้ 4 รูปแบบ คือ (Fivars and Gosnell, 1966 อ้างถึงใน กนกวรรณ มาลานิตย์, 2542)

1. การประเมินในรูปแบบของวัตถุประสงค์ (Objective) โดยพิจารณาผล สุดท้ายของงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ทั้ง 2 ด้าน

ก. วัตถุประสงค์โดยทั่วไป (General objective) ซึ่งเขียนเป็นแนวทาง กว้าง ๆ

ข. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (Behaviora objective) ระบุพฤติกรรมที่ ต้องการอย่างแน่ชัด

2. การประเมินในรูปแบบของงาน (Task) เนื่องจากงานเป็นผลจากการกระทำ (Performance) การประเมินผลลักษณะนี้ควรทำโดยกลุ่มผู้ชำนาญในงานนั้นโดยเฉพาะ เพื่อ ประเมินการพรรณนาลักษณะงาน (Job description)

3. การประเมินผลในรูปแบบการปฏิบัติ (Performance) เป็นการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งในด้านการส่งเสริมวิชาชีพ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการ ปฏิบัติงาน รวมทั้งพฤติกรรมและการควบคุมอารมณ์ในการปฏิบัติงาน

4. การประเมินผลในรูปแบบการปฏิบัติ (Professional standard) เนื่องจาก การพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานของการพยาบาลไว้อย่างแน่นอน และทันสมัย เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผล

ประเภทของการประเมินผลทางการพยาบาล (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534)

การประเมินผลทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินผลบุคลากร (Evaluation of Nursing Personnel)
2. การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation of Nursing Care)

การประเมินผลทั้ง 2 ประเภทนี้ แยกออกจากกันได้ยากจึงมักประเมินควบคู่กันไป

1. การประเมินผลบุคลากร

ในการปฏิบัติงานประจำวัน ผู้ทำงานร่วมกันย่อมมีความคิดในการ ประเมินผลซึ่งกันและกันตลอดเวลา จะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม หัวหน้างานจะใช้วิจารณญาณ ประเมินผลผู้ใต้บังคับบัญชา ในขณะที่เดียวกันผู้ใต้บังคับบัญชาก็ใช้วิจารณญาณของตนเอง ประเมินหัวหน้างานด้วย การใช้วิจารณญาณอาจเป็นเพียงความเห็นส่วนตัว ความชอบหรือไม่ ชอบซึ่งจะมีอารมณ์เป็นสำคัญโดยมิได้อ้างอิงหลักการ เกณฑ์และข้อเท็จจริง ผู้บริหารการพยาบาล จึงควรระมัดระวังในการประเมินผลบุคลากร โดยการรักษาความรู้ด้านการประเมินผล ดำเนินการ อย่างมีขั้นตอน วัตถุประสงค์และมีคุณภาพ

ความหมายของการประเมินผลบุคลากร

การประเมินของการประเมินผลบุคลากรเป็นการวิเคราะห์ความสามารถเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการจัดการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การแนะแนว การกระตุ้น ส่งเสริมและพัฒนา ผู้ปฏิบัติงาน (Persodin, 1962)

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลบุคลากร

การประเมินผลบุคลากร มีวัตถุประสงค์ที่จะสนองความต้องการที่สำคัญหลาย ประการทั้งด้านความต้องการขององค์กรและของบุคลากรด้วย (Smith, 1975: 27)

1. เพื่อจัดหาระบบการตัดสินใจที่เที่ยงธรรมสำหรับใช้เป็นฐานในการพิจารณา การขึ้นอัตราค่าจ้าง เงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การโยกย้าย ตลอดจนการลงโทษและการให้ออก จากงาน

2. เพื่อเป็นข้อมูลและสื่อกลางในการแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในระดับไหน และควรได้รับการปรับปรุงอย่างไรบ้างทั้งด้านทัศนคติ ความชำนาญและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยในการเรียนรู้และเข้าใจด้วยตนเองได้อย่างมาก
3. เพื่อประโยชน์ของผู้尼เทศงาน ที่จะเข้าใจผู้ปฏิบัติงานได้มากขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการนิเทศได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานแต่ละบุคคล

ขั้นตอนในการประเมินผลบุคลากร

การประเมินผลบุคลากร ควรมีการวางแผน จัดระบบงานตามขั้นตอนดังนี้ คือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินผลที่แน่นอน ว่าต้องการนำผลที่ได้ไปใช้ทำอะไร
2. กำหนดลักษณะงานที่จะประเมินให้ตรงตามวัตถุประสงค์และเหมาะสมกับตำแหน่งของบุคลากร
3. กำหนดตัวผู้ประเมินซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นผู้บังคับบัญชาของบุคลากรนั้น ๆ ผู้ประเมินนี้ควรได้ทราบนโยบาย วัตถุประสงค์ หลักการและวิธีการในการประเมินผลตามแบบฟอร์มที่กำหนด
4. กำหนดวิธีการประเมิน ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งมีหลายวิธี เช่น
 - ก. การประเมินพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ความถูกต้อง ใฝ่ใจ สุภาพ หรือเจ้าอารมณ์ เป็นต้น
 - ข. การประเมินคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การเป็นผู้นำ เป็นต้น
 - ค. การประเมินความก้าวหน้าของงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน ปัญหาที่พบและวิธีการแก้ไข
 - ง. การประเมินตนเอง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยอาศัยความซื่อสัตย์สุจริตของตนเองในการประเมิน
5. การวิเคราะห์ผลการประเมินและนำไปใช้ประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่สำคัญประการหนึ่ง เมื่อได้ผลประเมินแล้ว ผู้บริหารควรบันทึกไว้อย่างมีระบบเพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ ซึ่งควรได้มีการนำไปใช้ประโยชน์ทั้งต่อบุคลากรและหน่วยงานดังกล่าว

กล่าวได้ว่า การประเมินผลบุคลากรเป็นกิจกรรมที่มีความยากเนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์โดยตรงซึ่งยังไม่มีเครื่องมือใดที่จะใช้วัดได้ผลแน่นอน ดังนั้นการประเมินจึงจำเป็นต้องอาศัยแบบฟอร์ม การสังเกต การสัมภาษณ์ และการบันทึกเป็นสำคัญ สิ่งที่ต้องประเมินได้แก่ผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในการปฏิบัติงาน การใช้สติปัญญา การควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการตัดสินใจ ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และความสามารถในการปฏิบัติงาน (Bidwell and Frocbe, 1971: 10)

2. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation of Nursing Care)

การประเมินผลแบบนี้มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลเป็นอย่างมาก จึงต้องมีมาตรฐานของการพยาบาลที่ชัดเจน และบังเฉพาะ และเป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่จะสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้

การประเมินผลผลการพยาบาลเป็นกระบวนการที่บอกให้ทราบถึง

1. ความก้าวหน้าด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. คุณภาพการให้บริการพยาบาลของสถาบัน โดยวิธีการตรวจสอบการพยาบาล
3. คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลของการพยาบาลแต่ละคน
4. การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคน

ขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล ได้แก่

1. ชี้เกณฑ์ในการประเมินที่จะช่วยให้พยาบาลสังเกตพฤติกรรมของบุคลากรที่คาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในกาแก้ปัญหา
2. รวบรวมข้อมูลของบุคลากรภายหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
3. เปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมได้กับเกณฑ์ที่ตั้งไว้และกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคลและตัดสินใจว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังไว้หรือไม่
4. ปรับปรุงแก้ไขให้แผนการพยาบาลทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีมาตรฐานไว้เปรียบเทียบ เช่น การวางแผนการพยาบาลต้องมีเป้าหมายของการพยาบาลนั้น ๆ ไว้เป็นเครื่องนำทางและเป้าหมายของการพยาบาลต้องสอดคล้องกับมาตรฐานของแผนกพยาบาล หอผู้ป่วย หรือการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ และการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยต้องกระทำตลอดเวลาเป็น

ระยะ ๆ และสม่ำเสมอ โดยกระทำภายหลังหรือการให้การพยาบาลผู้ป่วย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539: 18)

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินผลทางการพยาบาล ซึ่งจัดอยู่ในประเภทการประเมินผลบุคลากร (Evaluation of Nursing Personnel) หรือเป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินผลทางการพยาบาล โดยจัดเป็นการประเมินผลในรูปการปฏิบัติ (Performance)

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพ

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินผลทางการพยาบาล ซึ่งจัดอยู่ในประเภทการประเมินผลบุคลากร หรือเป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินผลทางการพยาบาล โดยจัดเป็นการประเมินผลในรูปปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับกันเป็นเวลานานแล้วว่า การประเมินที่ถูกต้องและแม่นยำ จำเป็นสำหรับกิจกรรมทุกประเภทที่มีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการพยาบาลเป็นวิชาชีพสาขาหนึ่งที่ต้องมีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานประกอบด้วย

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้บังคับบัญชา ในการประเมินผลการปฏิบัติงานเท่าที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ นั้น ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นจะเป็นผู้ประเมินตามความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน โดยทั่วไปต้องการที่จะให้ผู้บังคับบัญชาประเมินมากกว่าที่จะให้เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นผู้ประเมิน การประเมินผลโดยผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นยังเป็นที่นิยมอยู่ในปัจจุบันด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นตำแหน่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงาน และสังเกตพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานได้ดีที่สุด และงานประเมินเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บังคับบัญชาอยู่แล้ว ขณะเดียวกันงานพัฒนาบุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติงานก็ถือเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นด้วยเช่นกัน

2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง นอกจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานโดยให้ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ประเมินแล้ว ในปัจจุบันการประเมินตนเองเริ่มจะกว้างขวางและมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในระดับผู้บริหารและระดับวิชาชีพ เพราะการนำผลการประเมินตนเองมาใช้จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นส่วนกลางและเกิดการพิจารณาด้วยความยุติธรรม (Flippo, 1984) และนอกจากนั้นยังมีเหตุผลสำคัญหลายประการ คือ การประเมินผลการปฏิบัติงานโดยผู้บังคับบัญชานั้นเป็นการรวบรวมข้อมูลจากบนลงล่างเพียงอย่างเดียว การประเมินตนเองจะเป็นการ

กระตุ้นให้ ผู้ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล โดยจะนึกถึงตนเองและงานที่ทำ และเกิดแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น จากผลของการได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลด้วย ขณะเดียวกันจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชา รวมทั้งองค์การด้วย (สมพงษ์ เกษมสิน, 2526: 69)

5. การแสดงบทบาท

เป็นพฤติกรรมแสดงออกของคนในบทบาทหนึ่งตามข้อบังคับทางสังคม องค์ประกอบสำคัญที่ควรพิจารณามีอยู่ 3 ประการคือ จำนวนบทบาทที่แต่ละคนจำเป็นต้องครองซึ่งไม่ใช่บทบาทเดียว ประการต่อไปคือ ความลึกช้าต่อการแสดงบทบาทต่าง ๆ ประการสุดท้ายคือ ความไม่เข้าใจต่อบทบาทนั้นมาก่อนเลย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

การที่คนมีบทบาทหลาย ๆ บทบาท รวมอยู่ในคนคนเดียวนั้น นั่นคือ ในจุดใดจุดหนึ่งของชีวิตคนจะแสดงบทบาทหลาย ๆ บทบาทแตกต่างกันไป นั่นคือ คนมีบทบาทรวมอยู่เสมอตลอดวงจรชีวิต การมีบทบาทรวมเช่นนี้เป็นจุดก่อความขัดแย้งและความเครียดได้อย่างมาก ดังตัวอย่างที่กล่าวไว้ในตอนต้น กล่าวคือ การแสดงบทบาทภรรยา มารดา และนักศึกษา หากพิจารณาโดยละเอียดแล้วพฤติกรรมของแต่ละบทบาทจะมีความขัดแย้งกันเองได้โดยง่าย

ในเรื่องของความลึกช้าที่มีต่อบทบาทนั้นมีผลต่อความสามารถในการแสดงบทบาท นั่นคือ บทบาทหนึ่ง ๆ ต้องการความลึกช้าที่มีต่อบทบาทแตกต่างกัน โดยต้องพิจารณาถึงเวลาและสถานการณ์ ทั้งนี้จะต้องเกิดขึ้นสืบเนื่องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพราะฉะนั้นในแต่ละบทบาทจะต้องการความลึกช้ามากน้อยเพียงใดนั้น ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลนั้น

สำหรับความไม่เข้าใจต่อบทบาท หรือความว่างเปล่าต่อบทบาทนั้น เกิดขึ้นได้เนื่องจากว่า บางบทบาทได้เกิดขึ้นมาร่วมกับบทบาทหลัก เช่น บทบาทของผู้ชาย เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นก่อน เมื่อผู้ชายคนนี้เติบโตต่อไปจนถึงขั้นแต่งงานก็จะมีบทบาทผู้นำของครอบครัว ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะว่างเปล่าในคนบางคน นี่คือการเรียนรู้อุบัติภาพ โดยให้คนได้มีส่วน เกี่ยวข้องกับบทบาทหนึ่ง ๆ ทางใดทางหนึ่งหรือหลาย ๆ ทาง เพื่อความพร้อมในการแสดงบทบาทของตนเองต่อไปได้ด้วยดี

ความหมายของบทบาท

บทบาทเกิดขึ้นมาพร้อมกับการกำเนิดมนุษย์ แต่คำว่า “บทบาท” เกิดขึ้นประมาณ ค.ศ.1920 (Biddle and Thomas, 1966) ในปัจจุบันได้มีผู้อธิบายความหมายของบทบาทไว้มากมาย และแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทฤษฎีและ/หรือมโนคติที่แต่ละวิชาชีพยึดถือหรือใช้เป็นหลักในการอธิบาย เช่น “บทบาทคือ กลุ่มของความคาดหวังต่อคนในแต่ละตำแหน่ง ในระบบสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งคนต้องปฏิบัติ” (Kramer, 1974, p.52) คนอื่น ๆ จะให้ความหมายที่แตกต่างกันไป เช่น เป็นการกำหนดตำแหน่ง และกิจกรรม (Oeser & Harary, 1962, p.92) หรือมุ่งพฤติกรรมในระดับสังคมหนึ่ง ๆ สรุปได้ว่า บทบาทจะประกอบด้วย คน กิจกรรม หรือพฤติกรรม และตำแหน่ง จึงอาจกล่าวได้ว่า “บทบาทคือ การแสดงออก หรือพฤติกรรมที่คาดหวังต่อคนหนึ่ง ๆ ที่อยู่ในตำแหน่งหนึ่ง ๆ ของสังคม” (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

ปฏิญญา สาร (2527) ให้ความหมายบทบาทว่า หมายถึง ความมุ่งหมายที่บุคคลอื่นคาดหวังว่าบุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรจะทำ หรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทนี้จะควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงตำแหน่งอยู่เสมอ

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า บทบาทเป็นรูปแบบของพฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่าบุคคลต้องกระทำตามตำแหน่ง ส่วนพฤติกรรมบทบาทเป็นการตอบสนองของหน้าที่งานต่อบทบาท หรือสภาวะการณ์ของงาน พฤติกรรมบทบาทที่บุคคลกระทำจริง อาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวังในการปฏิบัติงานใดก็ตาม องค์การควรกำหนดงานและหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของตำแหน่งนั้นๆ มิฉะนั้นอาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งจะก่อให้เกิดความกังวลใจและทำให้การปฏิบัติงานด้อยคุณภาพได้

ธงชัย และ ชัยยศ สันติวงษ์ (2536) กล่าวว่าบทบาทเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างตัวบุคคลกับองค์การ แสดงถึงพฤติกรรมของคนในองค์การที่คาดว่าจะแสดงออก เกิดจากผลของการเกี่ยวข้องกันขององค์การที่เป็นทางการเทคนิควิทยาการ องค์การที่ไม่เป็นทางการและความคาดหวังของบุคคลในงานที่ทำ

นาถสุภาวงศ์ ไกรอาบ (2539) กล่าวว่า บทบาทหมายถึงการแสดงออกของพฤติกรรมตามสภาพการหรือตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล หรือตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้นๆ

Clark and et al (1979) ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำ เมื่อเข้าครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งรวมทั้งหน้าที่ตามตำแหน่ง และตามความคาดหวัง

Pinder (1984) กล่าวถึง บทบาทก็คือ สถานภาพหรือตำแหน่งทางสังคมซึ่งทำให้บุคคลถูกกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตามความคาดหวังของสังคมในตำแหน่งนั้นๆ มีผลให้พฤติกรรมส่วนหนึ่งที่แสดงออกของบุคคลเป็นพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวัง

Hardy and Conway (1987) กล่าวว่า บทบาทหมายถึง ตำแหน่งกลุ่มของ ความคาดหวัง หรือกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง

สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นไปตามหน้าที่หรือตำแหน่งตามความคาดหวังของสังคมและของตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคล

Allport (1964) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลขึ้นอยู่กับการปัจจัย 4 ประการ ดังต่อไปนี้ คือ

1. **ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation)** เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่

2. **การรับรู้บทบาท (Role Perception)** เป็นการรับรู้บทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ นั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับความต้องการของบุคคลนั่นเอง ทั้งนี้การรับรู้บทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3. **การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acceptance)** ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทความคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาท และการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลไม่ได้ยินดียอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือก หรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่ง และมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหาย หรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการหรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็จะพยายาม หลีกเลียงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้นของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ลักษณะของบทบาท

Broom and Phillips (1978) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าประกอบด้วย ลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ คือ

1. บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้
2. บทบาทที่ควรกระทำ เป็นการปฏิบัติที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ หรืออาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
3. บทบาทที่กระทำจริง เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยักรวมถึงบุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงาน ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ดังนี้
 ออร์แกน และเบทเมน (Organ & Batemene, 1986 : 267) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

1. งาน(Task) ประกอบด้วย วิธีการ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
2. แรงจูงใจ (Motivation) เปรียบเหมือนจุดยืน และความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพระดับหนึ่ง ตามลักษณะงานนั้นๆ
3. ความพยายาม (Effort) เป็นผลของแรงจูงใจที่เกิดขึ้น เพื่อให้ปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จ
4. ความสามารถ (Ability) เกิดขึ้นจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์จากการปฏิบัติร่วมกับความถนัดส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานนั้น

5. สภาพแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพในองค์การ ได้แก่ เสียง แสง ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงาน

6. การเรียนรู้ต่อบทบาท (Role perception) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะรับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองต่อการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลในแต่ละหน่วยงานจะแตกต่างกันไป โดยประเมินจากผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ

1. คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (Individual attributes) หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลต้องเหมาะสมกับงานนั้น จึงส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีได้

2. ความพยายามในการทำงานของบุคคล (Work effort) หมายถึง ความตั้งใจ เต็มใจของบุคคลต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความยินดีที่จะปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการทำงาน หากบุคคลมีแรงจูงใจก็จะพยายามทำงานนั้นให้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง

3. การสนับสนุนจากองค์การ (Organization support) หมายถึง ค่าตอบแทน วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การได้รับการนิเทศ การประเมินผล การปฏิบัติงานที่ยุติธรรม และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานแต่ละบุคคลด้วย

สรุปได้ว่า การแสดงบทบาท คือ ผลผลิตของกระบวนการพัฒนาบทบาทที่ต้องผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทำให้ประสบการณ์ของความคาดหวังต่อบทบาท การเรียนรู้ บทบาทและการแสดงบทบาท ซึ่งอาจเปลี่ยนได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ป้อนเข้าสู่กระบวนการ เพื่อให้ผลผลิตออกมาอย่างใดอย่างหนึ่ง

การแสดงบทบาทนั้น จะปรากฏออกมาในลักษณะใดย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล อยู่ที่การเรียนรู้ การยอมรับในบทบาทและความคาดหวังของสังคม ที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถ

ความหมายของความสามารถ

ฮอร์นบี (Hornby, 1974: 2) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ หรืออำนาจในการใช้ความรู้ สติปัญญา ความเฉลียวฉลาดทั้งทางร่างกายและจิตใจที่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

สมยศ นาวิกาน (2521: 88) กล่าวว่า ความสามารถเป็นคุณลักษณะของบุคคล เป็นเรื่องคุณภาพในการปฏิบัติงาน ความสามารถหลาย ๆ อย่าง อาจเรียนรู้ได้ในระหว่าง วัยเด็ก วัยรุ่น และอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์

อุทัย หิรัญโต (2531: 61) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน เป็นการทำงานที่ให้ผลสำเร็จ หรือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพกว่าคนอื่น ๆ ที่มีโอกาสเท่ากัน หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเหมือนกัน

ชไนเดอร์ (Schneider, 1979: 25) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง สมรรถภาพของการปฏิบัติกิจกรรม ด้วยการตั้งความปรารถนาต่อผลลัพธ์ ด้วยการกระทำอย่างคล่องแคล่ว

โทมัส (Thomus, 1995: 286) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ โดยอยู่บนพื้นฐานความรู้ ทักษะ ประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม

องค์ประกอบพื้นฐานที่อาจจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน

(เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2540: 50) ได้แก่

1. งานที่มีลักษณะทำลายความสามารถ ซึ่งจะต้องมีหลักว่างานที่มีลักษณะทำลายต่อบุคคลหนึ่ง อาจจะไม่เป็นสิ่งที่ทำลายสำหรับบุคคลก็ได้ โดยอาศัยความแตกต่างระหว่างบุคคล ตามความสามารถ ความถนัด ทักษะและประสบการณ์
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อกำหนดสถานะแวดล้อมในการปฏิบัติงานของตัวเองและพวกทำให้อยากจะทำงานมากขึ้น
3. การให้การยกย่องและสถานภาพที่เหมาะสม
4. การให้ความรับผิดชอบมากขึ้น และการให้อำนาจบารมีมากขึ้นอย่างเหมาะสม
5. ความมั่นคง และความปลอดภัย
6. ความเป็นอิสระในการทำงาน
7. โอกาสในด้านความเจริญเติบโตทางด้านส่วนตัว เช่น ทักษะ ความสามารถ ด้านวิชาชีพ และประสบการณ์
8. โอกาสในความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น
9. เงินและรางวัลที่เกี่ยวกับเงินที่สิ่งแสดงสัญลักษณ์ทางสถานภาพอย่างหนึ่ง
10. สภาพของการทำงานที่ดีต่อทั้งร่างกายและจิตใจ
11. การแข่งขันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความทะเยอทะยานจะให้ตนเองเป็นเลิศใน
แนวหน้า

กล่าวโดยสรุปว่าความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพถึงทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมาย ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์การเรียนรู้ และความรู้ในบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งที่กระทำกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้บริหาร และผู้ร่วมทีมสุขภาพ ทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดผลดีต่อองค์กรและต่อผู้ป่วย ในการวิจัยนี้ได้ใช้โปรแกรมพัฒนาพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทดลองปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้เกิดความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้น 2 องค์ประกอบ คือ

5.1 ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการตัดสินใจ

แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจและความหมายในการตัดสินใจ

การตัดสินใจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของพยาบาลทุกคนซึ่งมีทักษะเพราะการตัดสินใจที่ดี ย่อมแสดงถึงความสามารถในการทำงานให้ลุล่วงไปด้วยดี ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง การที่จะตัดสินใจทำอะไรสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตในบางสถานการณ์ ทักษะในการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเลือกทางปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุด

สมิต อาบสุวรรณ (2539: 21) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิด การพิจารณาไตร่ตรองด้วยเหตุผล อย่างรอบคอบ เกี่ยวกับสภาพการณ์หรือเรื่องราวที่ปรากฏที่เกิดจากวิจรรณญาณของตนเองมาเป็นเหตุผลประกอบการพิจารณาในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด จากทางเลือกหลายทาง เพื่อนำไปสู่การบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

ปรางค์ทิพย์ อุจจะรัตน์ (2541: 97) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการคิด การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบระเบียบ เพื่อการเลือกวิธีการปฏิบัติจากหลายทางเลือกที่คิดค้นไว้ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

Gillies (1994) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่ปรารถนาจากหลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

LeFevre (1995: 45) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นการคิดอย่างมีวิจรรณญาณในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก การตัดสินใจทางการพยาบาลต้องคิดด้วยความรอบคอบ ตั้งใจ อยู่บนพื้นฐานของหลักการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ประกอบกับต้องมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดี

Swansburg and Swansburg (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกจากทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามทางเลือกนั้น

จากความหมายของการตัดสินใจข้างต้น สรุปได้ว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการที่บุคคลคิดพิจารณาโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาโดยเลือกทางปฏิบัติจากหลายๆ ทางเลือก โดยมีขั้นตอน ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติ และการประเมินผล การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กันมาก การตัดสินใจจะถูกใช้ภายในกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งขั้นตอนในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมจากวิธีการหลายๆ วิธี ถือได้ว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการตัดสินใจ (Clark and Concutt, 1997: 102 อ้างถึงใน ปรางค์ทิพย์ อุจจะรัตน์, 2541: 97)

กระบวนการตัดสินใจ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538: 127) ได้กล่าวว่า ขั้นตอนของการตัดสินใจ ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดจุดมุ่งหมายและให้ลำดับความสำคัญ
2. ระบุปัญหา
3. บ่งชี้ปัญหาให้ชัดเจน
4. สร้างเกณฑ์ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเลือก
5. แสวงหาแนวทางปฏิบัติ
6. พิจารณาผลดี ผลเสียของทางเลือกและผลที่จะเกิดขึ้นตามมา
7. ตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติที่ดีที่สุด
8. คำนึงถึงข้อผูกพันที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ
9. นำทางเลือกที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ
10. ประเมินผลการปฏิบัติ

พิชญภรณ์ มูลศิลป์ (2540: 2) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. สถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา (Situation and Problem analysis)
2. กำหนดทางเลือก (Define alternatives)
3. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Selection alternative)

4. ประเมินทางเลือก (Evaluate the alternative)
5. วางแผนการปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกได้ (Planning)
6. ลงมือปฏิบัติตามทางเลือก (Implementation)
7. ประเมินผล (Evaluation)

Jones and Beck (1996) Swasburg (1995) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือก
3. จัดเรียงทางเลือก และดำเนินการเลือก
4. ปฏิบัติตามทางเลือกให้ทันกับเวลาที่กำหนด
5. ประเมินผล

Dunn (1998: 26-31) ได้กำหนด กระบวนการตัดสินใจได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
3. พิจารณาและพัฒนาทางเลือก
4. ประเมินทางเลือกและเลือกในสิ่งที่ดีที่สุด
5. ปฏิบัติตามทางเลือกและติดตามประเมินผล

จากกรอบแนวคิดและกระบวนการตัดสินใจ ที่ผู้วิจัยได้เสนอไปแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Dunn (1998) Jones and Beck (1996) ; Swansburg (1995) ; ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และการนำไปใช้ในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537) และนำมาสรุปเป็นกระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยและวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาหรือสถานการณ์
3. การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก และหาทางเลือกที่ดีที่สุด
4. ความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิบัติประเมิน

ความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์

การพยาบาลเป็นวิชาชีพทางการปฏิบัติที่มีความหมายและเป็นความต้องการของบุคคลที่สามารถระบุและแสดงศักยภาพของการใช้บริการทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการในการให้การพยาบาลนั้น พยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมินค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถระบุถึงวิธีการ การแก้ปัญหาหรือตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ เป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ดี ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ดังนั้น การพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ควรได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวของผู้พยาบาลทุกคน

ความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เป็นการบ่งชี้ว่าในสถานการณ์นั้น มีข้อมูลอะไรที่เกี่ยวข้องกับปัญหาบ้าง เช่น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นอย่างไร โดยพยายามหาปัญหา กำหนดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการด้านพื้นฐานของมนุษย์ในสถานการณ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา เป็นการรับรู้สถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์อย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาให้ชัดเจน อธิบายได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาใด และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะให้ การพยาบาลอย่างไร ระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเกิดปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นการระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดีผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และศึกษาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมขณะนั้น ตลอดจนหาแนวทางการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย

ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมิน เป็นการระบุว่าถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในสถานการณ์นั้น จะตัดสินใจปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร และประเมินการปฏิบัติ

การวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (MEQ)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาทางการแพทย์ มีการพัฒนาตลอดมา เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ ได้แก่ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก 2531: 20)

การใช้เครื่องมือวัดความสามารถในทางสติปัญญา ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการแพทย์ แต่เดิมนิยมใช้เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยสร้างคำถามในสิ่งที่ต้องการวัดความรู้ทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ ถือว่าคะแนนที่ได้จากการสอบเป็นตัวแทนของความรู้และความสามารถที่ต้องการทราบ รวมทั้งสามารถจำแนกระดับความสามารถจากผลของคะแนน (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2539: 5)

ต่อมามีการใช้เครื่องมือวัดการตัดสินใจในรูปแบบอื่นๆ มากขึ้น เช่น การวัดความสามารถในการตัดสินใจปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) และเพ็ญศรี รักสละ (2539) ซึ่งมีโครงสร้างเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) ตามคุณลักษณะของ McGuire (1967 อ้างถึงใน เพ็ญศรี รักสละ, 2539: 88) และใช้สถานการณ์จำลองปัญหาของผู้ป่วยเป็นกรอบของแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ หรือจากงานวิจัยของ อารรณ์ ชูดวง (2535) ได้ใช้แบบทดสอบเอ็มอีคิว (The Modified Easy Questions) เป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นการเสนองานศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ แล้วแทรกคำถามเป็นระยะๆ ผู้ตอบต้องคิดหาคำตอบอย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลจริง ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วสามารถวัดกระบวนการพยาบาลได้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ลักษณะของสถานการณ์รวมทั้งข้อคำถามมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์ การปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย โดยทองสุข คำธนะ (2538) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่ง เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2539) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการตัดสินใจทางการบริหาร และ รัชมน นามวงษ์ (2540) นำมาสร้างแบบสอบถามในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าแบบสอบถามเอ็มอีคิวที่สร้างขึ้น สามารถที่จะตรวจสอบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การแก้ปัญหาทางการแพทย์ และขั้นตอนการตัดสินใจได้

ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว

ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว ผู้เริ่มใช้ คือ ราชเวชปฏิบัติทั่วไป กำหนดรูปแบบไว้ว่าเป็นข้อสอบที่นำเสนอกรณีศึกษา ที่เป็นเรื่องจริงตามลำดับขั้นตอนของการเกิดเหตุการณ์ แต่มิได้ให้ข้อมูลทั้งหมดครั้งเดียว เหมือนแบบสอบเรียงความ แบบสอบนี้จะให้ข้อมูลเป็นตอนๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะๆ ข้อมูลที่ให้นั้น อาจจะเกี่ยวกับคำถามมากหรือน้อย หรืออาจจะไม่สัมพันธ์กันเลย ผู้ตอบต้องตัดสินใจเลือกข้อมูลมาสังเคราะห์คำตอบ เพื่อตอบคำถามปลายเปิดเอง การตอบค่อนข้างอิสระ แต่ต้องอยู่ในกรอบของข้อมูลที่กำหนดให้ คำถามแต่ละข้อจะเป็นอิสระจากกัน ถ้าผู้ตอบตัดสินใจผิดและตอบคำถามข้อข้างหน้าผิดไปแล้ว ข้อต่อไปผู้ตอบจะได้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ตอบจึงสามารถคิดแก้ปัญหาหรือตัดสินใจใหม่ที่ถูกต้องได้ รวมทั้งทราบว่าคำตอบที่ถูกต้องของคำถามข้างหน้าเป็นอย่างไร ดังนั้นแบบสอบเอ็มอีคิวจึงกำหนดให้ผู้ตอบทำข้อสอบเฉพาะในหน้านั้นๆ ไม่ให้ย้อนกลับไปแก้คำตอบที่ทำไปแล้ว หรือเปิดดูข้อมูลข้างหน้า Knox (1975 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยณก 2531: 28)

การที่แบบสอบเอ็มอีคิว ไม่มีการชี้แนะคำตอบ เหมือนแบบสอบเลือกตอบ ซึ่งผู้ตอบจะต้องวิเคราะห์คำถาม และสังเคราะห์คำตอบเอง แบบสอบนี้จึงสามารถวัดการคิดตัดสินใจตามกระบวนการตัดสินใจได้

คุณภาพของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

Feletti (1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยณก, 2531: 26) ได้คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Coefficient Alpha ของครอนบาค พบว่า มีค่าความเที่ยง อยู่ระหว่าง .57 ถึง .91 มีรายงานว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบเอ็มอีคิว ที่มีจำนวนข้อคำถาม 25 คำถาม มีค่าเท่ากับ .63 และถ้าแบบสอบอัตนัยประยุกต์ มีการให้คะแนนที่ชัดเจน จะมีค่าความเที่ยงระหว่าง .73 ถึง .83 ทั้งนี้ค่าความเที่ยงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนข้อคำถาม ตัวคำถามมีมากข้อค่า ความเที่ยงจะยิ่งสูงขึ้น

หลักการทั่วไปในการสร้างข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยณก, 2531: 29, อภรณ์ ชูดวง, 2535: 45)

1. กำหนดวัตถุประสงค์ โดยทั่วไปแบบสอบ MEQ นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสามารถในการใช้เหตุผลในการตัดสินใจแก้ปัญหา วัตถุประสงค์จึงควรประกอบด้วยขอบเขตของกระบวนการแก้ปัญหาที่กำหนดให้ชัดเจนทั้งเนื้อหาและความสามารถที่ต้องการ

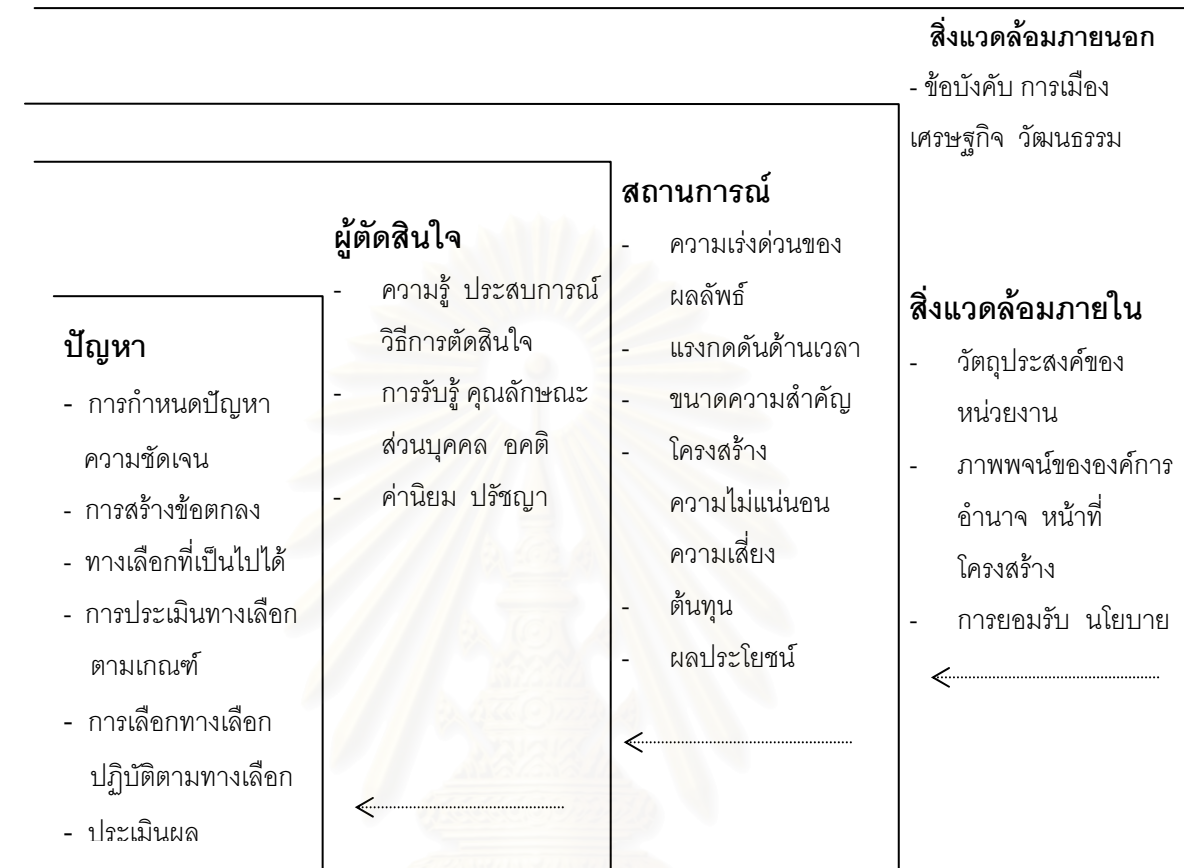
2. ตั้งใจത്യส์ั้นๆ เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยจัตยจะต้งเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้งการออกสอบและครอบคลุมวัตถุประสงค์
3. สร้างคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบคิดตั้งสมมติฐาน และหาข้อมูลในรายละเอียด เพื่อทดสอบสมมติฐานและตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป
4. จำนวนข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต้ 5-35 ข้อ (Feletti, 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 24)
5. การทำโมเดลคำตอบ และการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ทำข้อสอบเพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์จะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox, 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2531: 24)
6. ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน เพื่อกิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันกับคำตอบที่ควรจะเป็น และกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถามให้ชัดเจนเพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด
7. กำหนดเวลาในการตอบแต่ละคำถาม โดยทั่วไปมักจะแบ่งเวลาช่วงละ 5 นาที แต่อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่ต้งตอบ
8. จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์ จะจัดพิมพ์เป็นเล่มโดยการเรียงหน้าคำถามใดที่อาจจะเป็นแนวทางให้คำตอบแรกควรจะมีพิมพ์ในหน้าต่อไป เพื่อไม่ให้ผู้ตอบเดาคำตอบได้ ควรพิมพ์คำแนะนำในการตอบไว้บนแผ่นหน้าขวาของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบายชักข้อมความเข้าใจกับผู้ตอบ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

ในการตัดสินใจนั้นจะมีหลักการ เทคนิคและกระบวนการที่จะให้บรรลุถึงการตัดสินใจที่มีเหตุผล และมีความถูกต้องกับตัวปัญหานั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตามทางเลือกหรือผลการตัดสินใจได้กระทำลงไปอย่างไม่มีเหตุผล หรือไม่อาจตัดสินใจให้ได้ประโยชน์ตอบแทนสูงสุดได้ เพราะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจต่างๆ ซึ่งมีนักการศึกษาและนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ ดังนี้

Rakich และคณะ (1982) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ คือ ปัญหา ผู้ตัดสินใจสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ



แหล่งที่มา : Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, Kurt Darr, 2nd ed managing health services organization W.B. Saunders Company 1982: 243.

1. ลักษณะเฉพาะของผู้ทำการตัดสินใจ เช่น ประสบการณ์ ความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจ ระดับการศึกษา วุฒิภาวะ นิสัย อารมณ์ ทักษะ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพ
2. สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ เช่น เวลา สถานที่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม จริยธรรม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี

อูดมร์ตัน สวงนศิริธรรม (2543) กล่าวถึงปัจจัย 4 ประการที่มีผลต่อการตัดสินใจ คือ

1. สภาพแวดล้อม การตัดสินใจ เป็นการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อเกิดผลในอนาคต ดังนั้นจึงต้องพิจารณาสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
2. ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน วัสดุ ตลอดจนความรู้ความสามารถต่าง ๆ ในการตัดสินใจจะต้องคำนึงถึงความประหยัด และประสิทธิภาพของสิ่งเหล่านั้นด้วย

3. ขีดจำกัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือเรื่องที่จะต้องตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจ จะต้องพิจารณาตัดสินใจให้อยู่ในข้อจำกัดนี้ ยกเว้นกรณีที่ได้เปรียบเทียบผลดีผลเสียแล้ว

4. การกำหนดวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจนสำคัญมากต่อการตัดสินใจเนื่องจากการตัดสินใจ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของอนาคต และการกำหนดวัตถุประสงค์นั้นๆ เกี่ยวข้องหรือขัดแย้งกับวัตถุประสงค์อื่น หรือไม่ในอนาคตเป็นสิ่งที่ควรระมัดระวัง

สมยศ นาวิการ (2538) กล่าวว่า การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับปัจจัย 2 อย่าง คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ ค่านิยมส่วนบุคคล การรับรู้
2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ยุดา รักไทย (2545) กล่าวว่า การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาเป็นของคู่กัน เมื่อใดที่มีปัญหาการตัดสินใจจะตามมาทันที ซึ่งผลจากการตัดสินใจนี้คือส่วนหนึ่งที่บอกว่าการแก้ปัญหานั้นจะสำเร็จหรือล้มเหลว และก็ไม่สามารถทำการตัดสินใจได้ดีทุกครั้ง เพราะมีองค์ประกอบและอย่างที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ดังนี้

1. คุณภาพ (Quality) คือ การตัดสินใจที่ต้องใช้โอกาส (ปัญหา) ให้เกิดประโยชน์ที่สุด ต้องใช้ทรัพยากรทั้งหมดที่สามารถหามาได้ ไม่ว่าจะเป็นคน เครื่องมือ ฯลฯ เพื่อทำการเก็บและบริหารข้อมูล วิจัย วิเคราะห์ และประเมินตัวเลือกต่างๆ

2. ความเร็ว (Speed) คือ การตัดสินใจอย่างรวดเร็วให้ทันสถานการณ์ ถ้าการตัดสินใจช้า ตัวเลือกต่างๆ จะด้อยประสิทธิภาพลงตามเวลาที่ผ่านไป และพลังความคิดที่ทุ่มเทลงไปก็จะสูญเปล่า

3. พันธะหน้าที่ (Mission) คือ การมีความรับผิดชอบต่อนพันธะหน้าที่ของตนเอง และพยายามทำให้คนอื่นที่ จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานยอมรับในพันธะหน้าที่ด้วยความเต็มใจ

จะเห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจนั้น ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยจากผู้ตัดสินใจและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจใด ๆ นั้น เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องทำการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ ในการตัดสินใจก็เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ภาวะเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมภายใน เช่น นโยบายของ หน่วยงาน โครงสร้าง อำนาจ หน้าที่ เป็นต้น ทั้งนี้มาจากการตัดสินใจนั้นจะต้องคำนึงถึง ผลกระทบจากการตัดสินใจด้วย

5.2 ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการปฏิบัติบทบาท

บทบาท คือ ส่วนบูรณาการของชีวิตมนุษย์ และเป็นส่วนสำคัญที่มนุษย์จะอยู่ร่วมกันได้ด้วยดี โดยที่แต่ละคนจะมีบทบาทของตน โดยเฉพาะอาจจะเป็นหนึ่งบทบาทหรือมากกว่า ทั้งนี้เท่ากับเป็นการแบ่งหน้าที่ของกันและกัน ตามความคาดหวังของสังคม และตามข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มนั้น ๆ นักทฤษฎีชีวิตวิทยาสังคม กล่าวว่า ลักษณะเฉพาะของคนนั้น สัมพันธ์กับการแสดงบทบาทอย่างไร คนจะต้องรับรู้บทบาทที่ตนแสดงอยู่และบทบาทแต่ละบทบาทมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

Davis, (1996 cited in Cohen, 1996) กล่าวว่า ความสามารถที่ควรมีของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้น ควรจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความจำเป็นและผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้รับบริการ และหน้าที่หรือบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้รับมอบหมายนั้น บทบาทที่ได้รับการยอมรับและกล่าวถึงมากในขณะนี้คือ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน

5.2.1 บทบาทผู้ดูแล (Caregiver's Role)

ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลนั้น เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล บทบาทของผู้ดูแลจะขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการพยาบาลและพยายามให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งตัวเองได้ ความสามารถที่ต้องมีในบทบาทของผู้ดูแล คือ ต้องให้ความสนใจแก่ผู้รับบริการ, มีหลักการที่ ถูกต้องนำหลักการที่ควรใช้มาใช้ได้, สามารถเข้าไปแก้ไขปัญหาได้, และต้องคิดอย่างรอบคอบ ความสามารถที่ควรมีที่ เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้ดูแลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่

1. ประเมินสถานะของผู้รับบริการทุกคน และปรึกษากับผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อจะได้พบว่าควรจะทำอะไรก่อนหลัง โดยใช้ระบบที่องค์กรได้ตั้งไว้เป็นหลักการประเมิน
2. จัดลำดับความสำคัญ และลำดับการดูแลรักษา โดยดูที่ความจำเป็นในการรักษา ความจำเป็นในการให้ความรู้ ความต้องการของทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการเชื่อมโยงหรือส่งต่องานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ การวินิจฉัยโรคทั้งทางการพยาบาลและทางการแพทย์
3. ทราบถึงผลลัพธ์ที่ต้องการจะได้รับและจัดตารางเวลาว่าช่วงไหนจะทำอะไร ให้กับผู้รับบริการ เพื่อจะได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

4. วิเคราะห์ว่าการที่จัดตารางเวลาหรือช่วงเวลาสำหรับผู้รับบริการนั้น จะมีความ ก้าวหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่ก็ต้องปรับช่วงเวลาหรือแก้ไขใหม่
5. จัดทำหรือริเริ่มกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อแก้ปัญหาคความไม่ก้าวหน้าที่จะไปถึงผลลัพธ์ และการทำงานไม่เป็นไปตามแผนการดูแลร่วมของทีมสุขภาพ
6. ตัดสินใจให้แน่นอนว่า ใครจะต้องประสานงานกับใคร ใครเป็นผู้รับผิดชอบอะไร และต้องกระทำอยู่อย่างสม่ำเสมอทั้งกับผู้รับบริการ ครอบครัวของผู้รับบริการ และสมาชิกในทีมงาน
7. ใช้เกณฑ์และการรักษาที่เหมาะสม ในการเลือกวิธีการรักษาและบำบัด
8. ใช้การรักษาที่สนับสนุนหรือช่วยในการป้องกันการเกิดโรค หรือสนับสนุนการทำให้ผู้รับบริการกลับมาสมรรถนะแข็งแรงตามเดิม
9. ค้นหาวิธีการรักษาหรือวิธีป้องกันแบบใหม่ ๆ และสนับสนุนให้ผู้รับบริการนำไปใช้ในด้านการป้องกัน

5.2.2 บทบาทของผู้ประสานงาน (Coordinator's Role)

ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาล จะต้องมีความเข้าใจและใช้แผนการดูแลร่วมของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ได้ การเกี่ยวข้องกิจกรรม การรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้รับบริการและเทคนิคการแพทย์ การร่วมมือกันหรือประสานงานในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นั้นต้องมีการจัดการบริการที่จำเป็นและกิจกรรมต่าง ๆ รวมกับความสัมพันธ์ที่ราบรื่น ความสามารถที่ควรมี ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ประสานงาน ได้แก่

1. เลือกและประยุกต์ใช้แผนการดูแลร่วมของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ได้เหมาะสม
2. สามารถที่จะให้ความต่อเนื่องโดยผ่านมาตรฐานของการดูแล การสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ และให้มั่นใจว่ามีการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีม และระหว่างองค์กรอื่น ๆ
3. ร่วมมือกับผู้รับบริการ ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์กรอื่น เพื่อให้ มั่นใจว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
4. สามารถเรียนรู้และแสดงให้เห็นว่าต้องทำอะไรหรือใช้อะไรบ้าง ทั้งคน และสิ่งของที่จะสำเร็จเป้าหมายที่วางไว้ โดยใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด
5. ใช้ความรู้ ทรัพยากร และบริการที่มีอยู่อย่างประหยัดและเป็น ประโยชน์ที่สุด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้

5.2.3 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocate's Role)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องช่วยให้ผู้รับบริการได้รับผลตามความคาดหวัง และเป็นตัวแทนหรือทำบางสิ่งในนามของผู้รับบริการเมื่อจำเป็น Rushton (1994) ให้คำจำกัดความของผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยว่า เป็นการรักษาความเรียบร้อยและการทำให้ผลประโยชน์ของผู้อื่นเพิ่มขึ้น ความสำคัญในหน้าที่ มีดังต่อไปนี้

1. แจกแจงกรณีเพื่อการนำไปใช้
2. กระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย
3. สนับสนุนความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับบริการ
4. ให้ความสำคัญและเคารพต่อวัฒนธรรมและประเพณีในการนำเสนอการบริการ
5. ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในการใช้ทรัพยากรและบริการนั้นๆ
6. ให้การสนับสนุนผู้รับบริการในการตัดสินใจ

5.2.4 บทบาทตัวแทน (Broker's Role)

ในการบริหารการพยาบาลที่สนับสนุนต่อความต้องการของทรัพยากรและบริการต่างๆ สำหรับผู้รับบริการที่เคยเป็นมานานำทำหน้าที่เป็นคนกลางหรือเอเย่นในการนำทรัพยากรและบริการต่างๆ ไปสู่ผู้รับบริการ ความสำคัญในหน้าที่มีดังต่อไปนี้

1. จัดการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลและผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพในการนำเสนอการบริการต่างๆ
2. เปรียบเทียบกับผู้รับบริการทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องง่ายหรือยุ่งยากเพียงใดก็ตาม
3. ควบคุมทรัพยากรที่มีจำกัดและอาจจะไม่ได้ใช้ ทำให้เกิดประโยชน์มากที่สุด
4. เสนอบริการหรือเทคนิคการรักษาพยาบาลใหม่ ๆ และค่าใช้จ่ายเหมาะสมแก่ผู้รับบริการ

กล่าวโดยสรุปว่า ผู้ที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในบทบาททั้ง 4 บทบาทดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจนเกิดทักษะในการปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

Tonges (1998) พบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระดับความเป็นอิสระในการทำงาน งานที่เป็นเอกลักษณ์และการประสานความร่วมมือกับแพทย์มากกว่าพยาบาลประจำการ

Goode. (1993) ได้ศึกษาผลของการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลที่มีการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทดลองในหอผู้ป่วย 2 แห่ง ที่รับผู้ป่วยคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอด โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยและทีมในการดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม ผลพบว่าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลระดับความพึงพอใจในการทำงาน ความร่วมมือในการประสานการดูแลสูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Spooner & Yockey (1997) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า โปรแกรมช่วยในการพัฒนาคุณภาพและประสานการดูแลผู้ป่วย ลดจำนวนการกลับมาอยู่ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายลดลง และมีการพัฒนาทางด้านความชำนาญของพยาบาล

Brown (1982) ได้กล่าวถึงบทบาทอิสระของพยาบาลในการตัดสินใจใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ทำให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยการมีบทบาทในการสอน ให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

Stillwagon (1989), Edelstein & Cesta (1993) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิม

Strzelecki & Brdost (1997) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาโปรแกรม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า โปรแกรมช่วยในการปรับตัวบทบาทและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และด้านการศึกษา

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

Wanda Anderson-Lofti (1999) ศึกษาเกี่ยวกับ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการสำรวจเกี่ยวกับกิจกรรมการรับรู้ผลลัพธ์ของผู้จัดการผู้ป่วย จำนวน 302 คน จากโรงพยาบาล 139 แห่ง ของ American Hospital Association เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็น Activity ในการทำงาน การสอนงานวิจัย และการสนับสนุนในงาน จนเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

Dechairo (2000) ได้ศึกษาวิจัยบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีความเห็นอกเห็นใจมากจะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเห็นอกเห็นใจได้มากขึ้น

Fick, Clark, Riley, Cunningham & Malakoff (2000) ได้ศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลได้ประมาณ \$ 760 ต่อคน และได้ใช้พยาบาลที่มีความสามารถตลอดจนส่งเสริมความชำนาญในการพยาบาล

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงาน เป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 รายพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤษฎณา นรนาพันธ์ (2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบมอบหมายงานแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย โดยทำการทดลองในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน และกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 40 คน ผลวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติในรูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการพยาบาล ในรูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน

กรรณิกา เย็นสุข (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำนึกในความรับผิดชอบการพยาบาลและ ความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้แผนการดูแลของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและการเกิดการแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายนะชานเคราะห์ จำนวน 12 ราย ผลการศึกษพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

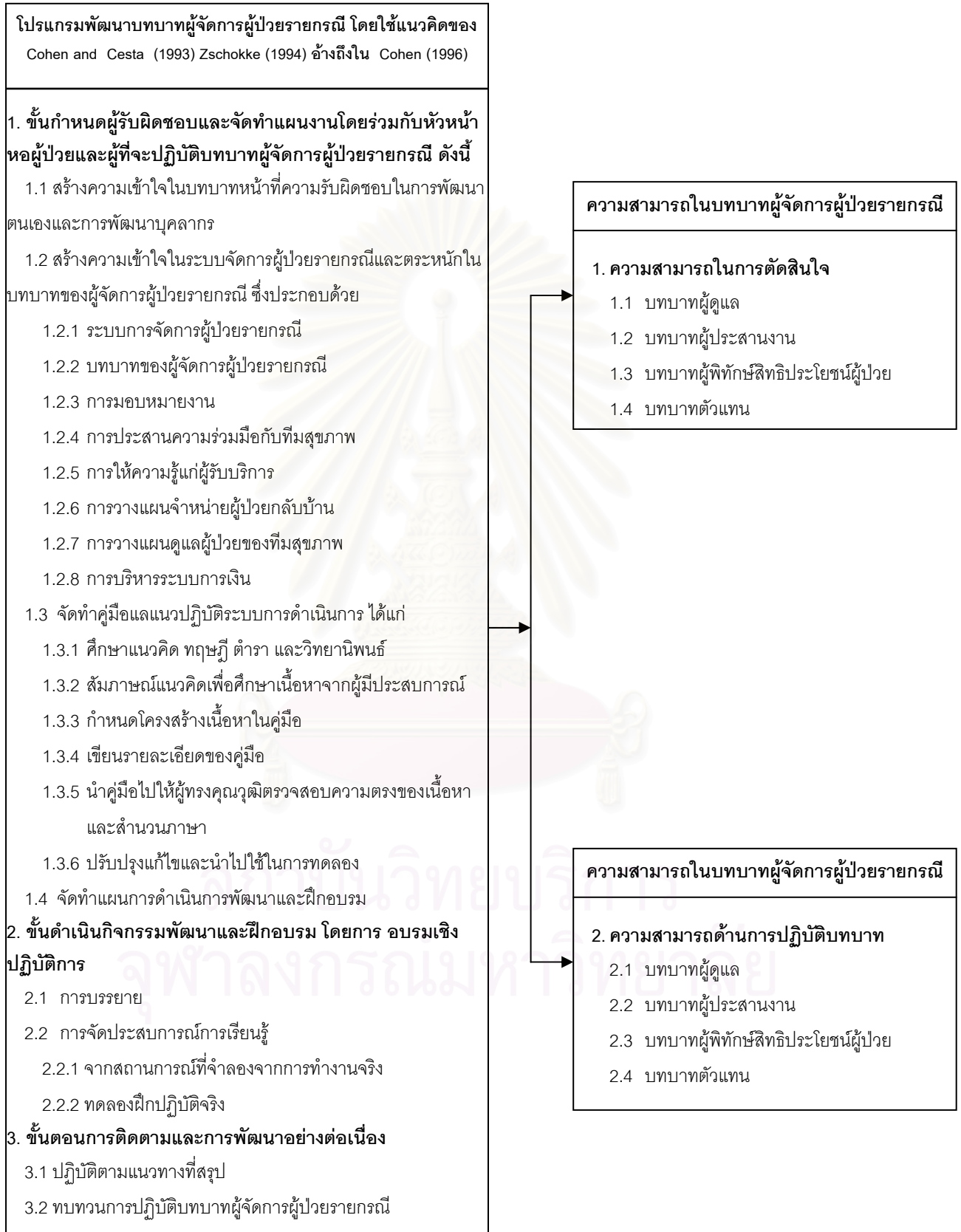
ศุวัชรีย์ ฐิพมาย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 37 คน ผลวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จิราพร สิมากร (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีม
สหสาขา โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 15 ราย
ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบปกติก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
ไม่แตกต่างกัน จำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ความพึงพอใจของกลุ่ม
ทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในลักษณะการศึกษากลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลองทันทีและวัดในระยะติดตามผล (One group Pretest – Posttest design) เป็นการทดลองนำโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จังหวัดลพบุรี เป็นการทดลองกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลองทันทีและวัดในระยะติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาดำเนินการโดยการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพด้านบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และระยะติดตามผลหลังการใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์และ 3 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

01----- X----- 02

X -----03-----04

O1 หมายถึง การวัดความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพก่อนได้รับการทดลอง (ใช้แบบวัด เอ็ม อี คิว)

X หมายถึง โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

O2 หมายถึง การวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการได้รับการทดลองทันที

O3 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 1 หลังการทดลอง

O4 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 2 ระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อานันทมหิตล จังหวัดลพบุรี ทั้งหมด รวมทั้งสิ้น 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อานันทมหิตล จังหวัดลพบุรี

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 3 ปี
 - 1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอานันทมหิตล
 - 1.3 ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
2. เลือกหอผู้ป่วยที่มีลักษณะ ดังนี้
 - 2.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการทดลอง
 - 2.2 หอผู้ป่วยมีความพร้อม และสามารถจัดการฝึกอบรมได้ในระยะที่กำหนดการทดลอง
 - 2.3 เป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง คือ จัดเวร 8 ชั่วโมง

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ได้เลือกตามคุณสมบัติตามข้อ 1 และเป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ดังนี้

3.1	สูตินรีเวชกรรม ชั้น 2	จำนวน 2 คน
3.2	อายุรกรรมชาย ชั้น 2	จำนวน 1 คน
3.3	ศัลยกรรมหญิง ชั้น 3	จำนวน 3 คน
3.4	อายุรกรรมชาย ชั้น 3	จำนวน 3 คน
3.5	อายุรกรรมหญิง ชั้น 4	จำนวน 2 คน
3.6	ศัลยกรรมชาย ชั้น 4	จำนวน 2 คน
3.7	กุมารเวชกรรม ชั้น 5	จำนวน 3 คน
3.8	พิเศษ ชั้น 5	จำนวน 2 คน
3.9	ห้องบริหารทารกแรกเกิด	จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน

2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

(เอ็ม อี คิว)

ชุดที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

วิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดของ Cohen & Cesta, (1993) และ Zschokke D. (1994) อ้างถึงใน Cohen, (1996) ซึ่งมี ขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการฝึกอบรม ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. ศึกษาวัตถุประสงค์ จัดทำแผนและกำหนดการดำเนินงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลอานันทมหิดล ซึ่งกิจกรรมพัฒนาครอบคลุมสาระสำคัญ ดังนี้

- 2.1 ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.2 บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.3 การมอบหมายงาน
- 2.4 ความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและการเจรจาต่อรอง
- 2.5 การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ
- 2.6 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
- 2.7 แผนการดูแลผู้ป่วยของ تیمสุขภาพ (Clinical Pathway)
- 2.8 การบริหารระบบการเงิน

3. สร้างอุบัติการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นอุบัติการณ์ตัวอย่าง เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพัฒนาบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 กำหนดผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาล 3 ท่าน และพยาบาลประจำการ 1 ท่าน จากการคัดเลือกได้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยคุณสมบัติ ดังนี้

3.1.1 อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนด้านการพยาบาล และศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1.2 ผู้บริหารการพยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 10 ปี

3.1.3 พยาบาลวิชาชีพ มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล และมีประสบการณ์การทำงานเป็นเวลามากกว่า 8 ปี

3.2 กำหนดรูปแบบการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้วยตนเองเกี่ยวกับปัญหา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามระบบการจัดการตามปกติ เพื่อนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามระบบปกติ เพื่อรวบรวมลักษณะปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์เป็นแบบโครงสร้าง มีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ ดังนี้

3.2.1 โปรดเล่าสถานการณ์ที่ท่านเคยประสบมาในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานตามระบบปกติ

3.2.2 เหตุการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง และท่านได้ปฏิบัติต่อเหตุการณ์นั้น อย่างไร

3.3 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองอย่างไม่เป็นทางการ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 30-60 นาที และขอความยินยอมในการบันทึกเทป 1 ท่าน และจากการเขียนรายละเอียดอุบัติการณ์มาให้ 4 ท่าน ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2544 ถึงวันที่ 20 มกราคม 2545 จากนั้นผู้วิจัยทำการถอดเทปและสรุปประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานระบบปกติได้ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน ครบทั้ง 4 บทบาท ได้อุบัติการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นลักษณะแยกส่วน ต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานที่ดีและต่อเนื่อง และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในการรักษาของตนเองหรือครอบครัว ไม่ทราบแผนการรักษาของแพทย์ บางครั้งจะเกิดข้อขัดแย้งกับแพทย์หรือบุคลากรพยาบาล เมื่อต้องการขอย้ายไปรักษาที่อื่น และ

ปัญหาที่พบบ่อยในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ทำให้มีกรณีโต้แย้งและเรียกร้องสิทธิกันอยู่เสมอ

3.4 เขียนอุบัติการณ์ ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่ได้มาจาก ข้อ 1.3.3 และจากสถานการณ์ของแบบสอบถามงานวิจัยของ Roberta, (1993) นำมาเขียนเป็นเรื่องราวเพื่อใช้เป็นสถานการณ์ตัวอย่างในโปรแกรมการฝึกอบรม โดยให้ครอบคลุมบทบาท ผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี 4 บทบาท ซึ่งผู้วิจัยนำมาเรียบเรียงใหม่ในลักษณะความเรียง 2 เรื่อง ดังนี้

3.4.1 เรื่องที่ 1 เป็นอุบัติการณ์ที่สร้างขึ้นโดยเน้นปัญหาขาดการอธิบายแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบการสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ดูแล กับผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานที่ดี พยาบาลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และไม่มีจิตสำนึกในการเป็นตัวแทนและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

3.4.2 เรื่องที่ 2 เป็นอุบัติการณ์ที่สร้างขึ้นโดยเน้นปัญหาผู้ป่วยในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ต้องการมาทำผ่าตัด แพทย์ในวันวันทำผ่าตัดเรียบร้อยแล้วและผู้ป่วยได้ลงงานเตรียมความพร้อมไว้แล้วเช่นกัน แต่ปรากฏว่าเมื่อจะถึงวันผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น แพทย์ได้งดทำผ่าตัดกะทันหัน พยาบาลซึ่งได้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้เข้าไปประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา แต่ยังตกลงกันไม่ได้

4. เขียนรายละเอียดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมและการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามขั้นตอน ดังนี้

4.1.1 ขึ้นกำหนดผู้รับผิดชอบและจัดทำแผนงาน

4.1.2 ขึ้นดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรม

4.1.3 ขึ้นประเมินผลติดตามและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4.2 กำหนดคุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรม ดังนี้

4.2.1 เป็นผู้บริหารด้านวิชาการร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 5 ปี

4.2.2 มีความรู้ ความเข้าใจและมีความตระหนักถึง ความสำคัญของ บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.2.3 มีทักษะในการสอนและเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายซึ่ง ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้โปรแกรม

4.3 กำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพัฒนา และฝึกอบรม โดยปฏิบัติแผนงานตามขั้นตอนดังนี้

4.3.1 การบรรยาย

4.3.2 การนำเสนออุบัติการณ์

4.3.3 อภิปรายหาประเด็นสำคัญของเหตุการณ์

4.3.4 ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง

4.3.5 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4.3.6 สรุปแนวทางในการปฏิบัติ

โดยมีเนื้อหา กิจกรรม และระยะเวลาในการฝึกอบรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม จำนวนการฝึกอบรม 7 ครั้ง ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 – 1 มีนาคม 2545 และระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม 2545 ถึง 20 กรกฎาคม 2545 เวลา 1300 – 1600

การอบรมระยะที่ 1

ครั้งที่ 1 การสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบริหารระบบการเงิน

ครั้งที่ 2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ

(Clinical pathway)

ครั้งที่ 3 การสร้างความรู้ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

การอบรมระยะที่ 2

ครั้งที่ 4 การสร้างสัมพันธภาพและการทำงานร่วมกัน

ครั้งที่ 5 การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความสามารถ ในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ครั้งที่ 6 การสร้างความรู้ความตระหนักในบทบาทผู้ประสานงาน บทบาทตัวแทน การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการมอบหมายงาน การทำงานเป็นทีม ความร่วมมือและทักษะการเจรจาต่อรอง

ครั้งที่ 7 การสร้างความรู้ ความเข้าใจในบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และการวิเคราะห์ปัญหาการตัดสินใจจากอุบัติการณ์

ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก

ระยะเวลาในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2544 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2545 รวม 24 สัปดาห์

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2

ท่าน และผู้บริหารทางการแพทย์ 4 ท่าน (รายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตามกรอบแนวความคิดของโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ความถูกต้องของภาษา โดยใช้เกณฑ์ความเห็นตรงกันร้อยละ 80 หรือ 5 ใน 6 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภายหลังจากตรวจสอบผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

5.1.1 เพิ่มความเป็นมาและความจำเป็นของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหัวข้อหลักการและแนวคิดลำดับ

5.1.2 ใส่หัวข้อในการอบรมแต่ละครั้งให้ชัดเจน

5.1.3 เพิ่มความหมายของคำจำกัดความให้ชัดเจน

5.1.4 เพิ่ม Model ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหัวข้อการบรรยายเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.1.5 เพิ่มหัวข้อ Utilization Review และ Outcome ที่เกิดขึ้นในหัวข้อเรื่องการบริหารระบบการเงิน

5.2 การศึกษาความเป็นไปได้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วไปศึกษาความเป็นไปได้อีกกับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 10 คน ซึ่งเคยผ่านการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแล้ว เพื่อให้ตรวจสอบความเหมาะสมในเรื่องขั้นตอน กิจกรรม ระยะเวลาในการอบรมแต่ละหัวข้อ และความชัดเจนของเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรมเหมาะสม สามารถนำไปใช้พัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ต่อไป

คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของ Davis (1996) ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน

2. เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนของการสร้างโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มาเป็นข้อมูลในคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

2.1 นำข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาลวิชาชีพไปรวบรวมไว้ในส่วนแผนการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล

2.2 นำข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลไปรวบรวมไว้ในส่วนขั้นตอนในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.3 นำข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสุขภาพบางสาขาที่ได้ข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนอีกครั้ง

3. กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประกอบกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการทบทวนจากตำรา และเอกสารที่ศึกษามาตามโครงสร้าง ดังนี้

3.1 แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2 ความหมายของบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.3 ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.5 บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.6 ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.7 ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.8 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ

3.9 แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ

4. เขียนรายละเอียดของคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

5. นำคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำนวนภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 ท่าน (รายนามในภาคผนวก)

6. ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

6.1 การใช้คำแทนควรใช้คำเดียวกัน เช่น Clinical pathway ในงานวิจัยใช้คำว่า แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพก็ให้ใช้คำนี้ตลอดไป

6.2 ให้เพิ่มข้อเสียอื่นๆ ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอีก เช่น ไม่มีการเตรียมพยาบาลรองรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศักยภาพของทีมพยาบาล

6.3 เกณฑ์ในการใช้ Clinical pathway ไม่ชัดเจน

6.4 ในแผนการปฏิบัติงานประจำวันของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเปลี่ยนคำว่า เจ้าหน้าที่ เป็นบุคลากรพยาบาล และแก้ไขสำนวนภาษาบางตอน

หลังจากปรับปรุงแล้วได้คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีคุณภาพแล้วจึงนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ชุดที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงาน

ตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

เป็นแบบวัดแบบอัตนัยประยุกต์ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึงบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน โดยใช้กระบวนการตัดสินใจจากกรอบแนวคิดของ Dunn, (1998) ; Jones and Beck, (1996) ; Swanburg, (1995) ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ การตัดสินใจปฏิบัติและ การประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีขั้นตอนดำเนินการสร้างแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้ (อ้างถึงใน มณี ดีประสิทธิ์, 2541)

1. ศึกษาตำรา คู่มือ วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบวัดแบบอัตนัยประยุกต์โดยเฉพาะงานวิจัยของ พวงแก้ว ปุณยกนก (2532) อภรณ์ ชูดวง (2534) และ มณี ดีประสิทธิ์ (2541)
3. กำหนดขอบเขตบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หน้าที่ความรับผิดชอบในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและบทบาทตัวแทน
4. กำหนดขอบเขตของกระบวนการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหา การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ การตัดสินใจปฏิบัติ การประเมิน และสรุปผลการปฏิบัติ
5. กำหนดสถานการณ์ โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย ศึกษากรณีผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการทดลอง 9 หอ และสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี แล้วนำมาสร้างเป็นสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วย 4 สถานการณ์ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 บทบาทผู้ดูแล กรณี ด.ญ.ดวงเดือน ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ
เกี่ยวกับโรคท้องร่วง

สถานการณ์ที่ 2 บทบาทผู้ประสานงาน กรณีนางอรวิ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า
เกี่ยวกับเป็นโรคมะเร็งเต้านมข้างซ้าย

สถานการณ์ที่ 3 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนางสดสี
คลอดบุตรครั้งแรกและเพิ่งรู้ว่าตนเป็นเอดส์

สถานการณ์ที่ 4 บทบาทตัวแทน กรณีนายสมบัติ ผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดี
ต้องการขอย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

6. ผู้วิจัยนำสถานการณ์มาสร้างข้อคำถาม โดยนำเนื้อหาสาระของสถานการณ์มา
วิเคราะห์ เพื่อสร้างข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เมื่อผู้ตอบอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้และ
คำถามแล้วจะต้องคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ โดยใช้ความรู้ทั้งด้านการบริหารจัดการ ด้านการ
พยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง แล้วตอบคำถามโดยการอ้างอิงทฤษฎี กฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับ
สถานการณ์โดยให้ครอบคลุมกระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล หมายถึง การบ่งชี้ว่าใน
สถานการณ์นั้นมีข้อมูลจริงอะไรที่เกี่ยวข้องกับปัญหาบ้าง ต้องรู้ว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด
สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นอย่างไร โดยพยาบาลหาปัญหา
กำหนดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการด้านพื้นฐานของมนุษย์ในสถานการณ์ที่กำหนดให้

ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา หมายถึง การรับรู้สถานการณ์
นั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาการพยาบาลอย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์หรือ
ปัญหาให้ชัดเจน อธิบายได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาใด และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะให้
การพยาบาลอย่างไร ระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเกิดปัญหาอะไร

ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ หมายถึง
การระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดี และผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจน
หาแนวทางการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย

ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ
หมายถึง การระบุว่าถ้าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในสถานการณ์นั้น จะปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร

7. ในแต่ละสถานการณ์ จะนำเสนอตามลำดับขั้นตอนของการเกิดเหตุการณ์ โดยให้
ข้อมูลเป็นตอน ๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะ ๆ ว่า ถ้าทราบข้อมูลเท่าที่ให้จะตัดสินใจอย่างไร
เพราะเหตุใด ถ้าต้องการตัดสินใจแล้วข้อมูลที่ให้เพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอ ต้องการข้อมูลอะไร
เพิ่มเติม เมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจะสามารถวิเคราะห์ได้ถูกต้องมากขึ้นหรือไม่ และจะมีแนวทางใน

การแก้ปัญหาอย่างไร หรือจะตัดสินใจทำอย่างไร เมื่อประเมินผลแล้วเป็นอย่างไร การให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ จะช่วยให้ผู้ตอบแบบวัดได้เรียนรู้ และได้พิจารณาในการหาคำตอบที่เหมาะสมมากขึ้น

8. ข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องเป็นอิสระจากกัน จะต้องไม่ชี้แนะคำตอบของข้อคำถาม หรือมีผลต่อคำถามของข้อต่อไป

9. การจัดรูปแบบของแบบวัดจะเริ่มจากการใช้ข้อมูลเฉพาะที่กำหนดให้แต่ละข้อในหน้านั้นเพื่อตอบคำถาม โดยจะไม่ให้เปิดดูในหน้าที่ถัดไปหรือย้อนกลับไปอ่านหรือแก้คำถามของข้อที่ตอบไปแล้ว เพื่อให้แบบวัดเป็นสิ่งที่มีความใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์มากที่สุด และคำตอบที่ได้สามารถสะท้อนความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

10. ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วย 4 สถานการณ์ ตามขั้นตอนการวัดความสามารถในการตัดสินใจ ในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการสร้างข้อคำถามตามเกณฑ์ที่ Feletti (1980 อ้างถึงใน อภรณ์ ชุตวง, 2534: 48) กำหนดว่า จำนวนข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (เอ็ม อี คิว) ที่เหมาะสมประมาณ 5-35 ข้อ เมื่อสร้างเสร็จได้ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไข สรุปได้โครงสร้างแบบสอบถามเอ็ม อี คิว วัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามกรอบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการวัดความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลของแต่ละสถานการณื ดัง
 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างของข้อคำถามในแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการ
 ผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตามความสามารถในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยราย
 กรณีแต่ละบทบาท และแต่ละขั้นตอนของการตัดสินใจในแต่ละสถานการณื

ความสามารถ ในการตัดสินใจ	สถานการณืที่ 1 บทบาทของผู้ ดูแล (ข้อที่)	สถานการณืที่ 2 บทบาทผู้ประ สานงาน (ข้อที่)	สถานการณืที่ 3 บทบาทผู้พิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย (ข้อที่)	สถานการณืที่ 4 บทบาทตัวแทน (ข้อที่)	รวม
การรวบรวมข้อมูล	1.2	2.2	3.1	4.1	4
การวินิจฉัยปัญหา	1, 1.3	2.1	3.2, 3.3	4.2	6
การพิจารณาทางเลือก ในการตัดสินใจ	1.4	2.3	3.4	4.3	4
การตัดสินใจปฏิบัติ และการประเมิน ผลการปฏิบัติ	1.5	2.4, 2.5	3.5	4.4	5
รวม	5	5	5	4	19

11. การตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงของแบบสอบถามความสามารถในการ
 ตัดสินใจในบทบาทของผู้จัดการรายกรณี หลังจากผู้วิจัยสร้างแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ
 ในบทบาทผู้จัดการรายกรณี ซึ่งเป็นแบบสอบถามอัตรัยประยุกต์ (เอ็ม อี คิว) ที่ประกอบด้วย
 สถานการณืและข้อคำถามตามขั้นตอนการวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการ
 ผู้ป่วยรายกรณี ครอบคลุม 4 ขั้นตอน และผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำแบบวัด
 พร้อมทั้งโครงร่างของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 พร้อมทั้งโครงสร้างวิทยานิพนธ์ ฉบับย่อ 1 ฉบับ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน (รายนามตาม
 ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง โดยกำหนดคุณลักษณะ
 ของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการบริหารการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางการศึกษา จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการสร้างแบบวัด เอ็ม อี คิว จำนวน 3 ท่าน เมื่อนำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี มาหาความตรงตามเนื้อหา พบว่า

1. ข้อมูลและเนื้อหาของสถานการณ์ มีความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างมากกว่าร้อยละ 80

2. ปรับปรุงข้อคำถามที่ควรปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ คือ วัดความสามารถได้ตรงตามขั้นตอนที่ต้องการวัดและเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับปัญหา ผู้วิจัยได้ปรับคำถามโดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและตรงประเด็นในข้อต่อไปนี้

สถานการณ์ที่ 1 ข้อ 1.4

สถานการณ์ที่ 2 ข้อ 2.4 และเพิ่มข้อคำถามข้อ 2.5

สถานการณ์ที่ 3 ข้อ 3.1, 3.5

สถานการณ์ที่ 4 ข้อ 4.4

12. การสร้างโมเดลคำตอบ การกำหนดน้ำหนักคะแนน และเวลาที่ใช้ในการทำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการบริหารและทางการบริการพยาบาล จำนวน 17 ท่าน (รายละเอียดตาม ผนวก ค 2) ทำการตอบแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี เพื่อนำคำตอบเหล่านั้นมากำหนดรูปแบบของคำตอบ และหาเวลาที่เหมาะสมในการตอบแบบวัดแต่ละข้อ เมื่อรวบรวมคำตอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ครบทุกท่านแล้ว ผู้วิจัยเชิญ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 17 ท่าน มาร่วมประชุมเพื่อทำกลุ่มสนทนา (Focus group) กำหนดรูปแบบของ คำตอบ กำหนดน้ำหนักคะแนนและกำหนดเวลาในการทำแบบวัดแต่ละข้อ โดยจัดประชุมขึ้นใน วันที่ 26 มิถุนายน 2545 เวลา 0900-1600 น. ณ ห้องประชุมกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กองทัพบก มีผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมประชุมทำกลุ่มสนทนา (Focus group) จำนวน 14 ท่าน (รายนามตาม ผนวก ก ในการประชุมนี้ ผู้วิจัยได้เสนอคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิที่เคยทำข้อสอบ แต่ละท่านมารวบรวมและจัดพิมพ์ไว้เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา คำตอบถูกกำหนดเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยทุกท่านจึงเลือกคำตอบนั้นไว้ ส่วนคำตอบใดที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นไม่ตรงกันก็นำมาอภิปรายเพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงในที่ประชุม

เวลาที่ใช้ในการตอบ ผู้วิจัยนำเวลาของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านที่เคยทำข้อสอบขณะที่ให้โมเดลคำตอบ หาค่าเฉลี่ยและบวกเพิ่มร้อยละ 30 จากนั้นได้กำหนดว่า การทำแบบวัดทั้ง 4 สถานการณ์ใช้เวลา 112 นาที (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เวลาเฉลี่ยที่ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ในการทำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีและเวลาที่ปรับแล้ว

สถานการณ์ที่ 1	ข้อที่	เวลาเฉลี่ยที่ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ (นาที)	เวลาเฉลี่ยที่ปรับแล้ว (นาที)
1.	1.1	4.11	6
	1.2	3.66	5
	1.3	3.57	5
	1.4	6.60	9
	1.5	5.41	7
2.	2.1	2.29	3
	2.2	3.64	5
	2.3	5.48	7
	2.4	4.96	7
	2.5	3.78	5
3.	3.1	3.68	5
	3.2	2.95	4
	3.3	3.80	5
	3.4	4.91	7
	3.5	4.98	7
4.	4.1	4.02	5
	4.2	4.2	6
	4.3	6.33	8
	4.4	4.72	6
รวม	19 ข้อ	88.55	112

ในการกำหนดน้ำหนักคะแนน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้คะแนน โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนของข้อสอบแต่ละข้อ ให้คะแนนมากน้อยตามจำนวนคำตอบที่เป็นไปได้ทั้งหมด จากข้อคำถามนั้น คำถามใดมีคำตอบมากให้น้ำหนักคะแนนมาก คำตอบใดมีความสำคัญน้อยให้น้ำหนักคะแนนน้อย สามารถสรุปได้ดัง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ใช้น้ำหนักคะแนนของแบบวัดอัตรานัยประยุกต์ วัดความสามารถในการตัดสินใจใน
บทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

ความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี	ข้อที่	น้ำหนักคะแนน	รวม
ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล	1. (1.2)	6	
	2. (2.2)	4	
	3. (3.1)	2	
	4. (4.1)	4	16
ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา	1. (1.1)	3	
	1. (1.3)	3	
	2. (2.1)	2	
	3. (3.2)	2	
	3. (3.3)	3	
	4. (4.2)	3	16
ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ	1. (1.4)	10	
	2. (2.3)	7	
	3. (3.4)	2	
	4. (4.3)	8	27
ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติและการประเมินผล	1. (1.5)	4	
	2. (2.4)	3	
	2. (2.5)	2	
	3. (3.5)	2	
	4. (4.4)	7	18
รวม	19	77	77

ลักษณะของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ

จากการศึกษารูปแบบของแบบวัด เอ็ม อี คิว ของ พวงแก้ว ปุณยภนิก (2532 : 31-38) อารมณ์ ชูดวง (2534: 52-56) ศรีประภา ปิยะศิริศิลป์ (2539: 77-89) และมณี ดีประสิทธิ์ (2541 : 94-103) พบว่ามีรูปแบบที่สำคัญคือ

1. ข้อสอบแต่ละหน้าประกอบด้วย 4 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำแนะนำในการทำแบบวัด เวลาที่ควรใช้ เวลาสะสม ชื่อ-สกุล
 - ส่วนที่ 2 ส่วนสถานการณ์ที่เป็นกรณีศึกษา
 - ส่วนที่ 3 ส่วนคำถาม
 - ส่วนที่ 4 ส่วนคำตอบ เป็นส่วนที่จัดไว้ให้ผู้สอบเขียนโดยไม่จำกัด
2. การจัดลักษณะข้อสอบจะต้องป้องกันไม่ให้ผู้สอบพลิกย้อนกลับ หรือเปิดไปดูข้างหน้า ดังนั้นข้อสอบแต่ละข้อจะต้องจัดให้ออกจากกัน ถ้าสถานการณ์ต่อเนื่องกัน คำถามและคำตอบต้องไม่ชี้แนะซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยพิมพ์ไว้แผ่นละ 1 ข้อ
3. ข้อสอบจัดใส่ซองกระดาษสีน้ำตาลขนาด 9 x 12 นิ้ว ตัดช่องให้เหลือความสูงจากกันซองถึงปากซองในระดับเดียวกับคำแนะนำ โดยผู้สอบจะไม่สามารถเห็นสถานการณ์ และที่หน้าซองจะมีคำแนะนำในการทำข้อสอบอย่างละเอียด
4. เมื่อได้ข้อสอบให้ผู้สอบอ่าน และทำความเข้าใจคำแนะนำในการทำข้อสอบอย่างละเอียดแล้ว จึงให้ผู้สอบเขียนชื่อ-สกุลทุกแผ่น
5. การป้องกันผู้สอบย้อนหลังมาทำข้อเดิม จึงได้จัดซองบรรจุข้อสอบที่ทำเสร็จแล้วไว้อีก 1 ซอง พร้อมทั้งมีคำแนะนำหน้าซองย้ำว่าเมื่อทำข้อสอบเสร็จ 1 แผ่นให้ใส่ข้อสอบที่ทำเสร็จแล้วไว้ในซองที่ละแผ่นโดยเรียงหน้าตามลำดับ
6. ลักษณะของข้อสอบ พิมพ์ด้วยกระดาษ A 4 จัดเรียงหน้าตามลำดับสถานการณ์ โดยใช้กระดาษสีแยกแต่ละสถานการณ์ โดยผู้วิจัยกำหนดสีขึ้นมาเพื่อสะดวกในการบริหารควบคุมเวลาการทำของผู้สอบ และผู้สอบมีการพักสายตาโดยใช้สีดังนี้
 - สถานการณ์ที่ 1 กระดาษสีฟ้า จำนวน 5 แผ่น
 - สถานการณ์ที่ 2 กระดาษสีขาว จำนวน 5 แผ่น
 - สถานการณ์ที่ 3 กระดาษสีชมพูอ่อน จำนวน 5 แผ่น
 - สถานการณ์ที่ 4 กระดาษสีเขียว จำนวน 4 แผ่น

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาศึกษาการบริหารเครื่องมือเพื่อให้มีคุณภาพในการใช้ โดยทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน ในวันที่ 5 กรกฎาคม 2545 และได้แบ่งกลุ่มทำการทดลองเป็น 2 กลุ่ม เนื่องจากแต่ละคนมีภาระงานและเวรประจำอยู่แล้ว โดยจัดทำทำการทดลองในช่วงเช้าเวลา 0900-1100 น. จำนวน 15 คน และช่วงบ่ายเวลา 1330-1530 น. จำนวน 15 คน

1. การทดลองใช้เครื่องมือ

- 1.1 จัดห้องให้เหมือนกับห้องสอบแล้วให้พยาบาลวิชาชีพนั่งโต๊ะให้เรียบร้อย
- 1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และความสำคัญของการตอบข้อมูล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์และคุณค่าในการทำ แล้วตั้งใจทำอย่างเต็มความสามารถ
- 1.3 ชี้แจงให้ทราบว่าเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามอันดับประยุกต์ 1 ชุด จัดอยู่ในซองที่จะแจกให้พยาบาลวิชาชีพคนละซอง เมื่อได้รับแจกแล้วให้อ่านที่หน้าซองก่อนอย่าเพิ่งทำจะอธิบายอีกครั้งและให้ทำพร้อมกัน
- 1.4 อธิบายให้ผู้ตอบอ่านคำอธิบายหน้าซองพร้อมกัน และให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แผ่นแรกเสร็จแล้วให้ใส่ซองคำตอบที่เตรียมไว้ ไม่ให้ย้อนกลับไปดูหรือทำใหม่อีก หลังจากนั้นจึงดึงแผ่นต่อไปขึ้นมาทำและทำเช่นเดียวกันทุกแผ่นจนครบทุกแผ่น เมื่อทำครบแล้วให้เก็บแบบวัดใส่ซองให้ครบ
- 1.5 หากมีข้อสงสัยให้ผู้สอบถามก่อน เมื่อไม่มีข้อสงสัยแล้วจึงให้เริ่มทำแบบสอบถามพร้อมกันจนครบ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ยุวดี ภาชา และคณะ, 2537 : 127) ได้ค่าความเที่ยง 0.75
2. การหาค่าเฉลี่ยความยากง่าย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้มาพิจารณาค่าดัชนีความยากง่ายของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สูตรในการวิเคราะห์ข้อสอบอันดับประยุกต์ของ Whitney และ Saber (1970) (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2539 อ้างถึงใน มณี ดีประสิทธิ์, 2541) ได้ค่าดัชนีความยาก (P) = 0.2 – 0.8

โดยสรุป แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาสร้างและพัฒนาคุณภาพของแบบวัดตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2545 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2545 รวม 16 สัปดาห์

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ

1. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาบททวน ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวกับบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.2 กำหนดการสร้างแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองตามโครงสร้างแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Roberta, (1993)

1.3 สร้างแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองเป็นข้อรายการได้ 44 ข้อ แล้วนำรายการที่ได้มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.4 กำหนดค่าของคะแนน ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามเป็นข้อรายการ และให้เลือกตอบตามข้อรายการว่า ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ และไม่พบสถานการณ์ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับพฤติกรรมนั้น

การกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านได้กระทำให้กับผู้ป่วย ให้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านไม่ได้กระทำกับผู้ป่วย ให้ 0 คะแนน

ไม่พบสถานการณ์ หมายถึง ไม่พบสถานการณ์นั้นเลย ให้ 0 คะแนน

2. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 8 ปี (รายนามตามภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 คือ ได้รับการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ใน 7 ท่าน

แบบวัดพฤติกรรมกาปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการยอมรับ 44 ข้อ ปรับปรุงและแก้ไขปรับความชัดเจนของข้อความตามข้อเสนอแนะในข้อ 4, 5, 7, 12, 24, 31, 33, 34, 40

3. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบวัดพฤติกรรมกาปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้ว และได้รับการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยการหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามวิธี คูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด 0.95

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

การดำเนินงานทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือทั้งหมดในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลองที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2. เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอานันทมหิดล เพื่อทำการทดลองในโรงพยาบาลอานันทมหิดล และเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขอใช้สถานที่ในการอบรม

2.2 ประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะทำการทดลอง 9 หอ เพื่อใช้เป็นหน่วยทำการทดลอง 9 นาย เพื่อใช้เป็นหน่วยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยคัดเลือกจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 10 ปี มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ยินดีและเต็มใจช่วยในการรวบรวมข้อมูลและเป็นพี่ปรึกษา ผู้ประสานงานในการวิจัยครั้งนี้

4. เตรียมพยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ทำการทดลองจำนวน 9 หอ คัดเลือกผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 19 คน จากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย หอละ 1 - 3 คน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 ปี

4.2 ให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับทีมสุขภาพ จำนวน 7 ครั้ง ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2545 และวันที่ 1 มีนาคม 2545 ระยะที่ 2 วันที่ 16 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 19 กรกฎาคม 2545 เวลา 13.00 -16.00 น. และวันที่ 20 กรกฎาคม 2545 เวลา 09.00 – 16.00 น.

5. ขั้นตอนและวิธีการฝึกอบรมในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัย ศึกษาทำความเข้าใจในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นแนวทางการทดลอง

5.2 ผู้วิจัยอธิบายวิธีการนำ Clinical Pathway ให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาและทำความเข้าใจอย่างละเอียด และให้ซักถามเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

5.3 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย กำหนดการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและหัวข้อในการอบรม การเป็นที่ปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับการให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวิธีดำเนินการวิจัยและการใช้เครื่องมือที่ตรงกัน

5.4 แจกแจงแผนและกำหนดการดำเนินการพัฒนา โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

6. กำหนดการดำเนินกิจกรรมการอบรมตามแผนในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้วิจัยกำหนดการอบรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการเตรียมกลุ่มตัวอย่างในเรื่องความรู้ความเข้าใจทั่วไปในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จัดอบรมระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 จนถึง 1 มีนาคม 2545 ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยเฉพาะ จัดอบรมระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม ถึง 19 กรกฎาคม 2545 ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ในเวลา 1300-1600 น. เฉพาะในวันที่ 20 กรกฎาคม 2545 จัดอบรมเต็มวันตั้งแต่เวลา 09.00 – 16.00 น. รวมการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เนื้อหา/กิจกรรม
การอบรมระยะที่ 1		
1.	24 ก.พ.45	การสร้างความรู้ความเข้าใจบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการบริหารระบบการเงิน

- | | | |
|----|-----------|---|
| 2. | 25 ก.พ.45 | การสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านการวางแผนทำ Clinical Pathway |
| 3. | 1 มี.ค.45 | หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย |
- การอบรมระยะที่ 2
- | | | |
|----|-----------|---|
| 4. | 16 ก.ค.45 | การสร้างความสัมพันธ์ภาพและการทำงานร่วมกัน |
| 5. | 18 ก.ค.45 | การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และตระหนักในบทบาทและทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี |
| 6. | 19 ก.ค.45 | การสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการมอบหมายงาน การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ และลักษณะเจรจาต่อรอง |
| 7. | 20 ก.ค.45 | การวิเคราะห์ปัญหากรณีศึกษาและการผสมผสานการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน |

รายละเอียดในภาคผนวก

7. ผู้วิจัยเริ่มใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามลำดับ ดังนี้

7.1 เสนอโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี” เสนอฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลอานันทมหิดลอีกครั้ง ดังรายละเอียดในภาคผนวก

7.2 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามหัวข้อที่ผู้วิจัยเตรียมการไว้ ระยะที่ 1 โดยการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 4 ท่าน คือ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลมิชชั่น จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 1 ท่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 1 ท่าน และจากโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 1 ท่าน อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี” (รายละเอียดโครงการตามภาคผนวก) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทางการพยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจัดการอบรมครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ขึ้นระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2545 และวันที่ 1 มีนาคม 2545 ณ ห้องประชุมพระศัลยเวชวิทยวิศิษฎ์

โรงพยาบาล อานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี มีผู้เข้าร่วมการอบรมวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 จำนวน 80 คน เป็นแพทย์ 4 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน ผู้บริหารทางการแพทย์ 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 58 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2545 จำนวน 40 คน และวันที่ 1 มีนาคม 2545 จำนวน 45 คน มีกำหนดการประชุมตามภาคผนวก

7.3 หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1 เรื่อง การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแล้ว ผู้วิจัยได้ประชุมพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต่อไปจะเรียกผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และผู้ช่วยวิจัยเพื่อซักถามปัญหาข้อขัดข้องและทบทวนความเข้าใจในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอีกครั้ง เมื่อแสดงความคิดเห็นเป็นที่เข้าใจตรงกันแล้ว ผู้วิจัยได้มอบหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไปทบทวนการทำ Clinical pathway ให้เข้าใจ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด ได้แบ่งความรับผิดชอบในการดูแลดังนี้ ผู้ช่วยวิจัย : ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเท่ากับ 1:45 คน และให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกคน เตรียมทำ Clinical pathway ในโรคที่คิดว่าจะพบได้บ่อยในระยะทำการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดไว้ชัดเจนว่า จะทำการทดลอง วันที่ 22 กรกฎาคม 2545 ถึง 19 สิงหาคม 2545 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความพร้อมทุกด้าน ทั้งด้านเครื่องมือในการทดลอง บุคคล และสถานที่ดำเนินการทดลอง ในระยะเตรียมการระยะที่ 1 นี้ จะมีการขอตรวจ Clinical pathway ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจัดทำขึ้น ผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ช่วยวิจัยและ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างสม่ำเสมอทางโทรศัพท์ และได้จัดการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาทางป้องกัน จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 - 45 นาที และในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัย พบข้อขัดข้องในความไม่เข้าใจกับแพทย์บางท่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้แก้ปัญหา เหล่านั้นโดยการเป็นผู้ประสานด้วยตัวเอง ทำให้ได้รับความร่วมมือและมีความเข้าใจในการทำการทดลองมากขึ้น

บทบาทและหน้าที่ของผู้วิจัย

1. เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมเอกสาร แบบฟอร์มต่าง ๆ เช่น Clinical pathway ที่สร้างขึ้น จัดเตรียมผู้พิมพ์ข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเมื่อต้องการ เพื่อ ช่วยลดภาระงานด้านเอกสาร
2. เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ช่วยวิจัย และทีมสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่มีปัญหา ด้านกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยอนุญาตให้ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา
3. เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยรายกรณี ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. เป็นผู้นำการประชุม อภิปรายร่วมกับผู้ช่วยวิจัย และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมแก้ไขปัญหา และเป็นกำลังใจให้ อย่างสม่ำเสมอ

5. ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้ เทคนิคที่ให้เกียรติและแสดงความชื่นชม เพื่อไม่ให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรู้สึกเครียด หรือมีความ รู้สึกว่าถูกควบคุมมากเกินไป

6. ผู้วิจัยไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอานันทมหิดล สัปดาห์ละ 3 วัน คือวันพุธ ถึง วันศุกร์ ในช่วงดำเนินการทดลอง เยี่ยมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีขณะปฏิบัติงาน พูดคุยกับผู้ป่วยที่ เข้าร่วมวิจัย ประสานและขอความร่วมมือกับทีมสุขภาพเองเมื่อมีปัญหาข้อขัดข้อง จนงานลุล่วงไปได้

บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย

1. เป็นผู้ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และแพทย์ในการ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโปรแกรมการพัฒนาพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการใช้รูปแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยช่วยเตรียม เอกสาร เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ที่ทีมสุขภาพร่วมกันจัดทำขึ้น แบบฟอร์มการบันทึก แรกรับผู้ป่วย แบบฟอร์มการบันทึกความแปรปรวน เป็นต้น

3. สังเกตและบันทึกเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และ ทีมสุขภาพ มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไรในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. เป็นพี่เลี้ยงให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในกรณีเกิดปัญหาด้านการปฏิบัติบทบาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อช่วยให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้

5. เป็นที่ปรึกษาทีมสุขภาพ ในกรณีที่มีปัญหาด้านกระบวนการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

6. ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจากการ สอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและจากการรายงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ประสานกับหอผู้ป่วยที่ทำการทดลอง ขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บรวบรวม ข้อมูลในการวิจัย พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบคือ โรงพยาบาลอานันทมหิดล กำลังเตรียมเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลคุณภาพ จึงนับเป็นโอกาสดีที่จะเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายในการพัฒนางาน ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยจัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วย

รายการนี้ในลักษณะการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปรากฏว่า ผู้บริหารแต่ละกอง/แผนก และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาทิ เกสซ์กร เทคนิการแพทย์ โภชนาการ เข้าร่วมรับฟังด้วย และผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับโครงการนี้อย่างมาก โดยให้ผู้ไม่ติดภาระกิจเร่งด่วนเข้าฟังบรรยายในเรื่อง "การจัดการผู้ป่วยรายกรณี" เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ผู้บริหารทางการแพทย์ยังให้ความร่วมมือและให้ความสำคัญ โดยขอให้พยาบาล เข้าฟังทุกคนนอกจากติดการปฏิบัติงานประจำ ทำให้โปรแกรมการพัฒนาคั้งนี้ดำเนินไปด้วย ความเรียบร้อย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 19 คน โดยใช้แบบวัดความสามารถในการ ตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (เอ็ม อี คิว) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นสถานการณ์ปัญหา การบริหารและบริการพยาบาล 4 สถานการณ์แต่ละสถานการณ์จะเน้นสถานการณ์ละ 1 บทบาท โดยให้ครอบคลุม บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน ผู้วิจัยจัดสอบวันที่ 16 กรกฎาคม 2545 เวลา 13.00 – 15.00 โดยดำเนินตาม ขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดห้องสอบให้เหมือนกับห้องสอบจริงแล้วให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 19 คน นั่งโต๊ะให้เรียบร้อย

2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และความสำคัญของการตอบข้อมูล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์และคุณค่าในการทำ และตั้งใจทำอย่างเต็มความสามารถ

2.3 ชี้แจงให้ทราบว่าเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบอัตนัยประยุกต์ 1 ชุด จัดอยู่ในซองที่จะแจกให้คนละซอง เมื่อได้รับแจกแล้วให้อ่านที่หน้าซองก่อน อย่าเพิ่งทำจะอธิบาย อีกครั้งและให้ทำพร้อมกัน

2.4 อธิบายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอ่านคำอธิบายหน้าซองพร้อมกัน และให้ ทำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แผ่นแรกเสร็จแล้วให้ ใส่ซองคำตอบที่เตรียมไว้ ไม่ให้ย้อนกลับไปดูหรือทำใหม่อีก หลังจากนั้นจึงนำแผ่นต่อไปขึ้นมาทำ และทำเช่นเดียวกันทุกแผ่นจนครบทุกฉบับ เมื่อทำครบแล้วให้เก็บแบบวัดใส่ซองให้ครบ

2.5 หากมีข้อสงสัยให้ผู้สอบถามก่อน เมื่อไม่มีข้อสงสัยแล้ว จึงให้ทำแบบสอบ พร้อมกันจนครบ

2.6 คำชี้แจงในการทำแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี มีดังต่อไปนี้

2.6.1 โปรดอ่านคำชี้แจงนี้ให้เข้าใจ ก่อนลงมือทำข้อสอบ เมื่อบอกให้ทำจึงดึงข้อสอบออกมาทำพร้อมกัน

2.6.2 สถานการณ์ต่อไปนี้มี 4 สถานการณ์จำนวนทั้งหมด 19 ข้อ 19 แผ่น ใช้เวลาในการทำ 2 ชั่วโมง โปรดตอบคำถามแต่ละสถานการณ์ให้ครบทุกข้อ โดยใช้ความรู้ที่ท่านได้เรียนมาและประสบการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน คิดพิจารณาให้รอบคอบที่สุด เสมือนกับที่ท่านอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริงๆ เพราะเป็นสถานการณ์ที่ท่านมีโอกาสเผชิญบ่อยในการปฏิบัติงาน และให้สมมติว่าท่านกำลังปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ช่วยรายกรณี (Case Manager) กรุณาตอบให้ตรงประเด็นและละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผลที่ได้สามารถสะท้อนความสามารถที่แท้จริงของท่าน

2.6.3 ลักษณะของข้อสอบจะจัดเรียงตามลำดับสถานการณ์ โดยใช้กระดาษสีแยกแต่ละสถานการณ์ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 บทบาทผู้ดูแล กระดาษสีฟ้า จำนวน 5 แผ่น

สถานการณ์ที่ 2 บทบาทของผู้ประสานงาน กระดาษสีขาวจำนวน 5 แผ่น

สถานการณ์ที่ 3 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย กระดาษสีชมพู จำนวน 5 แผ่น

สถานการณ์ที่ 4 บทบาทตัวแทน กระดาษสีเขียว จำนวน 4 แผ่น

2.6.4 ข้อสอบแต่ละแผ่นจะแยกออกจากกัน แต่ละข้อจะเว้นบรรทัดไว้ให้โดยที่บรรทัดที่เว้นนั้นไม่มีผลต่อการกำหนดความยาวของเนื้อหาที่จะตอบ ท่านสามารถตอบได้มากกว่าหรือน้อยกว่าบรรทัดที่เว้นไว้ได้ ถ้าบรรทัดที่เว้นไว้ให้ไม่เพียงพอ ท่านสามารถเขียนเพิ่มเติมด้านหลังข้อสอบแต่ละแผ่นได้ หรือในกระดาษที่เตรียมมาให้

2.6.5 หยิบข้อสอบออกจากซองที่ละแผ่น เริ่มตั้งแต่สถานการณ์ที่ 1 หน้า 1 เมื่อทำเสร็จให้ตรวจสอบให้แน่ใจในคำตอบเพราะท่านไม่มีโอกาสย้อนกลับไปทำอีกแล้ว และท่านจะต้องจำข้อมูลที่สำคัญในโจทย์ที่ให้เพราะท่านต้องให้ข้อมูลเหล่านั้นอีก

2.6.6 เมื่อตรวจสอบจนแน่ใจว่าทำข้อสอบในแผ่นนั้นเสร็จให้ใส่ข้อสอบที่ทำเสร็จลงในซองสำหรับเก็บข้อสอบที่เตรียมไว้ให้ จากนั้นจึงหยิบข้อสอบหน้าต่อไปมาทำได้ เมื่อทำเสร็จแล้วก็เอาไปใส่ไว้ในซองข้อสอบที่ทำเสร็จแล้ว โดยจัดเรียงลำดับหน้าและห้ามหยิบข้อสอบจากซองที่ทำเสร็จกลับมาทำอีกเป็นอันขาด

2.6.7 เวลาที่ระบุไว้เป็นเวลาที่ควรใช้ในการทำแต่ละแผ่น และเวลาสะสมที่ควรใช้ ท่านสามารถใช้เวลาน้อยกว่าหรือมากกว่าได้ หากท่านใช้เวลาในข้อนั้นมากเกินไป จะทำให้ท่านมีเวลาในการทำข้ออื่นน้อยลงจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมด้วย

2.6.8 ในระหว่างการทำข้อสอบจะไม่มีคำถามหรือการชี้แจงใดๆ ทั้งสิ้น ให้ทำข้อสอบตามที่ท่านเข้าใจ

2.6.9 คำตอบของท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลในทางลบใดๆ ต่อท่าน

3. ดำเนินการทดลองตามแผนที่เตรียมไว้ใช้เวลา 7 สัปดาห์ โดยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามหัวข้อที่ผู้วิจัยเตรียมการไว้ ระยะเวลา 2 เน้นสร้างความรู้ ความเข้าใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทและทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (รายละเอียดโครงการตามภาคผนวก) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจากสำนักงานเลขาธิการประกันสุขภาพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 1 ท่าน และอีก 3 ท่าน เป็นวิทยากรท่านเดิมจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลสงฆ์ ที่เคยมาอบรมให้ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยจัดการอบรมระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 19 กรกฎาคม 2545 ในช่วงบ่ายเวลา 13.00 - 16.00 น. และจัดวันที่ 20 กรกฎาคม 2545 ซึ่งเป็นวันหยุดราชการ เต็มวัน เวลา 09.00 - 16.00 น. ผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 40 - 45 คน เป็นผู้บริหารการพยาบาล ผู้ช่วยวิจัย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ที่สนใจ บางสาขาวิชาชีพ มีกำหนดการประชุมตามภาคผนวก

ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบขณะทำการอบรมเชิงปฏิบัติการคือ

การจัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้จัดการอบรมรวมทั้งสิ้น 7 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 4 วัน ตั้งแต่วันพุธถึงวันศุกร์ ช่วงบ่ายเวลา 13.00-16.00 น. และในวันเสาร์ ระยะเวลา 2 ของการอบรมได้จัดอบรมเต็มวัน 1 ครั้ง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทุกคนมีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจ เอาใจใส่การฟังบรรยายดี มีการซักถามและร่วมอภิปรายให้ข้อเสนอแนะที่ได้สาระแสดงถึงความเข้าใจในบทบาทที่ต้องปฏิบัติในการทดลองได้อย่างน่าพึงพอใจ ผู้วิจัยได้สร้างสถานการณ์กรณีศึกษาให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหา พบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลองเหล่านั้นได้อย่างถูกต้อง มีการคิดอย่างเป็นระบบ และสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างลึกซึ้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประชุมเพื่อทบทวนความเข้าใจก่อนปฏิบัติจริงอีกครั้ง พบว่าทุกคนมีความมั่นใจและความพร้อมมากขึ้น

3.2 เตรียม Clinical pathway ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยเชิญผู้ช่วยวิจัย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 9 หอ และแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยแต่ละราย หากไม่ติดภารกิจจำเป็นมาร่วม ทบทวน แผนการดูแล ผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ที่จัดทำไว้แล้วว่าครอบคลุม และสามารถใช้ในการทดลองได้หรือไม่ หากยังไม่ครอบคลุมให้ร่วมกันแก้ไขให้ข้อเสนอแนะ ในกรณีที่ยังไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพไว้ ให้ผู้ช่วยวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจัดทำขึ้นใหม่ โดยใช้แนวทาง Clinical guideline ของแพทย์ผู้รักษาร่วมด้วย

3.2.2 เชิญตัวแทนทีมสุขภาพแต่ละสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเลือกในการทำการทดลองประกอบด้วย ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยวิจัย มาร่วมพิจารณาแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพอีกครั้ง โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้นำดำเนินการประชุม วัน เวลา การประชุม แล้วแต่ความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละกลุ่มบุคคลและแต่ละหอผู้ป่วย การจัดทบทวน Clinical pathway ส่วนใหญ่จะจัดในหอผู้ป่วยและเป็นลักษณะทั้งการประชุมทางการและไม่เป็นทางการ

3.2.3 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละคนนำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่จัดทำขึ้น ชี้แจงให้ทีมสุขภาพทั้งหมดของแต่ละสาขาพิจารณา ปรับปรุง แก้ไข แล้วเวียนให้ทีมสุขภาพพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกัน ซึ่งได้แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพของโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในแต่ละหอที่ทำการทดลอง ดังต่อไปนี้

1. Appendectomy
2. Herniorrhaphy
3. Nephrectomy
4. Fistula in ano
5. Pyelonephritis
6. Stroke
7. Upper gastrointestinal Bleeding
8. Denque Hemorrhagic Fever
9. Cesarian Section
10. Normal Labour
11. Pneumonia
12. Neonatal jaundice
13. Diarrhea
14. Congestive Heart Failure

3.3 ผู้วิจัยได้แจกคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ทีมสุขภาพ ผู้ช่วยวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อทำความเข้าใจถึงขั้นตอน กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ แต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้มีการซักซ้อมถึง ขั้นตอนต่างๆ วิธีดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทักษะต่างๆ ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องนำไปใช้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ ชี้แจงถึงแบบฟอร์มต่างๆ ขั้นตอนการทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพแต่ละแผนมาใช้แบบบันทึกความแปรปรวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถบันทึกในแบบฟอร์มต่างๆ ได้ถูกต้อง แบบประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ และแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยให้ใช้ของ โรงพยาบาลอานันทมหิดลเช่นเดิม ส่วนแบบฟอร์มแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ได้ข้อสรุปจากการประชุมของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ใช้กระดาษ A4 สีม่วง เพื่อให้แตกต่างจากแบบฟอร์มอื่นๆ ของโรงพยาบาล และมองเห็นได้ชัดเจน ในขั้นตอนนี้พบว่า แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ โดยมี การวางแผนทำกันบ้างแล้ว จากทีม PCT ของแต่ละหน่วยงานทำให้เกิดความรวดเร็วขึ้นในการเตรียมการทดลองหอผู้ป่วยใดหรือโรคใดที่ยังไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยทีมสุขภาพ ผู้ช่วยวิจัยได้เป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิดโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทดลองจัดทำเอกสารเพื่อให้เกิดทักษะและความกล้าในด้านการประสานงานกับบุคคลอื่น ซึ่งพบว่า ได้รับผลดีและทำให้เกิดแผนการดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพขึ้นอีก รวมทั้งสิ้น 14 แผน และเป็นแผนที่ได้รับการยอมรับจากทีมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีมขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

3.4 ผู้วิจัยประชุมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ช่วยวิจัย และหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกครั้งหลังจากจบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะเริ่มทำการทดลองปฏิบัติ โดยทำการตกลงให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติงาน หรือในหอผู้ป่วยอื่นที่ตนเคยปฏิบัติงาน และมีความชำนาญในโรคนั้นมาก่อน คนละ 4 ราย อย่างน้อย 3 ราย ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2545

3.5 ระยะเวลาทดลอง

3.5.1 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้เลือกผู้ป่วยเองได้ โดยแจ้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบ หรือขอคำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาซ้ำซ้อนจากผู้ป่วย เริ่มปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตั้งแต่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย โดยมีคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการปฏิบัติบทบาทและในการตัดสินใจ

3.5.2 ประเภทของผู้ป่วยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเลือกทำการทดลองได้ คือ

3.5.2.1 เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะให้รักษาตัวใน
โรงพยาบาลอานันทมหิดล

3.5.2.2 ไม่จำกัดเพศ

3.5.2.3 ไม่จำกัดอายุ

3.5.2.4 ไม่จำกัดโรค

3.5.2.5 ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยอ่านออกเขียนได้

3.5.2.6 ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

3.5.3 กรณีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหยุดปฏิบัติเกิน 1 วัน ได้วางแผน
กิจกรรมพยาบาล และแผนการประสานงานเพื่อส่งต่อไปพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลอื่นในเวร
ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

3.5.4 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปในเวรต่อไป
ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล ตาม Clinical pathway โดยบันทึกและติดต่อประสานงานเพื่อขอ
คำปรึกษา และให้การพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติมตามแผนใน
Clinical pathway

3.5.5 เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้แจ้งให้
แพทย์เจ้าของไข้และสมาชิกทีมสุขภาพทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขและดำเนินตามแนวทางนั้น
จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีข้อตกลงว่าจะไม่มีการยุติ case ระหว่างอยู่ใน
โรงพยาบาล

3.5.6 ระหว่างการดำเนินทดลองในปลายสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยได้ประชุมกับ
ผู้ช่วยวิจัยและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อประเมินโปรแกรมการจัดการผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
โดยให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกคนเสนอผลการทดลองที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว หากพบปัญหาข้อ
ขัดข้อง ผู้วิจัยให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มร่วมอภิปรายแก้ไขปัญหาและสรุปการตัดสินใจ
เพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติในการทดลองต่อไป

ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบระหว่างการทดลอง

1. เมื่อเริ่มการทดลอง กลุ่มผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้แสดงบทบาทของตนอย่างเต็ม
ความสามารถ โดยมีคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแนวทางในการแสดงบทบาท
ทั้ง 4 บทบาท คือ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
และบทบาทตัวแทน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบางคนตื่นเต้นและดีใจมาก เมื่อมีผู้ป่วยรับใหม่และ
เป็นโรคที่มี Clinical pathway ในหอผู้ป่วยแล้ว โดยได้โทรศัพท์แจ้งให้ผู้วิจัยทราบทันที และบอก

ว่าโปรแกรมงานวิจัยนี้ทำให้ตนเองและเพื่อนผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอื่นๆ รู้สึกตื่นตัว สนุก นำทำทนายและทำให้รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นถึงแม้จะเหนื่อยแต่ก็น่าภาคภูมิใจ

2. เมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการทำงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกล้าที่จะปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ขอความร่วมมือกับทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินตาม Clinical pathway กล้าต่อรองกับแพทย์เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย อาทิ ผู้ป่วยสังกัดพลเรือน มีบัตร 30 บาท รักษาทุกโรคที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ มาโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ไว้ในไต ผู้จัดการได้แนะนำสิทธิของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ผู้ป่วยยินยอมเสียค่าใช้จ่ายเองเพราะต้องการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ ต่อมาหลังผ่าตัดนิ้วในไตข้างซ้าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรู้ว่าผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด จึงได้ติดต่อสอบถามราคาจากเภสัชกร ทราบว่า ยาราคาเม็ดละ 44 บาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้มาปรึกษากับผู้ป่วยและญาติว่ามีเงินเพียงพอหรือไม่ ผู้ป่วยและญาติยินยอม แพทย์สั่งให้รับประทานยา 1 วันก่อน รวมค่ายา 88 บาท วันต่อมาอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และจะส่งยาตัวเดิมต่อ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงบอกราคายาให้ทราบ และถามแทนผู้ป่วยว่าจะมียาตัวอื่นทดแทนได้หรือไม่ แพทย์จึงได้พิจารณายาตัวใหม่ให้ เป็น Cravit (100 mg) ราคาเม็ดละ 20 บาท ให้ไปรับประทานที่บ้านแทน ผู้ป่วยและญาติพอใจมาก ยังมีกรณีความแปรปรวนขณะให้การดูแลอย่างหลากหลาย ผู้วิจัยได้ให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดำเนินการแก้ปัญหาเหล่านั้นเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาอยู่ห่างๆ โดยทำข้อตกลงกันว่าผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการดูแลจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจนกระทั่ง กลับบ้าน ถึงแม้ว่าจะมีความแปรปรวนทำให้ไม่สามารถดำเนินการไปตาม Clinical pathway ได้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องทำการดูแลผู้ป่วยจนจบ case เพื่อให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่อยู่ในสถานการณ์นั้นได้เกิดทักษะในการตัดสินใจในการแก้ปัญหามากขึ้น

3. ทีมสุขภาพให้ความร่วมมือปฏิบัติตาม Clinical pathway ด้วยความเต็มใจและให้การยอมรับในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น แม้ในระยะแรกแพทย์บางท่านยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร แต่เมื่อได้รับการอธิบายถึงระบบ ขั้นตอนและประโยชน์ที่จะได้รับในการมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จึงเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทีมสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 27 ท่าน คือ ศัลยแพทย์ 6 ท่าน อายุรแพทย์ 6 ท่าน สูตินรีแพทย์ 4 แพทย์ กุมารแพทย์ 4 ท่าน ศัลยแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน วิชาญแพทย์ 1 ท่าน วิชาญพยาบาล 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน เทคนิคการแพทย์ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานโดยเฉพาะแพทย์ดีขึ้น มีการ Round ผู้ป่วยข้างเตียงร่วมกันและแพทย์ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น และแพทย์บางท่านจะใช้ระบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีนี้ต่อไปถึงแม้จะจบการวิจัยแล้ว

4. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย มีความพึงพอใจมาก จากการที่ผู้วิจัยได้ประเมินโดยการพูดคุยและจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่าในระดับสูง ผู้ป่วยและญาติพอใจที่มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลทุกด้านทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและลดความกลัวและวิตกกังวลได้มาก ผู้ป่วยบอกว่าครั้งแรกเมื่อพยาบาลแนะนำตัวว่าเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และอธิบายหน้าที่ความรับผิดชอบให้ทราบก็รู้สึกงง และสับสนบ้าง แต่เมื่ออธิบายให้ชัดเจนจึงรู้สึกดีใจและขอบคุณที่ให้การดูแลเป็นอย่างดี ทำให้ได้เข้าใจวิธีการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัว และสิทธิบางอย่างที่ไม่ได้นึกถึง พร้อมทั้งสามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตและวางแผนในการใช้จ่ายได้ล่วงหน้า ผู้ป่วยบางรายถามผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า ต้องเสียเงินเพิ่มหรือไม่ที่มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคอยดูแล เมื่อตอบว่า ไม่มี ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกประทับใจมาก

5. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการทดลองครั้งนี้ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก่อน แต่มีความเต็มใจที่จะทดลองปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สังเกตได้จากความสนใจในการเข้ารับอบรมอย่างพร้อมเพรียง มีการซักถามให้ข้อเสนอแนะร่วมวิเคราะห์และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างดำเนินการทดลอง พยายามปฏิบัติตามบทที่ ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่และถูกต้องตามกระบวนการ มีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ แม้ตนเองไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ทำให้เกิดภาพพจน์ที่ดีต่อวิชาชีพ และหน่วยงานได้อย่างมาก นอกจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบางคนให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยการโทรศัพท์สอบถามอาการและความเป็นอยู่ บางคนจะแจกนามบัตรเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วยให้สามารถโทรติดต่อได้ตลอดเวลา บางคนจัดหาทรายอะเบทให้เมื่อทราบว่าที่บ้านผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ทำให้ผู้ป่วยประทับใจมาก ซึ่งสร้างความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าแก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทันที (Posttest) ด้วยแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ (เอ็ม อี คิว) ชุดเดิมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณี และได้ทดลองปฏิบัติแล้ว 4 สัปดาห์ว่าแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือไม่

2. ผู้วิจัยให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อไปเพื่อติดตามผลหลังการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล (Posttest) ครั้งที่ 1 หลังการทดลอง 1 สัปดาห์

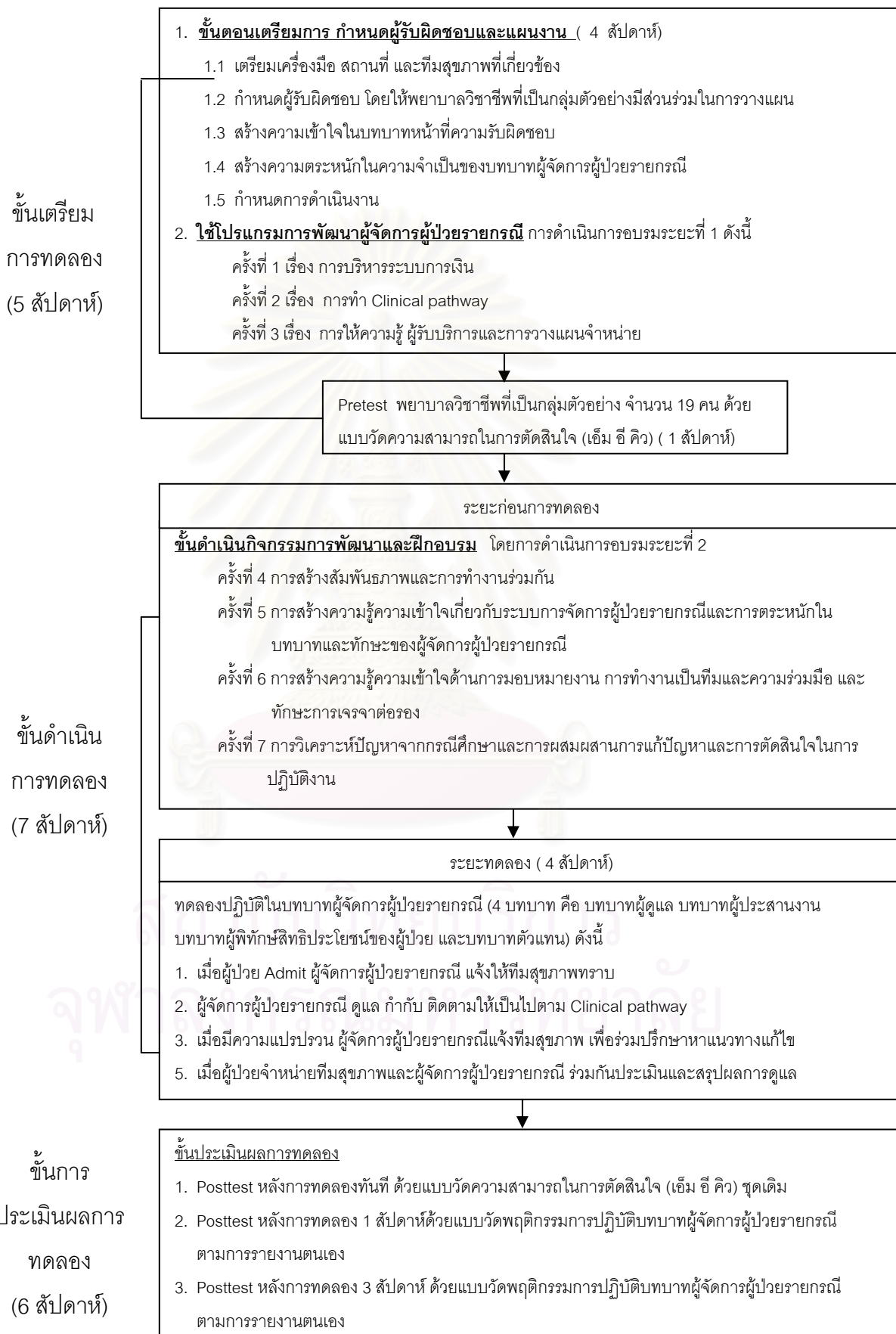
ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

1. พบการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีความรับผิดชอบในการ ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถมองผู้ป่วยแบบองค์รวม ได้อย่างเป็นรูปธรรม ปฏิบัติได้จริง สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้น (รายละเอียดในส่วนข้อคิดเห็น บทที่ 5)
2. เกิดความเคลื่อนไหวในการบริหารจัดการทางการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลหลายคนให้ความสำคัญ ให้การยอมรับและมีแนวคิดที่จะนำไปปฏิบัติต่อไป
3. ทีมสุขภาพ อาทิ แพทย์ เริ่มให้การยอมรับและสนใจร่วมมือกับทีมพยาบาลเพื่อปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ป่วยและญาติ ฟังพอใจมากและบอกว่าอยากให้ปฏิบัติต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์และ 3 สัปดาห์ โดยเป็นการวิจัยในลักษณะการศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งผลการวิจัยขอเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 5-6)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์และ 3 สัปดาห์ (ตารางที่ 7)

ส่วนที่ 4 สรุปความคิดเห็นของผู้ช่วยวิจัยและของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีรายละเอียดดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานและการได้รับการฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (N = 19)

สถานภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	20 – 30 ปี	7	36.84
	31 – 40 ปี	10	56.63
	41 – 50 ปี	2	10.52
เพศ	หญิง	19	100.00
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี / เทียบเท่า	18	94.73
	ปริญญาโท	1	5.26
ประสบการณ์การทำงาน	1 – 5 ปี	5	26.31
	6 – 10 ปี	7	36.84
	11 ปีขึ้นไป	7	36.84

จากตาราง กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.63 รองลงมาเป็น 20 – 30 ปี และ 41 – 50 ปีคิดเป็นร้อยละ 36.84 และ 10.52 ตามลำดับ เพศเป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.73 รองลงมาจบปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 5.26 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 6 – 10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.84 เท่ากัน รองลงมา 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.31

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความสามารถ ในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ บทบาทตัวแทน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (N = 19)

ความสามารถในบทบาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านการตัดสินใจ	หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี		ก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
บทบาทผู้ดูแล	11.84	2.36	9.58	2.01	3.76*
บทบาทผู้ประสานงาน	11.00	1.94	9.11	1.76	3.70*
บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์	7.32	1.38	5.95	1.31	4.75*
บทบาทตัวแทน	13.55	1.90	12.24	3.05	2.25*
รวม	43.71	4.88	36.88	5.43	7.88*

* p < .05

จากตาราง พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและรายด้าน ภายหลังจากได้รับการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์และบทบาทตัวแทน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t จากการทดสอบความแตกต่างในกระบวนการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความสามารถผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี ด้าน กระบวนการตัดสินใจ	หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี		ก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การรวบรวมข้อมูล	8.11	2.18	6.79	1.27	3.04*
การวินิจฉัยปัญหา	11.13	1.83	10.29	2.14	1.85
การพิจารณาทางเลือก ในการตัดสินใจ	14.00	2.11	11.74	2.38	3.93*
การตัดสินใจปฏิบัติ และการประเมินผล	10.47	2.57	8.05	2.70	4.22*
รวม	43.71	4.88	36.88	5.43	7.88*

* $p < .05$

จากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความสามารถในกระบวนการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและรายด้าน ภายหลังจากได้รับการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านกระบวนการตัดสินใจที่ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น กระบวนการตัดสินใจด้านการวินิจฉัยปัญหาไม่ แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 **เปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้าน**
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการใช้โปรแกรม
การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t จากการทดสอบความแตกต่างของ
 ค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและ
 รายด้าน หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์
 (ครั้งที่ 1) และติดตามประเมินผลภายหลัง 3 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2)

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ บทบาทผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี	หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์		หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
บทบาทผู้ดูแล	13.94	.22	13.84	.37	1.455
บทบาทผู้ประสานงาน	7.63	.59	7.73	1.32	.357
บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ประโยชน์ของผู้ป่วย	10.43	.83	10.31	.82	.417
บทบาทตัวแทน	4.94	1.50	5.26	2.02	.615
รวม	36.94	2.29	37.14	3.18	.262

* $p < .05$

จากตาราง พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้าน
 พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวมและรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบหลัง
 การทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และหลังการใช้โปรแกรม 3
 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ส่วนที่ 4 สรุปความคิดเห็นของผู้ช่วยวิจัยและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตอบคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้แสดงความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับ พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังต่อไปนี้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ช่วยวิจัย

1. ความคิดในการนำโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในโรงพยาบาล
 - 1.1 ควรนำมาใช้กับทุกหอผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน
 - 1.2 เป็นการฝึกการทำงานเป็นทีม เพราะต้องได้รับความร่วมมือจากแพทย์และวิชาชีพอื่น
2. มีการเปลี่ยนแปลงใดเกิดขึ้นต่อบุคคลและหน่วยงานบ้างในระหว่างทำการทดลอง
 - 2.1 มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี คือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความกระตือรือร้น มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น รู้จักวิเคราะห์และการแก้ปัญหาดีขึ้น
 - 2.2 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีทักษะในการประสานงานและเจรจาต่อรองกับแพทย์และทีมสุขภาพ ได้ทำบทบาท Nursing มากขึ้น ทำให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยทุกๆ ด้าน
 - 2.3 เสียงสะท้อนกลับจากผู้ป่วยดีมาก ประทับใจ ทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดความภาคภูมิใจ
 - 2.4 มีการใช้ Clinical pathway อย่างมีประสิทธิภาพ มีการระดมสมองเป็นทีมงานทำให้เกิดการวางแผนการรักษาอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น
 - 2.5 หอผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้ทำการทดลอง พยาบาลบางคนสนใจอยากใช้โปรแกรมนี้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยตนบ้าง
3. ถ้าท่านเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ท่านจะมีแผนงานอย่างไรบ้างเกี่ยวเนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้
 - 3.1 กำหนดเป็นนโยบายของกองการพยาบาลในการปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) แต่ละโรค โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.2 จัดประชุมอบรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้แก่พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและทีมสุขภาพอื่นให้ทราบถึงบทบาท หน้าที่ในการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.3 ให้ดำเนินโครงการต่อไป มีการใช้ Clinical pathway ต่อไป และทำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และให้บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้อย่างต่อเนื่อง ให้ทำทุกหอผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก

ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามความคิดเห็นจากคณาจารย์ที่เป็นเจ้าของไข้เกี่ยวกับความรู้สึกและข้อคิดเห็นในการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า โปรแกรมนี้เป็นระบบที่ดี เห็นด้วยที่จะนำมาใช้ในหอผู้ป่วยทุกหอ เพราะคิดว่ามีประโยชน์และเป็นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วย

ข้อคิดเห็นของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. สิ่งที่ได้รับในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในสถานการณ์จริง

1.1 ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทราบว่ามีเรื่องราวอีกหลายอย่างที่ผู้ป่วยไม่กล้าพูดหรือบอกกับเจ้าหน้าที่ แต่เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดต่อประสานงานให้ทำให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ต้องการ

1.2 ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มองปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ

1.3 ตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านต่างๆ กล้าตัดสินใจและได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนและพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ

1.4 ได้ติดต่อประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพอื่น ๆ ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันทำให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านตามเวลาที่กำหนด เกิดความรู้สึกที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

1.5 ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการทำ Clinical pathway ได้ทักษะในการรวบรวมข้อมูล การให้กระบวนการพยาบาล การบริหารจัดการ และได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ

1.6 ได้พัฒนาตนเองและรู้อย่างมีบทบาทอื่น ๆ ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้นอกจากการดูแลและงาน Routine เมื่อปฏิบัติสำเร็จทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากมาย

1.7 ได้รับการยอมรับจากแพทย์ในทีม เพราะผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ตามวันที่กำหนดใน Clinical pathway และมีการแปรปรวนน้อยมาก และแพทย์ในบางหอผู้ป่วยวางแผนจะนำแนวคิดเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.8 ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจมาก ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจมากขึ้น ประทับใจผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้เวลาในการสร้างความรู้ ความเข้าใจและให้รอการซักถาม เกิดความรู้สึกอบอุ่นที่มีบริการนี้และอยากจะทำรับบริการที่โรงพยาบาลนี้อีก

1.9 เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ดีใจที่สามารถปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยและญาติได้สำเร็จ และเป็นที่ยังพอใจที่ได้รับบริการที่ใกล้ชิดของระบบนี้

1.10 องค์กรได้พัฒนาวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

2. สิ่งที่ได้รับจากการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1 ได้ความรู้มากมาย ได้ทักษะในการทำงานมากขึ้น โดยไม่เคยทำบทบาทอื่นอย่างชัดเจนมาก่อน ทำให้รู้ว่าความรู้อย่างไม่จบสิ้นเมื่อทำงาน

2.2 การดูแลผู้ป่วยมีแนวทางชัดเจน สามารถตอบคำถามของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ

2.3 ความรู้ ความสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.4 ตื่นตัวในบทบาททางการพยาบาลมากขึ้น ทราบแนวทางการรักษาของผู้ป่วย และข้อมูลจากแพทย์มากขึ้น

2.5 เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ เกิดการประสานงานที่ดี เกิดแนวคิดในการทำงานเป็นทีม

2.6 ได้ประสบการณ์จริงในการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สามารถนำมาพัฒนาหอผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลคุณภาพได้อย่างดี

2.7 ได้รู้จักความหมายของ Clinical pathway และวิธีการทำ ได้รู้จักความหมายของคำว่า Case manager

2.8 เมื่อจบการอบรมและเก็บ case แล้ว สามารถนำไปใช้ได้กับหอผู้ป่วย โดยไม่เกิดผลเสียและผู้ป่วยได้รับประโยชน์

2.9 ได้หลักการทำงาน กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ คำนี้ถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้รัฐบาลและผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็นได้

2.10 มองเห็นประโยชน์และคุณค่าในการตอบสนองด้านจิตใจและสังคมมากขึ้น

2.11 เกิดความภาคภูมิใจเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือและการยอมรับ

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

- 3.1 เวลาในการเก็บ case ผู้ป่วยน้อย
- 3.2 แพทย์บางท่านยังไม่เข้าใจ และไม่ให้ความสำคัญ แต่เมื่ออธิบายให้ทราบก็ได้รับความร่วมมือ
- 3.3 บุคลากรพยาบาลบางส่วนยังไม่เข้าใจระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 3.4 ในหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยมักไม่กลับตามเวลาที่กำหนด ทำให้ไม่เป็นไปตาม Clinical pathway
- 3.5 บางวันอยู่เวรบ่อย ดึก ทำให้ไม่ได้พบผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ และถ้าเวรหยุดทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง แต่ก็ได้มอบหมายให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลในเวรต่อไปดูแลแทน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในลักษณะการศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองทันทีและวัดในระยะเวลาติดตามผล (One group, Pretest – Posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจและด้านการปฏิบัติบทบาท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์ จะสูงกว่าหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มเดียว คือ พยาบาลวิชาชีพ 19 คน มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวน 9 หอ ดังนี้คือ สูติรีเวชกรรมชั้น 2, อายุรกรรมชายชั้น 2, ศัลยกรรมหญิงชั้น 3, อายุรกรรมชายชั้น 3, ศัลยกรรมชายชั้น 4, อายุรกรรมหญิงชั้น 4, กุมารเวชกรรมชั้น 5, พิเศษชั้น 5 และห้องบริหารการทากรกแรกเกิด

สรุปลักษณะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 56.63 วุฒิกการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.73 ประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.84

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดของ Cohen & Cesta (1993) และ Zschokke D. (1994) (อ้างถึงใน Cohen, 1996) และสร้างจากตัวอย่างอุบัติการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริหารการพยาบาลและด้านการศึกษา และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และนำเครื่องมือไปศึกษาความเป็นไปได้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรมและระยะเวลาการฝึกอบรม

1.2 คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (เอ็ม ซี คิว) ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึงบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน โดยใช้กระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหา การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ และการตัดสินใจ ปฏิบัติและประเมินผล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ที่โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาหาความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.75

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามโครงสร้างของ Roberta, (1993) ได้ข้อรายการ 44 ข้อ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ความตรงของเนื้อหา 7 ท่าน จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีคูเคอร์ ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ 0.95

วิธีดำเนินการวิจัย

การใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้เวลาดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 6 กันยายน 2545 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 18 สัปดาห์

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง เตรียมผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและพยาบาลที่จะปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จัดอบรมเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1 โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามที่ผู้วิจัยเตรียมการไว้ ระหว่างวันที่ 24 กรกฎาคม 2545 ถึง 25 กรกฎาคม 2545 และวันที่ 1 มีนาคม 2545 รวมระยะเวลาอบรม 3 วัน

1.2 เสร็จสิ้นการอบรมเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1 ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทบทวนการทำ Clinical pathway และวางแผนเตรียมไว้เพื่อใช้ในการทดลองจริง โดยมีผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา

2. ขั้นตอนดำเนินงานทดลอง

2.1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง Pre – test ในกลุ่มผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 19 คน ให้ใช้แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ ในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในวันที่ 16 กรกฎาคม 2545 เวลา 14.30 – 16.30 น.

2.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการระยะที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม 2545 - 19 กรกฎาคม 2545 เวลา 13.00 – 16.00 น. และวันที่ 20 กรกฎาคม 2545 เวลา 09.00 – 16.00 น.

2.3 เริ่มให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของตน หรือหอผู้ป่วยอื่น ในกรณีที่เกิดขึ้น case ไม่ครบ ให้รับผิดชอบผู้ป่วยคนละ 4 ราย หรืออย่างน้อย 3 ราย ในห้วงเวลา 22 กรกฎาคม 2545 - 19 สิงหาคม 2545 รวมเวลา 4 สัปดาห์

2.4 เมื่อครบกำหนดเวลาทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทันที (Posttest) คือ วันที่ 19 สิงหาคม 2545 โดยใช้แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจ (เอ็ม อี คิว)

ชุดเดิม หลังจากนั้นให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อไปเหมือนเดิม จนถึงระยะติดตามประเมินผลการทดลอง

2.5 ขั้นประเมินผลการฝึกอบรม เป็นการสอบถามทบทวนความเข้าใจแผนการปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และกิจกรรมในการให้การพยาบาล

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

การรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการทดลองแล้ว 1 สัปดาห์ (ครั้งที่ 1) และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2) โดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีตามการรายงานตนเองของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเหมือนกันทั้ง 2 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับ

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล นำมาแจกจ่ายความถี่และแสดงจำนวนร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และคะแนนจากพฤติกรรมการปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจ หลังการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านความสามารถในการปฏิบัติ บทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 1 สัปดาห์ และหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีด้านความสามารถในการปฏิบัติบทบาท หลังการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 3 สัปดาห์ สูงกว่าหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 1 สัปดาห์

ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีมีผลทำให้ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจ เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีด้านความสามารถในการปฏิบัติ บทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี หลังการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 1 สัปดาห์ และหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าความสามารถดังกล่าวซึ่งเป็นผลมาจากการใช้โปรแกรมนี้จะคงอยู่แม้ว่าเวลาผ่านไป 3 สัปดาห์ แล้วก็ตาม

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ต่อการแสดง บทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยอภิปรายผลการทดลองตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจ หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีมีผลทำให้ผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีสามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี ในการตัดสินใจสูงขึ้น สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

การใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี พยาบาลวิชาชีพต้องแสดง บทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีโดยเฉพาะในการตัดสินใจ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่แสดงบทบาทการเป็นผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

มีความเป็นอิสระและความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นหรือต่อรองกับบุคคลอื่นในหน่วยงาน ซึ่งน่าจะเป็นผลสืบเนื่องจากการอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีการเปิดอภิปราย วิเคราะห์ปัญหาพร้อมกัน เกิดความคิดใหม่ ๆ เป็นลักษณะงานใหม่ งานที่ทำทลายความสามารถ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, (2540) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบพื้นฐานที่อาจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานมีหลายประการ อาทิ งานที่ทำทลายความสามารถ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การให้การยกย่องและสถานภาพที่เหมาะสม การให้ความรับผิดชอบมากขึ้น การเป็นอิสระในงาน ทักษะความสามารถด้านวิชาชีพและประสบการณ์การแข่งขันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความทะเยอทะยานให้ตนเองเป็นเลิศในแนวหน้า ทำให้เกิดความสามารถที่แสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นได้ เกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การตัดสินใจ โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาลการตัดสินใจ มักเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง ถ้ามีการตัดสินใจผิดไปอาจหมายถึงชีวิตที่ต้อง สูญเสียไป ดังนั้นโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จัดขึ้นจึงสามารถทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spooner & Yockey (1997) พบว่า โปรแกรมช่วยในการพัฒนาคุณภาพและประสานการดูแล ผู้ป่วยลดจำนวนการกลับมาอยู่ในโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายลดลงและมีการพัฒนาทางด้านความชำนาญของพยาบาล

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cohen and Cesta (1993) Zschokke D. (1994) (อ้างถึงใน Cohen, 1996) ร่วมกับแนวทางการเรียนรู้และประสบการณ์ สามารถพัฒนาความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ ซึ่งสามารถอธิบายการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจได้ดังนี้

1.1 โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำปฏิบัติการที่เป็นปัญหาสอดคล้องมาทำกลุ่มอภิปราย ซึ่งช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นที่นำไปแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จริงได้ การจัดการอบรมเป็นลักษณะการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Knowles, cited in Tobin et.al, 1974 : 22-23) คือให้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน ให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นและพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ และให้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดทักษะและประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันและนักวิชาการด้านการพัฒนาคน (दनัย เทียนพุดม, 2541) พบว่า การเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของแต่ละคนจะดีที่สุดเมื่อเรียนรู้ด้วยตนเองในสภาวะแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับงานโดยตรง และสถานที่ที่สื่อความเข้าใจ มีอิสระของการร่วมมือและการแลกเปลี่ยน

ในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง และผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Strzclicki & Brobot (1991) พบว่า โปรแกรมช่วยในการปรับตัวต่อบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยการบรรยาย อภิปรายแก้ปัญหาพร้อมกัน สร้างอุบัติเหตุการณ์ให้ทดลองปฏิบัติ ทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีกระบวนการคิดอย่างไตร่ตรอง รอบคอบมากขึ้น ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายนำ Clinical pathway มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา ในกรณีพบความแปรปรวน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถแก้ปัญหาได้เอง กล่าวพูด กล่าวแสดงออกกับผู้ร่วมทีมสุขภาพ กล่าวต่อรอง และเป็นตัวแทนผู้ป่วยกับทีมสุขภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลชัดเจน จำนวนวันนอนลดลง ควบคุมค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น อาทิ จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี พบว่า สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น รู้สึกสนุกและเป็นสิ่งท้าทายกับบทบาทใหม่ เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งตัวบุคคล ทีมงานและระบบบริการการพยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spooner & Yockey, (1997) ที่พบว่า โปรแกรมช่วยในการพัฒนาคุณภาพและประสานการดูแลผู้ป่วย ลดจำนวนการกลับมาอยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายลดลง และมีการพัฒนาทางด้านความชำนาญของพยาบาล ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Goode (1993) สนับสนุนว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า การมอบหมายงานแบบปกติ ซึ่งบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นบทบาทอิสระทำให้มีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติงาน ได้แสดงบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในทีมสุขภาพ ทำให้เป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพจึงเกิดความภาคภูมิใจในผลงาน และเห็นผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน

1.3 ขั้นตอนการวางแผนดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยแบ่งกลุ่มหอผู้ป่วย และโรค ทำ Clinical pathway ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดการทำงานเป็นทีม ระบบบริการการพยาบาลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในการบริการในรูปแบบผู้จัดการประจำตัว ผู้ป่วยบางคนถามผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า ถ้ามีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเสียเงินเพิ่มหรือไม่ เมื่อทราบว่าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม ผู้ป่วยยกมือไหว้ และขอบคุณ บอกว่า

ถ้าเจ็บป่วยจะมาโรงพยาบาลนี้อีก ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ บราวน์ (Brown. 1982. p.5) ได้กล่าวถึง บทบาทอิสระของพยาบาลในการตัดสินใจใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ทำให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยการมีบทบาทในการสอน ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และยังประสานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สติล เวกอน (Stillwagon. 1989. p.21-24) อีเดนสแตน และเดสต้า (Edelstein & Cesta 1993. p.517-521) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการดีขึ้นกว่าเดิม

1.4 ขั้นทดลองปฏิบัติจริง จากเนื้อหาของโปรแกรมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ โดยมีคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ Clinical Pathway ที่ทีมร่วมกันกำหนดและยอมรับร่วมกันเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ผู้วิจัยมอบหมายให้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วย คนละ 4 ราย หรืออย่างน้อย 3 ราย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกคนปฏิบัติบทบาทด้วยความตั้งใจมาก มีความกระตือรือร้นในการทำการทดลองนี้ ส่วนใหญ่บอกว่าบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นบทบาทที่น่าสนใจ สนุก และท้าทายความสามารถ ได้ทำหน้าที่ที่ไม่เคยคิดว่าจะมีความสนใจและไม่ได้ให้ความสนใจมากนัก เช่น บทบาท ผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และ เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการเจรจาต่อรอง เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดีที่สุดที่พึงได้รับ นอกจากนั้นยังช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดังตัวอย่างที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไตข้างซ้าย วันที่ 2 เริ่มมีไข้สูง 38°C แพทย์สั่งให้รับประทานยา Antibiotic วันละ 2 เวลาหลังอาหาร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และทราบว่ายาที่แพทย์สั่งราคาสูงแต่ไม่ทราบราคาแน่นอน จึงติดต่อสอบถามราคาจากเภสัชกร พบว่า ยาราคาเม็ดละ 44 บาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนำเรื่องราคาไปปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวถึงเรื่องค่าใช้จ่าย เพื่อประเมินความพร้อมว่ารับได้หรือไม่ ผู้ป่วยและญาติยินยอมหากให้ยา 1 – 2 วัน ต่อมาอีก 2 วัน แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยเตรียมส่งยาตัวเดิมให้ไปรับประทานต่อที่บ้าน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงแจ้งราคาให้แพทย์ทราบและต่อรองให้พิจารณา ยาตัวอื่นที่มีคุณภาพใกล้เคียงกันแต่ราคาถูกกว่า แพทย์ยินยอมเปลี่ยนยาตัวอื่นให้เป็นราคาเม็ดละ 20 บาท ทำให้ผู้ป่วยเสียค่าน้อยลง ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจมาก ในกรณีดังกล่าว ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ยังไม่เคยแสดงบทบาทนี้ เพราะไม่ได้ให้ความสำคัญมากเท่าที่ควร แต่เมื่อได้รับการอบรมเนื้อหาจากโปรแกรมแล้ว ทำให้สำนึกในความรับผิดชอบ และอยากทดลองปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น เกิด

ความภูมิใจที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ทำให้อยากปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อไป ผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทดังกล่าว คือความพึงพอใจ ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจ พบว่าความสามารถในกระบวนการตัดสินใจของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการทดลองใช้ โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพิ่มสูงขึ้นทุกขั้นตอน ยกเว้นขั้นตอนการวินิจฉัย ปัญหา จึงสามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถรวบรวมข้อมูล และประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมากขึ้น ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีบอกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะคำนึงถึง ด้านจิตใจผู้ป่วยน้อย มุ่งทำงานด้านเดียว ให้งาน เสร็จทันเวลาเท่านั้น ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการ บำบัดรักษาช้ากว่าที่ควร ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนาน จึงสอดคล้องกับการวิจัยของ สมจิตร หนูเจริญกุล และคณะ (2528) พบว่า ในส่วนการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อແจกแงปัญหาด้าน ร่างกาย พยาบาลวิชาชีพอ่าทำได้ค่อนข้างสมบูรณ์ แต่ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ยังมีข้อบกพร่อง อยู่เมื่อได้รับการอบรมจากการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้รู้จักให้ ความสำคัญกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัว กำหนดกิจกรรมพยาบาลให้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาล และวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง สอดคล้องกับ กรองแก้ว อยู่สุข (2537) กล่าวว่า การอบรมเป็น เครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และผลของ การอบรมทำให้ทุกคนเกิดทักษะในการวิเคราะห์ปัญหา มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติงาน ส่วนด้านความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี และก่อนการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน สามารถ อธิบายได้ว่า ในสถานการณ์ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี พบนั้น อาจขาดข้อมูลที่นำมาประกอบการ พิจารณา ว่าเกณฑ์ที่จะตัดสินใจได้ หรือมีข้อมูลแต่ไม่แน่ใจว่าข้อมูลเหล่านั้น มีความน่าเชื่อถือ ได้หรือไม่ บางกรณีอาจมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ การตัดสินใจโดยทันที จึงไม่มี เวลาเพียงพอที่จะมาวิเคราะห์ข้อเท็จจริง และมูลเหตุแวดล้อมได้ นอกจากนั้นการขาดความรู้และ ประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ ก็อาจทำให้เกิดการตัดสินใจที่ขาดเหตุผล หรือนำเอาประสบการณ์มา ประกอบการตัดสินใจ เป็นผลทำให้การตัดสินใจไม่ถูกต้องแม่นยำได้

3. ความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการปฏิบัติ บทบาท หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบาย ดังนี้

การที่ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์สูงกว่า หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ด้วยเหตุผลว่า การปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ได้ลงมือทำ เมื่อได้ทำมากขึ้น เป็นเรื่องบทบาทที่ต้องพบ และเป็นสิ่งใหม่ที่น่าท้าทาย จึงตั้งใจปฏิบัติมากขึ้น ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีภายหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์น่าจะสูงกว่าการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 1 สัปดาห์ และจากผลการทดลองพบว่า การปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 3 สัปดาห์ และ 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน สาเหตุเนื่องจาก ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมาแล้ว 5 สัปดาห์ทำให้สามารถปรับตัวและปฏิบัติตามบทบาทที่วางไว้ในคู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วนมากขึ้น ยกเว้นในบทบาทที่ไม่พบสถานการณ์ในผู้ป่วยห้วงเวลานั้นเท่านั้น จึงพบว่าคะแนนในสัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} 36.94 = 83.95 \%$)

นอกจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้ปฏิบัติตามการพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติมาเป็นประจำจนกลายเป็นงาน Routine เมื่อได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลตาม Clinical pathway ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้รับความรู้ และเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จากโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่กำลังเป็นที่น่าสนใจ และกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง จึงเป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถ เป็นแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้ปฏิบัติตาม และไม่ได้เป็นบทบาทแตกต่างไปจากบทบาทเดิม ดังนั้นเมื่อปฏิบัติจริงจึงได้มีความตั้งใจปฏิบัติกันอย่างเต็มความสามารถ และปฏิบัติตามบทบาทในคู่มือทุกหัวข้อ เท่าที่จะพบสถานการณ์ ถ้าหัวข้อใดไม่ได้ปฏิบัติก็จะพัฒนา โดยปฏิบัติในผู้ป่วยรายต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ข้อมูลนี้จากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า ในระยะแรก ๆ ที่ปฏิบัติยังไม่กล้าพูดกับผู้ป่วยมากนัก เพราะไม่เคยปฏิบัติ แต่เมื่อทดลองปฏิบัติ และผู้ป่วยพึงพอใจ ได้รับการยอมรับจึงทำให้เกิดความภูมิใจ ดังนั้นในผู้ป่วยรายต่อ ๆ มาจึงไม่ต้องคู่มืออีก สามารถปฏิบัติได้เองจนเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำ จึงอธิบายได้ว่า เมื่อพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามได้รับการพัฒนาจนทำให้เกิดความรู้และความภาคภูมิใจ ทำให้ตนมีคุณค่า เกิดความชำนาญ และปรากฏผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ก็จะทำให้บุคคลนั้น ปฏิบัติสิ่งเดิม ๆ ตลอดไปจนกลายเป็นนิสัย และพฤติกรรมที่พึงปรารถนา เกิดความรับผิดชอบในงาน ไม่ว่าจะให้ปฏิบัติเมื่อใด ก็จะมีประสิทธิภาพเท่ากัน จึงทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ใน

ระยะ 1 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน และพบว่าหลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติ บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มสูงขึ้น (\bar{X} 37.16 = 84.45 %) ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของคนต้องใช้เวลานาน สอดคล้องกับ ดนัย เทียนพุ่ม (2540) กล่าวว่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมต้องใช้เวลานาน ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อมและ ความพร้อมของผู้เข้ารับการอบรม ดังนั้นถ้าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้มีเวลาในการปฏิบัติและ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากขึ้น คาดว่าน่าจะทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความสามารถในการ ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บังคับบัญชาทุกระดับมีอิทธิพล ต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของผู้รับการอบรมเป็นอย่างมาก คือ ระยะเวลาหลังฝึกอบรม จะต้องเปิด โอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือทดลองใช้ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมปรับปรุงงาน โดยอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ตามสมควร และไม่กระทำการใดๆ ให้ผู้เข้ารับการ อบรมเสียขวัญและกำลังใจในการนำความรู้จากการฝึกอบรมมาใช้ ทั้งนี้เนื่องจากช่วงนี้จะเป็น ระยะเวลาที่แสดงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและพัฒนา

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผล ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความสามารถในบทบาท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านการตัดสินใจสูงขึ้น ทั้ง 4 บทบาท คือ บทบาทผู้ดูแล บทบาท ผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน ซึ่งมีผลทำให้ผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี มีความสามารถในการระบวงการตัดสินใจในขั้นตอนรวบรวมข้อมูล พิจารณาการ เลือกลงในการตัดสินใจ และการตัดสินใจปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติสูงขึ้น เกิดการพัฒนาและ เปลี่ยนแปลง ระบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และระบบการ ปฏิรูประบบสุขภาพ ความสำเร็จของการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกี่ยวข้องโดยตรงกับ ความสามารถและทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะเป็นผู้แก้ปัญหา ตัดสินใจ พิศักษ์สิทธิและ ผลประโยชน์ของผู้ป่วย เน้นการดูแลที่มีมาตรฐาน ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดูแล อย่างต่อเนื่อง การที่พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้ความสามารถทางการ พยาบาลที่สูงขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ เป็นบทบาทอิสระที่แสดงถึงเอกลักษณ์ทางวิชาชีพที่ ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ แสดงถึงความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ใน กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้เห็นถึงความสามารถของ พยาบาลและเกิดการยอมรับบทบาทของพยาบาลมากขึ้น จึงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี เกิดความภาคภูมิใจ และมีแนวคิดในการพัฒนาตนเอง และพัฒนาองค์กรต่อไป

ดังนั้น การใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จึงมีผลต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรพยาบาลในการรองรับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหน่วยงานอื่นได้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. โรงพยาบาลที่จะนำโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ต้องพิจารณาถึงความพร้อมในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ต้องมีการวางแผนที่ดีว่าจะทำในเรื่องใดก่อน และในกลุ่มวิชาชีพใดบ้าง กำหนดทีมที่จะรับผิดชอบ กำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่า ประเภทใดบ้างที่จะจัดการทำ หอผู้ป่วยจำนวนกี่หอ และต้องให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวนกี่คน

1.2 ต้องมีการเตรียมบุคลากรทุกระดับ สร้างความเข้าใจ และความตระหนักถึงความจำเป็น ในการจะนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ เพราะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องมีการทำงานเป็นทีม ผู้ที่จะทำหน้าที่ประสานงานในระยะเปลี่ยนแปลง ควรเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทุกระดับ เคยได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาแล้ว มีความเต็มใจ และตั้งใจที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.3 จัดการอบรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความสำคัญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการอบรมในระยะเวลาที่เหมาะสม วันละไม่เกิน 3 ชั่วโมง ช่วงบ่าย เพราะในช่วงเช้าทุกวิชาชีพจะต้องปฏิบัติภารกิจหลักของตนเอง และพยาบาลต้องอยู่เวร บ่าย ดึก ควรให้ได้พักผ่อนก่อน เพื่อให้มีความพร้อมในการฟังบรรยาย ซึ่งผู้วิจัยได้ทดลองปฏิบัติแล้ว พบว่าได้ผลดี และได้รับความร่วมมืออย่างพร้อมเพียง

1.4 หากจะมีการนำไปใช้ในหน่วยงาน ควรมีโครงการนำร่องในหอผู้ป่วย 2-3 แห่ง ก่อนสร้างผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้พร้อม และควรดูแลในผู้ป่วยโรคที่ไม่ซ้ำซ้อน แล้งจึงขยายผลในโรคที่ต้องการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พร้อมทั้งทำการศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.5 ศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่มีการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และมีการสร้างผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้จริง เพื่อเสริมแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดการยอมรับ และให้ความร่วมมือในการปรับระบบการบริการการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับ การใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการเตรียมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในสถานการณ์ การบริการการพยาบาลกลุ่มอื่นต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาถึงผลของการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อผลลัพธ์ ด้านอื่น ๆ ขององค์กร เช่น ระบบบริหารการเงิน ระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยถึงบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในบริการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ มาลีนิติย์. 2542. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิกา เย็นสุข. 2544. ผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกใน
ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจบริการพยาบาลของ
ผู้รับบริการ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรองแก้ว อัญญา. 2537. พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- กฤษณา นรนาพันธ์. 2544. ผลการใช้รูปแบบมอบหมายงานแบบการจัดการผู้ป่วยต่อความเป็น
อิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล และผู้ป่วย วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิตร สิทธิอมร และคณะ. 2543. Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและนำไปใช้. สถาบัน
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทดีไซร์จำกัด,
- จิราพร สิมากร. 2544. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อ
ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา:
กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ สุวดีพานิช. Clinical Pathways: วิธินำสู่คุณภาพบริการ. เอกสารประกอบการสัมมนา
เรื่องวิชาชีพการพยาบาล: ทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการ วันที่ 23-25 กันยายน 2541
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. 2543. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีม
สุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ. 2542. ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบ
ปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์.
รายงานการวิจัย. (เอกสารไม่พิมพ์เผยแพร่)

- ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์. 2541. **การจัดการทรัพยากรบุคคล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์. 2544. **การประเมินผลงานฝึกอบรม.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ซีระป้อมวรรณกรรม.
- दनัย เทียนพุดม. 2541. **การบริหารทรัพยากรบุคคลในทศวรรษหน้า.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2540. **พฤติกรรมองค์กร.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ทองฟู ศิริวงศ์. 2536. **การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นัยนา เตชะฟ้า. 2542. **การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถสุรางค์ ไกรอาบ. 2539. **การรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหออคลอด โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาทรัพยากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเลิศ ไพรินทร์. 2538. **เทคนิคเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทัศนคติ.** กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักงาน ก.พ.
- ประณีต สวัสดิ์รักษา และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2529. **การบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
- ปรางค์ทิพย์ อุจจะรัตน์. 2541. **การบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด,
- พงศ์ หรดาล. 2539. **การวางแผนการฝึกอบรม และการพัฒนาบุคลากร.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพื้นฐานอุตสาหกรรม คณะอุตสาหกรรมศึกษา สถาบันราชภัฏพระนคร.
- พะยอม วงศ์สารศรี. 2542. **การบริหารทรัพยากรมนุษย์.** กรุงเทพมหานคร:.....
- พิชญารณ์ มูลศิลป์. 2540. **การตัดสินใจ. ในเอกสารค่าสอนวิชาการบริหารการพยาบาลศึกษา.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2544. **ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : วังใหญ่บลูพรินต์,

- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538. **50 ปี ชีวิตและงาน**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2542. **สาระการบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สาขาเจริญพาณิชย์.
- ภิญโญ สาธร. 2527. **หลักการบริหารการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช,
- ภัทรภร สีสตลวงค์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กรและค่านิยมวิชาชีพกับการปฏิบัติการพยาบาลในการศึกษาสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณี ดีประสิทธิ์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล จุกเงินของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุดา รักไทย. 2545. **เทคนิคการแก้ปัญหาและตัดสินใจ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. บริษัทเอ็กซ์เปอร์ เน็ท จำกัด.
- เรวดี ศิรินคร, ยุวดี เกตสัมพันธ์, ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยงกูร. **Case Management**. ในหนังสือประกอบการประชุม National Forum on Hospital accreditation ครั้งที่ 2 วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียลควีนสพาร์ค กรุงเทพมหานคร: J.S.การพิมพ์.
- วรรดา ช่ายแก้ว. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงาน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ กับความสามารถในการปฏิบัติแบบทดสอบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อิศดรวิเศษ. 2545. **การจัดการทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิยมวิทยา.
- วิหุร แสงสิงแก้ว. 2538. **นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ: ทิศทางการพัฒนาคุณภาพบริการโดยองค์กรร่วม (TQM) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป**. (ม.ป.ท.) (เอกสารอัดสำเนา).
- วิเชียร ทวีลาภ สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ และวันทร์เพ็ญ การิเวท. 2521. **หลักการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริชัย กาญจนวาศี ทวีวัฒน์ ปิตยานันท์ และดิเรก ศรีสุขโข. 2537. **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับนักวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุรางค์ แสงแก้ว. 2542. **ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลประจำการ พัทธ์สิทธิ์ผู้ป่วยต่อคุณภาพพยาบาลผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุวีศรีชัย งามพิมาย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ส.วาสนา ประวาลพฤกษ์. 2544. **คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เดอะมาสเตอร์กรุ๊ปแมนเนจเม้นท์ จำกัด,
- สมพงษ์ เกษมสิน. 2521. **การบริหารการพยาบาลยุคใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สมยศ นาวิกาน. 2531. **กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์**. กรุงเทพมหานคร : บรรณกิจ.
- สมยศ นาวิกาน. 2536. **การพัฒนาองค์การและแรงจูงใจ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ดวงกมล.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. **ผลการจัดการดูแลของพยาบาลเจ้าของคนไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำราญ มีแจ้ง. 2544. **การประเมินโครงการทางการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิชิตินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2533. **การตัดสินใจทางการพยาบาล. ในเอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาพยาบาล หน่วยที่ 6**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุชาติ ศิริสุขไพบูลย์. **ทฤษฎีการเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาครุศาสตร์เครื่องกล คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและวิทยาศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- สุมาลี จักร์ไพศาล. 2541. **การพัฒนาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพบริการ.วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. 2539. **การบริหารงานบุคลากรทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร:ศุภวณิชการพิมพ์.

- สุวรรณ นาควิฑูรย์ และนิภา แคววิจิต. 2542. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี**. เอกสารประกอบการสัมมนา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ไตสิงห์. **Case Management: รูปแบบการพยาบาลแห่งยุคปฏิรูประบบสุขภาพ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 ณ โรงแรม เอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.
- อาภรณ์ ชูดวง. 2535. **การสร้างแบบ เอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และนฤมล ศิลารักษ์. 2543. **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในทศวรรษหน้า**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2534. **กระบวนการบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:ภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทัย หิรัญโต. 2531. **การบริหารศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : สไมสรวิฑฒาลัยการปกครอง.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2536. **ความรู้เบื้องต้นเรื่องการบริหารคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(เอกสารอัดสำเนา).
- อลงกรณ์ มีสุทธา. 2539. **การประเมินผลการปฏิบัติงาน : แนวคิด หลักการ วิธีการ และกระบวนการ**. บริษัท ส. เอเชียเพลส (1989) จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- American Nurse's Association. 1988. **Nurse case management**. Missouri: American Nurses' Association.
- Anderson Loftin W. 1999. Nurse case managers in rural hospitals. **Journal of Nursing Administration**. 29(2): 42 – 49.
- Bernadine, H.J. and Russell, J.E.. 1998. **Human resource management**. 2nd edition. Boston: McGraw-Hill,
- Bloom.B.S. 1956.**Taxonomy of education objects handbook 1**. New York: David Makay,
- Bower,K.A. 1992.**Case Management by Nurses**. Washington: American Nurses Publishing,
- Brown, J.B. 1982. **Perspective in primary nursing**. London: An Aopen,
- Clark, A.L. and et. Al. 1979. **Childbearing : A Nursing Perspective**. Philadephia : A Davis Co.
- Cohen, E.L. 1996. **Nurse Case Management in the 21st Century**. St.Louis: Mosby,
- Cohen, E.L. and Cesta,T.G. 1993 **Nursing Case Management: Forum Concept to Evaluation**. Missouri-Year Book,
- Cohen, E.L. and Cesta, T.G. 2001. Measuring cost effectiveness. **Nursing case management: from essentials to advanced practice applications**. St.Louis: Mosby,
- Cohen and Cesta. 2001. **Nursing Case Management**. U.S.A.: Mosby,
- Davidson, J.U.1994. Blending case management and quality outcomes management into the family nurse practioner role. **Nursing Administration Quatery**..... : 66-73.
- Dechairo, A.E. 2000.Quality patient outcomes through nursing case management in acute case hospitals. Dotoral Dissertation University of California, Los Angeles,
- Dunn, R.T. 1998.Decision Making. **Human's Supervisory Management for Health Care Organization**. Boston: McGraw – Hill.
- Edelstein.L. & Cesta, T.G. 1993. Nursing Case Management: An innovate model of case for hospitalized patients with diabetes. **The Diabetes Educator**. 19(6): 517-521.
- Frick, D.M. Clark,W.F.Riley,P. Cunningham,B., & Malakoff,F. 2000. Advanced practice nursing case management model for elders in a managed care environment. **Journal of Case Management**. 6, 28-30, 33-37, 49,
- Gillies, D.A. 1994. **Nursing Management A System Approach**. 3rd edition. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Girard, N. 1994. The Case management model of patient care delivery. **AORN JOURNAL** 60(3): 403-412.
- Goode, C.I. 1993. Evaluation of patient and staff outcomes with hospital-base manage care [CD-ROM] Abstract from: Pro Duest File : Dissertation Abstracts Item : AAC 9421131.
- Hardy, P. and Conway, M. 1987. **Behavior in Organization** : A System Approach to Managing. 2nd ed. Sydney : Addison Wesley,
- Jacobson Jodi,Tips, 2000.Tools and Techniques. **Nursing case management. A vailable form:** [http://WWW. Nursing Center](http://WWW.Nursing Center) (January-February)
- Jone, R.A. and Beck, S.E. 1996. **Decision Making in Nursing**. Albang : An International Thomson Publishing.
- Kelly-Thomas, K.J., 1998. **Clinical and nursing staff development current competence future focus**. 2nd edition. Lippincolt,
- Kersbergan, A.L. 1996. Case management: A rich history of coordinating case to control cost. **Nursing Outlook**. 44(4): 169-172.
- Knowles, S.M. 1984. **The adult learner: A neglected species**. 3rd edition. Houston: Gulf.
- Koeing, E. 2001. Collaborative model of case management. In Cohen, EL. And Cesta, T.G. **Nursing Case Management : From Essentials to Advanced Practice Application**. St.Louis: Mosby.
- Le Fervre, R.A. 1995. **Critical thinking in Nursing : A Practical Approach**, Philadelphia : W.B. Saunders,
- More, P.K. and Mandell, S. 1997.**Nursing case management: an evolving practice**. New York : McGraw-Hill.
- Omachonu, V.K. 1990. duality of case and the patient : New Criteria For Evaluation. **Health Case Management Peview**,
- Perrier, Gail P. 1999. **Clinical pathways in nursing**. U.S.A.
- Pinder, G.C. 1984. **Work Motivation : Summay and Issues of Application**. Illinois : Scott, Fareman.
- Posenta, R.M. 1993. **Role behaviors of nurse case managers**. Michigan: Bell & Howell,
- Powell, S.K. 2000. **Case management: A practice guide to success in managed care**. 2nd ed. Maryland: J.B.Lippincott,

- Powell, S.K. 1996. **Nursing case management: A practical guide to success in managed care.** Philadelphia: Lippincott.
- Roluretes, R.M. 1996. **Role behavior of nurse case management.** U.S.A. A Bell & Howell, Company.
- Roechiecioli, J.T. 1998. Managed care and nursing case management. In Roechiecioli, J.T. and Tibury, M.S. **Clinical Leadership in Nursing.** Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rossi, P. 1999. **Case management in health care: A practical guide.** Philadelphia: W.B. Saunders.
- Silverstein, W. 1998. Case Management: The right balance of case management. **Nursing Administration Quarterly.**
- Smith D.S. 1995. Standard of practice for case management. **CMSA's standard of practice** : 7-20
- Steven, W.P. 1978. **Management and leadership in nursing.** New York: McGraw-Hill.
- Stillwagon, C.A. 1989. The impact of nurse managed care on the cost of nurse practice and satisfaction. **Journal of Nursing Administration.** 19(11): 21-27.
- Strzelecki, S., & Brobst, R. 1997. The Development of an acute case manager orientation. **Journal of Nursing Staff Development.** 13,266-17.
- Spooner, S.H, & Yockey, P.S. 1997. **Complementary nursing – an acute care case management model: part 11 – evaluation Nursing Case Management.** 2,257-266,
- Swansburg, R.C. and Swanburg, L.C. 1995. **Nursing staff development: A compliment of human resource development.** Boston: Jones and Bartlett.
- Tahan, H.A. 2001. The sole of the nurse case manager. In Cohen & Cesta, T.G. **Nursing Case management: from essentials to advanced practice application.** St. Louis: Mosby.
- Tobin. H.M. Yoder, P.S. Hill, P.K. and Scott, B.K. 1974. **The process of staff development.** St. Louis: Mosby.
- Tonges. M.C. 2001. Nurse case manager job characteristics and effects on well-being. In Cohen, E.L. and Cesta, T.G. **Nursing case management: from essentials to Advanced Practice Applications.** St. Louis: Mosby,
- Topp R. Tucker D. and Weber C. 1998. Effect of a clinical case manager/clinical nurse specialist on patients hospitalized with congestive heart failure. **LippincoH's Case Management** 3(4): 140-147.

- Wayman, E. 1999. Hospital-based nursing case management, Role clarification. **Nursing Case management: managing the process of patient care.** 4(5): 236-241.
- Wolk, James L and Sullivan, Willam P. 1994. The managerial nature of case management: **Social Work** 39(3): 152-160.
- Zander, K. 1988. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. **Journal of Nursing Administration.**18 (5):22-30.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

- | | |
|---|--|
| 1. ดร.ศิริพร ตันติพูลวินัย | อธิการวิทยาลัยมิชชั่น |
| 2. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ | ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นาวาโทหญิง พรทิพย์ ไตรภักท | ฝ่ายวิชาการกองการพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 5. นาวาอากาศตรีหญิง สุวัชรีย์ ฐพิมาย | นักวิชาการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช |
| 6. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานพยาบาล
โรงพยาบาลสงฆ์ |

รายนามผู้ช่วยวิจัย

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. พันโทหญิง เบญญาพร ศรีหิรัญ | หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 5
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |
| 2. พันโทหญิง ศิวีไล บุษราคัม | หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยูศัลยกรรม
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |
| 3. พันโทหญิง สิริกุล ธรรมสุนทร | หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 3
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |
| 4. พันตรีหญิง อุษษา ฤทธิ์ประเสริฐ | หัวหน้าหอผู้ป่วยสูตินารีเวชกรรม ชั้น 2
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |

2. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คู่มือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ปรางค์ทิพย์ อุจจระรัตน | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. อาจารย์เรวดี ศิรินคร | ที่ปรึกษา และผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล |
| 3. อาจารย์สุวิภา นิตยางกูร | นักวิชาการกองการพยาบาล กระทรวง
สาธารณสุข |
| 4. อาจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. อาจารย์กฤษณา นรนาพันธ์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 5
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. พันโทหญิง สิริกุล ธรรมสุนทร | หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 3
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |
| 7. พันตรีหญิง อุษา ฤทธิประเสริฐ | หัวหน้าหอผู้ป่วยสูตินารีเวชกรรม ชั้น 2
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (เอ็ม อี คิว)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาษา | รองฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 2. นาวาเอกหญิง อภรณ์ ชูดวง | รองผู้อำนวยการกองการศึกษา
กรมแพทย์ทหารเรือ |
| 3. อาจารย์ภิญญา หนูภักดี | อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพฯ |
| 4. พันเอกหญิง ประณมพร สุจริต | รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จ. อุดรธานี |
| 5. พันโทหญิง สุรางค์ เข็นภักดี | หัวหน้าแผนกพยาบาลกองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 6. พันโทหญิง สมปอง ปานวงษ์ | ผู้บริหารการพยาบาล
โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จ. อุดรธานี |
| 7. พันโทหญิง ศิริพร พูนชัย | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชกรรม
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 8. พันโทหญิง ศิวิไล บุษราคัม | หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรม
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ. ลพบุรี |
| 9. พันโทหญิง รัชนีชนก วิไลเนตร | หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ชั้น 4
โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ. ลพบุรี |
| 10. พันตรีหญิง จารุวรรณ ปีทอง | รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง ชั้น 5
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |

4. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตอบแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วย-
รายกรณี (เอ็ม อี คิว)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. พันพันโทหญิง เบญญาพร ศรีหิรัญ | หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 5
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 2. พันโทหญิง ปนัดดา วรปัญญา | หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 3. พันโทหญิง อัญชลี เมฆทรัพย์ | ฝ่ายวิชาการกองการพยาบาล
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 4. นาวาโทหญิง พรทิพย์ ไตรภักทร | ฝ่ายวิชาการกองการพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 5. นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐิพินาย | นักวิชาการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช |
| 6. พันตำรวจตรีหญิง มุกิตา รัตนภาค | พยาบาลประจำห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลตำรวจ |
| 7. พันตรีหญิง นุจรี บุญรับพ่ายัพ | หัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ์ 4
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 8. พันตรีหญิง จารุวรรณ ปัทอง | รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงชั้น 5
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 9. พันตรีหญิง รุ่งนภา กุลภักดี | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์
ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 10. พันตรีหญิง พัชราภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 11. พันตรีหญิง ศิริรัตน์ คงสุวรรณ | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล
สูตินรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 12. ร้อยเอกหญิง จิราพร สิมากร | เลขานุการหน่วยประกันคุณภาพ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 13. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 14. นางสาววรลักษณ์ มุกต์มณี | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 15. นางศิริพรรณ ภูมิบรรเจิด | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน |

5. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่มาร่วมสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อกำหนดรูปแบบคำตอบ กำหนด
น้ำหนักคะแนนของแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
(เอ็ม อี คิว)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. นาวาเอกหญิง อภรณ์ ชูดวง | รองผู้อำนวยการกองการศึกษา
กรมแพทย์ทหารเรือ |
| 2. พันโทหญิง ศิริพร พูนชัย | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
กุมารเวชศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 3. พันโทหญิงเบญญาพร ศรีหิรัญ | หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 5
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 4. พันโทหญิงปนัดดา วรปัญญา | หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 5. พันโทหญิง อัญชลี เมฆทรัพย์ | ฝ่ายวิชาการกองการพยาบาล
โรงพยาบาลอานันทมหิดล |
| 6. นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐิพินาย | นักวิชาการกองการตรวจโรคผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช |
| 7. พันตรีหญิง จารุวรรณ ปัทอง | รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง ชั้น 5
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 8. พันตรีหญิง รุ่งนภา กุลภักดี | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 9. พันตรีหญิง ศิริรัตน์ คงสุวรรณ | อาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 10. ร้อยเอกหญิง พัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ | อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 11. พันตำรวจตรีหญิง มุกิตา รัตนภาค | พยาบาลวิชาชีพ 6 ประจำห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลตำรวจ |
| 12. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสงฆ์ |
| 13. นางศิริพรรณ ภูมิบรรเจ็ด | พยาบาลวิชาชีพ 6
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน |

6. รายนามพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลอานันทมหิดล
กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม จังหวัดลพบุรี

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. พันตรีหญิง วิภาวรรณ ศรีรักษา | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษ 5 |
| 2. พันตรีหญิง เอี่ยมพร แตงมีแสง | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษ 5 |
| 3. พันตรีหญิง หฤดี บุรณบัญญัติ | รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น 2 |
| 4. พันตรีหญิง ศิริเพ็ญ ถนอมคุ้ม | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายชั้น 4 |
| 5. พันตรีหญิง พัชรินทร์ กลางมณี | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงชั้น 3 |
| 6. พันตรีหญิง อุบลรัตน์ บัวพรหมมาตร | รองหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น 4 |
| 7. พันตรีหญิง สีนีนากู อาจสามารถศิริ | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมาร ชั้น 5 |
| 8. พันตรีหญิง ชนิตา ม่วงศรีงาม | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมาร ชั้น 5 |
| 9. พันตรีหญิง พัชรินทร์ กลิ่นสุคนธ์ | พยาบาลประจำห้องอภิบาลทารกแรกเกิด |
| 10. ร้อยเอกหญิง สุพรรณิกา โพธิ์จิว | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ชั้น 4 |
| 11. ร้อยเอกหญิง นิศารัตน์ ยิ้มแก้ว | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
ชั้น 3 |
| 12. ร้อยเอกหญิง วรรณุช มาโต | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
ชั้น 4 |
| 13. ร้อยเอกหญิง สิริธร อ่ำพลพิมุข | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
ชั้น 3 |

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 14. ร้อยเอกหญิง จุฑารัตน์ บันดาลสิน | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติรีเวช ชั้น 2 |
| 15. ร้อยเอกหญิง นภารัตน์ น้อยดี | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติรีเวช ชั้น 2 |
| 16. ร้อยโทหญิง จินตนา พุ่มเพชร | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
ชั้น 3 |
| 17. ร้อยโทหญิง ศศิวิภา รอดทองดี | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมาร ชั้น 5 |
| 18. ร้อยโทหญิง อัจจิมา วิเชรรัตน์ | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
ชั้น 3 |
| 19. ร้อยโทหญิง วสุลี พรหมวิชัย | พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
ชั้น 4 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน

โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha or Cronbach's coefficient) (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2540)

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

เมื่อ	α	=	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	=	จำนวนข้อ
	S_i^2	=	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	=	คะแนนความแปรปรวนทั้งหมด

1.2 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง โดยวิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน คือ

$$KR-20 \quad r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ	r_{tt}	=	ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	p	=	สัดส่วนของคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ
	q	=	สัดส่วนของคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
	S_t^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณหาค่าร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} (100)$$

เมื่อ

$$P = \text{ค่าร้อยละ}$$

$$f = \text{ค่าความถี่}$$

$$n = \text{จำนวนรวมทั้งหมด}$$

2.2 คำนวณหาค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร

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

เมื่อ

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของข้อมูล}$$

$$N = \text{จำนวนของข้อมูล}$$

2.3 คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

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

เมื่อ

$$S.D. = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$N = \text{จำนวนข้อมูล}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว}$$

$$\sum X^2 = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง}$$

2.4 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 ค่า ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent Samples)

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

$$df = n - 1$$

$$D = \text{ความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่}$$

$$n = \text{จำนวนคู่}$$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี
2. คู่มือผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี
3. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีฯ
4. แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี
5. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีตามการรายงานตนเองของการพยาบาลวิชาชีพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

โดย

พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบุญย์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สถาบันวิทยบริการ

นิตินิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการรายกรณี เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี” วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาที่บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้นจากการค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา โดยได้รับความร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่งจากพยาบาลทุกระดับและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม

การจัดโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพ ในลักษณะการบรรยาย การนำเสนอปฏิบัติการ การอภิปรายหาประเด็นสำคัญของเหตุการณ์ ฝึกสถานการณ์จำลองจากการทำงานจริง ทดลองฝึกปฏิบัติจริง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สรุปแนวทางในการปฏิบัติ โดยมีกิจกรรมและระยะเวลาในการฝึกอบรม 7 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ในช่วงบ่าย เนื้อหาสาระในการอบรมเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ผู้ป่วยรายกรณี บทบาททั่วไปและทักษะของผู้จัดการผู้ผู้ป่วยรายกรณี ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ผู้ป่วยรายกรณี ด้านบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและ บทบาทตัวแทน การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ การมอบหมายงาน การทำงานเป็นทีม การประสานความร่วมมือ การเจรจาต่อรอง การบริหารระบบการเงิน และการวิเคราะห์แก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยเกิดความมั่นใจและเกิดประสบการณ์ตรงร่วมกับผู้ร่วมงานอื่นภายในทีม มีความสามารถในการตัดสินใจเมื่อต้องปฏิบัติงานจริง และสามารถปฏิบัติบทบาทได้ตามสถานการณ์ที่พบในเหตุการณ์จริงในหอผู้ป่วยได้

อัญชัญ ไพบูลย์

กรกฎาคม 2545

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. หลักการและแนวคิดสำคัญ

โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการเตรียมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยผู้บริหารควรให้การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเห็นประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาตนเอง และรูปแบบต้องเหมาะสมกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายและแผนระยะยาวขององค์กร มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยายสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในขณะปฏิบัติงาน เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุดในสภาวะแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับงานโดยตรง และสถานที่ทำงานจะช่วยสื่อความเข้าใจ มีอิสระของการร่วมมือและการแลกเปลี่ยนในการเรียนรู้ ซึ่งสามารถสร้างความเข้าใจในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง และกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการพัฒนาขึ้นมาใหม่ ได้เน้นถึงบทบาทหน้าที่ความคาดหวังของบทบาท ซึ่งแจ้งถึงความจำเป็นในการเรียนรู้ ความเข้าใจในระบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี และบทบาทแต่ละบทบาทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนขององค์กร มีการสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดทักษะในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการทำงานใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพทั้งหมดที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยในทุกสถานที่ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือบ้าน โดยมีเป้าหมายให้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด โดยปกติมักใช้กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ โดยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานงาน

จากการค้นคว้าผลงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าเริ่มมีผู้ให้ความสนใจและทำการวิจัยเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัยพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้มากระบบหนึ่ง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีการทำงาน

ร่วมกันของทีมสุขภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายและกำหนดวันรักษาพยาบาลได้ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานกับทุกหน่วย ทุกฝ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นที่น่าสังเกตได้ว่า ในการพัฒนาบุคลากรแต่ละครั้งนั้นยังขาดการเตรียมบุคลากรในการทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างเป็นระบบและครบกระบวนการ ดังนั้นผู้บริหารควรมีการวางแผนที่ดี มีการกำหนดทีมที่จะรับผิดชอบในการดำเนินงาน กำหนดผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทสำคัญมากในการเป็นผู้ประสานงาน ตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณียังสับสนในบทบาท เกิดความคับข้องใจเนื่องจากมีภาระงานมากประกอบกับการทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน เมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้นในระหว่างการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้

โดยเฉพาะการเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มักพบปัญหาความไม่กระจ่างชัดในบทบาทของตนเอง เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้ระบุหน้าที่ไว้อย่างชัดเจนหรืออาจพบปัญหาการรับบทบาทที่มากกว่ากำลังตนเอง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้นตามรูปแบบโปรแกรมการพัฒนาของ เพื่อเป็นการเตรียมพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้การจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยาย การจำลองสถานการณ์จากการทำงานจริง มาใช้ในโปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อใช้กับพยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้ ความเข้าใจ โดยประชุมปรึกษา และวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน ทำให้เกิดความมั่นใจ และมีประสบการณ์ตรงร่วมกับผู้ร่วมงานอื่นภายในทีม มีความสามารถในการตัดสินใจเมื่อต้องปฏิบัติจริง และสามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย และบทบาทตัวแทน ตามที่ถูกระบุกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ ตามความคาดหวังของสังคมได้

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถดังต่อไปนี้

- 2.1 อธิบายบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้
- 2.2 อธิบายกิจกรรมในการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี 4 บทบาทได้
- 2.3 แสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้
- 2.4 สามารถปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

3. คุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรม

- 3.1 ผู้บริหารด้านวิชาการร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 5 ปี

3.2 มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้จัดการ

ผู้ป่วยรายกรณี

3.3 มีทักษะในการสอน และมีการเป็นผู้นำในการอภิปราย

4. ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน

5. ระยะเวลาในการฝึกอบรม

ใช้เวลาในการฝึกอบรม โดยใช้เวลาในการฝึกอบรมช่วงบ่าย ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 7 ครั้ง

6. สถานที่ฝึกอบรม

ห้องประชุมพระศัลยเวทย์วิศิษฎ์ และห้องประชุมขุนพิมลนพรัตน์ โรงพยาบาล
อานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี

7. กิจกรรมการพัฒนาและฝึกอบรม แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ครั้งที่	เนื้อหา / กิจกรรม
	ระยะที่ 1
1.	การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การบริหารระบบการเงิน
2.	การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การวางแผนดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical Pathway)
3.	การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การให้ความรู้ผู้รับบริการ และการวางแผนจำหน่าย
	ระยะที่ 2
4.	การสร้างสัมพันธภาพและการทำงานร่วมกัน
5.	การสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่อง ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการตระหนักในบทบาท และทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
6.	การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การทำงานเป็นทีม ความร่วมมือ และ ทักษะเจรจาต่อรอง
7.	การวิเคราะห์ปัญหา จาก กรณีศึกษา และผสมผสาน การแก้ปัญหา และการตัดสินใจ ในการปฏิบัติบทบาท

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม

หลักการและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จากอิทธิพลหลาย ๆ ปัจจัย อาทิ การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการได้รับ ข้อมูลข่าวสารมากขึ้นสามารถที่จะเลือกหน่วยรักษาพยาบาลได้ตามความพอใจ ประกอบกับการ ปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการจัดการด้านการเงิน การคลัง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้จ่าย สุขภาพและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการมากที่สุด จึงได้มีการศึกษาค้นหารูปแบบการบริหารจัดการใน การควบคุมและกำกับดูแลให้การรักษายาบาลมีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายกำหนดเวลาการรักษาใน โรงพยาบาลได้

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management Model) เป็นรูปแบบหนึ่ง ที่กำลังเป็นที่สนใจของผู้บริหารทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการ และกำหนดเป้าหมาย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นกลไกสำคัญในการ ประสานร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการตามระยะเวลาที่ตั้งเป้าหมายไว้ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี เพื่อพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ ความ เข้าใจและสร้างเสริมประสบการณ์ในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ให้มาก ยิ่งขึ้นและเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผน การดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ
 2. สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
- สามารถทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างครอบคลุม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กองการพยาบาลโรงพยาบาลอานันทมหิดล

ผู้รับผิดชอบโครงการ

พ.อ.หญิง อัญชัญ ไพบูลย์ นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

ที่ปรึกษาโครงการ

พ.อ.ชัชวาลิต วรรณจำรัส

หัวหน้างานกลุ่มงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลอานันทมหิดล

พ.อ.หญิง วราภรณ์ ทวีวุฒิทรัพย์

ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอานันทมหิดล

พ.อ.ประธาน ศักดิ์ศรี

ประธานองค์กรแพทย์โรงพยาบาลอานันทมหิดล

พ.อ.หญิง จีรวรรณ พรหมโอบ

ผอ.กองการพยาบาลโรงพยาบาลอานันทมหิดล

ระยะเวลาของโครงการ 7 วัน คือ

ระยะที่ 1

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 0900-1200

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 1300-1615

และวันที่ 1 มีนาคม 2545 เวลา 1300-1615

ระยะที่ 2

วันที่ 16 กรกฎาคม 2545 เวลา 1300-1600

วันที่ 18 กรกฎาคม 2545 เวลา 1300-1600

วันที่ 19 กรกฎาคม 2545 เวลา 1300-1600

วันที่ 20 กรกฎาคม 2545 เวลา 0900-1600

วิทยากร

วิทยากรจาก วิทยาลัยมิชชัน	จำนวน 1 ท่าน
วิทยากรจาก รพ.สงฆ์	จำนวน 1 ท่าน
วิทยากรจาก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	จำนวน 1 ท่าน
วิทยากรจาก รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า	จำนวน 1 ท่าน
วิทยากรจาก รพ.พระมงกุฎเกล้า	จำนวน 1 ท่าน

ผู้เข้ารับการอบรม

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ แผนกสนับสนุนและผู้ที่สนใจในโรงพยาบาลอานันทมหิดล บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจจากโรงพยาบาลในพื้นที่ จังหวัดลพบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง

สถานที่

ห้องประชุมพระศัลยเวทย์ศิษย์และห้องประชุมขุนพิมลนพรัตน์ โรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี

งบประมาณ

ค่ายานพาหนะ รับ – ส่ง วิทยากร	4,000 บาท
ของที่ระลึกสำหรับวิทยากร 4 คน	4,000 บาท
ค่าเอกสารประกอบการบรรยาย	2,000 บาท
ค่าอาหารว่าง	5,000 บาท
อื่นๆ	2,000 บาท
รวม	17,000 บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
2. เกิดการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และการบริการพยาบาลแนวใหม่ที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน
3. เกิดสัมพันธ์ภาพและการประสานงานที่ดีกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

กำหนดการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ระยะที่ 1

วันอาทิตย์ที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 (ครั้งที่ 1)

830-900	ลงทะเบียน
900-1030	บรรยาย เรื่อง “ การบริหารระบบการเงิน ” โดย ดร.ศิริพร ตันติพลวินัย อธิการวิทยาลัยมิชชั่น
1030-1045	อาหารว่าง
1045-1200	บรรยายต่อ ซักถามสร้างความเข้าใจ
1200-1300	อาหารกลางวัน

วันจันทร์ที่ 25 กุมภาพันธ์ 2545 (ครั้งที่ 2)

1230-1300	ลงทะเบียน
1300-1315	แนะนำโครงการอบรมโดย พันเอกหญิงอัญชัญ ไพบูลย์
1315-1445	บรรยายเรื่อง “การทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ” (Clinical Pathway) โดย นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐพิมาย นักวิชาการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช นาวาโทหญิง พรทิพย์ ไตรภักทร ฝ่ายวิชาการกอง การพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์
1445-1600	แบ่งกลุ่มทดลองทำแผนดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical Pathway) เสริ์ฟอาหารว่างระหว่างประชุมกลุ่มย่อย
1600-1615	ซักถามสร้างความเข้าใจ

วันศุกร์ที่ 1 มีนาคม 2545 (ครั้งที่ 3)

- 1230-1300 ลงทะเบียน
- 1300-1430 บรรยายเรื่อง “หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วย
รายกรณีด้านการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ”
โดย นาวาอากาศตรีหญิงศุวัชรีย์ งามิมา และ
นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย
- 1430-1445 อาหารว่าง
- 1445-1600 บรรยายเรื่อง “หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการ
ผู้ป่วยรายกรณีด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย”
โดย นาวาโทหญิงพรทิพย์ ไตรภักทร
- 1600-1615 ชักถามสร้างความเข้าใจ และประเมินผลโดย
แบบสอบถาม

วันที่ 16 กรกฎาคม 2545 (ครั้งที่ 4)

- 1330-1400 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “ผูกไว้ด้วยไมตรี”
กิจกรรมความร่วมมือ “ใครคือคนเก่ง คุณหรือใคร”
โดย พันเอกหญิงอัศพร กวีวัฒนา และ พันตรีหญิงนฤมล
มีสะอาด พยาบาลโรงพยาบาลอานันทมหิดล
- 1400-1415 อธิบายวิธีการทำ Pre-test ด้วยแบบสอบถามต้นนัยประยุกต์
(เอ็ม อี คิว) โดย พันเอกหญิงอัญชัญ ไพบุญย์
- 1415-1430 อาหารว่าง
- 1430-1630 Pre-test ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วยแบบสอบถามต้นนัย
ประยุกต์

วันที่ 18 กรกฎาคม 2545 (ครั้งที่ 5)

- 1315-1330 พิธีเปิดการอบรม โดย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
อานันทมหิดล พันเอกวรเวช ทวีวุฒิทรัพย์
- 1330-1430 บรรยายเรื่อง “ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี”
โดย ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 1430-1445 อาหารว่าง

- 1445-1615 บรรยายต่อเรื่อง “บทบาทและทักษะของผู้จัดการ
ผู้ป่วยรายกรณี”
- 1615-1630 ชักถามสร้างความเข้าใจ

วันที่ 19 กรกฎาคม 2545 (ครั้งที่ 6)

- 1300-1345 บรรยายเรื่อง “การมอบหมายงาน”
โดย นาวาตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐูฬิมาย นักวิชาการกอง
ตรวจโรค ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพล
- 1345-1430 บรรยายเรื่อง “การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ”
นาวาโทหญิง พรทิพย์ ไตรภัทร ฝ่ายวิชาการกองการ
พยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 1430-1445 อาหารว่าง
- 1445-1545 บรรยายเรื่อง “ทักษะการเจรจาต่อรอง”
โดย นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย พยาบาลวิชาชีพ7 กลุ่ม
งานการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์
- 1545-1600.1 ชักถามสร้างความเข้าใจ

วันที่ 20 กรกฎาคม 2545 (ครั้งที่ 7)

- 0900-1000 วิเคราะห์กรณีศึกษาจากอุบัติเหตุรถ 2 สถานการณ์
(แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม) โดย นาวาตรีหญิง พรทิพย์ ไตรภัทร,
นาวาตรีหญิง ศุวัชรีย์ ฐูฬิมาย และ ร้อยเอกหญิง
จิราพร สิมากร เลขานุการหน่วยประกันสุขภาพ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 1000-1030 กลุ่มที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ
- 1030-1045 อาหารว่าง
- 1045-1115 กลุ่มที่ 2 เสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ
- 1115-1145 กลุ่มที่ 3 เสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ
- 1145-1215 กลุ่มที่ 4 เสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ
- 1215-1315 อาหารกลางวัน

- 1315-1445 การผสมผสานการแก้ปัญหาและการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน
- 1445-1500 อาหารว่าง
- 1500-1545 ทบทวนบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี เพื่อเตรียมปฏิบัติจริง โดย พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์
- 1545-1600 ชักถามสร้างความเข้าใจ
- 1600-1615 พิธีปิด โดย รองผู้อำนวยการกองการพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนการดูแลภาวะตัวเหลืองผิดปกติในทารกแรกเกิดครบกำหนด

Clinical Pathways for Term neonatal with Pathologic jaundice

Anandhamahidol Hospital

ชื่อทารกป่วย อายุ วัน เพศ HN.....

แพทย์ที่รักษา

วันที่รับป่วย วันที่จำหน่าย รวม

ค่ารักษาพยาบาล บาท ใช้สิทธิ () บัตร

() ต้นสังกัด

() ประกันสังคม

() ชำระเงินเอง

* ELOS :3.....วัน

* กรณีมี Clinical Sepsis ELOS :5.....วัน

Problem : 1. ตัวเหลืองผิดปกติ อายุ วัน MB. mg%

2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Kernicterus

ผลที่คาดว่าจะได้รับ : 1. MB. ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ไม่เกิดภาวะ Kernicterus และ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆในระหว่างการรักษา

	วันที่ 1 (วันที่)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
Assessment / consult / consent	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ประเมินสภาพทารกป่วยโดยแพทย์ / พยาบาล - ประวัติการคลอด - ตรวจร่างกายพบว่าตัวเหลืองผิดปกติ ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> อายุ < 24 hr. ⇒ MB > 10 mg% <input type="checkbox"/> อายุ 25 – 48 hr ⇒ MB > 12 mg% <input type="checkbox"/> อายุ > 48 hr ⇒ MB > 15 mg% <input type="checkbox"/> มี Sign of Kernicterus <input type="checkbox"/> มีHemolysis จาก Cephal hematoma หรือ Subgaleal Hemorrhage <input type="checkbox"/> Obs.Sign of Sepsis เช่น ซีม, ตัวเย็น อาเจียน, ไม่ดูดนม, ท้องอืด ฯลฯ -Record V/S q 4 hrs. ◦ ตามบิดา มารดา เห็นดีไปยินยอมการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ประเมินสภาพทารกป่วยโดยแพทย์ / พยาบาล - ตรวจร่างกาย - Record V/S q 4 hrs. - BW. OD. - Obs.ภาวะแทรกซ้อนจาการส่องไฟ เช่น ไข้, ถ่ายเหลวDehydrate, Rash Bronze baby -Obs. Sign of Kernicterus -Obs.Sign of Sepsis 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ประเมินสภาพทารกป่วยโดยแพทย์ / พยาบาล MB < 12 mg% ในอายุ 1-5วัน MB < 15 mg% ในอายุ > 6วัน D / C ได้ ◦ กรณีมี Clinical sepsis ให้ Antibiotic ต่อจนครบ 5 วัน - Record V/S q 4 hrs. - Obs.Sign of Sepsis
Investigate	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HCT. / MB..... <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> Bl.gr. แม่ – ลูก <input type="checkbox"/> Reticulocyte Count <input type="checkbox"/> G-6-PD <input type="checkbox"/> Coombs' Test <input type="checkbox"/> H / C if มี Clinical sepsis 	HCT. / MB.....	HCT. / MB.....

	วันที่ 1 (วันที่)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
Treatment	- On Photo Therapy - Blood exchange	- On Photo Therapy	- On Photo Therapy
Health Education	- ให้ความรู้แก่บิดา/มารดาในเรื่องเกี่ยวกับโรค , สาเหตุและแผนการรักษา - ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลเด็กขณะ on Photo therapy - อธิบายภาวะเย็บการเย็บ	- แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แก่ บิดา/มารดา ทราบ - กระตุ้นให้บิดา/มารดา มาเยี่ยมเด็กบ่อยๆ - กระตุ้นมารดาเรื่อง Breast feeding	• if D/C - กรณี G-6-PD def. ให้บัตรประจำตัวเด็กป่วย - ใบนัด FU และการมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์ หลัง D / C - คำแนะนำเรื่องการดูแลทารกทั่วไปและอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว
Discharge Planning	- ทารกมีระดับบิลิรูบินลดลงตามความคาดหวังและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างการรักษา - กำหนดวัน D / C และวางแผนร่วมกันกับบิดา / มารดา	- ให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยแก่บิดา / มารดา เกี่ยวกับโรคและ การดูแลทารก	- ระดับบิลิรูบินลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ - ประเมินความรู้ในเรื่องการดูแลทารก หลัง D / C
Psychosocial	- พูดคุยกับบิดา / มารดาเพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องโรค / แผนการรักษา การดูแลเด็ก / การให้นม	- สอบถามถึง ความพร้อม ปัญหา ในเรื่อง ค่าใช้จ่าย ต่างๆ - การดูแลต่อเนืองที่บ้าน	- บิดา / มารดา สามารถดูแลบุตรได้อย่างดี - ใหนามบัตรแผนกบริบาลทารก กุมาร 5 เพื่อให้บิดา / มารดา สามารถโทรศัพท์กลับมาปรึกษาได้หลังจาก D / C
การประเมิน* ความแปรปรวน	..... NO YES การแก้ไข ผู้ประเมิน	..... NO YES การแก้ไข ผู้ประเมิน	..... NO YES..... การแก้ไข ผู้ประเมิน

*หมายเหตุ : ความแปรปรวน

- ระยะเวลาอน รพ.
- ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม CPG.
- การกลับมาส่องไฟหลังจาก D / C

วิธีแก้ไข.....

วันที่แก้ไขสำเร็จ

แผนการปฏิบัติงานประจำวันของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager)

เวลา	กิจกรรม
07.30-08.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - quick rounds ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนดูแลความสะดวกเรียบร้อยของหอผู้ป่วย - ทบทวนการมอบหมายงานแก่บุคลากรพยาบาล
08.00-08.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> - รับเวร, pre-conference - ดูแลและให้ความช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway) ที่วางไว้ - เยี่ยมตรวจผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ - รับคำสั่งการรักษา - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ clinical pathway ที่วางไว้ - ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย / ผลการรักษาตามแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (clinical pathway) ถ้าพบมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ปรึกษากับทีมการดูแลของทีมสุขภาพ (clinical pathway) ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย
12.00-13.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - พักรับประทานอาหาร
13.00-15.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - rounds ผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ P.M. Care - ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย / ผลการรักษาตามแผนการดูแลของทีมสุขภาพ ถ้าพบมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ปรึกษากับทีมการดูแล ปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย - ทบทวนการมอบหมายงานให้เวรถัดไป - บันทึกสภาวะการณ์ในแต่ละเวร - ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล
15.00-16.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Post conference และ ส่งเวร

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณี

คำชี้แจง

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ปวยรายกรณีนี้ ประกอบด้วย
 ข้อรายการที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการแสดงออกแต่ละข้อรายการ ขอให้ท่าน
 พิจารณา การปฏิบัติงานของท่านและตอบให้ตรง ตามการปฏิบัติที่เป็นจริง ดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านได้กระทำให้กับผู้ปวย

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านไม่ได้กระทำให้กับผู้ปวย

ไม่มีสถานการณ์ หมายถึง ไม่พบสถานการณ์นั้นเลย



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดพฤติกรรมชุดนี้ มี 44 ข้อ

ข้อ	พฤติกรรมกาปฏิบัติบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่มี สถานการณ์
1.	ท่านได้รวบรวมข้อมูล และประเมินสถานผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างครอบคลุมเพื่อวางแผนการ รักษาพยาบาล.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
5.	ท่านได้ทำการวิจัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลจาก ผู้ป่วย	.....	.....	.....
8.	.....	.....	.....	.....
12.	ท่านได้รับความรู้จากการศึกษาค้นคว้าและ/หรือจากการอบรมมา ใช้ในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย	.....	.....	.....
18.	.....	.....	.....	.....
20.	ท่านประสานงานกับหน่วยงาน หรือองค์กรสุขภาพอื่นเพื่อการส่งต่อ	.....	.....	.....
21.	.....	.....	.....	.....
29.	ท่านได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบและสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย	.....	.....	.....
33.	ท่านไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต	.....	.....	.....
40.	.....	.....	.....	.....
44.	ท่านได้อธิบายและทำการตกลงกับผู้ป่วยและญาติ	.....	.....	.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์ เกิดวันที่ 11 พฤษภาคม 2493 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เมื่อปี พ.ศ. 2513 และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อปี พ.ศ. 2531 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการทางการพยาบาล ประจำแผนกการแพทย์และพยาบาล กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบก.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย