ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย

นางพรชนก จารุประกร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2547
ISBN 974-17-6297-6
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN SUBSTANCE DEPENDENT PATIENTS DURING MEDICATION TREATMENT PERIOD ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTION

Mrs.Pornchanok Charuprakorn

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 2004

ISBN 974-17-6297-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย
โดย	นางพรชนก จารุประกร
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรชนก จารุประกร : ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย. (EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN SUBSTANCE DEPENDENT PATIENTS DURING MEDICATION TREATMENT PERIOD ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTION) อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์,150หน้า. ISBN 974-17-6297-6.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม 1)กลุ่มพยาบาล 6 คนที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2)กลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จับคู่ระหว่างกลุ่มด้วย อายุ และระดับการศึกษา เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยแบบวัดความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านและทดสอบความเที่ยงวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่า .93 โดยวัดความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมด 6 คนมีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องของการดูแล และการจัดสรรทรัพยากร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2547 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4477822836 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION PROGRAM

KEY WORD: NURSING CASE MANAGEMENT / NURSES' SATISFACTION / PATIENTS' SATISFACTION / SUBSTANCE DEPENDENCE

PORNCHANOK CHARUPRAKORN: EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN SUBSTANCE DEPENDENT PATIENTS DURING MEDICATION TREATMENT PERIOD ON NURSES' SATISFACTION AND PATIENTS' SATISFACTION. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF.JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., THESIS COADVISOR : ASST.PROF.WARAPORN CHAIYAWAT,D.N.S.150 pp. ISBN 974-17-6297-6.

The purposes of this quasi-experimental research were to study effects of case management in substance dependence patients during medication treatment period on nurses' satisfaction and patients' satisfaction. Samples consisted of 2 groups,1) 6 nurses involving in caring of the patient sample, and 2) 30 substance dependence patients during medical treatment period. Patient subjects were assigned into an experimental group and a control group by sequence of admission and match paired technique. The experimental group received case management program, while the control group received routine nursing care.

Patients' satisfaction data were collected by patients' satisfaction questionnaires developed by the researcher. Its content validity was established by 5 experts, and its cronbach's alpha coefficient was 0.93

Major findings were as follows:

1) The mean score of satisfaction of the patients receiving the case management program was statistically higher than that of the patients receiving of routine nursing care.

2) All nurses were satisfied with the case management program in working cooperation, coordination, communication, continuity of care, and resources allocation dimension.

Field of study Nursing Administration Student's signature.....

Academic year 2004 Advisor's signature.....

Co-advisor's…….

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ซึ่งได้ให้ข้อคิด คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยในโอกาสต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานวิชาการกลุ่มการพยาบาล ผู้ชำนาญการ หัวหน้าตึกมุกที่ได้อนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยนี้จนสิ้นสุดกระบวนการ ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย คุณสุกุมา แสงเดือนฉาย ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ประโยชน์อันบังเกิดกับงานวิจัยครั้งนี้ จะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ ทั้งที่ทำงาน และเพื่อนร่วมรุ่น ที่ได้ให้คำแนะนำเป็นกำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือ ในส่วนต่างๆเป็นอย่างดียิ่ง

ขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้บางส่วน

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาของลูกเสมอมา และรับภาระในการช่วยดูแลลูกของผู้วิจัย และขอขอบคุณ คุณสันติวรรณ เด็กชายสุวพิชย เด็กหญิงภวิชย์พร จารุประกร ผู้เป็นกำลังใจ และให้เวลากับผู้วิจัยในการศึกษาจนประสบความสำเร็จดังความตั้งใจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ

กิตติกรรมประกาศ.....ฉ

สารบัญ.....ช

สารบัญตาราง.....ฌ

สารบัญแผนภูมิ.....ญ

บทที่

1 **บทนำ**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....8

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....8

ขอบเขตการวิจัย.....9

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....13

2 **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....15

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดให้โทษ.....34

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา.....47

ความพึงพอใจของพยาบาล.....53

ความพึงพอใจของผู้ป่วย.....57

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....62

3 **วิธีดำเนินการวิจัย**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....68

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....72

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....72

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....77

การเก็บรวมรวมข้อมูล.....80

การวิเคราะห์ข้อมูล.....83

หน้า

4 **ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**.....84

5 **สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

สรุปผลการวิจัย.....99

อภิปรายผลการวิจัย.....99

ข้อเสนอแนะ..... 107

รายการอ้างอิง.....108

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....120

ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....122

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....126

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....150

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

1. ลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่จับคู่ตาม อายุและ ระดับการศึกษา 71
2. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล.....85
3. คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ อายุ และระดับการศึกษา.....87
4. คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....88
5. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ การทำงานพยาบาลวิชาชีพ วุฒิการศึกษา 89
6. จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ต่อความพึงพอใจรายด้าน.....60

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ ที่		หน้า
1	แสดงการประสานงานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	31
2	แสดงความพึงพอใจ	55
3	กรอบแนวคิดการวิจัย	67
4	สรุปขั้นตอนการดำเนินงาน	82

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลง เป็นผลจากการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเสริมกับเทคโนโลยีการคมนาคมที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการรับข้อมูลโดยทั่วถึงกันอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเองก็ได้รับผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมการเมือง และเทคโนโลยี ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชน การที่ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น การติดตามข้อมูลข่าวสารทั้งจากเทคโนโลยีสารสนเทศและจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆที่ กว้างขวางขึ้นทำให้ความตระหนักของประชาชนที่เกี่ยวกับสิทธิ์ที่พึงจะได้รับจากบริการด้านสุขภาพ มีมากขึ้น การที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเพื่อสุขภาพที่แพงขึ้นจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน จึงเป็นตัวเสริมแรงให้ประชาชนเรียกร้องเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพในปัจจุบันมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อรูปแบบการบริหารในทุกองค์กร ที่จะต้องปรับตัวเพื่อการคงอยู่ และก้าวต่อไปในท่ามกลางความสลับซับซ้อนของสังคม องค์กรที่ดำรงอยู่อย่างสันติโดยไม่ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ทันกับสังคมก็เท่ากับถอยหลังเข้าคลองอยู่ตลอดเวลา(สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2542 : 436) องค์กรจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป คุณภาพบริการจากสถานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวัง เมื่อเข้ารับการรักษาที่ใดก็หวังที่จะได้ผลดีที่สุด หายจากโรค ไม่เกิดความพิการ หรือทุกข์ทรมาน(จรัส สุวรรณเวลา,2541 :14) ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนจึงต่างพัฒนาในเรื่องของคุณภาพบริการในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการป้องกันข้อเรียกร้องต่างๆ

คุณภาพหมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากอันตรายต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ(อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 5) สอดคล้องกับนิตยา ศรีญาณลักษณ์(2545) ที่กล่าวว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพคือการสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งถ้าบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการก็จะเกิดความพึงพอใจ คุณภาพ พิจารณาได้ 2 ทาง คือคุณภาพตามความเป็นจริง(Quality in practice) และคุณภาพตามการรับรู้และคุณภาพตามความเป็นจริง

(Quality in Perception) เกิดจากผู้ให้บริการได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลที่ดี มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หายจากอาการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ส่วนคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in Perception) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ตนคาดหวังกับบริการที่ได้รับจริง ซึ่งบริการจะมีคุณภาพต่อเมื่อผู้รับบริการรับรู้ว่าบริการที่ตนได้รับเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ(Omachonu,1990) ซึ่งสามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพตามการรับรู้ ได้จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (Parasuraman et., 1990; Conen, 2001: 46)

เมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ส่งผลให้อัตรากำลังถูกจำกัดลงกว่าเดิม จากนโยบายการลดขนาดกำลังคนของภาครัฐ โดยลดบุคลากรเข้ารับราชการนั้น ขณะเดียวกันความต้องการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพของประชาชนกลับมีมากขึ้น(ทัศนา บุญทอง, 2543: 20) การปฏิรูประบบบริหารที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ องค์การด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยน และพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดสรรทรัพยากร ในการพัฒนาคุณภาพให้ประสบความสำเร็จ และองค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ถือว่าบุคลากรเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ในทีมสุขภาพ ความพึงพอใจของคนในองค์กรเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความสำเร็จ หรือล้มเหลวขององค์กรได้ ความพึงพอใจในงานจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการบริหารงานบุคคล เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานสูง ผลงานย่อมสูงตามไปด้วย และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้วย(Wolf and Orem, 1994: 198) อีกทั้งความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลผลิต(Marriner, 1982) จะเห็นได้ว่าถ้าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานผลผลิตทางการพยาบาลย่อมมีคุณภาพตามมาด้วย ความพึงพอใจงานเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคล ที่มีต่อการทำงานในทางบวกเป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทนที่เป็นความพึงพอใจ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก กระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน รวมทั้งการส่งผลต่อความสำเร็จ และเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร(ปรียาพร วงค์อนุตรโรจน์, 2543) เมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจงาน พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ ระดับการขาดงาน การเข้าออกงาน การทะเลาะวิวาทกันในที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dubrin(1984) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลพบว่า

อัตราการขาดงาน และการลาออกจากงานของพยาบาลมีส่วนสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน การลาออกจากงานของสมาชิกในองค์กร นับเป็นการสูญเสียแก่องค์กร เพราะการออกไปเสียจากองค์กรก็เท่ากับองค์กรเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า เมื่อผู้นั้นออกไปก็มีตำแหน่งว่าง องค์กรต้องสรรหาและคัดเลือกเท่ากับองค์กรต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย(สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2542 : 143) ได้มีผู้ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลไว้หลายท่านที่ผลการวิจัยตรงกันคือ พยาบาลมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง(ละออ ตันติศิริ, 2520; สุกัญญา แสงมุกข์, 2530; อำพัน ไชยทองศรี,2530; จิตรลดา ชัยรัตน์, 2538; ธนิตตา ฉิมวงศ์; 2539, อมรรัตน์ เสตสุวรรณ, 2539; สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธ์ล2539; น้องนุช ภูมิสนธิ์; 2540) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องตระหนักถึงในการหาระบบการจัดการทางการพยาบาลที่ทำให้พยาบาลพึงพอใจ เนื่องจากประสิทธิผลองค์กรนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรที่บุคลากรสมัครใจในการปฏิบัติงานเอง(Organ, 1991: 109) และผู้ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในงานและมีความรับผิดชอบในการทำงานมากกว่าผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พึงพอใจงาน จะช่วยลดการขาดงาน ลางาน การมาสาย(Lawer,1983) ซึ่งจะส่งผลดีต่อองค์กรโดยตรง

ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจะต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากบุคลากรหลากหลายอาชีพ การให้บริการสุขภาพโดยลำพังเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่อาจช่วยให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้(ประนอม โอทกานนท์, 2532) การศึกษาของสมสมร เรืองวรบูรณ์ (2544) พบว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการทำงานเป็นทีม ของทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อคุณภาพการบริการที่ผู้รับบริการได้รับ ทำให้โรงพยาบาลต่างๆพยายามจัดระบบบริการเพื่อลดขั้นตอนการบริการและปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพในองค์กร แต่ละองค์กรจะต้องเกิดการรวมกลุ่มของบุคคลต่างๆเพื่อที่จะทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ต้องมีการประสานงาน มอบหมายงาน และดำเนินงาน ให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างระมัดระวัง(นิตยา ศรีญาณลักษณ์ ,2545)

ในปัจจุบันระบบการทำงานนั้น แต่ละวิชาชีพจะปฏิบัติงานในส่วนของตน ขาดการประสานงานที่ดี ทำให้ทำงานซ้ำซ้อนหรือล่าช้า สูญเสียเวลาสิ้นเปลือง มีปัญหาด้าน การติดตามความก้าวหน้าหรือการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีแผนการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังขาดระบบการจัดการที่ดี ไม่มีผู้ประสานงานที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ด้วยกัน รวมถึงการควบคุมการปฏิบัติตาม แผนการดูแล จึงทำให้ขาดการประสานงานที่ดีในทีมสหวิชาชีพ ส่งผลถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากทีมสหวิชาชีพ นอกจากนั้นแล้วการที่สถานบริการสุขภาพต่างๆยังดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพไม่รัดกุมพอ ทำให้เกิดความไม่พอใจในบริการสุขภาพที่ได้รับ และเกิดการร้องเรียนมากขึ้นอีกด้วย(ทัศนา บุญทอง, 2543: 20-21)ซึ่งสอดคล้องกับ จอม สุวรรณโณ(2541: 30)ที่กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆเช่น รูปแบบการดูแลแบบทีม(Team method) แบบเฉพาะราย(Case method) หรือแบบปฏิบัติตามหน้าที่(Functional method) ล้วนมีข้อจำกัดในการให้บริการพยาบาล ที่เห็นได้ชัดคือไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะในเวรขาดการติดต่อสื่อสารและร่วมมือกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วนไม่ต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ต้องมาพิจารณาถึงวิธีการหรือรูปแบบระบบการจัดการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้สูง และ สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆอย่างสอดคล้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและ ต่อเนื่องโดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆในทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case Manager)เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานและกำกับการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้และภายในเวลาที่กำหนด และใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆส่งผลให้ ผลการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ, ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความแพร่หลายในอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 ปัจจุบันได้นำมาทดลองใช้ในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในผลงาน โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้มั่นใจใน คุณภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการให้บริการเป็นการประสานประโยชน์การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(Cohen&Cseta, 1993: 22; Cohen&Cseta, 2001: 260, เววดี ศิรินคร และคณะ, 2543: 5; ศุวัชรีย์ งูพิมาย, 2543; จิราภรณ์ ศรไชย, 2543 ; จิราพร สิมากร, 2544; พรทิพย์ ไตรภัทร, 2544) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการ

ปฏิบัติที่ต้องอาศัยความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลและทักษะต่างๆในการปฏิบัติการพยาบาล มีขั้นตอนและกระบวนการซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ค่อนข้างชัดเจน หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล มีอิสระที่จะทำงานโดยใช้ความคิดริเริ่มของตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยปราศจากการควบคุมอย่างใกล้ชิด ทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจและนำมาซึ่งความพึงพอใจในการทำงานด้วย Weisman, Alexander & Chase, 1998 (อ้างถึงในกฤษณา นรนราพันธ์, 2544: 4) กล่าวว่าความเป็นอิสระเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้ดี เพราะความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพงานซึ่งจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานและนำมาซึ่งการปฏิบัติงานที่ดี(วิชัย โกสุวรรณจินดา, 2533: 11; Larson, Lee,Brown & Shorr, 1991; อ้างถึงใน สำราญ บุญรักษา.2539:10)Porter&Lawler กล่าวว่า ผลการปฏิบัติงานที่สูง จะนำไปสู่ความพึงพอใจที่สูงเช่นกัน(อ้างในสมยศ นาวีการ,2540:338) และผลงานที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ สอดคล้องกับ Weisman & Nathanson(1985)กล่าวว่าระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล(อ้างถึงใน สำราญ บุญรักษา, 2539:10) จึงเห็นได้ว่า รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีผลลัพธ์ ให้เกิดคุณภาพบริการสุขภาพ แก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร

ปัจจุบันยาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ก่อให้เกิดผลทางตรงและทางอ้อมอย่างมากสำหรับตัวผู้ป่วยเอง การติดสารเสพติดส่งผลโดยตรง ต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำลายคุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหา เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติ ขณะนี้รัฐบาลได้ให้ความสำคัญ ในการประกาศสงครามกับยาเสพติด จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 พบว่ามีผู้เสพ/ผู้ติด ประมาณสามล้านกว่าคน โดยพบว่าเป็นผู้เสพสารเสพติด 3.5ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด 0.89 ล้านคน นับว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ปัญหายาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมายจากผู้ใช้แรงงานมาเป็นเยาวชน หรือ นักเรียน นักศึกษา ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2544: 40) จากสถิติสถาบันธัญญารักษ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 15 – 19 ปีเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.31 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20 – 24 ปี ร้อยละ 27.86 จำนวน ผู้เสพและผู้ติดยาดังกล่าว บ่งบอกว่าประเทศไทยต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะหากพิจารณาถึงกลุ่มอายุของผู้ติดยาส่วนใหญ่ มักจะอยู่ในวัยทำงาน และวัยรุ่นนอกจากจะไม่สามารถเพิ่มผลผลิตให้กับสังคม

ได้แล้ว ยังต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคมอีกด้วย และส่วนใหญ่ก็เข้าไปเกี่ยวกับธุระกิจนอกกฎหมาย หรือก่ออาชญากรรม สร้างปัญหาให้กับสังคมมากมายตามมา(สุชาติ เลาหบริพัฒน์, 2544: 59) และพบว่ายาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในปัจจุบัน ที่มีอัตราสูงสุดคือยาบ้า จากสถิติสถาบันธัญญารักษ์ในปี2545 พบว่ามีผู้ป่วยที่เสพยาบ้า 7,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.36 จากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด

บุคคลเหล่านี้หากไม่เสพติดสารเสพติดจะเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติในวันข้างหน้า ในการที่จะช่วยพัฒนาประเทศ ทุกๆด้าน ผู้ป่วยติดสารเสพติดจึงถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องดูแลเอาใจใส่ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีหน้าที่ในการให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟู ผู้ติดสารเสพติดให้กลับมาเป็นคนดีของสังคมเพื่อพัฒนาประเทศสืบต่อไป ตามมติของคณะอำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ได้มอบหมายภาระกิจหลักให้แก่กรมการแพทย์ ดังนี้คือ 1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบำบัดรักษา 2. การวิจัยและพัฒนา การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด รูปแบบผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นรูปแบบสมัครใจรักษามิใช่รูปแบบการบังคับบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้ที่มีคดี หรือผู้ที่ถูกดำเนินการตามกฎหมาย ดังนั้นจึงมีผลในการบำบัดรักษาคือ เมื่อผู้ป่วยไม่พอใจก็สามารถปฏิเสธการรักษาและแจ้งความจำนงในการจำหน่ายกลับบ้านเป็นเหตุให้การบำบัดรักษา ไม่ครบกระบวนการ ส่วนหนึ่งผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก Goldstien, et al.(1998: 49)กล่าวว่าระยะเวลาในการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการหยุดเสพสารเสพติด จึงเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาอีกเป็นจำนวนมาก และเมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลับเข้ามารักษา จะต้องเริ่มต้นกระบวนการในการบำบัดรักษาใหม่ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและค่าใช้จ่าย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ในปีงบประมาณ พ.ศ.2545 เป็นผู้ป่วยเก่าที่กลับเข้ามาบำบัดรักษาซ้ำถึงร้อยละ 31.45

ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540มาตรา 52 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ์เสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐานและ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” จากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การบริการสุขภาพที่จัดขึ้นภายในประเทศนั้นจะต้องจัดบริการให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง(universal coverage) มีประสิทธิภาพ(efficiency) มีคุณภาพ(quality) และมีความรับผิดชอบตรวจสอบได้(accountability)(ทัศนา บุญทอง, 2543: 11)ดังนั้นถึงแม้บุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ติดสารเสพติดก็ตาม ย่อมมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วๆไปเพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีอาการทางกายแล้ว การเสพยาเสพติดอาจส่งผลให้มีอาการทางจิตด้วย ถึงแม้ยังไม่มีอาการ

ทางจิตให้เห็น แต่ก็พบว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดส่วนมากมีปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลให้ติดสารเสพติด ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค จากหลักระบาดวิทยาของการติดสารเสพติดนั้น นอกจากตัวยาฤทธิ์ของยา (Agent) และสิ่งแวดล้อม(Environment)แล้ว ตัวผู้เสพเอง(Host) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สภาพร่างกาย สภาพจิตใจและบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มที่จะใช้สิ่งเสพติด(ปกรณ์ ศิริยง, 2544: 26) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรักษ์ ศรีปัญจพงษ์ (2543) ที่พบว่าปัญหาทางจิตในผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 57.75 สอดคล้องกับRussell, Newman และ Bland (1944, อ้างถึงใน สิริรักษ์ ศรีปัญจพงษ์ , 2543: 31)ทำการศึกษาประชากรในแคนนาดา 3,258 คนพบว่าร้อยละ 80.3 ของบุคคลที่ใช้สารเสพติดได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ และ Ross, Glaser and Germanson (1988)ศึกษาวิจัยถึงปัจจัยทางจิตใจในผู้ติดสารเสพติดพบว่า ร้อยละ 78 ของผู้ติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ และผู้ป่วยร้อยละ 65 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆด้วยในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยติดสารเสพติด นอกจากจะมีอาการทางกายเนื่องจากใช้สารเสพติดแล้ว ส่วนมากจะมีความผิดปกติอื่นๆทางจิตด้วย สอดคล้องกับ สุกุมา แสงเดือนฉาย(2545: 184)ที่กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม แต่จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยติดสารเสพติดจะมีความเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ โดยตัวผู้ป่วยเองมักมองไม่เห็นปัญหาการเจ็บป่วยของตัวเอง เป็นความพึงพอใจของตนเองที่ใช้สารเสพติด ดังนั้นการพยาบาล ผู้ป่วยติดสารเสพติดจึงมีความเป็นเฉพาะทางที่แตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและทางจิต การเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพราะการบำบัดผู้เสพสารเสพติด ไม่ได้เป็นเพียงลดจำนวนผู้ติดสารเสพติดเท่านั้น แต่จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหายาเสพติดอีกด้วย

ปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความต้องการคุณภาพการดูแลสูงขึ้น แต่ระบบราชการปัจจุบันมุ่งเน้นคุณภาพที่จำกัดด้วยทรัพยากร การดูแลผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาระบบเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะปัจจุบัน โดยต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานจะส่งผลถึงประสิทธิภาพของงาน ซึ่งหมายถึงคุณภาพของการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ แต่จากการศึกษา พบว่า พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ประกอบกับปัญหาใหญ่ในขณะนี้ยังคงเป็นปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ปัจจุบันสารเสพติดที่แพร่ระบาดสูงสุดคือยาบ้า ในผู้ป่วยที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องให้การดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดมีหลายขั้นตอน แต่ขั้นตอนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล คือขั้นบำบัดด้วยยาเนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการขาดยา ทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย ในการ

ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้นใช้รูปแบบการดูแลแบบทีม (Team method) ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการพยาบาล คามรับผิดชอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะเวร ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างแยกส่วน ไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการ ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน ประเภทยาบ้า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะ โดยประเมินคุณภาพระบบการดูแลจาก ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด และพัฒนาวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case Management) เป็นกระบวนการให้การบริการด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการประสานงานในทีมงานสุขภาพ เพื่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม(Zander, 1988: 23;ANA, 1991: 6 อ้างถึงใน Powell, 1996: 5; CMSA, 1994 อ้างถึงใน เรวดีและคณะ 2543: 4)โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในทีมสหวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยวิชาชีพที่หลากหลายจะทำให้สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง ลดการซ้ำซ้อนของการทำงานของแต่ละวิชาชีพได้เพราะมีการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการดูแลร่วมกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว โดยทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Clinical Pathway)ที่จัดทำร่วมกันตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการที่ดีสอดคล้องกับความต้องการ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน

จากการหยุดใช้สารเสพติด รวมถึงการบริการที่ได้รับเป็นไปตามความต้องการ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ(นิตยา ศรีญาณลักษณ์,2545)และพยาบาลเกิดความพึงพอใจ จากความสำเร็จในงานของพยาบาลซึ่งเป็นผลจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน มีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งผลถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ ผลของการจัดการดูแลตามความคิดระบบนี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพการดูแลที่ได้รับ(เรวดีและคณะ 2543: 5) พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้สำเร็จ ผลการปฏิบัติงานที่สูง จะนำไปสู่ความพึงพอใจที่สูงเช่นกัน(Wolf and Orem, 1994: 198) พยาบาลเกิดความพึงพอใจในผลงาน รวมทั้งประสิทธิภาพของการให้บริการเป็นการประสานประโยชน์การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง(Cohen&cseta,2001: 260; เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543: 2543)โดยผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติ พึงพอใจ

Goode(1995; อ้างถึงใน พรทิพย์ ไตรภัทร, 2544: 46)ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบCase Management พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่ม จิราพร สิมากร(2544) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ศุวัชรีย์ งูพิมาย(2543)ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการวิจัยพบว่าค่าใช้จ่ายลดลง ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงและความพึงพอใจของบุคลากรสูงขึ้น จากแนวเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี พยาบาลมีความพึงพอใจ และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. พยาบาลมีความพึงพอใจเมื่อใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลองที่หอผู้ป่วยใน สถาบัน

ธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2.2 ผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา และ การดูแลตามปกติ

3.2 ตัวแปรตาม คือ

3.2.1 ความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

3.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management)** หมายถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี(case manager)ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพโดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ในการร่วมจัดทำแผนการดูแล ผู้ป่วยล่วงหน้า(clinical pathway) ที่กำหนดกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติประสานงาน กำกับดูแล ติดตามและประเมินผลการจัดการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี รวบรวมข้อมูล ของผู้ป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วย และความต้องการการดูแล ตัดสินใจสั่งการให้การดูแลโดยใช้แผนการดูแล หากมีปัญหาโทรปรึกษาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อตัดสินใจ แจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงและร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical pathway)ในรายละเอียดปลีกย่อยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2.2 ขั้นตอนการประสานงาน ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

2.3 ขั้นตอนการติดตามกำกับ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลกำกับทบทวน clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง ติดตามให้ดำเนินงานไปตามแผนและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทีมสหวิชาชีพตามแผนที่วางไว้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแลล่วงหน้าและลงบันทึกอาการต่างๆ หากพบความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้เรียกว่า ความแปรปรวน ให้ลงบันทึกความแปรปรวนนั้น รวมถึงการแก้ไขที่ได้กระทำหรือรายงานพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทันที

2.4 ขั้นตอนการประเมินผล เป็นการประเมินผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามดูกิจกรรม ตามที่กำหนดไว้ หากการดูแลไม่เป็นไปตามแผนหรือมีความแปรปรวน ให้จดบันทึก และค้นหาสาเหตุ รายงานให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมหาทางแก้ไข ทีมสหวิชาร่วมกันประเมินผลการดูแล และระบบการจัดการเพื่อนำมาปรับปรุง

2. **การดูแลผู้ป่วยตามปกติ** หมายถึง การดำเนินการต่างๆในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการที่ดีมีคุณภาพ โดยมีการมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยผลัดเปลี่ยนในแต่ละเวรเป็นเวลา 8 ชั่วโมง มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ตามขั้นตอน โดยพยาบาลเป็นผู้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย จากผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละเวร โดยมีการประชุมปรึกษากันของบุคลากรในทีมการพยาบาลหากมีปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. **ผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา** หมายถึงผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในตึกบำบัดด้วยยา ที่ไม่มีอาการหลงผิด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

4. **ความพึงพอใจของพยาบาล** หมายถึง ความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดตามการรับรู้ของตนเอง 5 ด้าน(Quinn,1998)

3.1 ด้านความพึงพอใจในความร่วมมือในการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวก จากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด นับตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และการร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของตนเอง

3.2 ด้านความพึงพอใจในการประสานงาน หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวก จากการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีการจัดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานหรือการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน การกำหนดขอบข่ายงานที่ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน และการจัดให้มีการประชุมปรึกษากันทั้งภายในและระหว่างแผนก ตามการรับรู้ของตนเอง

3.3 ด้านความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวก จากการได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆขององค์กร การได้รับทราบอาการและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอและทันเวลาเพื่อใช้ในการตัดสินใจ การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย,ญาติ และการเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดได้อย่างอิสระ ตามการรับรู้ของตนเอง

3.4 ด้านความพึงพอใจในความต่อเนื่องของการดูแลหมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวก จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดตอน มีการวางแผนล่วงหน้า และการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพียงพอและทันเวลา เพื่อให้การแก้ไขปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิ์ภาพ ตามการรับรู้ของตนเอง

3.5 ด้านความพึงพอใจในการจัดสรรทรัพยากร หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยินดี,ชื่นชอบหรือความรู้สึกทางบวก จากความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การใช้งานและบำรุงรักษาอย่างถูกวิธี การใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของตนเอง

5. **ความพึงพอใจของผู้ป่วย** หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน สถาบันธัญญารักษ์ ต่อบริการที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพ ตามการรับรู้ของตนเอง 6 ด้านตามแนวคิดของ จิราพร สิมากร(2544) ที่นำมาจาก Aday and Andersen (1975) ดังนี้

5.1 ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบของผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อบริการที่ได้รับจากที่มสหวิชาชีพว่ามีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสหวิชาชีพตรงตามความต้องการ

5.2 ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบของผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อบริการที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพว่ามีความต่อเนื่อง ให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย สนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานงาน

5.3 ความพึงพอใจด้านอัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดีชื่นชอบของผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อการมีอัธยาศัยที่ดี เป็นกันเอง ให้ความสนใจ ห่วงใยผู้ป่วยของสมาชิกทีมสหวิชาชีพ

5.4 ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดีชื่นชอบ ของผู้ป่วยติดสารเสพติดเมื่อได้รับทราบจากสมาชิกทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย แผนการรักษา และการปฏิบัติตน

5.5 ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนะของผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีต่อบริการที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพ ว่ามีความเหมาะสม และตอบสนองความต้องการของตนได้เพียงใด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ส่วนความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วยมีนโยบายของรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนอยู่แล้ว จึงไม่นำความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงรวมทั้งผู้ป่วยพึงพอใจ
3. ได้รับความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management)
   - 1.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 1.2 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 1.3 รูปแบบของ case management
   - 1.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
     - 1.4.1 ความร่วมมือของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ
     - 1.4.2 แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า
     - 1.4.3 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 1.5 ขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 1.6 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด
   - 2.1 การแยกประเภทของสารเสพติด
   - 2.2 วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด
   - 2.3 อาการและโรคแทรกซ้อนของผู้เสพยาบ้า
   - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด
3. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา
4. ความพึงพอใจ
   - 4.1 ความพึงพอใจของพยาบาล
   - 4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นแนวคิดการให้การบริการอย่างเป็นระบบในการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ(managed care) การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพ ใช้ได้ผลดีในต่างประเทศ แต่ในการนำมาใช้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ควรได้ศึกษาความหมาย แนวคิด หลักการ และการดำเนินงาน ของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อปรับปรุงใช้ให้เหมาะสมต่อไป

1.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการใช้ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีลำดับความเป็นมาดังนี้

ปี ค.ศ.1860 โดยเกิดระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างง่ายๆขึ้น โดยมุ่งเน้นการให้บริการแก่คนยากจน และผู้อพยพ(immigrants) ซึ่งการบริการประชาชนในกลุ่มนี้มีปัญหาทั้งในเรื่องของความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา และในเรื่องของการประสานงานและระบบการบริการที่ต่อเนื่อง(Kersbergen, 1996 :70)

ปี ค.ศ. 1901 จากปัญหาเรื่องของการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ Richmond จึงได้สร้างรูปแบบของการบริการโดยเน้นการประสานงานการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case-Co-ordination) ขึ้นโดยให้ความสำคัญ ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการบริการ(Kersbergen, 1996: 70)

ปี ค.ศ. 1920 ได้มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ครั้งแรกในบริการ สุขภาพจิต โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งนำกระบวนการนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวช

ปี ค.ศ. 1930 พยาบาลสาธารณสุข ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์(เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมาเริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้อย่างจริงจัง จนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤติเฉียบพลัน ประกอบกับการกำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค(Diagnosis Related Group - DRG) ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวน

วันที่เหมาะสมในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการด้วย(American Nurses Association, 1988)

สำหรับในประเทศไทย มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ประกอบกับนโยบายการประกันสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลในประเทศไทยหลายแห่งจึงมีการปรับปรุงระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหวิชาชีพในรูปแบบของ Patient Care Team และนำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) มาใช้(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2542) แต่ยังไม่แพร่หลายมากนั้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยติดสารเสพติดยังไม่มีผู้นำมาประยุกต์ใช้ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาต่อไป

1.2 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case Management)มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงกันดังนี้คือ

American Nurse Association (ANA) (1991: 6 อ้างใน Powell, 1996: 5) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

Case Management Society of America (CMSA)(1994อ้างถึงใน เรวดีและคณะ 2543:4)ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Zander (1988: 23) ได้กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

Bower (1992) ให้คำจำกัดความของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าหมายถึงความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ในการประเมิน วางแผน

ดำเนินการ ปฏิบัติ ประสานงาน กำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลการจัดการตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแล ติดตามการปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร และประสานงานการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่วางไว้

Powell (1996) ให้ความหมายของ Nurse Case Management ว่าเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

More and Mandell (1997)กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพ มีลักษณะคล้ายกระบวนการทางพยาบาล แต่มีความสากลมากกว่าเนื่องจาก เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีการประเมินผู้รับบริการเพื่อการจัดการดูแลทั้งในด้านสุขภาพและประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแล เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ มีการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการแต่ละราย

Wolk and Sullivan (1994: 153, Rossi,1999) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือกันในการให้การบริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้การบริการ

โดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case Management) เป็นกระบวนการให้การบริการด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการประสานงานในทีมงานสุขภาพ เพื่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม ในระยะเวลาที่กำหนด

1.3 **รูปแบบของ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี**

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย(Conti, R.M.,1993:18-21)

1. Private case management เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยบริการของรัฐ

2. Social case management เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดี ที่อยู่ในชุมชนและต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้รับบริการจนบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว

3. Primary care case management อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์ และการควบคุมดูแลสุขภาพ

4. Insurance case management จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

5. การ Nursing case management เป็นการจัดการของพยาบาลต่อกระบวนการความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของ Nursing case management ที่นิยมในปัจจุบันปันมี 5 แบบ(Conti, R.M., 1993; Bower, K.A., 1994)

5.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์(The New England Acute Care Hospital Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ clinical pathwayในการวางแผน กำกับติดตามผู้ป่วย

5.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของอริโซนา(The Arizona Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษา และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.3 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ์(The Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาล

5.4 รูปแบบชุมชน(The Public Health Model) มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะ

5.5 รูปแบบศูนย์ทางการพยาบาล(The Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด

5.6 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้เริ่มมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูง เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขและมีการนำ DRG และ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ และรูปแบบการดำเนินการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลจะประกอบด้วย(เรวดี ศิรินคร,ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร, 2543)

5.6.1 ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) ซึ่งปกติลักษณะการดำเนินการตามระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย(Discharge plan) มีการทบทวนความคุ้มค่า คุ้มทุน(Utilization review) และมีการปรับปรุงคุณภาพ

5.6.2 ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base) การดำเนินการอาจจะดำเนินการใน 1-2 หน่วยเท่านั้น ไม่ต้องดำเนินการทั้งโรงพยาบาล เช่น ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

5.6.3 ดำเนินการในชุมชน (Population or community based) การดำเนินการในลักษณะนี้ จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยจนกลับบ้านหรือหายจากการเจ็บป่วย

5.6.4 ดำเนินการจัดการรายโรค (Discharge management) ซึ่งมีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรค โดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งสิ้นสุด จะมีการให้สุขศึกษา และวิธีการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นส่วนประกอบสำคัญ

สำหรับในประเทศไทย ได้เริ่มมีการนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้บ้าง โดยเฉพาะในโรงพยาบาล แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย รูปแบบที่นำมาใช้ส่วนใหญ่ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์(The New England Acute Care Hospital Model) ซึ่งการดำเนินงานนั้นส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย(Unit base) และแบบดำเนินการจัดการรายโรค(Discharge management)

1.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะบรรลุผลสมบูรณ์ได้ต้องมี องค์ประกอบหลัก 3 ประการดังนี้ (เรวดีและคณะ, 2543: 7-8)

1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative practice) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน(coordination)หรือการรายงาน(report) เท่านั้น แต่จะหมายรวมถึง ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ซึ่ง

การประสานความร่วมมือเกี่ยวกับระบบ Case Management เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานและการประเมินผลสำเร็จ

1.2 การเตรียมการ ประกอบด้วยการเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่น Utilization Management หรือ Utilization review

1.3 การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

2 แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ(Clinical Pathways) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้น สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน4 ส่วนได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิต อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวัง เมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาลหรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of case) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็น วัน หรือ นาที หรือ สัปดาห์

การจัดทำ Clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำ clinical pathway วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ใช้พิจารณาได้แก่ค่าใช้

จ่ายในการรักษา ระยะเวลาเป็นวันที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ clinical pathway คือ

1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน

1.2 กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความต่างกันมาก

1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย

1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่นๆ เช่นกลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของแพทย์หลายๆ สาขาหรือสาขาวิชาชีพอื่นๆ จึงเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

2. จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มที่เลือก

3. กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนดโดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4. กำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมองหรืออาจใช้วิธีขอความเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

5. สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่นๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญวิธีนั้นๆต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

6. การเขียน clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ โดยทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ป่วยได้แก่

6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือไม่

6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ

6.3 การส่งตรวจต่างๆ

6.4 รายการยาต่างๆ

6.5 ชนิดอาหาร

6.6 กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

6.7 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

6.8 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น

7. การทบทวน clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำclinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ clinical pathway

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ

6. ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่บอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจ

7. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการ

3 **ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี** (Case Manager) ข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศต่างๆ พบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ Case Manager ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอก

จากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง และจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้นๆ ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้

3.1 เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2 เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตลอดจนระบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วยรวมทั้งสถานภาพทางการเงินด้วยหลังจากวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด

3.3 เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตลอดทั้งให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

3.4 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการผู้ป่วยจะตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้

3.5 ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอภิปรายถึงแผนการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย ลำดับของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล

3.6 เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ที่สอนถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลตลอดทั้งทำการประเมินว่า ทีมการพยาบาลมีความพร้อมและมีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

3.7 เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการปฏิบัติมักจะมีการประชุมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมี case conference ทุกครั้งที่มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบี่ยงเบนไปจากcontrol limit ที่กำหนดไว้

3.8 เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

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

1. มิติทางคลินิก / การดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และทำการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอในด้านการงาน ด้านจิตสังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและตามเป้าหมายของแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเตรียมพร้อม เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และต้องควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลต้องแน่ใจในความถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการจำหน่ายและแผนการดูแลต้องคำนึงถึงการตกลงใจหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนและปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการ

ควบคุมและประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Cohen & Cesta 1993; Tahan 1993; Taham and Cesta, 1995; Thompson et al., 1991; Zander, 1988;)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องติดตามให้การดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือในบางรายอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ต้องประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา (Coping) ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยการจัดให้มีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันที่เชี่ยวชาญโดยตรง และให้ความมั่นใจในการที่จะส่งต่อไปยังระดับที่เหมาะสมหรือเชี่ยวชาญขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องการ

2. มิติในการจัดการ หรือมิติภาวะผู้นำ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการ หมายถึง การรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในเรื่องการประสานงาน ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (Cohen & Cesta 1993; Tahan 1993) ในบางกรณี หน้าที่เหล่านั้นถูกกำหนดและติดตามทดสอบกระบวนการปฏิบัติการรักษาการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแผนงาน การตกลงกับชุมชนในเรื่องการใช้ทรัพยากรการกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การได้มาซึ่งใบรับรองผลและสิทธิที่ได้รับจากองค์การที่จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย (Cohen, Tahan & Fink, 1998) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแลทุกครั้งที่มีโอกาส โดยการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล การฟื้นฟู การฝึกวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ เภสัชกรรม โภชนาการ และงานรังสี หรือหน่วยงานภายนอก เช่น องค์กรบริการสุขภาพ ผู้ที่ดูแลที่บ้าน พยาบาลประจำบ้าน และหน่วยบริการด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ต่างๆ

นอกจากนั้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษา ประเมินความต้องการแพทย์ที่มีความสามารถ ถ้าพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยก็ต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญและเหมาะสมต่อไป

3. มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ ในความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะเดียวกันก็ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล และต้องสามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น ความล่าช้าของผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือปรับแผนการดูแลทันที เพื่อป้องกันการแปรปรวนที่

จะเกิดมากขึ้น และเพื่อให้ได้ผลดีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลาด้วย

4. มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสาร เป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสมบูรณ์แบบ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับมาแล้ว บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ เพราะหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเน้นในด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน ข้อมูลข่าวสารจะรวมอยู่ในกิจกรรมเหล่านั้นเพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิผลขององค์การ หรือเป็นการป้องกันการเกิดการแปรปรวนของแผนการดูแลได้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีส่วนร่วมในการจัดการข้อมูลข่าวสาร และการติดต่อสื่อสารหลายๆ ด้าน ดังต่อไปนี้

4.1 การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ แนวคิดและการรายงาน เช่น ความแปรปรวนของข้อมูล ข้อมูลประกันคุณภาพ ข้อมูลการวิจัย ฯลฯ

4.2 การรายงานสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการบันทึกการจัดการดูแลผู้ป่วย การแปรปรวนของข้อมูลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย การวิเคราะห์ความคุ้มค่า การปฏิเสธและการเรียกร้องระยะเวลาในการดูแล อัตราความถี่ของการอยู่โรงพยาบาล หรือกลับมารักษาใหม่

4.3 การติดต่อสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ การรายงาน การประชุม อภิปรายปัญหาผู้ป่วย การประชุมข้างเตียงผู้ป่วย การทบทวน การใช้เครื่องมือการดูแล

4.4 การนำเสนอ ประชาวิจารณ์ ติดประกาศ และการพิมพ์แจกจ่าย

4.5 บริการจัดทำผลสะท้อนกลับให้ทีมงานเพื่อการพัฒนา

4.6 การพัฒนาหรือการทบทวนนโยบายและการปฏิบัติ

4.7 แบ่งหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารของผู้ป่วยกับสมาชิกในทีม

4.8 การจัดหาเอกสารมาประกอบ

4.9 การได้รับมอบหมายอำนาจสำหรับการให้บริการจากองค์การในการจัดการดูแล และรายงานการทบทวนกิจกรรมต่างๆ

5. มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า การพัฒนาวิชาชีพและความก้าวหน้าเป็นสิ่งจำเป็นของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีการฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะคงอยู่ในสถานะสมาชิกในองค์การ ซึ่งน่าจะถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วม

วิชาชีพอื่นๆ ได้ และปรับปรุงสถานการณ์ ภายใต้การมอบหมายของการบริการสุขภาพให้มีความก้าวหน้า และดำรงการเป็นสมาชิกสัมพันธ์ขององค์กรวิชาชีพ เช่น Case Management Society of America, America Nurse Association และมีการบริการจัดการจัดพิเศษ ดังนี้

5.1 สร้างเครือข่ายกับสมาคมผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.2 แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับวิชาการใหม่ๆ ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.3 ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการยอมรับในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.4 ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการฝึกปฏิบัติอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ

5.5 เสนอมาตรฐานการฝึกปฏิบัติทั้งในระดับปกติและระดับชาติ

5.6 พัฒนามาตรฐานการฝึกปฏิบัติ โดยเน้นประเด็นจริยธรรมหรือชี้นำพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีฝึกอบรมเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจด้านจริยธรรม

5.7 ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนจากสังคมถึงการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของชุมชนกลุ่มใหญ่

5.8 จัดทำเป็นนโยบายหรือจัดอบรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้แพร่หลายสู่สาธารณชน

สรุปเพื่อให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีบรรลุผลสมบูรณ์ องค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 3 คือการประสานงาน แผนการดูแล และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องสอดคล้องกันเป็นไปตามแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพสร้างร่วมกัน โดยเฉพาะตัวผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งมีหน้าที่บทบาทสำคัญ เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพทั้งหมดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั้งจำหน่ายกลับบ้าน(Nugent, 1992; Sohl Kreiger,et al., 1996, Ward Evan, 1996;อ้างใน จอม สุวรรณโน,25441)จะต้องมีทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเนื่องจากปัจจัยในความสำเร็จเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเชี่ยวชาญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.5 ขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีผู้กล่าวถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้หลายท่าน ซึ่งมีส่วนที่แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

Powell (2000: 410) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย(Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี และมีข้อบงชี้ในการคัดเลือกโดยทั่วๆไป เช่นระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 5วัน ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าที่กำหนด และข้อบ่งชี้อื่นๆผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

2. การประเมินสภาพและปัญหา(Assessment/Problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้วผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้อาจมาจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางในการให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประเมินด้านการเงินว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่ และประเมินถึงด้านจิต สังคมด้วย

3. การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan) หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลานานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากร โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4. การดำเนินการตามแผน(Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆจะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่วางไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแลรักษารวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้ด้วย

5. การประเมินและการติดตามผล(Evaluation and follow-up) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเป็นการประเมินตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอย่างไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

6. การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพใหม่ และประเมินผลใหม่(Continuous monitoring, reassessing, and reevaluating)

Bower (1992) ได้กล่าวถึง กิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วย (interact) เพื่อเข้ารับการจัดการผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาลจะได้รับรหัสตามกลุ่มอาการ / โรค พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาว่า ผู้ป่วยนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สมควร ได้รับการจัดการรายกรณีหรือไม่

2. ประเมิน (assess) เป็นการประเมินผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ให้บริการคือ บุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตามอาการและโรคเพื่อจัดทีมสุขภาพในการดูแลร่วมกัน โดยสมาชิกในทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ความร่วมมือจากทีมมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการดูแล ดังนั้นการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง รวมทั้งการคัดเลือกสมาชิกในทีมหากได้ผู้ที่มีความสนใจในการทำงานร่วมกันจะเป็นประโยชน์มากกว่า (จิตร สิทธิอมร, 2543)

3. วางแผน (plan) เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ที่ได้จัดทำไว้แล้ว มาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลา

4. นำแผนไปปฏิบัติ (implement) บุคลากรในทีมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ตนรับผิดชอบตามมาตรฐานของวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ร่วมกันพยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้สื่อสารข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ติดต่อประสานการปฏิบัติให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ทราบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

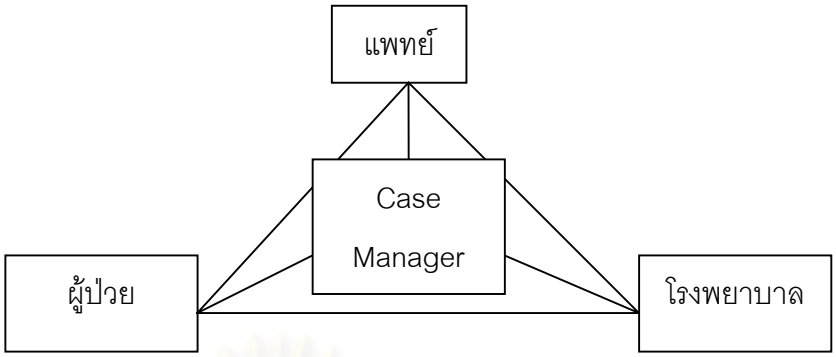
5. ประเมินผล (evaluate) เป็นการประเมินผลเฉพาะราย คือการเฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance Analysis) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการและบุคลากรในทีมทุกคน ในการติดตามการปฏิบัติและสภาวะของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และการประเมินผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยรวบรวมข้อมูลสถิติต่างๆ วิเคราะห์และนำเสนอผลการจัดการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป การวิเคราะห์ความแปรปรวน และการดำเนินการแก้ไข เป็นกลยุทธ์การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เห็นได้ชัดเจนอย่างหนึ่ง (Zander,1993)

กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ยุวดี เกตสัมพันธ์(2543:16-23)กล่าวถึงขั้นตอนการนำไปใช้ 4ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผนการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้การบริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ ระบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษาทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจึงมีการเรียกกันว่า clinical pathway หรือ clinical maps ซึ่งในระยะต่อมามีสถาบันบางสถาบันเปลี่ยนชื่อเป็น clinical path หรือ clinical pathway เหตุผลที่เปลี่ยนเพราะคำต่างๆเหล่านี้ใช้แทนกันเสมอๆ

การจัดทำclinical pathway อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ(multidisciplinary)หรือระหว่างสาขาวิชาชีพ(interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำขึ้นในสถาบันหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละสถาบันจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเอง เช่นสถาบัน Center for Case Management, Inc, South Natick มลรัฐMassachuset ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำ clinical pathway โดยการรวมแผนการดูแลที่มีใช้ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้วและปรับเป็นแผนปฏิบัติการใช้กับการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยเรียกแผนที่จัดทำนี้ว่า CareMap รวมทั้งได้จดทะเบียนลิขสิทธิ์เครื่องมือ CareMapต่างๆที่จัดทำไว้ด้วย

2. ขั้นตอนการประสานงาน ในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีลงปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยมากจะมีการมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล และโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงการประสานงานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ที่มา: ยุวดี เกตสัมพันธ์ อ้างใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543: 21

ในการประสานงานกับผู้ป่วย Case Manager ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ Case Manager ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผน สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่างๆในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

3. ขั้นตอนการติดตามกำกับ การติดตามกำกับให้การดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญการติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณีทบทวน clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้เป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ Case Manager จะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวนที่กล่าวคือVariance ได้แก่ความแตกต่างใดๆระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวร แต่ละวัน กับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ในclinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนาน

ขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะๆ ถ้าพบต้องหาสาเหตุว่ามาจากสาเหตุใดซึ่งโดยทั่วๆไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ

สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาวะเปลี่ยนไป

สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้มาใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้

สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการตรวจ การรักษา

หลักจากตรวจพบความแปรปรวน การดำเนินการคือถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ปฏิบัติต้องได้รับการจัดการแก้ไขในทันที ถ้าเกิดจากระบบต้องหาว่าจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ไขจะต้องแก้ไขทันทีหรือไม่ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้กับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วย โดยมากมักจะใช้วิธีเปลี่ยนวิธีการรักษา

4. ขั้นตอนการประเมินผลการประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย/ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

Bower (1992) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 8 ขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาคัดสรรผู้ป่วย
2. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
3. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย
4. วางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
5. ดำเนินการใช้แผน
6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล
7. จำหน่ายผู้ป่วย
8. ทบทวนกระบวนการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สรุป ขั้นตอนหรือกระบวนการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบ่งเป็นขั้นตอนที่แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย แต่ในกระบวนการทั้งหมดต้องครอบคลุมเหมือนกันทั้งหมดคือ มีการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการดูแลโดยสร้างแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานภายในทีม ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนโดยประเมินผลลัพธ์

ในแต่ละช่วงเวลาที่กำหนด รวมถึงประเมินระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อนำไปพัฒนา ซึ่งสามารถสรุปเป็นขั้นตอนต่างๆได้ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
2. ขั้นตอนการประสานงาน
3. ขั้นตอนการติดตามกำกับ
4. ขั้นตอนการประเมินผล

1.6 ผลลัพธ์จากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และติดต่อประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนเมื่อกลับบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้แก่(Cohen E. And Cesta T., 1993; Powell K., 1996; More and Mandell, 1997)

1. เพิ่มคุณค่าการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ
2. ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้
3. ลดการดูแลแบบแยกส่วน
4. ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ
5. ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
6. มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
7. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ
8. เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว
9. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานสูงต่อบทบาทความรับผิดชอบโดยเฉพาะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
10. แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ
11. ผู้ปฏิบัติมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ
12. เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล

จากผลลัพธ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่านอกจากจะส่งผลดีต่อ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวแล้วยังเป็นผลดีต่อองค์กรและตัวผู้ปฏิบัติเองด้วย

2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด

สารเสพติดให้โทษ หมายถึง สารใดก็ตามแต่ไม่ว่าจะเป็นสารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือสารที่สังเคราะห์ขึ้น เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าทางใดก็ตาม ออกฤทธิ์ต่อร่างกายและจิตใจจะทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือวันละหลายครั้ง ก่อให้เกิดลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. เกิดอาการดื้อยา หรือต้านยา (tolerance) ต้องใช้สารนั้นในปริมาณสูงขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม

2. เกิดอาการขาดยา, ถอนยา หรืออยากยา (withdrawal) เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม, ลดลง หรือหยุดใช้

3. ต้องพยายามทุกวิถีทางในการนำสารนั้นมาใช้ให้ได้

4. เกิดโทษต่อตนเองและผู้อื่น ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 .ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษว่า สารเคมี หรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญเช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลงกับให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพย์ติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึง ยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพย์ติดให้โทษผสมอยู่

สรุป สารเสพติด หมายถึงสารเคมี หรือสารใดๆก็ตามที่เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ก็ให้เกิดการเสพติดได้มีผลต่อร่างกายและจิตใจ ต้องการเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา

2.1 การแยกประเภทของยาเสพติด

ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ดังนี้

ยาเสพติดให้โทษประเภท1 ได้แก่ เฮโรอีน, แอลเอสดี, แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทั้งสิ้น 15 ชนิด เป็นต้น ตัวที่สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า), เมทิลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน หรือ MDMA (ยาอี) และเมทิลีนไดออกซีแอมเฟตามีน หรือ MDA (ยาเลิฟ) เนื่องจากกำลังแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน มีบทลงโทษสูงสุดสำหรับผู้เสพ ผู้จำหน่าย ครอบครอง นำเข้าและส่งออก ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ ไม่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แต่อย่างใด

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เช่น ฝิ่น, มอร์ฟีน, โคเคนและใบโคคา, โคเดอีน และเมทาโดน เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้แต่มีโทษมาก ดังนั้นต้องใช้ภายใต้ความควบคุมของแพทย์ และใช้ในเฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น

ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 เป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้นตามทะเบียนตำรับที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีจำหน่ายตามร้านขายยา ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีตัวยาโคเดอีนหรือยาแก้ท้องเสีย ที่มีตัวยาไดเฟนอกซีน ยาฉีดระงับปวดต่างๆ เช่น มอร์ฟีน, เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น, ยาแก้ปวดที่มีโคเดอีนผสมอยู่ เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น หรือเพื่อเสพย์ติด จะมีบทลงโทษกำกับไว้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 4 คือ สารเคมีที่นำมาใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 และ 2 เช่น น้ำยาเคมี อาเซติดแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) และอาเซติลคลอไรด์ (Acetyl chloride) ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน, สารเออร์โกเมทรีนหรือคลอซูโดอีเฟดรีน ซึ่งสามารถใช้ผลิตยาบ้าได้ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อีก12 ชนิดที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้ เป็นต้น ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคแต่อย่างใด มีบทลงโทษกำกับไว้เช่นเดียวกัน

ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชาซึ่งให้สาร Tetrahydrocannabinal (THC), ทุกส่วนของพืชกระท่อม ซึ่งให้สาร Alkaloid ของ Mitragynine, พืชฝิ่นที่ให้สาร Alkaloidของ Morphine และ Codeine (Papever bracteatum หรือ Papever Somniferum Linn.) และเห็ดขี้ควาย (Psilocybe cubensis) ซึ่งให้สาร Psilocin หรือ Psilocybin เป็นต้น

สำหรับทางการแพทย์ แบ่งสารเสพติดให้โทษเป็น 7 ประเภท ตามการออกฤทธิ์ คือ

1. ฝิ่น, สารกลุ่มฝิ่น และสารออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (Opiates and Opioids) ได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน โคเดอีน และ เมทาโดน เป็นต้น

2. ยากดประสาท (Sedative Drugs) รวมทั้งยากล่อมประสาทและยานอนหลับ (Anxiolytics and hypnotics) เช่น ฟีโนบาร์บิตาล, โบรไมด์, เมทาควาโลน, ไดอะซีแพม, ดอร์มิกุ้ม, ซาแนก เป็นต้น

3. ยากระตุ้นประสาท (Stimulants) ได้แก่ ยากลุ่มแอมเฟตามีน (เช่น เมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้า), กระท่อม และโคเคน เป็นต้น กาแฟ (caffeine) และบุหรี่ (Nicotine) ก็ถือว่าอยู่ในกลุ่มยากระตุ้นประสาทด้วย

4. ยาหลอนประสาท (Hallucinogens) หรือ ยาที่ทำให้ประสาทบิดเบี้ยว (Psychedelics) ได้แก่ LSD, เฟนซิคลิดีน (Phencyclidine หรือ PCP), ยาเค, เห็ดขี้ควาย และลำโพง เป็นต้น

5. ยาที่ออกฤทธิ์หลายอย่าง (Mutiple effect Producing Agents) เช่น กัญชา, ยาอี (Ecstasy)เป็นต้น

6. สารระเหย (Inhalants) ได้แก่ สารที่ได้มาจากขบวนการผลิตน้ำมันปิโตรเลียม มีลักษณะเป็นไอระเหยได้ในอากาศ ได้แก่ สารเคมี 14 ชนิด เช่น อาซีโทน, เอทิลอาซีเตท, โทลูอีน, เซลโลโซล์ฟ เป็นต้นและผลิตภัณฑ์ 5 ชนิดคือทินเนอร์, แลคเกอร์, กาวอินทรีย์สังเคราะห์ กาวอินทรีย์ธรรมชาติ ลูกโป่งวิทยาศาสตร์

7. แอลกอฮอล์ (Alcohol) คือ สารทุกประเภทที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น ข้าวหมาก, ยาที่มีตัวทำละลายเป็นแอลกอฮอล์, ไวน์, เบียร์, สุรา, บรั่นดี, วิสกี้, กระแช่, น้ำตาลเมา, อุ เป็นต้น

ยาเสพติดให้โทษแบ่งตามกระทรวงสาธารณสุขได้ 5 ประเภท หากแบ่งตามทางการแพทย์ได้ 7 ประเภทตามการออกฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะเห็นได้ว่าแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งทางการแพทย์ ส่วนยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดอยู่ในขณะนี้คือยาบ้า

2.2 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จะมีหลายวิธีและหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติด ความพร้อมของสถานพยาบาล และผู้บำบัดรักษา เช่น วิธีที่ใช้กันมาแต่สมัยโบราณ ในขณะที่ยังไม่มียาต่างๆ จะใช้วิธีหักดิบ, ใช้สมุนไพร เป็นต้น

จุดประสงค์ ของการบำบัดรักษา คือ ให้ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ โดยไม่เกิดอาการทรมานมากนัก ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน โดยต้องรักษาโรคแทรกซ้อนที่พบร่วมกับ

ภาวะการเสพติด ตลอดจนเป็นการช่วยลดภาระทางสังคม และครอบครัวอันเกิดจากการกระทำต่างๆ ของผู้เสพสารเสพติด

เป้าหมายในการบำบัดรักษามีอยู่หลายระดับ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการยอมรับของสังคมในขณะนั้น ระดับต่างๆ ของเป้าหมาย ได้แก่

1. เลิกเสพสารเสพติดได้ทุกชนิด

2. มีการเสพที่ยอมรับได้ เช่น ดื่มสุราเป็นครั้งคราว สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง การใช้ยานอนหลับนานๆ ครั้ง

3. ยังมีการเสพติดแต่เป็นตัวยาที่แพทย์ให้ในความควบคุม เช่น การใช้ methadone Maintenance ซึ่งควรใช้ในรายที่เหมาะสมเท่านั้น

4. ยังมีการเสพสารเสพติดแต่อยู่ในภายใต้การควบคุมดูแล สำหรับบางประเทศอาจยอมให้เสพสารเสพติดบางประเภท เช่น กัญชา อยู่ในความควบคุมของรัฐบาล ในบางประเทศถึงกับทดลองให้มีการเสพเฮโรอีนภายใต้การควบคุม เพื่อกำจัดตลาดมืดและอิทธิพลเถื่อนต่างๆ และลดการแพร่เชื้อโรค โดยเฉพาะโรคเอดส์และตับอักเสบจากไวรัส

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด เป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ติดยาและสารเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้ และกลับคืนสู่สังคม ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ขั้นตอนทั้งหมดมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว ผู้ป่วยหลายรายจะไม่ยอมมารับการบำบัดรักษาจนกว่าจะรู้สึกว่าตัวเองควบคุมการใช้ยาไม่ได้ ต้องใช้ยาปริมาณสูง หรือมีโรคแทรกซ้อนจากสารเสพติด หรือถูกบังคับให้มารักษาโดยญาติ หรือตำรวจ มีเพียงบางส่วนที่คิดว่าการติดสารเสพติดทำให้เกิดปัญหากับตนเอง ครอบครัว และสังคม ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้สัมฤทธิ์ผลได้ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูง และยอมรับว่าตนเองจำเป็นที่จะต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยจะต้องทำความตกลงกับผู้มาบำบัดรักษาให้ยอมรับที่จะเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง และนอกจากตัวผู้ป่วยแล้ว จะต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ขั้นตอนนี้จะแล้วเสร็จภายใน 1-7 วัน

2. การถอนพิษยาเสพติด (Detoxification) ขั้นตอนนี้ เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดในสถานพยาบาลจึงเรียกระยะนี้ว่าระยะบำบัดด้วยยา การถอนพิษยาจริงๆ แล้วไม่ใช่การรักษาพิษตกค้างในร่างกาย แต่

เป็นพิษที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ซึ่งทำให้ผู้ติดยามีอาการขาดยาที่ต้อง การยาหรือทรมานอย่างรุนแรง

ดังนั้นทางการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดจึงถือว่าการถอนพิษยานี้ เป็นการบำบัดอาการอยากยา หรืออาการขาดยาเพื่อให้ผู้ติดยาสามารถผ่านระยะนี้ไปได้ โดยไม่มีโรคแทรกซ้อน หรืออาการขาดยาที่ทรมานมากเกินไป และสามารถงดหรือหยุดยาที่เสพประจำ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งยาต่อไปอีก

ยาเสพติดแต่ละชนิดจะมีอาการอยากยาและอาการขาดยา ไม่เหมือนกันทั้งในแง่ของอาการที่เกิดขึ้น และระยะเวลาที่เกิดอาการ การถอนพิษยาสำหรับยาเสพติดชนิดต่างๆ จึงไม่เหมือนกัน บางชนิดก็ง่าย บางชนิดก็ยาก การถอนพิษยามีหลายวิธีการดังต่อไปนี้

2.1. หักดิบ วิธีนี้ใช้กันมาตั้งแต่สมัยโบราณ เป็นการให้ผู้ติดยาเลิกยาเสพติดในทันทีโดยไม่ต้องมีการใช้ยาหรือความช่วยเหลือใดๆ อาจจะมัดหรือขัง ผู้ติดยาไว้เพื่อไม่ให้หนีอาละวาดหรือไปหายามาเสพ เมื่อพ้นระยะถอนพิษยา จึงปล่อยออกมา วิธีการนี้เหมาะสำหรับบางสถานการณ์และใช้กับผู้ที่อายุไม่มากนักและไม่มีโรคแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุหรือมีโรคแทรกซ้อน อาจมีอันตรายเกิดขึ้นได้ในระหว่างหักดิบ

2.2. การให้ยาทดแทน วิธีการนี้จะใช้ในผู้ติดยาเสพติดตระกูลฝิ่น เนื่องจากผู้ติดยา กลุ่มนี้จะมีอาการอยากยารุนแรงที่สุด เมื่อเทียบกับยาเสพติดให้โทษชนิดอื่นๆ จึงมักให้ยาทดแทนเพื่อระงับอาการอยากยา ไม่ให้ผู้ป่วยทรมานเกินไป ยาที่จะใช้ทดแทนได้จะต้องมีฤทธิ์คล้ายยาเสพติด แต่จะต้องมีปัญหาเรื่องการเสพติดน้อยหรือไม่มีเลย ยาที่นิยมใช้ คือ เมธาโดน ซึ่งเป็นยาสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น แต่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน มีปัญหาเรื่องการเสพติดน้อยกว่า การให้ยาทดแทนโดยใช้เมธาโดน แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ แบบลดขนาด และแบบระยะยาว สำหรับแบบลดขนาดจะมีเมธาโดนเป็นหลัก โดยจะใช้ยาในขนาดที่สูงในวันแรกๆ และจะค่อยๆ ลดขนาดลงโดยปกติมักใช้เวลา 14 - 21 วัน ส่วนแบบระยะยาวจะให้ค่อยๆ เพิ่มเมธาโดนจนถึงขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยทนได้ และจะให้ยาในขนาดนั้นตลอดไป

2.3. การให้ยารักษาตามอาการ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ยังเสพติดไม่มากนัก หรือติดยาเสพติดที่อาการถอนพิษยาไม่รุนแรง เช่น กัญชา ยาบ้า สารระเหย ยาที่ให้มีหลายประเภท เช่น ยานอนหลับ, ยาต้านโรคจิต, ยาต้านอาการซึมเศร้า, ยาลดอาการปวดเมื่อย, สารน้ำและเกลือแร่ตามแต่อาการเป็นรายๆ ไป วิธีนี้ดีในแง่ของการไม่ใช้ยาเสพติดประเภทเมธาโดน เพราะเมธาโดนเองก็อาจจะมีปัญหาในการเสพติดได้

2.4. การใช้ยาสมุนไพร ใช้กันตามสำนักสงฆ์ที่รักษาผู้ติดยาเสพติดหลายแห่ง รวมไปถึงสถานพยาบาลผู้ติดยาเสพติดของเอกชนบางแห่งที่ใช้สมุนไพรเป็นหลัก สมุนไพรที่ใช้กัน

ส่วนใหญ่มักจะออกฤทธิ์ทำให้อาเจียน,ถ่ายท้อง โดยบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นการขับพิษหรือล้างพิษยาเสพติด สมุนไพรบางตัวออกฤทธิ์หลอนประสาท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนระหว่างทำการรักษา แต่จะจำช่วงที่มีอาการขาดยาไม่ได้ เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนดังกล่าว นอกจากนี้สำนักสงฆ์อย่างเช่นที่ วัดถ้ำกระบอก ต้องสาบาน รับถือสัจจะ “ว่าจะไม่สูบไม่เสพไม่ส่งเสริมให้ผู้อื่นสูบหรือเสพ” ซึ่งถือเป็นข้อดีอีกอย่างหนึ่งด้วย

2.5. การฝังเข็ม เป็นที่ยอมรับกันตั้งแต่สมัยโบราณของจีนแล้วว่าการฝังเข็มสามารถรักษาโรคต่างๆ และระงับปวดได้ ปัจจุบันการฝังเข็มก็ยังเป็นที่ยอมรับกัน ทั้งในและนอกประเทศจีน การฝังเข็มที่หูมีความสำคัญในการรักษาผู้ติดยาเสพติดผู้ที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ติดยาคนแรกคือ พอล โนเจีย (Paul Nogier) ต่อมาได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ โดยมีการต่อเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าเข้ากับเข็มด้วยและได้จุดต่างๆ ทั่วร่างกายเพิ่มขึ้นนอกจากจุดที่หูด้วย ปัญหาสำหรับการฝังเข็มก็คือ ต้องอาศัยผู้ชำนาญการ ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการฝังเข็ม หรือกระตุ้นไฟฟ้าตามจุดต่างๆ วันละหลายครั้ง จึงจะระงับอาการถอนพิษยาได้ จึงทำให้วิธีนี้ไม่แพร่หลายออกไปในวงกว้าง

2.6. การถอนพิษยาระยะสั้น (Ultra rapid detoxification) วิธีนี้ใช้หลักการที่ว่าในผู้ติดยาเสพติดประเภทฝิ่น หรือเฮโรอีน เมื่อได้รับยาต้านฤทธิ์ฝิ่น เช่น นาลเทร็กโซน (Naltrexone) ผู้ป่วยจะมีอาการถอนพิษยาที่รุนแรงขึ้น แต่จะมีระยะเวลาที่สั้นลง จากการศึกษาทดลองพบว่า จะมีระยะถอนพิษยาประมาณ 6 - 24 ชั่วโมง ในการถอนพิษยาแบบนี้ จึงเริ่มด้วยการให้ยาต้านฤทธิ์ฝิ่น พร้อมกับการดมยาสลบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทรมานจากอาการถอนพิษยา จะเห็นได้ว่าวิธีนี้ดีในแง่ของการใช้ระยะเวลาที่สั้นมาก เมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ แต่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ใช้บุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านดมยาสลบ ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแบบเดียวกับการดมยาสลบทั่วไป ซึ่งมีความเสี่ยงผลการรักษาที่ได้จะไม่ต่างกับการถอนพิษยาวิธีอื่นๆ หากไม่มีการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจร่วมด้วย ดังนั้นหากจะนำมาใช้ในการถอนพิษยาของประเทศไทย คงต้องพิจารณา ข้อดีข้อเสีย ให้รอบคอบ

นอกจากวิธีถอนพิษยา 6 แบบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีผู้ทำการศึกษาวิธีอื่นๆ อีกหลายวิธี เช่น การช็อคไฟฟ้า , คาร์บอนไดออกไซด์บำบัด, ฮอร์โมนบำบัด, ภูมิคุ้มกันบำบัด เป็นต้น วิธีต่างๆ เหล่านี้เคยมีการทดลองในอดีต ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยม เพราะได้ผลไม่ดีกว่าการให้ยาทดแทน บางวิธีก็มีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

ทั้งนี้ การถอนพิษยาไม่ว่าวิธีใดจะใช้เวลาไม่เกิน 45 วัน หากนานกว่านี้ ต้องยื่นขออนุญาตต่อกรมการแพทย์ ในระหว่างบำบัดรักษาควรสังเกตอาการและพฤติกรรมต่างๆ ได้ อาการอยากยา, อาการขาดยา, โรคแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจ, ความตั้งใจในการรักษา, บุคลิกนิสัย หรือจุดประสงค์แอบแฝง เช่น เป็นผู้จำหน่ายสารเสพติดเสียเอง กิจกรรมที่จัดขึ้นในขั้น

ถอนพิษยา เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคิตที่ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เพื่อเสริมกำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษาหรือร่วมแก้ปัญหาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ประสบความล้มเหลวหันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก จะให้โอกาสมาสมัครรับการบำบัดรักษาใหม่อีก ทั้งนี้ผู้บำบัดรักษาต้องมีความเข้าใจว่ากระบวนการบำบัดรักษาอาจไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดได้ในครั้งเดียว ในผู้ที่เลิกได้เด็ดขาดหลายๆ รายก็เคยกลับไปเสพใหม่ไม่ต่ำกว่า 3 – 4 ครั้ง ดังนั้นต้องไม่ท้อใจ หรือเบื่อหน่าย หรือคาดหวังผลการรักษาจากการถอนพิษยา เพียงครั้งเดียวไว้สูงนัก แต่ถ้าหากมีการติดซ้ำบ่อยๆ ก็ต้องปรับมาตรการณ์, แนวคิดและวิธีการรักษาใหม่

3.การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาในขั้นนี้ถือเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา มุ่งเน้นที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และพฤติกรรมเป็นหลัก จุดประสงค์หลักของการรักษาในขั้นนี้ คือ การป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนที่ต้องใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลที่แท้จริง และยากที่สุดในกระบวนการรักษาด้วยกัน ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพได้นานเท่าไร โอกาสติดซ้ำก็ยิ่งน้อยลง โดยทั่วไปถ้าพ้น 3 เดือน การติดซ้ำจะน้อยลง แต่ถ้ามากกว่า 1 ปี ผลการรักษาก็จะดีขึ้นอีก

การรักษาในขั้นตอนนี้จะอาศัยจิตบำบัด ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล, อาชีวบำบัด, ครอบครัวบำบัด, การแก้ไขสภาพแวดล้อม และปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย ควรใช้กระบวนการเหล่านี้ร่วมๆ กันไป ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบำบัดรักษาและผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป บางแห่งอาจให้การรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ โดยไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แต่โดยทั่วไปแล้วเรามักจะใช้รูปแบบที่ชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงหลักการและจุดมุ่งหมายของการรักษาอย่างชัดเจนและเป็นกระบวนการต่อเนื่องสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและการบำบัดรักษาหลายๆ อย่าง รูปแบบที่ใช้ในขั้นตอนนี้มีหลายแบบ เช่น ชุมชนบำบัด (Therapeutic Communities) , Alcoholic Anonymous , Narcotic Anonymous (ซึ่งใช้ 12 – step Self Help group) แต่รูปแบบที่นิยมและได้ผลค่อนข้างดีในประเทศไทยคือ ชุมชนบำบัด

4. การติดตามหลังรักษา การติดตามหลังรักษาจากฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้ว ถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายและเป็นขั้นที่สำคัญ ซึ่งหมายถึง การติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเสริมสร้างกำลังใจ แนะนำให้ความช่วยเหลือ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้ติดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีกต่อไป ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1-5 ปี ซึ่งวิธีการติดตามหลังรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

4.1. วิธีโดยตรง หมายถึง ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผลการรักษาได้ลึกซึ้ง พร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง การติดตามวิธีโดยตรง มีหลายแบบ เช่น

4.1.1 นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ่อยมาก แต่สะดวกต่อสถานพยาบาล

4.1.2 พบผู้ป่วยที่บ้าน วิธีนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้าหรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีนี้สิ้นเปลืองทั้งเวลา กำลังคนและงบประมาณ

4.1.3 นัดพบกันครึ่งทาง สำหรับบ้านของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ไปมาไม่สะดวก การนัดพบกันครึ่งทางก็เป็นวิธีที่เหมาะสม เช่น พบกันที่ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า วัด

4.1.4 นัดพบผู้ป่วยที่ทำงาน เป็นวิธีที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ นายจ้างมักไม่ชอบให้มีการรบกวนเวลางาน ผู้ป่วยเองอาจไม่อยากให้ผู้ร่วมงานทราบว่ายังอยู่ในขั้นตอนการรักษายาเสพติด ผู้ป่วยบางรายที่ประกอบอาชีพอิสระ การนัดแบบนี้อาจจะมีความเหมาะสม

4.2 วิธีโดยอ้อม วิธีนี้ผู้ติดตามผล ไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พูดคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ญาติวิธีนี้ค่อนข้างสะดวกไม่เสียเวลาทั้งสองฝ่าย แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน การให้คำปรึกษาแนะแนวทำได้ไม่สมบูรณ์มากนัก และแบบสอบถามก็มักจะไม่ได้รับการตอบกลับ

สรุป การรักษาผู้ติดสารเสพติดปัจจุบันการให้การบำบัดรักษามี 4 ขั้นตอน การเตรียมการ การถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามหลังรักษา และในขั้นของการถอนพิษยามีวิธีการหลายรูปแบบได้แก่การ หักดิบ การให้ยาทดแทน การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพรเป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ให้การบริการ และสภาพผู้ป่วยรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยในการเลือกวิธีบำบัดด้วย ในทางการแพทย์ปัจจุบันการรักษายาบ้าในระยะถอนพิษยานั้นเนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรงเช่นสารตระกูลฝิ่น จึงใช้การให้ยารักษาตามอาการในสถานพยาบาลจึงเรียกขั้นตอนนี้ว่า ระยะบำบัดด้วยยา

2.3 อาการและโรคแทรกซ้อนของผู้เสพยาบ้า

ปัจจุบันพบว่ายาเสพติดที่แพร่หลายในหมู่วัยรุ่น ได้แก่ ยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติด ประเภท 1 ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาน เมื่อผู้เสพ เสพเข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดอาการได้ดังนี้

1. เสพขนาดน้อยทำให้แจ่มใส ทำงานกระฉับกระเฉง ความคิดว่องไว เคลื่อนไหวตลอดเวลา

2. อาการเป็นพิษเฉียบพลัน ใจสั่น แน่นหน้าอก ไข้สูง ความดันโลหิตสูง, ทำให้ชัก หรือเส้นเลือดในสมองแตก ผู้เสพจะเสียชีวิตด้วยอาการดังกล่าว

3. ขณะที่เสพยาผู้เสพอาจมีอาการเมายา, พูดพร่ำเรื่อยเปื่อย, ไม่อยากหลับนอน ไม่อยากกินอาหาร ทำท่าทางซ้ำๆ บางรายหวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน

4. หลังหมดฤทธิ์ยาผู้เสพอาจมีอาการง่วงนอน ซึม หรือซึมเศร้า หากรุนแรงอาจคิดฆ่าตนเองได้

5. การเสพยากระตุ้นประสาท ไม่ว่าจะติดหรือไม่ก็ตามอาจมีอาการทางจิต หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขนาดรุนแรงได้ ทั้งในขณะเสพหรือไม่เสพก็ได้ ซึ่งขึ้นกับ ส่วนผสมของยาที่เสพ, ระยะเวลา, วิธีและปริมาณยาที่เสพ การตอบสนองของร่างกายและสมองของผู้เสพที่แตกต่างกันอาการก็แตกต่างกัน

ในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดต้องนึกเสมอว่าผู้ป่วยไม่ได้มีแค่การเสพติดเท่านั้นแต่ควรจะดูด้วยว่าผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนจากการเสพสารเสพติดหรือไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจอย่างไรบ้างซึ่งมักจะพบร่วมกันเสมอๆและควรให้การรักษาไปพร้อมๆกันดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยโรคแทรกซ้อน และโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า ให้ได้อย่างถูกต้องเพื่อผลที่ดีในการรักษาต่อไป สำหรับโรคแทรกซ้อน และโรค ที่พบร่วมกับ การเสพยาบ้า แบ่งได้เป็น 2ประเภทใหญ่ๆ คือ โรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและ โรคแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ

1. ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย (Medical complication) ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ประการเช่น วิธีการเสพ กิน สูบ หรือฉีด ปริมาณยาที่ใช้ ระยะเวลาที่ยาสารเสพติดอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกันโรคและอาการที่พบ ได้แก่

1.1 สมองและระบบประสาท อาการชัก เส้นเลือดสมองตีบ แตก และอาจพบประสาท ตาเสื่อม

1.2 หลอดเลือดและหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ความดันเลือดสูง การรักษาเช่นเดียวกับการรักษามาตรฐานตามปกติ แต่การให้ยา Lidocain ในกรณีหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะต้องระวังเกิดการชัก

1.3 การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น จากการกระตุ้นSympathoadrenal system แต่อุณหภูมิส่วนกลางของร่างกายลดลง จากการกระตุ้น Anterior hypothalamus

1.4 ทางเดินหายใจและปอด อาจพบ Acute Pulmonary Congestion จนถึง Acute pulmonaryedemaและบางรายที่เสพ เรื้อรังนานๆ พบเป็น ถุงลมโป่งพองเรื้อรัง

1.5 กล้ามเนื้อ และไต อาจพบ อาการปวดกล้ามเนื้อ Acute rhabdomyolysis น้อยรายที่จะพบไตวายเฉียบพลัน

1.6 กระเพาะ และลำไส้ อาจพบปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาจจากขาดเลือดไปเลี้ยง

1.7 ภาวะทุโภชนาการเนื่องจากเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะไม่หิว กินอาหารน้อยลง

1.8 มีผื่นลมพิษขึ้นตามร่างกาย ทำให้ผมร่วง

1.9 พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้มากขึ้นโดยเฉพาะโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากว่าผู้ป่วยมักมีเพศสัมพันธ์ โดยขาดการป้องกัน บางรายมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับยาบ้า หรือหาเงินไว้เสพยาบ้าและผลจากยาเองทำให้ความรู้สึกทางเพศมากขึ้น ในรายที่ใช้ยาบ้ามานานๆกลับจะพบว่าสมรรถภาพทางเพศ เสื่อมลง ในชายอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวไม่หลั่งน้ำอสุจิ ในหญิงประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ โอกาสมีบุตร น้อยกว่าคนปกติ ในบางรายต้องหยุดยา เป็นเวลานานกว่าจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

1.10ในหญิงตั้งครรภ์ที่ ติดยาบ้า พบทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ และบางรายมีอาการเซื่องซึม จนต้องใส่สายอาหารแทนการให้เด็กดูดนมเอง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อลูกที่เกิดมาโตขึ้นมีบุคลิกภาพ ที่ก้าวร้าว น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

1.11 ภาวะการเจริญเติบโตในเด็กไม่สมวัย การเจริญเติบโตของเด็กจะหยุดชะงัก เมื่อเสพยาบ้าในกรณีนี้ ให้บำบัดรักษาการเสพติดให้หายขาด เพื่อให้มีการเจริญเติบโตต่อไป

1.12 ในรายที่ใช้วิธีการฉีดก็พบโรคแทรกซ้อนแบบเดียวกับยาเสพติดตัวอื่นๆ ที่เสพโดยการฉีด ได้แก่

1.13 โรคแทรกซ้อน จากการใช้เข็มและน้ำไม่สะอาดหรือมีส่วนผสมที่ไม่บริสุทธิ์ เช่นฝีบริเวณที่ฉีด การติดเชื้อในกระแสโลหิต, ลิ้นหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ ปวดบวมซึ่งมักพบว่าเป็นเชื้อStaphylococcus ซึ่งปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ของเชื้อนี้เป็นชนิดที่ดื้อยา

1.14 โรคแทรกซ้อน จากการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น ได้ แก่ โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคเอดส์, โรคตับอักเสบชนิด B C และ D ฯลฯ

2. ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ(Psychological complication)

การให้การวินิจฉัยภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจในผู้เสพยาบ้า อาจจะมีปัญหายุ่งยากอยู่บ้างเนื่องจากในระยะแรก ยังจะให้ การวินิจฉัยที่แน่นอนยังไม่ได้จนกว่าจะหมดฤทธิ์ยาเสียก่อนโดยทั่วไปควรรอจนถึง 2-4 สัปดาห์

ปัญหาอีกแง่หนึ่งของการวินิจฉัย คือ ความผิดปกติทางด้านจิตใจนั้น เป็นเหตุหรือเป็นผลของการเสพยาบ้า ซึ่งการแยกความแตกต่างนี้จะช่วยในการรักษา ถ้าเป็นเหตุ ของการติดยาเราต้องรักษาความผิดปกตินี้ต่อไป ไม่เช่นนั้นก็จะเป็นเหตุให้ไปเสพยาซ้ำอีก แต่ถ้าหากเป็นผลของการติดยาเมื่อรักษาการติดยาแล้ว ความผิดปกติทางจิตใจนั้นจะดีขึ้น จนกลับเป็นปกติได้

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจที่อาจพบร่วมกับการเสพยาบ้า ได้แก่

2.1 โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนแบบแมเนีย โรคหวาดระแวง

2.2 โรคจิตจากพิษของสาร (Toxic psychosis) เกิดหลังจากใช้นาน และขนาดสูง (100 mg ต่อวัน)หรือบางราย ใช้ขนาดสูงมาก แม้ใช้ไม่นานบางรายงาน พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วย มีความผิดปกติด้านจิตใจอยู่แล้ว เช่น จิตเภท

2.3 อาการโรคจิต หรือหวาดระแวง มักเกิดตามอาการ หลงผิด และประสาทหลอน ระยะแรกอาจมีอาการเพียงชั่วครู่ (Transient) ซึ่งถ้าผู้เสพลดยาที่เสพ หรือใช้สารอื่นทดแทนอาการโรคจิตก็หยุดไปอาการโรคจิตจากยาบ้าจะมีอาการเด่นที่พบมากที่สุดคืออาการหวาดระแวง มีความหวาดกลัวหลงผิดและประสาทหลอน แต่จะมีลักษณะเหมือนกับว่าระบบความคิดยังปกติ พูดคุยได้

2.4 อาการประสาทหลอน พบทั้ง การได้ยิน (Auditory hallucination) และการเห็น (Visual hallucination)ระยะแรกผู้เสพจะรู้สึกว่ามีความสามารถพิเศษมองเห็นภายในของสิ่งของได้(Subspicio)อาจพยายามจ้องมองผู้อื่น ระยะต่อมาผู้เสพจะรู้สึกว่ามีใครเฝ้ามองอยู่ และถูกคอยติดตามเมื่อยังเสพยาต่อไปอีกจะมีประสาทหลอนทางการเห็น ระยะสุดท้ายผู้เสพมีอาการทางจิตเต็มที่ ไม่รู้ตัวหลงผิดอย่างเต็มรูปแบบ จะมีความไวและรุนแรงกับสิ่งกระตุ้นมาก ถ้ารู้สึกว่า ยิ่งโดนคุกคาม หรือกลัวเพิ่มขึ้นอาจคลุ้มคลั่ง ไม่รู้ตัว และกระทำสิ่งที่รุนแรง จนถึงฆ่าบุคคลในครอบครัวได้ ในส่วนความจำและการรู้สึกตัวของโรคจิตจากยาบ้ามักยังมีดีอยู่ ผู้ป่วยมักจำว่าเกิดอาการโรคจิตได้ และในส่วนความคิดมักเสียน้อยและชั่วคราวบางรายซึ่งเสพยาขนาดสูงจะมีอาการ

แปลกๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศบางรายอาจมีอาการแบบสัมผัสลวงหรือได้กลิ่นหลอก (Tactile and olfactory hallucinations)ซึ่งพบได้น้อยมากในโรคจิตเภทบางรายอาจพบอาการที่เรียกว่า “Sign de magnan”คือผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีสัตว์เล็กๆเช่น มด หรือแมลงมาไต่ตามผิวหนังที่แขนขา หรือตามตัวอาจมีความรู้สึกคัน หรือรู้สึกเหมือนยา ได้ แทรกซึมอยู่ใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยบางรายพยายามใช้เข็มแทงผิวหนังเพื่อจะเอาสิ่งที่คิดว่าอยู่ภายใต้นั้นออกมา จนเกิดเป็นรอยแผลเป็น โดยทั่วไปบางรายมีอาการมาก เป็น Paranoia delusion จากการศึกษาอาการแสดง พบว่ามี Paranoid delusion ร้อยละ 80 ประสาทหลอน ร้อยละ 70 Disoriented ร้อยละ 7 ทั้งหมดมักมีอาการตื่นเต้น และอยู่ไม่เป็นสุขเมื่อหยุดเสพยาบ้าอาการโรคจิตหายไปเองได้ใน 1 สัปดาห์ ประสาทหลอนหยุดใน 24-48 ชั่วโมงหวาดระแวง และหลงผิดลดลงใน 1-2 สัปดาห์

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

ผู้ป่วยติดสารเสพติด มีความซับซ้อนของปัญหาต่างๆมากมาย การให้การดูแลช่วยเหลือที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกเป็นเรื่องยาก ผู้ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ดังนั้นแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพของผู้ติดสารเสพติดในลักษณะต่างๆ ในอันที่จะส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้คือ(สมจิตต์ วงษ์ปา,2544)

1 ด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จนกระทั่งถึงระดับที่ต้องการการดูแลในขั้นวิกฤติ

1.1. การดูแลเรื่องการขาดยา(Withdrawal) และอาการเกิดพิษ(Intoxication)

1.1.1. ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับสารเสพติดมากจะต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัดสัญญาณชีพ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน และให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน จัดให้อยู่ในบริเวณที่จะให้การดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ควรให้มีคนดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลอาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพราะผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้

1.1.2. ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอื่นๆเช่น ยาบ้า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิตได้ เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ในเบื้องต้นจะต้องลดการใช้พลังงานของ

ผู้ป่วยในการทำกิจกรรมลดสิ่งกระตุ้นทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจจะต้องทำการผูกมัด

1.2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยาหรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษ(Detoxication) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรืนรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

1.3. การปฏิบัติการเรื่องอาหาร จะเป็นส่วนที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการบำบัดเบื้องต้นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแนะนำว่า ควรเติมกรดอะมิโน (Amino acid) ในอาหาร เพื่อช่วยในการสร้างสาร neurotransmitters กรดแอสโคบิค (ascorbic acid) และกรดโฟลิค (folic acid) นั้นมีความจำเป็นต่อการเผาผลาญ Tyrosine มีการค้นพบว่า Tropamine ซึ่งเป็น ตัวหนึ่ง จะช่วยยับยั้งการทำลายของ neuropeptide ซึ่งมีผลต่ออาการอยากยา (Craving) ได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นจึงควรให้อาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูงในผู้ป่วยติดสารเสพติด

1.4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นโดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการออกกำลังการเช่นการวิ่ง จะทำให้ร่างการหลั่งสารเอ็นโคฟีน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติทำให้มีความเคลิ้มสุข แทนที่จะมีความเคลิ้มสุขจากสารเสพติด

1.5. ระยะพักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่น ได้ฝึกนิสัย ให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

2. ด้านจิตใจ

1.1. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่างๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเอง ทนอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาต่อต้านคนอื่นที่ไม่ชอบตนผู้ดูแลจะต้องเข้าใจการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุข และทำให้เขารู้สึกมีคุณค่า

2.2. ฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดซ้ำขั้นแรก คือให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่า การที่เขาเสพสารเสพติดเป็นเพียงเพื่อหลีกเลียงความเจ็บปวดทางอารมณ์เท่านั้น ขั้นต่อไปให้ผู้ป่วยพิจารณาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพสารเสพติดสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพสารเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการ อาจจะเป็นจากอดีต ที่นำมาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพสารเสพติด คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา

2.3. สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

2.4. การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นผู้มีศักดิ์ศรี โดยให้ทบทวนถึงการเสพสารเสพติด และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ส่งเสริมประสบการณ์ทางบวก และตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีกว่านี้ถ้าปราศจากสารเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวัง ความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดี ให้มองถึงอนาคตข้างหน้า และมีความเชื่อมั่น

3. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

3.1. การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของผู้ติดสารเสพติด การสอนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมที่ปลอดสารเสพติด ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้อื่น และรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพ ให้เขารู้สึกว่า เขาไม่ได้อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว

3.2. การทำงาน ให้คำแนะนำในเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไป หรือหางานใหม่ อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม

3.3. การมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจกันเพิ่มมากขึ้น และครอบครัวสามารถที่วางแผนรองรับเมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดให้ได้ผลดี ต้องดูผู้ป่วยอย่างองค์รวม โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการทั้งทางด้าน ร่างกาย และอาการทางจิตร่วมด้วย การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านร่างการ ด้านจิตใจและด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

3.การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา

การให้การดูแลผู้ติดสารเสพติดซึ่งส่วนมากมักจะมีการเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้คุณภาพโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีม จากทีมสหวิชาชีพ

ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการจัดการที่เหมาะสม เนื่องจาก มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของทีมผู้ให้บริการ โดยมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และใช้แผนการดูแลล่วงหน้าที่สร้างขึ้นเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร การประสานงานก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสะดวกรวดเร็วการทำงานไม่ล่าช้า แก้ปัญหาได้เร็ว การกำกับติดตาม และการประเมินผล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ตามที่ผู้ป่วย ญาติและทีมสหวิชาชีพคาดหวังไว้

3.1 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. บุคลากรในทีม(Multidisciplinary Team) ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ป่วยรายกรณี นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลต่างๆระหว่างบุคลากรในทีม ตั้งแต่รับใหม่ผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย และ ให้ความร่วมมือในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แพทย์เจ้าของไข้ ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา ตามแนวทางClinical Pathway ที่สร้างร่วมกัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี หรือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาหารือ อภิปรายปัญหาและวางแผนการรักษาพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เขียนใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ เช่น ใบบันทึกแพทย์ ใบรับรองแพทย์

เภสัชกร ปรึกษาหารือร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ในเรื่องของการใช้ยาที่สอดคล้องกับอาการขาดยาของผู้ป่วยและในประเด็นต่างๆ เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องชนิดของยา ขนาดยา ราคายาและเวชภัณฑ์ต่างๆที่ต้องใช้กับผู้ป่วย ร่วมอภิปรายปัญหาความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกรับคำสั่งการรักษาของแพทย์และดำเนินการเตรียมผู้ป่วยเช่น ส่งตรวจ Lab ต่าง, X-ray ซักประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย ประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย/ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษารวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวต่างๆ

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย รับมอบหมายการดูแลผู้ป่วยจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยอยู่ในความดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลหัวหน้าเวร ร่วมรับส่งเวรกับทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ประเมินความต้องการของผู้ป่วยหากมีเพิ่มเติมจากแผนการดูแลล่วงหน้ารายงานพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี ปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าของทีมสหวิชาชีพ จดบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกความแปรปรวน ให้ความรู้ ,คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนการดูแลล่วงหน้า,หรือความรู้อื่นตามความเหมาะสม ติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี/หัวหน้าหอผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติงานทำหน้าที่แทนผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ออกข้อคิดเห็นต่างๆในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังในแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่เข้ามาปฏิบัติงานในเวรถัดไป ประเมินแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และระบบการจัดการเพื่อปรับปรุงต่อไป นักสังคมสงเคราะห์ ซักประวัติ ประเมินสภาพจิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา(Clinical Pathway)ที่วางไว้ ให้คำปรึกษาในเรื่องของปัญหาครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว แก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือทีมสหวิชาชีพ ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆที่จะเอื้อประโยชน์ หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในเรื่องเศรษฐกิจได้

นักจิตวิทยา ซักประวัติ ประเมินสภาพจิตใจ และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัด หรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว ทำแบบทดสอบและตรวจสอบทางจิตวิทยาในรายที่จำเป็น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวแก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือทีมสหวิชาชีพ ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น

2. แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด(Clinical Pathway) เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาโดยทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่แต่ละวิชาชีพเป็นผู้กระทำ โดยกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดในแต่ละช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงกำหนดสิ่งที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลร่วมกันและมีทิศทางเดียวกัน

3. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี(Nurse case manager) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและประสานงานในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่ ตั้งแต่ รวบรวมข้อมูล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว และร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical pathway)ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้อภิปรายถึงแผนการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน กำกับติดตามเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ที่กำหนดของแต่ละช่วงเวลา กรณีที่เกิดปัญหาไม่เป็นตามแผนหรือมีความแปรปรวนจะต้องรวบรวมข้อมูลแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข ร่วมประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

คุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด มีความรู้และประสบการณ์ผ่านการฝึกอบรมในด้านการบริหารจัดการ มีความรู้ความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เนื่องจากมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและเพื่อขจัดข้อจำกัดเรื่องความเที่ยงของการปฏิบัติ

บทบาทหน้าที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงและจะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้นๆ ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้

1. เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2. เป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด

3. อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

4. เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

5. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและต่อเนื่อง

6. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาลทุกวัน

7. ติดตามประเมินความก้าวหน้า และผลการดูแลรักษาตามที่วางไว้

8. เป็นผู้ติดตามควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน

9. ถ้าหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เป็นผู้บันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไข

10. เป็นผู้นำประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในกรณีเกิดความแปรปรวน

11. เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ

12. เป็นผู้ประสานถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล

13. สรุปผลการดูแลและประเมินผลระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.2 ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบ มีขั้นตอนในการจัดการ 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วย และความต้องการการดูแล ตัดสินใจสั่งการให้การดูแลโดยใช้แผนการดูแล หากมีปัญหาโทรปรึกษาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อตัดสินใจ แจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway)ในรายละเอียดปลีกย่อยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2. ขั้นตอนการประสานงาน ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

3. ขั้นตอนการติดตามกำกับ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลกำกับ ทบทวน clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง ติดตามให้ดำเนินงานไปตามแผนและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทีมสหวิชาชีพตามแผนที่วางไว้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแลล่วงหน้าและลงบันทึกอาการต่างๆ หากพบความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไม่เป็นไปตาม

แผนที่วางไว้เรียกว่า ความแปรปรวน ให้ลงบันทึกความแปรปรวนนั้น ในใบบันทึกความแปรปรวนรวมถึงการแก้ไขที่ได้กระทำหรือรายงานพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทันที

4. ขั้นตอนการประเมินผล เป็นการประเมินผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามดูกิจกรรม ตามที่กำหนดไว้ทุกวัน หากการดูแลไม่เป็นไปตามแผนหรือมีความแปรปรวน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจดบันทึก และค้นหาสาเหตุ รายงานให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมหาทางแก้ไข ทีมสหวิชาร่วมกันประเมินผลการดูแล 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และระบบการจัดการเพื่อนำมาปรับปรุงหลังผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

4. ความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2530 ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกสมใจ ชอบใจ

พจนานุกรมของเวบสเตอร์(New Webster's, 1985) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ปฏิกิริยาหรือระดับความพึงพอใจในการได้รับความสำเร็จ การตอบสนองความต้องการ การทำให้พอใจ ความยินดีที่ได้รับความสำเร็จ การได้รับค่าตอบแทน การได้รับการผ่อนผัน ได้รับโอกาสในการปรับปรุงแก้ไขการกระทำผิด

Risser (1975) ได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนองพฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียดหรือความกระวนกระวายหรือภาระไม่สมดุลในร่างกาย เมื่อสามารถขจัดสิ่งต่างๆ ดังกล่าวออกไปได้ มนุษย์ย่อมจะได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ

Maslow(1970) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ และความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด เป็นธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับการกระทำก็จะปลุกเร้า แล้วเกิดความพึงพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับ

ความต้องการ หรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูง

โดยสรุปความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกชื่นชอบ สมใจ ในการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ

4.1 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

การบริหารจัดการในองค์กร เพื่อให้เกิดงานที่มีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้บริหารต้องคำนึงถึง เนื่องจากความพึงพอใจในงานเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเต็มความสามารถ และลดอัตราการเข้าออกงาน วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนดังนั้นผู้บริหารควรตระหนักถึงจุดนี้ด้วย การประเมินความพึงพอใจในงานมีองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งมีผู้ได้ศึกษาไว้ดังนี้

เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ(2540:10)กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่าเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก ที่มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกชอบงานของคนคนนั้น จะขึ้นอยู่กับว่างานนั้นได้ทำให้บุคคลนั้นได้รับความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้มีชีวิตอยู่รอด หรือสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย สิ่งที่ขาดหายไประหว่างงานที่เสนอให้ทำกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับเป็นรากฐานแห่งความพอใจและความไม่พอใจได้

ธงชัย ตันติวงษ์(2533:48) กล่าวว่าความพึงพอใจในงานหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลภายในกลุ่มและฐานะความเป็นอยู่ของเขาเหล่านั้น เป็นเรื่องของการพิจารณาว่าเขาควรได้รับความพอใจชนิดไหน อย่างไร เช่น ด้านงานที่ทำ อัตราค่าจ้าง เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

Herzberg(1959) ทำการศึกษาสาเหตุความพึงพอใจในการทำงานของวิศวกรและพนักงานบัญชีในโรงงาน ด้วยวิธีสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตลอดจนความเป็นอยู่ ผลการศึกษา ได้เสนอถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจตามทฤษฎี 2 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจ(Motivation factors)หรือตัวสร้างความพึงพอใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะงาน หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับเนื้อหาของงานเป็นปัจจัยที่ทำให้คนชอบหรือรักงาน เป็นการสร้างความพึงพอใจให้บุคลากรในองค์กรการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1.1 ความสำเร็จในงาน(Achievement)หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้แล้วเสร็จตามเป้าหมาย ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ อันเนื่องจากการปฏิบัติงาน การรู้จักป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผลงานที่สำเร็จตามเป้าหมายย่อมเกิดความพึงพอใจ

1.2 การได้รับการยอมรับ(Recognition)หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลจากหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลในหน่วยงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยการยกย่องชมเชย การแสดงความยินดีและการให้กำลังใจเมื่อบุคคลทำงานสำเร็จ

1.3 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ(Work-itself)หมายถึง งานและหน้าที่ตามตำแหน่งของตนเป็นงานที่หน้าสนใจ เป็นงานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ งานที่ท้าทายความสามารถ

1.4 ความรับผิดชอบ(Responsibility)หมายถึงความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ มีอำนาจรับผิดชอบอย่างเต็มที่มีอิสระในการทำงานโดยปราศจากการตรวจสอบหรือการควบคุมอย่างใกล้ชิด

1.5 ความก้าวหน้า(Advancement)หมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงสถานะภาพหรือตำแหน่งที่ดีขึ้นในองค์กร รวมถึงมีโอกาสได้รับการฝึกอบรม มีโอกาสศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่อง

2 ปัจจัยอนามัย(Hygiene factors)เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับลักษณะงานโดยตรง มีผลในแง่ป้องกันหรือลดความไม่พึงพอใจ ในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของงานได้แก่

2.1 นโยบายและการบริหารงาน(Policy and admimistration)หมายถึงนโยบายในการบริหารงานขององค์กร การจัดระบบงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดการและการบริหารงานขององค์กรรวมถึงกฎระเบียบขององค์การต้องกำหนดไว้ชัดเจน

2.2 เงินเดือนค่าจ้าง(Salary) หมายถึงเงินเดือนหรือค่าจ้างที่เพิ่มขึ้น

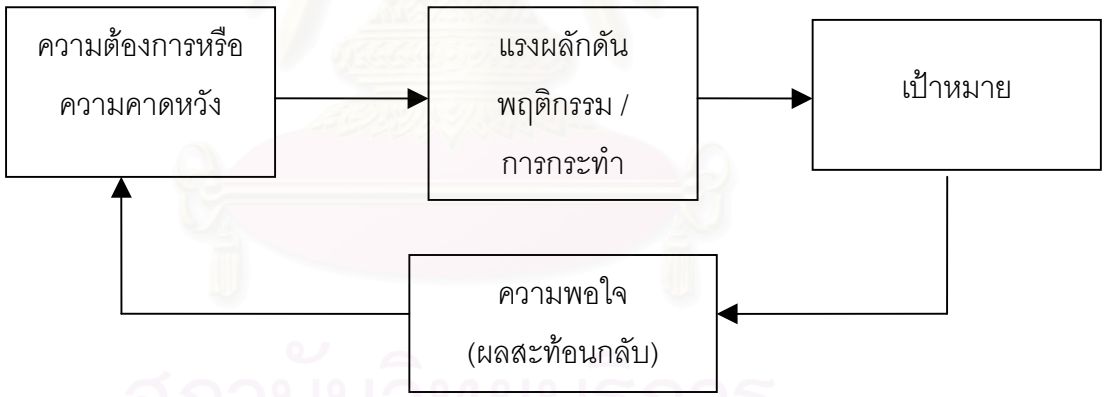
2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน(Interpersonal relation) หมายถึงการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา

2.4 สภาพแวดล้อมในการทำงาน(Working condition) หมายถึงสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ความสะดวกสบาย ที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น การมีอุปกรณ์ในการทำงานอย่างเพียงพอ

2.5 ความมั่นคงในงาน(Job security) หมายถึงความรู้สึกว่างานที่ตนเองทำอยู่มีความมั่นคง รวมทั้งรู้สึกว่าองค์กรมีความมั่นคงด้วย

2.6 การควบคุมบังคับบัญชา(Supervision)หมายถึงความรู้สึกว่าผู้บังคับบัญชาของตนมีความสามารถ ความยุติธรรม รวมทั้งเต็มใจที่จะกระจายอำนาจให้ลูกน้อง หรือเต็มใจที่จะสนับสนุนพัฒนาลูกน้อง

Mullin (1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ หลายๆด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากมนุษย์จะมีแรงผลักดันบางประการในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่ตนเองพยายามจะบรรลุถึงเป้าหมายบางอย่าง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการหรือความคาดหวังที่มีอยู่ และเมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้ว จะเกิดความพึงพอใจเป็นผลสะท้อนกลับไปยังจุดเริ่มต้น เป็นกระบวนการหมุนเวียนต่อไปอีก ดังแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 2 แสดงความพึงพอใจ
ที่มา : Mullin and Luarie (1985) Management and organizational behavior. London : Company : 230.

Falcon,1976(อ้างถึงใน เขมารดี มาสิงบุญ,2534:48)ได้ศึกษาองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน จากพยาบาล 144 คน จาก 4 โรงพยาบาล พบว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานประกอบด้วย

1 สัมพันธภาพ ได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานและพยาบาลนิเทศ

2 สิ่งจูงใจภายใน ได้แก่ สภาพงาน โอกาสที่จะได้พัฒนาทักษะต่างๆ

3 สิ่งจูงใจภายนอก ได้แก่ ค่าจ้าง การก้าวหน้าในงาน ผลประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ

4 นโยบายเกี่ยวกับการบริหารงาน ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาล การยอมรับนับถือ

Slavitt et al(1978)ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้านคือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึงเงินหรือผลประโยชน์อื่นที่ได้รับจากการทำงาน

2. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติ และได้รับการยอมรับ

3. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน

4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและการปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลใช้อยู่ และจะดำเนินต่อไป

5. การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพ ระหว่างเวลาปฏิบัติงาน

6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย

สุกัญญา แสงมุกข์(2530) ศึกษาตัวแปรทำนายที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน พบว่า การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรและตำแหน่งสามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญ

Quinn,1998(อ้างถึงใน อัญชัญ ไพบูลย์,2545)ได้สรุปว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการบริหารงานเป็นสำคัญ โดยเน้นคุณลักษณะสำคัญของการจัดการต่างๆซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่เอื้อให้งานบรรลุผลสำเร็จ และส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงานได้ 5 ด้านคือ

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนถึงการประเมินผลการ

ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และการร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

2. การประสานงาน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยมีการจัดระเบียบวิธีการปฏิบัติงานหรือการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน การกำหนดขอบข่ายงานที่ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน และการจัดให้มีการประชุมปรึกษากันทั้งภายในและระหว่างแผนก

3. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆขององค์กร การได้รับทราบอาการและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอและทันเวลาเพื่อใช้ในการตัดสินใจ การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย,ญาติและทีมสหวิชาชีพ และการเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ

4. ความต่อเนื่องของการดูแล หมายถึง การดูแลผู้ป่วย ที่มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดตอน มีการวางแผนล่วงหน้า และการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพียงพอและทันเวลา เพื่อให้การแก้ไขปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิ์ภาพ

5. การจัดสรรทรัพยากร หมายถึง ความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การใช้งานและบำรุงรักษาอย่างถูกวิธี การใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

สุรป ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก ในการที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งสัมพันธ์กับความสำเร็จในงาน บุคลากรที่มีความพึงพอใจในงาน ย่อมทำงานด้วยความเต็มใจ ผลการปฏิบัติงานย่อมดี โดยเฉพาะหากพยาบาลมีความพอใจในงานย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการทำวิจัยในนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการทราบความพึงพอใจของพยาบาลในการนำระบบการจัดการใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของ(Quinn,1998)เกี่ยวกับความพอใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาเป็นแนวทางในการศึกษา

4.2 **ความพึงพอใจของผู้ป่วย**

มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไว้หลากหลายดังนี้

Risser(1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ระดับความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับจริง

Brown(1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดีพอใจ หรือชื่นชอบของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ผู้มารับบริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

Donabedion (1980) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยให้ค่าความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

Derdiarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวก หรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาล และสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยหมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการที่มีระดับความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังบริการและประสบการณ์โดยตรงเมื่อมาใช้บริการในการมารับบริการในโรงพยาบาล

ผู้รับบริการย่อมมีความต้องการการบริการที่แตกต่างกันไปตามความจำเป็น(Needs)และความต้องการ(Want)ของแต่ละบุคคล ความพึงพอใจของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับความคาดหวังบริการที่มีต่อประสบการณ์โดยตรงเมื่อมารับบริการ หากมีความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์โดยตรงเมื่อมารับบริการ ก็จะมีความพึงพอใจ ดังนั้นความพึงพอใจของผู้รับบริการจะบ่งบอกได้ถึงคุณภาพของการบริการ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้มากมายดังนี้

Aday and Andersen (1975: 4 อ้างถึงใน จิราพร สิมากร, 2544: 49) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของพยาบาล เมื่อปี ค.ศ.1970 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ จำนวน 4,966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับริการและค่าใช้จ่าย ในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 Aday and Andersen ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ว่าประกอบด้วยปัจจัย ทั้งหมด 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ(Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการOffice(waiting time)

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ(Availability or care when need)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base on getting to care)

2. ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ (Coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งตามความต้องการ(Getting all needs at one place)

2.2 ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและ จิตใจมีการติดตามผลการรักษา(Concern of doctor for overall health)

3. ความพึงพอใจด้านอัธยาศัยและ ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ(Medical information)

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย(Information about what was wrong)

4.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย(Information about treatment)

5. ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ(Out of pocket cost) ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Risser (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นวิธีการวัดความพึงพอใจ โดยสร้างแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยขึ้น เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏว่าได้ผลเป็นอย่างดี ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนามาใช้ในบริการในวิชาชีพต่างๆจนกระทั้งนำมาใช้วัดความพึงพอใจต่อบริการในโรงพยาบาล แบบวัดนี้จะประกอบไปด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจโดยมีรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละด้านดังนี้

1. ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ(Technical-Professional) หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล (Technical Activities) ทักษะและความรู้ความสามารถ ในงานพยาบาลที่ทำอยู่(Nursing Care Tasks)เพื่อทำให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ

2. ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้(Educational Relationship)หมายถึงความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมายและรายละเอียดวิธีการพยาบาล หรือการสาธิตเทคนิคต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ

3. ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ(Trusting Relationship)เป็นการรวมเอาความอาทร(Caring) ในแง่ของการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วย จากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

ออสทรานเดอร์ และไรแมน (Ostrander and Reiman, 1986 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรัตน์, 2533) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ดังนี้

1. ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคงปลอดภัยและความเอาใจใส่ผู้รับบริการได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ผู้รับบริการคาดว่า ผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนตัว เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาลของตนเอง

4. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะรับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และบางโอกาสต้องการที่จะสงวนและดำรงความเป็นอิสระแก่ตนเอง จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ตามความเหมาะสม

5. ผู้รับบริการมีความคาดหวังว่า ผู้ให้บริการจะยอมรับผู้รับบริการในฐานเป็นบุคคลและตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการอยู่เสมอ

Ware และคณะ (1978) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน โดยให้นิยามด้านต่างๆ ไว้ดังนี้

1. ศิลปะการดูแล คือ ปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ ความมีสมรรถภาพในการทำงานของผู้ให้บริการอันบ่งบอกถึงความมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา

3. ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียม เพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์

4. การเงิน คือ ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อการบริการ หรือการเตรียมสำหรับการจ่าย

5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ให้การดูแล

6. ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการของแพทย์ และความพร้อมของผู้ให้บริการ

7. ความต่อเนื่องของการดูแล คือ ความต่อเนื่องในการให้การดูแล หรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ให้ในการรักษา เพื่อจะทำให้สภาวะทางสุขภาพดีขึ้น หรือคงสภาพเดิมไว้

จากการศึกษาทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือจากกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการนี้ ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการที่ดี ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพเป็นสิ่งหนึ่งที่จะแสดงถึงคุณภาพบริการที่สัมพันธ์กับคุณภาพตามการรับรู้ของผู้มารับบริการ เนื่องจากเมื่อบริการได้มาตรฐาน มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ย่อมเกิดความพึงพอใจ แนวคิดของ Aday and Andersen (1975) ได้มีผู้นำไปใช้ศึกษาหลายคน จิราพร สิมากร(2544)ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการศึกษา ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของจิราพร สิมากร(2544)มาเป็นแนวคิดในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดในระยะบำบัดด้วยยา โดยที่สอดคล้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 6ด้านคือ ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ ความพึงพอใจด้านอัธยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ ส่วนความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วยมีนโยบายของรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนอยู่แล้ว จึงไม่นำความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

กรรณิกา เย็นสุข(2544) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำนึกในความรับผิดชอบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีไม่แตกต่างกัน

กฤษณา นรนราพันธ์(2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย โดยทำการทดลองในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 40 คน และการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติในรูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในรูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยสูงกว่าแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ ไตรภัทร(2544) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารโดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่รักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 30 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง

2. ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จิราพร สิมากร(2544) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทำการทดลองในผู้ป่วยที่เป็นข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน และกลุ่มทีมสหสาขา จำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน

2. จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ

4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ

จิราภรณ์ ศรชัย(2543) ได้ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุวัชรีย์ งูพิมาย(2543)ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคคลากรโดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 38 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน

2. ค่าใช้จ่ายหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าค่าใช้จ่ายก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. หลังการทดลองมีจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมลดลง

4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ

แจ่มจิต เทพนามวงศ์ และคณะ(2542) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway)ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดการแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

สมสมร เรืองวรบูรณ์(2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณาสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ 399 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพและความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย

Cohen(1991) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 128 รายโดยทำการทดลองทั้งหมด 4-5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-testแบบ Two tailedผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.8วัน กลุ่มควบคุม 6 วัน

2. เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงของพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 16.54 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 12.28ชั่วโมง

3. ลดค่าใช้จ่ายได้930.40$ต่อราย โดยกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่าย 5,626.38$ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่าย4,695.98$

Anderson-Loftin(1995) ศึกษา การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนิวอิงแลนด์ในโรงพยาบาลชุมชน และปรับปรุงบางส่วนให้เหมาะสมกับลักษณะของชุมชน โดยศึกษาในโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาล 10 อันดับแรก ศึกษาเป็นเวลา 16 เดือน ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดจำนวนวันนอนได้ 1.7 วันและประหยัดค่าใช้จ่ายลงประมาณ 65,932 $

Leininger,1996 ได้ศึกษาผลของการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โรงพยาบาลรัฐPennsylvania สหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าใช้จ่ายลดลงถึง 6,000 ดอลลาร์ต่อราย
2. จำนวนวันนอนเฉลี่ยจาก 11 วัน เหลือ 6 วัน
3. บุคลากรมีความพึงพอใจร้อยละ 90 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

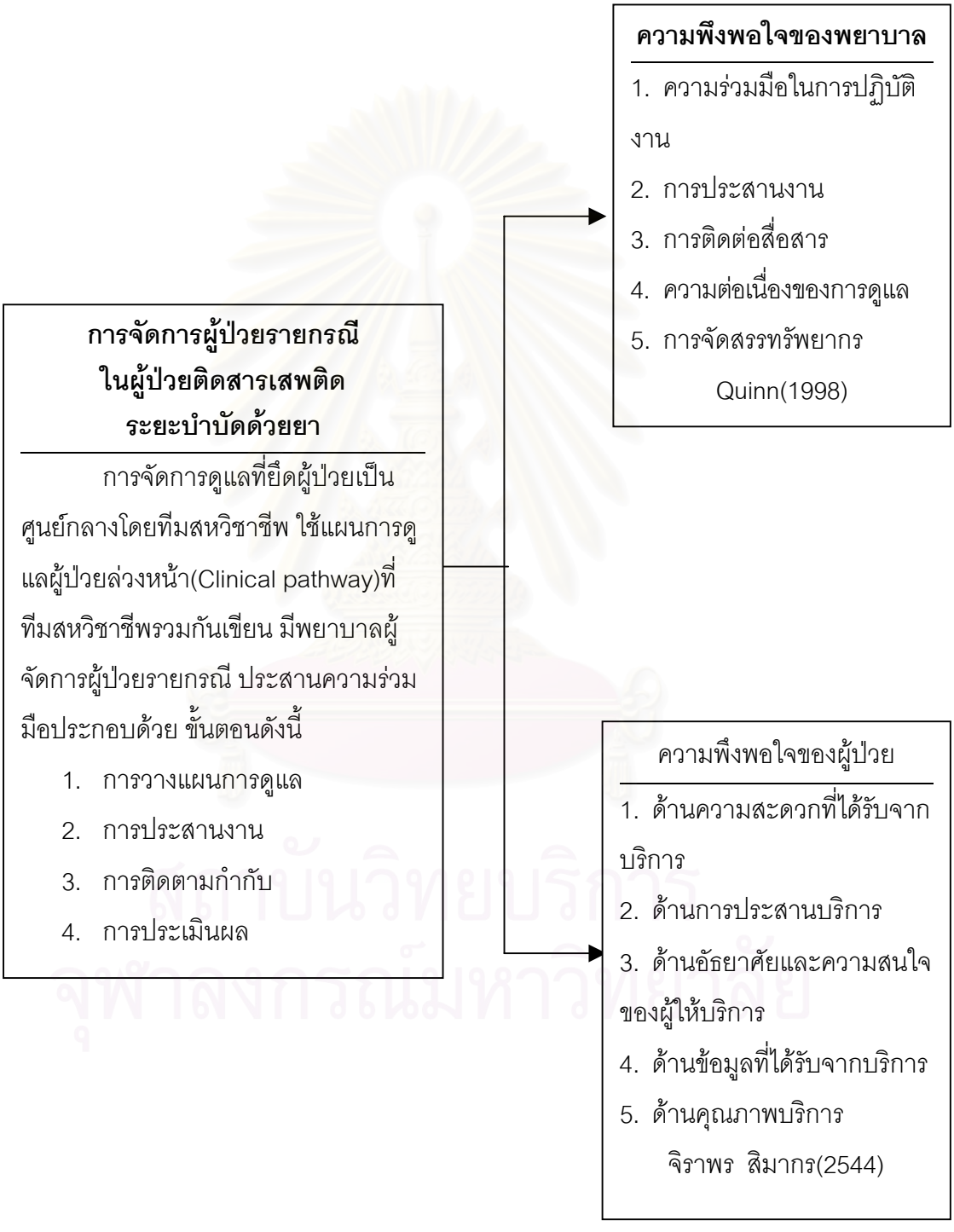
Edelstein&cesta(1993) ศึกษาผลการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ระยะเวลา 6 เดือน กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 160 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2กลุ่ม คือกลุ่มที่มารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานโดยตรงในครั้งแรก 85 คน และกลุ่มที่พบว่ามีโรคเบาหวานภายหลังที่ได้รับการรักษา 49 คน ผลการทดลองพบว่า ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงทั้ง 2กลุ่ม และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลจากทีมสหวิชาชีพมากขึ้น

Lynne Nemeth,1999) ทำการศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพแผนการดูแลร่วมระหว่างวิชาชีพ(Clinical pathway)ซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข Clinical pathway เพื่อใช้ในระบบการจัดการดูแลแบบ Case Management โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และการจัดระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจ พบว่า การมีระบบการบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ ทำให้ได้บันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแล ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยอมรับได้ในทีม ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และในการเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และมีผู้จัดการผู้ป่วยรับผิดชอบในการติดต่อประสานการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

Silverstein(1998) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St.Peter's Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างสรรค์คุณภาพบริการที่ตอบสนองความต้องการ สร้างความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้ระบบการจัดการดูแล 93ผู้ป่วย(Case management) พบว่าหลังจากใช้ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ(Multidisciplinary Team) และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) ทำให้เกิดผลในทางบวกหลายด้าน คือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลดลงอย่างเห็นได้ชัด อัตราการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ในด้านผู้บริหารการพยาบาลมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และมีความเห็นว่าการเข้ามาร่วมมือของฝ่ายแพทย์ต่อการจัดการผู้ป่วยเป็นทีม จะช่วยให้การดำเนินการประสบความสำเร็จเร็วขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



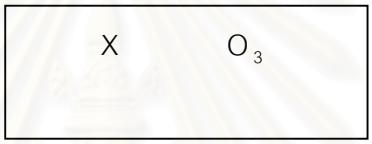
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล เปรียบเทียบในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการดูแลตามปกติและที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยมุก สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดครั้งเดียว



กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว

X หมายถึง การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา

O_1 หมายถึง การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

O_2 หมายถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O_3 หมายถึง การวัดความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา

ประชากร

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 6 คน เป็นกลุ่มเดียวกันที่ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ในหอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน สำหรับเหตุผลที่เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์นั้น ทั้งนี้เพราะ สถาบันธัญญารักษ์ เป็นสถาบันที่รับรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะผู้ที่เข้ารับการรักษามีเป็นจำนวนมากและมาจากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ดังนั้น ผู้เสพสารเสพติดกลุ่มนี้ จึงเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรผู้ติดสารเสพติดได้ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ในผู้ป่วยกลุ่มแรกกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติเลือกผู้ป่วยจากการกำหนดคุณสมบัติ(Inclusion criteria) 15 คนจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังนี้

2.1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเสพยาบ้า

2.2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหลงผิด

2.3. เป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองหรือโดยการช่วยเหลือของพยาบาล

2.4. เป็นผู้อ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย หากอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากร จึงเลือกผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า เนื่องจากมีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวนมากที่สุดจากผู้ป่วยทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มที่สอง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 คน เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านลักษณะภายในของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 2 กลุ่มจึง จับคู่ (Matched Pair)กลุ่มตัวอย่างระหว่าง ผู้ป่วย2 กลุ่มด้วยระดับการศึกษา และอายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจาก อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายกันมากดังตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่จับคู่ตาม ระดับการศึกษา และ อายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดยาบ้าระยะบำบัดด้วยยา				
คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	อายุ	ระดับการศึกษา	อายุ	ระดับการศึกษา
1	16	มัธยมศึกษาตอนต้น	17	มัธยมศึกษาตอนต้น
2	19	ประถมศึกษา	16	ประถมศึกษา
3	18	มัธยมศึกษาตอนต้น	18	มัธยมศึกษาตอนต้น
4	22	มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	มัธยมศึกษาตอนปลาย
5	23	ประถมศึกษา	20	ประถมศึกษา
6	25	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	มัธยมศึกษาตอนปลาย
7	24	มัธยมศึกษาตอนต้น	23	มัธยมศึกษาตอนต้น
8	27	ประถมศึกษา	24	ประถมศึกษา
9	27	ประถมศึกษา	25	ประถมศึกษา
10	27	ประถมศึกษา	26	ประถมศึกษา
11	27	มัธยมศึกษาตอนต้น	28	มัธยมศึกษาตอนต้น
12	26	มัธยมศึกษาตอนต้น	28	มัธยมศึกษาตอนต้น
13	30	มัธยมศึกษาตอนต้น	33	มัธยมศึกษาตอนต้น
14	31	มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	มัธยมศึกษาตอนปลาย
15	37	ประถมศึกษา	39	ประถมศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพ

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพ

1.1 สร้างโดย ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี จากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาของคู่มือ สำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพมีดังนี้

1.1.1 คำชี้แจงในการใช้คู่มือ

1.1.2 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.1.3 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

1.1.4 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

1.1.5 แผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา(clinical pathway)

1.2 เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สำหรับทีมสหวิชาชีพ

1.3 นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอน ,นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้และด้านการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และภาษา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดหลักความสอดคล้องร้อยละ 80 ขึ้นไป

1.4 ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้

1.4.1 ให้เพิ่มเนื้อหาส่วนของขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.4.2 ให้เพิ่มคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดเลือกเข้าสู่ระบบ

1.4.3 ควรใช้คำเดียวกันหมด เช่น ทีมสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพ ทีมสหสาขา ในการวิจัยนี้ใช้คำว่าทีมสหวิชาชีพ และแก้ไขสำนวนบางตอน

1.5 จากนั้นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 8 มีนาคม2547 โดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาบรรยายภาคทฤษฎี แก่ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 50 คน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และร่วมกันระดมสมองกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และสร้างแผนการดูแลล่วงหน้า โดยมีผลลัพธ์ที่ต้องการดังนี้

1.5.1 พร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา

1.5.2 ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา

1.1.3 ได้รับการเตรียมพร้อมด้านจิตใจถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อขาดยา

1.5.4 มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความไม่สุขสบายจากอาการขาดยา

1.5.5 ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา

1.5.6 ผู้ป่วยและญาติทราบแผนการบำบัดรักษา

1.5.7 ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

1.5.8 สามารถหยุดยาได้โดยไม่มีอาการขาดยา

1.5.9 สภาพร่างกายและจิตใจพร้อมจำหน่ายหรือย้ายระยะฟื้นฟู

1.5.10 ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางพฤติกรรมได้ดีขึ้น

1.5.11 สภาพร่างกายเป็นปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.6 หลังจากปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 2ราย นำข้อขัดข้องต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพไปใช้จริง

2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2.1 สร้างโดย ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี จากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาของคู่มือ สำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพมีดังนี้

2.1.1 คำชี้แจงในการใช้คู่มือ

2.1.2 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1.3 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.1.4 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

2.1.5 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2.1.6 แผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา (clinical pathway)

2.2 เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2.3 นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอน ,นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้และด้านการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และภาษา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดหลักความสอดคล้อง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.4 ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้

2.4.1 ให้เพิ่มเนื้อหาส่วนของขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.4.2 ให้เพิ่มเนื้อหาส่วนของแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด

2.4.3 แก้ไขคำนำให้เหมาะสมขึ้น

2.4.4 ควรใช้คำเดียวกันหมด เช่น ทีมสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพ ทีมสหสาขา ในการวิจัยนี้ใช้คำว่าทีมสหวิชาชีพ และแก้ไขสำนวนบางตอน

2.5 เนื้อหาส่วนบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และแผนการดูแลล่วงหน้า เช่นเดียวกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหวิชาชีพ

2.6 หลังจากปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 2 ราย นำข้อขัดข้องต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 2ราย นำข้อขัดข้องมาแก้ไข ได้แก่ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องของอาการขาดยาที่อาจเกิดขึ้น เปลี่ยนมาให้ในวันแรกเนื่องจากเมื่อให้ในวันที่ 2 ผู้ป่วยมักเกิดอาการขาดยาแล้วไม่พร้อมที่จะรับฟังก่อนนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับพยาบาลชีพไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

1. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล

1.1 สร้างโดยศึกษาจากตำราเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง เรื่องของความพึงพอใจและความพึงพอใจในงานของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.2 กำหนดแบบสัมภาษณ์ ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคิดของ Quinn(1998)5ด้านดังนี้

1.2.1 ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

1.2.2 ด้านความพึงพอใจในการประสานงาน

1.2.3 ด้านความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร

1.2.4 ด้านความพึงพอใจในความต่อเนื่องของการดูแล

1.2.5 ด้านความพึงพอใจการจัดสรรทรัพยากร

และถามสรุปความพึงพอใจโดยรวมเป็นคะแนนจากคะแนนเต็ม100

1.3 นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และภาษา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดหลักความสอดคล้อง ร้อยละ 80 ขึ้นไป แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง

1.4 นำไปทดลองใช้สัมภาษณ์ในพยาบาลวิชาชีพ 2 ราย นำข้อขัดข้องต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง

2. แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากตำราที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

2.2 กำหนดโครงสร้างของแบบวัดความพึงพอใจ ตามแนวคิดของ จิราพร สิมากร (2544) ในด้านต่างๆ 5 ด้านคือ ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ด้านการประสานบริการ ด้านอัธยาศัย และความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการ ด้านคุณภาพ

3.1 นำมาสร้างข้อคำถาม โดยดูตัวอย่างจากการสร้างข้อคำถาม จากแบบวัดความพึงพอใจของจิราพร สิมากร (2544) ซึ่งวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แนวคิดของ Aday and Anderson (1975) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient).88 ได้แบบวัดความพึงพอใจทั้งหมด 5 ด้าน รวม22 ข้อดังนี้

2.2.1	ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ	จำนวน 5 ข้อ
2.2.2	ด้านการประสานบริการ	จำนวน 4 ข้อ
2.2.3	ด้านอัธยาศัย และความสนใจของผู้ให้บริการ	จำนวน 3 ข้อ
2.2.4	ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ	จำนวน 5 ข้อ
2.2.5	ด้านคุณภาพบริการ	จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ	หมายถึง
5	มากที่สุด	ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ
4	มาก	ท่านรู้สึกพึงพอใจมากต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ
3	ปานกลาง	ท่านรู้สึกพอใจปานกลางต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ
2	น้อย	ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ
1	น้อยที่สุด	ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุดต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

คิดคะแนนโดยรวม คะแนนมากแปลว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง คะแนนน้อยแปลว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

3.2 นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และภาษา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยึดหลักความสอดคล้อง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

3.3 ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาโดยจำนวนข้อคำถามยังคงเดิม และมีการปรับปรุงดังนี้

2.5.1 คำว่าพยาบาลควรเปลี่ยนเป็นทีมสหวิชาชีพ เพราะต้องการวัดในทีมสหวิชาชีพ

2.5.2 ควรระบุในคำชี้แจงว่าทีมสหวิชาชีพหมายถึงอะไร

2.5.3 คำว่าการวินิจฉัยผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจให้แก้เป็นการตรวจ

2.6 นำไปหาค่าความเที่ยงโดยให้ผู้ป่วยที่คล้ายกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย 0.93

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** ในขั้นตอนนี้เป็นการเตรียมการด้านต่างๆทั้งด้านเอกสาร คู่มือ สถานที่ทำการทดลอง และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.1. สร้างแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล,สร้างแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย,

1.2. สร้างคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สำหรับทีมสหวิชาชีพ และสร้างคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1.3. เขียนโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแผนการสอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วย โดยเรียนเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี, ด้านการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างClinical Pathway ให้ทีมสหวิชาชีพประชุมกลุ่มปฏิบัติการเขียนแผนการดูแลสำหรับ ผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา และบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

1.4. เตรียมตัวอย่างแผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา (Clinical Pathway)

1.5. เตรียมสถานที่ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.6. ผู้ทำการวิจัยจัดทำแผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สถาบันธัญญารักษ์ รายละเอียดตามโครงร่างการวิจัยเสนอต่อรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อขอความเห็นชอบ

1.7. เตรียมบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองนี้โดยชี้แจงอธิบายถึงวิธีการทดลองและขั้นตอนต่างๆ

1.8. เตรียมตัวผู้วิจัย โดยศึกษาตำรา เอกสารเข้าร่วมสัมมนาเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.9. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเก็บข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ และการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลและไม่ปฏิบัติงานที่ขึ้นกับกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เป็นผู้ที่ยินดี และเต็มใจช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ศึกษาและทำความเข้าใจโดยละเอียดในคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเข้าร่วมการสัมมนาเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายอย่างละเอียดถึงข้อคำถามและวัตถุประสงค์การถามในแต่ละข้อของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และให้ทดลองสัมภาษณ์ 2 รายเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

2.ขั้นทดลอง

2.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์

2.2 เมื่อผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอก ตกลงเลือกการรักษาแบบผู้ป่วยในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยชี้แจงขอความร่วมมือ กับผู้ป่วย ตามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อได้รับความยินยอม ผู้ป่วย15 คนแรก เข้ากลุ่มควบคุมโดยได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลในวันที่ 10 ของการดูแล เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วย วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่ 23 มกราคม 2547 – 8 มีนาคม 2547

2.3 หลังจากเก็บข้อมูลในการดูแลตามปกติครบ 15 ราย วันที่ 8 มีนาคม 2547 จัดการอบรมทีมสหวิชาชีพ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่เข้าร่วมการวิจัยและบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆที่สนใจ ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา (Clinical pathway) นำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยจริง 2 ราย และประชุมปรึกษาหาปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาปรับแผนเรื่องการให้ความรู้เรื่องเรื่องของอาการขาดยาที่อาจเกิดขึ้น

2.4 ผู้วิจัยประชุมทีมสหวิชาชีพอีกครั้ง แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และชี้แจงทำความเข้าใจ ในคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่แจกให้ ในขั้นตอนแผนการดูแล และบทบาทของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2.5 เมื่อผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอก ตกลงรับการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทราบ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีชี้แจงผู้ป่วยขอความร่วมมือ ตามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ให้การดูแลแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี 15 คน ที่จับคู่ได้กับกลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่ 10 มีนาคม 2547 – 6 พฤษภาคม 2547

2.6 พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี รวบรวมข้อมูล ของผู้ป่วย ตัดสินใจสั่งการให้การดูแลโดยใช้แผนการรักษา หากมีปัญหาโทรปรึกษาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อติดสินใจ แจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ปรับแผนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา (Clinical pathway)ในรายละเอียดปลีกย่อยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

2.7 ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยปฏิบัติตามคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้รับมอบหมายจากทีมสหวิชาชีพให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

2.8 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลกำกับ ทบทวน Clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง ติดตามให้ดำเนินงานไปตามแผนและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทีมสหวิชาชีพประชุมทีมทุกวันอังคาร เวลา 9.30 น.และ วันศุกร์ เวลา 13.30 น.

2.9 พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแลล่วงหน้าและลงบันทึกอาการต่างๆ หากพบความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้เรียกว่า ความแปรปรวน ให้ลงบันทึกความแปรปรวนนั้น รวมถึงการแก้ไขที่ได้กระทำหรือรายงานพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทันที เช่น ผลการตรวจทางห้องฏิบัติการของผู้ป่วย ล่าช้าไม่ส่งมาตามกำหนด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ติดตามจึงลงบันทึกไว้และรายงานให้พยาบาลผู้จัดการทราบ

2.10 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามดูกิจกรรม ตามที่กำหนดไว้ ทุกวันหากการดูแลไม่เป็นไปตามแผนหรือมีความแปรปรวน ให้จดบันทึก และค้นหาสาเหตุ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหากเกี่ยวข้องกับทีมสหวิชาชีพรายงานให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมหาทางแก้ไข เช่นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับหากติดวันหยุดราชการต่อเนื่อง จะขาดไป เมื่อไม่เป็นไปตามแผนจึงต้องทำให้ครบตามกำหนดโดยจัดหาเวลาให้แทน หรือปรึกษาทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยแก้ไข

2.11 ทีมสหวิชาชีพประเมิน และติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลในช่วงเวลาที่กำหนด 2 ครั้งต่อสัปดาห์เมื่อมีความแปรปรวน สหวิชาชีพประชุมเพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข เช่น การติดต่อญาติมาร่วมเข้ากลุ่มครอบครัว เมื่อใกล้ถึงวันทำกลุ่มญาติผู้ป่วยยังไม่ตอบรับการมาร่วมกลุ่ม ทางทีมสหวิชาชีพจึงได้ปรึกษากันและให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการ

2.12 เมื่อครบ 10วัน ผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพประชุมร่วมกันประเมินผลการดูแล ว่าผลลัพธ์เป็นไปตามที่ต้องการหรือไม่ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลต่อไป และสอบถามทีมสหวิชาชีพถึงข้อขัดข้องต่างๆในการปฏิบัติงาน พบว่าทีมสหวิชาชีพต้องการให้มีแบบบันทึกการประชุมเพื่อใส่ในแฟ้มของผู้ป่วย หลังจากนั้นให้การดูแลต่อจนผู้ป่วยจำหน่ายทีมสหวิชาชีพร่วมสรุปผลการดูแล

3.สรุปการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองและวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ในวันที่ 10 ของการดูแล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ครบ 10 วัน โดยผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามและวิธีเดียวกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เริ่มตั้งแต่ 23 มกราคม 2547 – 6 พฤษภาคม 2547

2. เมื่อดูแลผู้ป่วยจนจำหน่ายทั้งหมดแล้ว ให้ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในทีมสหวิชาชีพ ใช้เวลาทั้งหมด 1 สัปดาห์ ในการสัมภาษณ์ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกลา โดยใช้ คำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเหตุการณ์และความรู้สึกต่างๆ ถามต่อเนื่องจากคำถามเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เพื่อเจาะลึก และสืบประเด็นที่ต้องการ และให้พยาบาลวิชาชีพสรุปความพึงพอใจโดยรวมเป็นคะแนนจากคะแนนเต็ม100โดยสังเกตหน้า อารมณ์ การแสดงออกขณะให้ข้อมูล

แปลผลข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย บันทึกเหตุการทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ อ่านข้อความจากการถอดเทป เพื่อเลือกข้อความที่เป็นคำบรรยายของพยาบาลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ หลังจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนี้ถูกต้อง และตรงกับคำบรรยายและอธิบายของผู้ให้ข้อมูลจริง โดยการตรวจหาความตรง(Validity) จากการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตที่ได้บันทึกอย่าง

เป็นระเบียบ มาสรุปย่อๆแล้วให้ผู้ช่วยวิจัยนำกลับย้อนถามพยาบาลผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การสัมภาษณ์ (Interview) ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์ และใช้จรรยาบรรณของนักวิจัย เนื่องจาการสัมภาษณ์ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลในด้านการรักษาความลับ เรื่องทัศนคติ ข้อคิดเห็น ความรู้สึก ที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบันหรือ ความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกสัมภาษณ์ จากการสัมภาษณ์ในประเด็นคำถามที่เจาะลึก ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายวันเวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยแจ้งให้ทราบว่าจะสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา อธิบายให้ทราบว่า ขณะสัมภาษณ์ จะขอบันทึกเสียงด้วย เพื่อความสะดวกในและถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ขณะบันทึกเสียงหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้บันทึกเสียง สามารถที่จะหยุดบันทึกเสียงขณะใดก็ได้ และรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเกี่ยวข้องถึงพยาบาลผู้ให้ข้อมูล การนำเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ไปอภิปราย จะนำเสนอข้อมูลโดยรวม และใช้เฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง โดยประมาณ 30 – 45 นาที แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับข้อมูลของผู้ถูกสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองและได้รับการรับรองว่าคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำมาใช้ในวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาและบริการที่ได้รับแต่อย่างใด

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เตรียมการทดลอง

1.เตรียมเครื่องมือ

1.1สร้างแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

1.2สร้างแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล

1.3สร้างคู่มือการปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูเขียนโครงการและแผนการสอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี,เตรียมตัวอย่างClinical pathway

2.เตรียมสถานที่ในการจัดการประชุมเชิงวิชาการเพื่อสร้างClinical pathway

3.เตรียมบุคลากร

3.1ทีมสหวิชาชีพ โดยชี้แจงและอธิบายถึงวิธีการทดลอง

3.2ผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นผู้เก็บข้อมูล

3.3ผู้วิจัย ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นทดลอง

1. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. จัดประชุมเชิงวิชาการเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แก่บุคลากรในทีมสหวิชาชีพ
3. นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
4. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย
5. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล

ขั้นประเมินผล

1. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. สรุปความพึงพอใจของพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package or the Social Science)คำนวณค่าสถิติต่างๆดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่า ความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ใช้การจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติ t-test แบบ Independent

3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล(Content Analysis)ความพึงพอใจของพยาบาลโดย นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อ่านหลายๆครั้งเพื่อให้เข้าใจเนื้อหา ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญๆที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาลที่มีผลมาจากการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ นำข้อความจัดรวบรวมเป็นหมวดหมู่ นำย้อนกลับไปตรวจสอบกับข้อมูลเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง สรุปเป็นแนวคิดความพึงพอใจของพยาบาล นำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงตามที่ผู้ให้ ให้ข้อมูลมาหรือไม่ ก่อนสรุปเป็นผลการทดลองการสุด ที่สมบูรณ์ จากประสบการณ์จริงของพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล เปรียบเทียบในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการดูแลตามปกติและที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยใน สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งผลวิจัยรายงานได้เป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย(ตารางที่ 2)

ส่วนที่2คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ (matched pair) ด้านอายุและระดับการศึกษา(ตารางที่3)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล(ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 5 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ต่อความพึงพอใจรายด้าน(ตารางที่ 6)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

สำนักวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (N=15)		กลุ่มทดลอง (N=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
11-20ปี	3	20.00	5	33.33
21-30ปี	10	66.67	7	46.67
31-40ปี	2	13.33	3	20.00
อาชีพ				
รับจ้าง	3	20.00	3	20.00
ค้าขาย	1	6.60	6	40.00
นักเรียน	-	0.00	1	6.67
ว่างงาน	11	73.33	4	26.67
ช่างยนต์	-	0.00	1	6.67
สถานภาพ				
โสด	12	80.00	12	80.00
คู่	2	13.33	3	20.00
หม้าย,หย่า	1	6.67	-	0.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	40.00	6	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	40.00	6	40.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	20.00	3	20.00
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา				
ครั้งที่1	9	60.00	12	80.00
ครั้งที่2	5	33.33	1	6.67
มากกว่า2ครั้ง	1	6.67	2	13.33

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนมากมีอายุระหว่าง

21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 46.67 ตามลำดับ อายุรองลงมาคือ 11-20 ปีคิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 33.33 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่ ว่างงานคิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนมากมีอาชีพค้าขาย รองลงมาเป็น ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 40.00และ 26.67 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนมากมี สถานภาพเป็นโสดคิดเป็นร้อยละ 80.00 เท่ากัน

ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนมากมีระดับการศึกษา ประถมและมัธยมต้น เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนมากเป็นการรักษาตัวในครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ80.00 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่(matched pair) ด้านอายุและระดับการศึกษา

คู่ที่	อายุและระดับการศึกษา กลุ่มควบคุม		อายุและระดับการศึกษา กลุ่มทดลอง		คะแนนความพึงพอใจ กลุ่มควบคุม	คะแนนความพึงพอใจ กลุ่มทดลอง
1	16	มัธยมศึกษาตอนต้น	17	มัธยมศึกษาตอนต้น	98	92
2	19	ประถมศึกษา	16	ประถมศึกษา	91	103
3	18	มัธยมศึกษาตอนต้น	18	มัธยมศึกษาตอนต้น	61	82
4	22	มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	มัธยมศึกษาตอนปลาย	90	91
5	23	ประถมศึกษา	20	ประถมศึกษา	89	92
6	25	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	มัธยมศึกษาตอนปลาย	103	98
7	24	มัธยมศึกษาตอนต้น	23	มัธยมศึกษาตอนต้น	82	97
8	27	ประถมศึกษา	24	ประถมศึกษา	79	100
9	27	ประถมศึกษา	25	ประถมศึกษา	78	106
10	27	ประถมศึกษา	26	ประถมศึกษา	76	82
11	27	มัธยมศึกษาตอนต้น	28	มัธยมศึกษาตอนต้น	88	85
12	26	มัธยมศึกษาตอนต้น	28	มัธยมศึกษาตอนต้น	76	88
13	30	มัธยมศึกษาตอนต้น	33	มัธยมศึกษาตอนต้น	94	80
14	31	มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	มัธยมศึกษาตอนปลาย	81	86
15	37	ประถมศึกษา	39	ประถมศึกษา	71	99

จากตารางที่ 3 แสดงถึงคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจับคู่กันโดยพิจารณาจากความคล้ายคลึงกันในด้านอายุและระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน ของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (N=15)		กลุ่มควบคุม (N=15)		df	t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านความสะดวก	20.07	2.94	19.07	2.89	28	.940
2. ด้านการประสานบริการ	16.67	1.99	15.20	2.65	28	1.714*
3. ด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการ	13.07	1.28	12.80	1.82	28	.464
4. ด้านข้อมูลที่ได้รับ	21.20	2.34	17.47	2.92	28	3.863*
5. ด้านคุณภาพบริการ	21.07	1.67	19.27	3.61	28	1.751*
คะแนนรวม	92.07	8.18	83.80	10.96	28	2.341*

*p<.05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาเปรียบเทียบกันด้วย Independent Samples t- test พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ด้านการประสานบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ และด้านคุณภาพบริการของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสะดวก และด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามช่วงอายุ ประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพ วุฒิการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ		
21 - 25 ปี	1	16.67
26 - 30 ปี	4	66.67
> 30 ปี	1	16.67
รวม	6	100
2.สถานภาพสมรส		
โสด	4	66.67
คู่	2	33.33
รวม	6	100
3.ประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ		
1 – 3 ปี	3	50
4 – 6 ปี	3	50
รวม	6	100
4.วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	6	100

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26- 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ 1 – 3 ปี และ 4 – 6 ปี จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 และมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่าทั้งหมด

ตารางที่ 6 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ต่อความพึงพอใจรายด้าน

ความพึงพอใจ	จำนวน (n=6)
ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน	6
การประสานงาน	6
การติดต่อสื่อสาร	6
ความต่อเนื่องของการดูแล	6
การจัดสรรทรัพยากร	6

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมด 6 คนมีความพึงพอใจในรายด้านทุกด้านคือ ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ด้านการประสานงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านความต่อเนื่องของการดูแล และด้านการจัดสรรทรัพยากร

ในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยามาใช้นั้น เป็นการนำการจัดการรูปแบบใหม่มาใช้กับผู้ป่วย เป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด พยาบาลเป็นผู้หนึ่งซึ่งร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นพยาบาลได้ให้ข้อมูลความพึงพอใจ ต่อระบบการจัดการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังนี้

ในภาพรวมพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกพึงพอใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก โดยให้คะแนนความพึงพอใจในระดับร้อยละ 80 – 95 และแสดงความเห็นว่าผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นส่งผลดีต่อผู้ป่วยโดยตรงผู้ป่วยได้รับการดูแลมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดแตกต่างจากเดิมก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ป่วย จากการให้ข้อมูลพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกท่านต้องการให้มีการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดด้วยยาต่อไป ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยากให้มีเพราะเป็นผลดีต่อคนไข้ ต่างจากเดิมดีขึ้นเยอะ”

“อยากให้ทำในผู้ป่วยทุกราย ก็มันดีกับคนไข้ ก็น่าจะทำในโรคอื่นๆด้วย ให้เหมือนกัน”

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลบางรายเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีเป็นผลจากการที่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลร่วมกัน ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"เหมือนมีมาตรฐานในการทำงาน"

"ช่วยกัน ถ้าไม่ได้ทีมสหวิชาชีพก็..... ทีมสหวิชาชีพช่วยได้เยอะ"

ความพึงพอใจที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกท่านให้ข้อมูลคือ พอใจในการที่การจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออยู่จนถึงระยะฟื้นฟูซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากระยะบำบัดด้วยยา เพราะพยาบาลเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาสั้นๆ อาจกลับไปใช้สารเสพติดได้ เป็นผลทำให้กลับเข้ามารักษาซ้ำอีก หรือในรายที่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ก็จะได้รับการเตรียมตัวก่อนกลับทีมสหวิชาชีพได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ญาติมีความพร้อมในการให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยของญาติ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาได้ตลอดทำให้ญาติไม่พอใจผู้ป่วยเมื่อ มีการวางแผนร่วมกันกับทีมสหหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"คนไข้ ย้ายฟื้นฟูแยะขึ้นนะพี่ ตั้งแต่ที่ใช้ Case management "

"คนไข้บางคนไม่ย้ายฟื้นฟู เขากลับบ้าน แต่ก็ดีนะญาติมารับ เขาก็...happy ดีคือเดี๋ยวนี้มันพร้อมไง"

นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลบางท่านพึงพอใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่เมื่อดำเนินการแล้วผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมต่างๆตามคำแนะนำ ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดนั้นจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ทั้งในด้านของการตั้งใจรักษาความต้องการหยุดสารเสพติดและในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามแผน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง แต่ผู้ป่วยหลายรายมักไม่ให้ความร่วมมือ หลบหนี หลีกเลี่ยง หรือทำท่าที เฉยไม่สนใจและไม่ปฏิบัติตาม เพราะหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือ พยาบาลก็จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลได้ง่ายขึ้น

"ผู้ป่วยเขาชอบนะ.. ง่ายขึ้น แล้วผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดดี

นอกจากระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำให้พยาบาลพึงพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วอีกประเด็นที่พยาบาลพึงพอใจคือ ด้านสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นในระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย หรือ พยาบาลผู้ป่วยรายกรณี กับผู้ป่วยซึ่งส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วย ไว้วางใจทีมสหวิชาชีพได้เร็วขึ้น กล้าเล่าปัญหาต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยติดสารเสพติดมักมีปัญหาซับซ้อนต้องใช้เวลาในการค้นหาหรือรวมรวม ซึ่งก็จะพบปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลือ เป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยก็จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น รวมถึงการขอรับความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยินดีให้ทีมสหวิชาชีพช่วยเหลือ

"คิดว่า O.K. นะ อย่างคนไข้เขามีปัญหา เขาก็เข้ามาบอกทีม"

"คือทีมสนใจเขาดีไง ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ ผู้ป่วยเขาบอกในกลุ่มประชุมเช้า ว่าเขารู้สึกดี เพราะมีคนดูแล มีคนมาสนใจเขา"

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลดีจากการที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยไว้วางใจและเข้าถึงคนไข้ได้ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะเปลี่ยนไปในแต่ละเวรนอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า มีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้พยาบาลพึงพอใจเนื่องจากตนเองได้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพราะกิจกรรมต่างๆที่กำหนดในแผนการดูแลทำให้เชื่อได้ว่าตนเองทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพบางครั้งตัวพยาบาลผู้ให้ข้อมูลขาดกิจกรรมอะไรก็จะมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะคอยช่วยดูแล

"case ผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่มีตังค์ ไม่มาบอกเรา พอพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเข้ามาเขาบอกเขาไม่มีตังค์ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็จะมาบอกเรา แต่กับพยาบาลผู้ป่วยไม่บอก"

"ผู้ป่วยไว้วางใจเร็วขึ้น ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก ผู้ป่วยไว้วางใจตลอด พยาบาลเปลี่ยนหน้า แต่ละเวรก็เปลี่ยนกันไป"

เมื่อสอบถามถึงความไม่พอใจของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล จากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าพยาบาลคิดว่า ไม่มีระบบอะไรที่ดีทั้งหมด ยังคงมีข้อจำกัดในบางเรื่อง ซึ่งก็เป็นข้อที่ยอมรับได้ ไม่ได้เป็นข้อเสียที่ทำให้ไม่พึงพอใจ

"ทุกอย่างไม่มีอะไร 100%นะพี่ มันนอกเหนืออำนาจที่จะทำได้"

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลในด้านต่างๆ ได้นี้

ด้านความร่วมมือในการทำงาน พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในการที่ตนเองได้มีส่วนร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในขั้นตอนต่างๆอีกทั้งการประชุมปรึกษากันตามปกติ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลก็มีโอกาสได้ร่วมวางแผน และเสนอข้อคิดเมื่อมีปัญหา ก็ได้ร่วมกันแก้ปัญหากับทีมซึ่งทุกคนมีส่วนร่วมกันดี พยาบาลรู้สึกดีเมื่อได้รับการยอมรับเมื่อออกข้อคิดเห็น บรรยากาศในการประชุมราบรื่นดี ไม่มีข้อขัดแย้ง การออกข้อคิดเห็นในทีมจะเป็นการต่อยอดกันจึงทำให้รู้สึกพึงพอใจในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในส่วนของความร่วมมือในทีม ดังคำกล่าว

"ทีมสหวิชาชีพยอมรับฟังความคิดเห็นกันดีค่ะ ไม่มีค่ะ ไม่เคยขัดแย้ง เป็นการรับฟังปัญหากัน ...เสริมกันมากกว่า ต่อยอดความคิดเห็นนั้น"

"ทำงานเป็นทีม ดีค่ะที่ได้ร่วมทีมตั้งแต่แรก เขาก็ยอมรับเราดีนะ เวลาเสนอปัญหาก็ได้การยอมรับดี"

"รู้สึกดี มีส่วนร่วมมากขึ้น"

ด้านการประสานงาน พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในการที่ได้รับการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ ทำให้ทำงานสะดวกขึ้น ทำงานต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อนกัน รู้บทบาทกันในแต่ละวิชาชีพเนื่องจากมีการกำหนดไว้ชัดเจนในคู่มือปฏิบัติงาน ใช้เวลาในการติดต่อรวดเร็ว ญาติผู้ป่วยก็ให้ความร่วมมือมากขึ้นเพราะพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานให้ จากเดิมการติดต่อญาติมักไม่ให้ความร่วมมือและติดต่อยาก บางครั้งผู้ป่วยมีปัญหาจะบอกพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และประสานงาน

ผู้เกี่ยวข้องทำให้พยาบาลได้ทราบปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ ดังคำกล่าว

"การประสานงานของผู้จัดการกับทีมสหวิชาชีพติดต่อกันง่ายขึ้น สะดวกได้รับการสนใจมากขึ้น"

"ดีค่ะเขารู้ว่าเขาต้องทำอะไร เราก็ทำส่วนของเรา มีอะไรก็บอกกัน"

ด้านการพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจเพราะสามารถติดต่อกันได้ มีแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร และมีการประชุมกันของทีมสหวิชาชีพทำให้ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดโดยประชุม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ทราบข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างงต่อเนื่อง และญาติเข้ามามีส่วยร่วมมากขึ้นทำให้รับทราบข้อมูลจากญาติมากขึ้น ได้เห็นปัญหามากขึ้นและเร็วขึ้น พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆแก่พยาบาลเมื่อหยุดงานไปทำให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน ดังคำกล่าว

"ดี มีการส่งเวรกันตลอด ผู้จัดการก็มาร่วมทีม ทีมสหก็เข้ามาดู"

"ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลตลอดเรื่องญาติด้วย"

ด้านความต่อเนื่องของการดูแล พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจเรื่องของการต่อเนื่องสามารถดูแลคนไข้ได้ต่อเนื่องจากการที่มีแผนการดูแล ถึงแม้พยาบาลจะหยุดงานไปช่วงหนึ่งก็สามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้ ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีซึ่งตอนแรกพยาบาลคิดว่าจะเป็นการเพิ่มภาระงานของตน

"เวลาหยุดไปไม่ได้ขึ้นเวร ก็รู้ว่าถึงไหนแล้ว ผู้ป่วยเป็นยังไงบ้าง"

"ตอนแรกคิดว่าต้องเพิ่มงาน ต้องสนใจดูแลมาขึ้นหรือไม่ พอทำแล้วผู้ป่วยพึงพอใจ เราได้ดูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์ได้รับการตอบสนองทัน ตอนหลังจึงคิดว่าไม่ยุ่งยาก ดีมากค่ะ"

ด้านการจัดสรรทรัพยากร พยาบาลผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในเรื่องเครื่องมือมีการจัดหามาอย่างพอเพียงโดยเฉพาะในเรื่องของ แผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์อย่าง

เต็มที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและพยาบาลเอง มีความพึงพอใจในการจัดสรรบุคลากรในการรวมทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เมื่อถามถึงการใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลผู้ให้ข้อมูล ไม่ทราบ แต่เชื่อว่าการดูแลของทีมสมวิชาชีพให้ผลดีกับผู้ป่วย และสามารถเห็นได้จากผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ ดังคำกล่าว

"ชอบการใช้บุคลากรคุ้มค่า ไม่เสียเวลา ผลลัทธ์ที่เห็นคุ้มกับที่ทำลงไป น่าจะทำต่อเนื่องเพราะคนไข้ได้ประโยชน์"

"ความรู้ของทีมสหวิชาชีพพึงพอใจแล้ว แต่ไม่ทราบว่าต้องมีอะไรบ้าง แต่คิดว่าช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีข้อเสนอแนะต่างๆ"

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยมีวัตถุประสงค์ สมมุติฐาน และการดำเนินการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน ที่ได้รับการดูแลตามปกติและที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สมมุติฐานการวิจัย

1. พยาบาลมีความพึงพอใจเมื่อใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น 2 กลุ่มคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ประเภทผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นการเลือกแบบกำหนดเกณฑ์ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยาประเภทผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 6 คน

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ในหอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเสพยาบ้าจำนวน 30 คน

2.1. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหลงผิด

2.2. เป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองหรือโดยการช่วยหลือของพยาบาล

2.3. เป็นผู้อ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย หากอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จับคู่ (Matched Pair)กลุ่มตัวอย่างระหว่าง ผู้ป่วย2 กลุ่มด้วย ระดับการศึกษา และอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมี 2 ชุด(ชุดที่ 1 ถึง ชุดที่ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย 2 ชุด(ชุด ที่ 3 – ชุดที่ 4) ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงดังนี้

ชุดที่ 1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

ชุดที่ 2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์ เชิงลึกตามแนวคิดของ Quinn(1998) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ชุดที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดูตัวอย่างจากการสร้างข้อคำถาม จากแบบวัดความพึงพอใจของจิราพร สิมากร (2544) ซึ่งวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แนวคิดของ Aday and Anderson (1975) ลักษณะแบบวัดความพึงพอใจเป็นแบบประมาณค่า(Rating

Scale) 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ คือ .93

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เตรียมสถานที่ทดลอง เตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงทำความเข้าใจกับทีมสหวิชาชีพ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ให้การดูแลแบบปกติ และระยะที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะที่ให้การดูแลแบบปกติ เก็บข้อมูลความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในหอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบ 10 วัน ทั้งหมด 15 ราย เริ่มตั้งแต่ 23 มกราคม 2547 ถึง 8 มีนาคม 2547

2.2 ระยะที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เก็บข้อมูลความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยมุก สถาบันธัญญารักษ์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่จับคู่(Matched pair)กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 15 คน โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบ 10 วัน ใช้เครื่องมือและวิธีการเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ใช้เวลาตั้งแต่ 10 มีนาคม 2547 ถึง 6 พฤษภาคม 2547

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 ราย และให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทำแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 10 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS(Statistical Package or the Social Science)คำนวณค่าสถิติต่างๆดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่า ความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล(Content Analysis)ความพึงพอใจของพยาบาลโดย นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาวิเคราะห์

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดติดระยะบำบัดด้วยยาประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ใช้การจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติ t - test แบบ Independent เปรียบเทียบความแตกต่างของผลรวมคะแนนเฉลี่ย ทั้งโดยรวมและ รายด้าน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

2. พยาบาลทั้ง 6 ราย มีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยพยาบาลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของที่สหวิชาชีพ ทีมมีการร่วมมือในการปฏิบัติงาน มีการประสานความรวมมือโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้สะดวกรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย นอกจากนี้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เน้น

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผู้ป่วยติดสารเสพติดมักมีปัญหาหลายด้านรวมกันไม่เพียงแต่อาการทางกายเมื่อขาดสารเสพติดเท่านั้น ยังมีปัญหาซับซ้อนต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละราย จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสองความต้องการหรือได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน จากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพซึ่งจะเป็นผู้ให้การดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตน การดูแลผู้ป่วยมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่พบมักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนได้รับการดูแลอย่างดีและมีผู้ใส่ใจกับเรื่องของตนเอง เกิดความประทับใจและพึงพอใจ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งพูดกับพยาบาลผู้จัดการว่า วันนี้ผมรู้สึกคิดถึงลูกสาวมาก เพราะพรุ่งนี้จะเป็นวันเกิดเธอ อายุครบ 4 ปี ผมอยากอวยพรวันเกิดให้เธอ เป็นคนแรก ทำอย่างไรผมถึงจะได้คุยกับลูกสาวผม พยาบาลผู้จัดการจึงได้นำมาปรึกษาพยาบาลประจำตึกและทำการติดต่อลูกสาวให้ได้คุยกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ภายหลังผู้ป่วยได้บอกกับพยาบาลผู้จัดการว่า ผมขอบคุณจริงๆที่ติดต่อลูกสาวให้ ผมไม่คิดว่าจะได้รับการดูแลอย่างนี้ ตอนแรกผมคิดจะกลับบ้านแล้ว ไม่อยากอยู่รักษาต่อ แต่เพราะเรื่องนี้ผมถึงอยู่ต่อ แล้วผู้ป่วยก็อยู่รักษาจนกระทั่งย้ายไประยะฟื้นฟู พยาบาลประจำตึกถึงกับพูดชมผู้ป่วยว่า รายนี้ดีขึ้นเยอะพฤติกรรม ดีขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาดี มาแรกๆไม่ค่อยให้ความร่วมมือคิดว่าจะกลับซะแล้ว

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ดีเนื่องจากมีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อรับการรักษา เพื่อนำมาวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติทำให้สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วนและตรงประเด็น การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ในการใช้แผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือในการกำกับและประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนดทำให้ทราบว่าเมื่อไหร ต้องปฏิบัติกิจกรรมอะไร แล้วส่งผลลัทธ์ต่อผู้ป่วยอย่างที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่ พยาบาลผู้จัดการจะหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้น นำมาปรึกษากับทีมสหวิชาชีพและจัดการแก้ไขทันที ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามแผนการดูแลเกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในทีมสหวิชาชีพและประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วไม่ซ้ำซ้อน ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจะต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากบุคลากรหลากหลายอาชีพ การให้บริการสุขภาพโดยลำพังเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่อาจช่วยให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้(ประนอม โอทกานนท์, 2532)

การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพโดยการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ จากกรณีที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากกรมควบคุมประพฤติ หลังจากที่คณะอนุกรรมการตัดสินแล้วว่าเป็นผู้เสพให้มาบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ เมื่อซักประวัติได้ข้อมูลจากผู้ป่วยว่าไม่มีญาติติดต่อมาเลยตั้งแต่ถูกจับเนื่องจากญาติไม่ทราบ จึงได้ประสานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยและนำเงินมาฝากให้ผู้ป่วยใช้จ่ายขณะรับการบำบัด ผู้ป่วยจึงได้กล่าวของคุณทีมสหวิชาชีพผู้ดูแล และบอกว่าที่นี่ดีมากเลยไม่เหมือนที่คิดไว้ไม่ได้อยากมา แต่โดนจับมา ไม่คิดว่าจะได้มีเงินใช้เหมือนคนอื่น ต้องขอบคุณพี่ๆมาก ไหนๆมาที่นี่แล้วก็จะตั้งใจรักษาจะได้เลิกยาบ้าเสียที ผู้ป่วยพูดด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการประสานบริการสูงขึ้น

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่ จนจำหน่าย โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยอำนวยความสะดวกต่างๆให้กับผู้ป่วย มีการตรวจเยี่ยมพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทุกวันพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องเข้าไปพูดคุยสอบถามอาการและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเป็นห่วงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าบอกปัญหาของตนเอง ทำให้ทีมสหวิชาชีพตอบสนองความต้องการได้ตรง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2545) ที่พบว่าการที่พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลนอกจากการให้การพยาบาลโดยตรง แล้วการให้ความรู้ การสอน และการให้คำแนะนำต่างๆ ถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะข้อมูลต่างๆที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติดแล้วปัญหาที่พบมากคือ การกลับไปเสพซ้ำ ดังนั้นแผนการดูแลจึงต้องมีการให้ความรู้ ในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ เรื่องสมองติดยารวมถึงการฝึกทักษะในการปฏิเสธยาเสพติด ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นได้รวบรวมข้อมูลต่างๆเหล่านี้เป็นคู่มือสำหรับทีมสหวิชาชีพในการปฏิบัติงานแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลต่างๆที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ตรงตามความต้องการและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีความรู้ในการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ดังเช่นกรณีนี้ เมื่อพยาบาลให้ความรู้เรื่องเส้นทางการเลิกยา ในระยะต่างๆ ระยะฮันนีมูนผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจในตนเองว่าเลิกยาได้แล้ว ยินดีมีความสุข ทำให้ไม่ควบคุมตัวเอง ส่งผลให้กลับไปติดสารเสพติดได้อีก เมื่ออธิบายถึงตรงนี้ ผู้ป่วยบอกว่า ใช่เลยครับผมเป็นแบบนี้เลย ก็เลยกลับ

ไปติดอีก คราวนี้ผมรู้แล้วจะระวังตัวให้มากว่าเดิมจะได้ไม่กลับไปติดอีก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยพึงพอใจในการได้รับข้อมูลนี้

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจด้านการประสานบริการ กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีองค์ประกอบหลักคือ การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ(เรวดี และ คณะ , 2543)มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่ในการประสานงานในทีมสหวิชาชีพเกิดการทำงานเป็นทีมขึ้นอย่างแท้จริงเช่น เมื่อพยาบาลทราบว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ก็ทำหน้าที่ประสานโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว นอกจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประสานงานในทีมสหวิชาชีพแล้วยังทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ป่วยและญาติอีกด้วย ผู้ป่วยรายหนึ่งพูดกับพยาบาลผู้จัดการว่า "ผมไม่คิดว่าแม่จะมาเยี่ยมผม เพราะเขาบอกว่าจะไม่มาพี่ทำยังไง" อีกทั้งทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้งและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแล การประสานงานกับผู้ป่วยและญาติ ประสานงานกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ จะเริ่มตั้งแต่รับใหม่จนกระทั้งจำหน่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุณภาพการดูแลย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

ด้านข้อมูลที่ได้รับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่างๆตั้งแต่รับใหม่ในเรื่องของแผนการดูแลผู้ป่วยเอง และข้อมูลกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับตลอดระยะเวลาที่อยู่รักษา รวมถึงข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับถูกกำหนดไว้แล้วตามแผนการดูแลล่วงหน้า พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ติดตามกำกับให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามแผนการดูแลล่วงหน้านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตนเอง ทำให้ทราบได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเอง หรือตนเองจะต้องทำอย่างไร ปฏิบัติอย่างไร ทำให้ลดความวิตกกังวลได้ อีกทั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณียังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่เคยหยุดสารเสพติดแล้วกลับมาติดสารเสพติดซ้ำ เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเสพติดซ้ำ ทำให้ทราบวิธีปฏิบัติตนและป้องกันการไปติดซ้ำได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญอันหนึ่งของผู้ป่วยในการมาบำบัดรักษา เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า ต่อไปนี้ผมจะขอเงินแม่เป็นวัน เนื่องจากผู้ป่วยวิเคราะห์แล้วพบว่าสาเหตุที่ตนใช้สารเสพติดเพราะเมื่อตนมีเงินก็จะไปซื้อยามาเสพห้ามตนเองไม่ได้ ข้อมูลต่างๆที่กล่าวมานั้นทีมสหวิชาชีพเห็นว่าผู้ป่วย

จำเป็นต้องได้รับข้อมูลเหล่านั้นและเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็พึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับเพราะเป็นข้อมูลที่ตนจะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

ด้านคุณภาพบริการกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และถูกต้องตามหลักของวิชาชีพต่างๆ โดย ไม่ซ้ำซ้อนกัน โดยมุ่งเน้นที่การจัดการที่มีคุณภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อผู้รับบริการ จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่าในเมื่อส่วนประกอบต่างๆดีย่อมส่งผลต่อภาพรวมด้านคุณภาพบริการ เพราะการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นส่งผลให้ เพิ่มคุณค่าการดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ ลดการดูแลแบบแยกส่วน ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เป็นการพัฒนารูปการดูแลรักษาพยาบาล(Cohen E. And Cesta T., 1993; Powell K., 1996; More and Mandell, 1997) แสดงให้เห็นถึงระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การดูแลที่ผู้ป่วยมีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กฤษณา นรนราพันธ์(2544), พรทิพย์ ไตรภัทร์(2544), จิราพร สิมากร(2544) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านการประสานบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ และด้านคุณภาพบริการ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสะดวก และด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจไม่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าด้านความสะดวก และด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการนั้นส่วนที่เกี่ยวกับขั้นตอนและระเบียบการปฏิบัติยังคงใช้รูปแบบเดิมในการปฏิบัติซึ่งมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด เรื่องของบริการต่าง บางเรื่องนอกเหนือจากทีมสหวิชาชีพจะให้บริการได้ เมื่อผู้ป่วยเช่น การบริการแผนกการเงิน เมื่อผู้ป่วยต้องการซื้อของทั้งของรับประทานและของใช้ต้องปรับยอดเงินในสมุดทุกวันโดยเจ้าหน้าที่การเงิน แต่ผู้ป่วยต้องการใช้ทันทีจึงต้องการให้พยาบาลประจำตึกดำเนินการให้ แต่เจ้าหน้าที่การเงินจะเข้ามาตึกผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดเท่านั้น เพราะให้บริการจุดอื่นอยู่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจึงต้องอธิบายซ้ำอีก แต่ผู้ป่วยยังพูดว่า น่าจะทำให้ได้ แสดงให้เห็นถึงต้องการความสะดวกที่มากกว่าปัจจุบัน แต่เป็นกฎข้อบังคับของโรงพยาบาล

จึงไม่สามารถแก้ไขได้หรือไม่สามารถให้บริการได้ทันทีเมื่อร้องขอ และในเรื่องของอัธยาศัยของผู้ให้บริการ จากการสำรวจความคิดเห็นจากผู้มารับบริการในสถาบันธัญญารักษ์(2546) พบว่าอันดับแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการเนื่องจาก ความสะดวกสบาย และพบว่าอันดับแรกที่ผู้ป่วยพึงพอใจคือกิริยาของพยาบาลสูงถึงร้อยละ 82.1 นับว่าเป็นคะแนนที่สูงอยู่เดิมแล้ว ในการทำวิจัยครั้งนี้ก็เช่นกัน คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้นว่าเดิมเล็กน้อยจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเป็นทีมสหวิชาชีพเดิม ซึ่งดูแลผู้ป่วยด้วยความห่วงใย สนใจ เป็นกันเอง ไม่ว่าจะใช้รูปแบบการดูแลอย่างไร ยังคงให้บริการด้วยอัธยาศัยเช่นเดิมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ส่วนของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูงขึ้นจากการทำวิจัยนั้น เกิดขึ้นจากระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่ได้เกิดขึ้นจากความพึงพอใจในส่วนของอัธยาศัยผู้ให้บริการ

2. จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจทั้งในภาพรวมและรายด้าน ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นมีเป้าหมายที่คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วางแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ หรือมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลทราบเป้าหมายและกิจกรรมการดูแลที่ตนจะต้องปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้บุคลากรมั่นใจในการปฏิบัติงาน การบริการที่ตนได้ให้แก่ผู้ป่วย จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ron & Gray (1997) พบว่าแผนการดูแลผู้ป่วยที่เขียนขึ้นนั้น จะช่วยให้พยาบาลมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายการดูแลชัดเจนคือผลลัทธ์ที่คาดหวังสำหรับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลในกการจัดการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลของการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2532) กล่าวว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพ แสดงว่าผู้ประกอบวิชาชีพได้แสดงความรับผิดชอบโดยมีการพัฒนาตนเอง ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีความพึงพอใจในวิชาชีพของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากการประสบความสำเร็จในงาน อีกทั้งการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นั้นเป็นการทำงานร่วมกันในทีมต่างๆ จากหลากหลายวิชาชีพ พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั้งจำหน่าย โดย มีระยะเวลาปฏิบัติงานกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ตามที่ทีมสหวิชาชีพต้องการ อีกทั้งพยาบาลก็มีโอกาสได้ ร่วมแสดงความคิดเห็น และปรึกษาหารือ กับทีมสหวิชาชีพตลอดระยะเวลา ทำให้ทีมสหวิชาชีพยอมรับในบทบาทพยาบาลมากขึ้น การยอมรับจากผลงานย่อมส่งผลให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในการทำงานซึ่งการยอมรับ(Recognition) จากผู้ร่วมงาน ถือเป็นปัจจัยจูงใจ(Motivate Factor) ที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจและมีความพึงพอใจในงาน (Herberg ,1959)

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะช่วยในการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ เกิดความร่วมมือในทีม ทำให้งานไม่ซับซ้อน แบ่งงานกันทำตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการประชุมกันของทีมสหวิชาชีพเป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานได้สะดวกขึ้น เน้นให้การพยาบาลในส่วนของวิชาชีพพยาบาล เพราะได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน สามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นหรือวิชาชีพอื่นๆได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีพยาบาลสามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยแก้ปัญหาของตนได้ผลการปฏิบัติงานเป็นที่พอใจย่อมส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ ระดับความพึงพอใจในงานจึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย(Weisman & Nathanson, 1985) ความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพงานซึ่งจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานและนำมายังการปฏิบัติงานที่ดี Marrine (1982) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผลผลิต จะเห็นว่าถ้าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานมาก ผลผลิตทางการพยาบาลย่อมมีคุณภาพตามมาด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของแจ่มจิต เทพนามวงศ์ และ คณะ (2542), ศุวัชรีย์ งูพิมาย (2544), Edelstenin & Cesta (1993) ที่พบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าทำให้บุคลากรในทีมมีความพึงพอใจ

เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการทำงานร่วมกันในทีม เมื่อทีมสหวิชาชีพปฏิบัติบทบาทของตนเอง ตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่ใช้เป็นเครื่องมือกำกับ ตั้งแต่เริ่มวางแผน ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนกระทั่งประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกรณีต่างๆ ทำให้พยาบาลทำงานได้สะดวกขึ้น ส่งผลให้เกิดความพึงใจจากการร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ด้านการประสานงาน จากการที่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มาขึ้น จากการได้รับข้อมูลจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและเป็นเจ้าของไข้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะบอกปัญหาหรือขอรับความช่วยเหลือได้ โดยทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากผู้ป่วยมากขึ้น หรือได้เร็วขึ้นไม่ต้องเสียเวลาค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นอกจากการประสานงานกับผู้ป่วยแล้วพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นตัวแทนของพยาบาลในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้พยาบาลสามารถนำเวลาส่วนนี้ไปปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลอื่นๆได้ ทำให้สามารถลดภาระงาน แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการประสานงาน พยาบาลได้รับความสะดวกจึงเกิดความพึงพอใจ ด้านการติดต่อสื่อสาร

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้พยาบาลทราบล่วงหน้าถึงกิจกรรมที่ต้องทำ อีกทั้ง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการติดต่อสื่อสารกันเองในทีมอย่างสม่ำเสมอ ติดตามประเมินผล ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำให้การสื่อสารข้อมูลที่ได้รับ ทั่วถึงไม่ขาดตอน และยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา แสงมุกข์(2530) ที่พบว่า การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และตำแหน่ง สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพภูมิภาคได้ การสื่อสารที่กล่าวมาทั้งหมดเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพทำให้พยาบาลทำงานสะดวก ได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ จากการสื่อสารในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความต่อเนื่องของการดูแล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับไว้จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการแก้ปัญหาได้ ผู้ปฏิบัติงานจึงพอใจจากผลงานที่ได้รับ ด้านทรัพยากร การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยติดสารเสพติดทรัพยากรที่สำคัญนั้นคือบุคลากร ได้แก่ทีมสหวิชาชีพต่างๆ ที่มารวมกันเป็นทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น จึงเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างคุ้มค่า ทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ แผนการดูแลทำให้ทำงานได้สะดวก ลดการบันทึกข้อมูล ประหยัดเวลาคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย พยาบาลจึงเกิดความพึงพอใจ

จะเห็นได้ว่าความพึงพอใจของพยาบาลด้านต่างๆมีผลสอดคล้องและต่อเนื่องกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งทางด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีทำให้พยาบาลพอใจในผลงานเกิดความภาคภูมิใจ และทางกระบวนการจัดการที่ทำให้มีความสะดวก มีมาตรฐานและแนวทางในการปฏิบัติงานรวมทั้งยังทำให้พยาบาลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

จากผลของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสารเสพติด ระยะต่างๆ เช่นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูเป็นต้น

2. การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบาย และให้การสนับสนุน เพื่อทุกหน่วยงานทราบและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรเวลาและทรัพยากรบุคคล

3. ก่อนนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ควรมีการอบรมบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในด้านบทบาท และทักษะด้านต่างๆ เพื่อให้สามารทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้อย่างชัดเจน

4. ควรมีการสร้างแบบบันทึก ที่ใช้ในการสรุปการประชุมของทีมสหวิชาชีพแต่ละครั้งเพื่อเป็นการสื่อสาร หลักฐาน และต่อเนื่อง สะดวกในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายและมีห้องสำหรับปรึกษาหรือพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นสัดส่วน

5. ควรมีการประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและปรับปรุง Clinical Pathway เป็นระยะๆอย่างน้อยทุก 6 เดือน โดยทีมสหวิชาชีพและมีผู้รับผิดชอบร่วมกันทำแบบประเมิน ทั้งด้านผู้ให้บริการ ทีมสหวิชาชีพ และผู้รับบริการ รวมทั้งวางแผนแก้ปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนา และปรับปรุง ให้ทันต่อเหตุการณ์

6. การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยนั้นทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพื่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้นควรมีทีมสหวิชาชีพหลากหลาย เช่น โภชนากร ทันตแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะ ฟื้นฟู เนื่องจากมีความแตกต่างกันในลักษณะของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้สามารถใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างต่อเนื่อง จากระยะบำบัดด้วยยา

2. ควรมีการศึกษาในส่วนรายละเอียดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น การพัฒนา Clinical Pathway โดยเฉพาะหัวข้อยาที่ใช้ในการรักษา เนื่องจากยังมีความแตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษาในรายละเอียดโปรแกรม กิจกรรมการเข้ากลุ่มบำบัดของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการผู้ป่วยและเป็นมาตรฐานในการจัดการดูแลให้แก่ผู้ป่วย

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น การกลับไปเสพซ้ำ, ระยะจำนวนวันนอนและอาการทางคลินิก เพราะในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องต่างๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณิกา เย็นสุข. 2544. **ผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.

กฤษณา นรนราพันธ์. 2544. **ผลการใช้รูปแบบมอบหมายงานแบบการจัดการผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.

การแพทย์, กรม. 2545. **รายงานประจำปี 2545**. ปทุมธานี: สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จริยา เลิศธรรมยมณี, บรรณาธิการ. 2543. **งานวิจัยทางคลินิก**. กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

จอม สุวรรณโณ. 2541. การจัดการผู้ป่วยเป็นราย:รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา** 6(2): 27-32.

จิตร สิทธิอมร และคณะ. 2543. Clinical Practice Guidelines: **การจัดทำและนำไปใช้**. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทดีไซร์ จำกัด

จิตรลดา ชัยรัตน์. 2538. ความพึงพอใจในงาน ความตั้งใจที่จะลาออกจากสถาบันและวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. **สรรพสิทธิเวชสาร**. 16(2): 35-76

จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์, บรรณาธิการ. 2546. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. เอกสารประกอบการสัมมนา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.

จิราพร สิมากร. 2544. **ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิราภรณ์ ศรไชย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคนอื่นๆ. 2543. **รายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล: ในโครงการ** Hospital Accreditation **ระยะที่** 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

จุฬามณี คุณวุฒิ. 2542. **ผลของการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ. 2542. **ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**. รายงานการวิจัย(อัดสำเนา)

ณัฐนุกูล ผกากรณ์รัตน์. 2542. **ผลของการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของมารดา และความพึงพอใจในงานของบุคลากรการพยาบาลในโรงพยาบาลเลิดสิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เตยหอม บุญพันธ์. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัษณวงค์กรชัย. 2545. **เวชศาสตร์โรคติดยา: คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

ทัศนา บุญทอง(บรรณาธิการ). 2543. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการ สุขภาพไทย ที่พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์

ทิพาวดี เอมะวรรธนะ. 2545. **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพย์ติด**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธงชัย สันติวงษ์. 2537. **หลักการจัดการ**. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพาณิช.

ธนิตา ฉิมวงษ์. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประสำการ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัชชัย วรพงศธร. 2543. **หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

น้องนุช ภูมิสนธ์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ความพึงพอใจในงาน ความยึดมั่นผูกพันธ์ต่อองค์การ กับความตั้งใจที่จะลาออก โอนย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยยนา อิทธิโชติ. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งและการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2544. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศและแนวทางการแก้ไขปัญหา. ใน วิโรจน์ วีระชัย และคนอื่นๆ(บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. หน้า 40 – 45. กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปกรณ์ ศิริยง. 2544. ระบาดวิทยาของการติดยาเสพติดในประเทศไทย. ใน วิโรจน์ วีระชัย และคนอื่นๆ(บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. หน้า 25 – 39. กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

ประพิณ วัฒนกิจ, บรรณาธิการ. 2542. **ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยสังคมศาสตร์**. (มปท.).

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2543. **จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพมหานคร. บริษัทพิมพ์ดี.

ปาริชาติ แว่นไวศาสตร์. 2543. **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. 2545. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและระบบบริการสุขภาพกับการบริหารโรงพยาบาล. **ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาล**.หน่วยที่1-5สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พรทิพย์ ไตรภัทร. 2544. **การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2544. **ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพริ้นต์.

พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล. 2544. **เครื่องมือการวิจัย: เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.

มาณีย์ อุ้ยเจริญ. 2528. **ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน วิชาชีพพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เรวดี ศิรินคร, ยุวดี เกตสัมพันธ์, ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร. 2543. CASE MANAGEMENT. หนังสือประกอบการประชุม 2nd national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23 – 25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนสปาร์ค กรุงเทพมหานคร : J.S. การพิมพ์.

ละออ ตันติศิรินทร์. 2520. **ความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ, บรรณาธิการ. 2545. **การจัดการทางการพยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิยมวิทยา.

ศุวัชรีย์ งูพิมาย. 2543. **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อน และความพึง**

พอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2541. **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน

สมจิตต์ วงษ์ปา, สำเนา มากแบน, วัชรี มีศิลป์. 2544. **รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ติดสารเสพย์ติด ระยะถอนพิษยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมยศ นาวีการ. 2540. **การบริหารและพฤติกรรมองค์การ**. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจ

สมสมร เรืองวรบูรณ์. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมสุข ดิลกสกุลชัย. 2533. **การเปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจในงานพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมิหรา จิตตลดากร. 2546. **ทฤษฎีองค์การ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:แสงเทียนการพิมพ์

สร้อยตระกูล(ติวยานนท์) อรรถมานะ. 2542. **พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. **ผลการจัดการดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อคุณภาพบริการ: กรณีศึกษาไพศูนย์สิรินธรเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงาน ป.ป.ส. 2537. **แอมเฟตามีน**. เอกสารเผยแพร่.

สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ, บรรณาธิการ. 2546. **คู่มือโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวสำหรับวิทยากรกลุ่มบำบัด**. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สิริรักษ์ ศรีปัญจพงษ์. 2545. **ปัญหาทางจิตของผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุกัญญา แสงมุกข์. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลภูมิภาค สังกัดกระทรวงธารณสุข**. วิทยา

นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกุมา แสงเดือนฉาย. 2545. การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท. ในสมจิตต์ วงษ์ปาและคนอื่นๆ(บรรณาธิการ), **ตำราพยาบาลยาเสพติด**. หน้า179-187 ปทุมธานี: สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง.

สุชาติ เลาบริพัตร. แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. ใน วิโรจน์ วีระชัยและคนอื่นๆ(บรรณาธิการ), **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. หน้า 25 – 39. กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธ์. 2539. **ความพึงพอใจในงานและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน เขต 8**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.

สุวิดา นิตยางกูร และกฤษดา แสงวดี. 2543. Case Management. **วารสารกองการพยาบาล**. 25(3). ก.ย.-พ.ค.

หทัยรัตน์ โชคชัยธนากุล. 2543. **ผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพบริการการพยาบาลที่มีต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซด์.

อมรรัตน์ เสตสุวรรณ. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานกับความคงอยู่ในงานตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรัญญี มงคลเสถียร. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้าบำบัดรักษา:ศึกษาเฉพาะกรณีชายวัยผู้ใหญ่ที่ว่างงานในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อังกูร ภัทรากร. 2541. **พื้นฐานทางจิตเวชในผู้ป่วยติดสารเสพติด**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์. (อัดสำเนา)

อัญชัญ ไพบูลย์. 2545. **ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร พรพงษ์สุริยา. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความยุติธรรมในองค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อารี ชีวะเกษมสุข. 2542. แนวทางการดูแลรักษา : ทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**. 5 (3.) : 251 – 261.

อำพัน ไชยทองศรี. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคเหนือ ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Aday, LA and Andersen, A. 1975. **Development of induces of access to medical care.** Ann Arbor: Health Administration Press.

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

Anderson Loftin W.1999. Nurse case manager's in rural hospitals. **Journal of Nursing Administration.** 29 (2): 42-49

Anderson Loftin, w.1995. A care study of nursing case management in a rural hospital. **Nursing Administration Quarterly**. 19(3): 33-40.

Bower, K.A. 1992. **Case management by nurses.** Washington: American Nurses publishing

Brown, M. 1992. **Nursing management issues and ideals: Health care management review.** Maryland: An Aspen.

Carol L. Ireson. 1997. Critical Pathways: Effectiveness in Achieving Patient Outcomes. **Journal of Nursing Administration.** 27 (6): 16-23.

Cohen, E. L. and Cesta, T.G. 1993. **Nursing case management: From concept to evaluation.** Missouri: mosby-year book.

Cohen, E. L. and Cesta, T.G. 2001. **Measuring cost effectiveness. In Nursing case management: From Essentials to Advanced Practice Applications.** St.Louis: Mosby.

Cohen, E. L.1991. Nursing case management: Does it pay. Journal of Nursing Administration.21 (5): 20-25

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

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

Derdiarian, A..H. 1990. Effect of Using Systematic Assessment Instrument on Patient and Nurse Satisfaction with Nursing Care. **Oncology Nursing Forum**. 17(1): 45 – 101

Donobedian, A.1988. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**. 260: 174-178

Edelstein.L.&Cesta.T.G.. 1993. Nursing case management:: An innovative model of case for hospitalized patients with disbetes. **The diskettes Educator.** 19(6). 517-521.

Ghodse, Hamid. 1995. **Drugs and addictive behavior: a guide to treatment.** 2nd ed. Oxford:Blackwell Science.

Ignstavicins, Donna D. & Hansman, kathy A. 1995. **Clinical Pathways for Collaborative Practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.

Margnerite R.Kinney, Donna R.Packa, Sandra B Dunbar.1993. **AACN's Clinical reference for critical care nursing.** 3rd ed. St. Loins: Mosby – YearBook.

More, P.K. and Mandell, S. 1997. **Nurse case management: an evolving practice**. New York : Mc Graw-hill.

Mullin, L.J. 1985. **Management and Organization behavior**. London: Company.

Munson, F.C. Heda, S.S.1974. An instrument for measuring nursing satisfaction. Nursing research. 23(2) : 159-166.

Olivas, Guadalupe S.et al. 1989. Case Management A Betton – Line Care Delivery Model Part 1 : The concept. **Journal of Nursing Administration**. 19 (11): 16-20.

Organ,D.W, and Bateman, T. S. 1991. **Organization behavior**. 4th ed. Boston: R.R.Dornelley & Sons.

Parasuraman, A..Zeithaml,V.A., and Berry,L.L. 1990. **Delivery quality service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: Free Press.

Poirrier G.P. and Pberleintner M.G.1999. **Clinical Pathways in nursing**. Pennsylvania: Springhouse.

Powell, Suzuki. K. 1996. **Nursing case management: A practical guide to success in managed care**. Phila delphia: Lippincott-Raven.

Risser, N.L. 1975. Development of an Instrument to Measure patient satisfaction with nurse and nursing care in primary care settings. **Nursing research**. 24 (January-February 1975): 45 – 52.

Rossi, P.1999. **Case management in health care: A practical guide**. Philadelphia W.B. Sunders.

Skiba, D. and Cohen, E. 2000. Case Management and Technology: A Necessary Fit for the Future. **Nursing Administration Quarterly**. 25(1): 132-141

Slavitt,D.B.,et al.1978. Nurses' Satisfaction with there work situation. **Nursing Research**. 27(March - April): 114-120.

Stephen, P. Robbins, 2000. **Managing To Day**. New Jersey: Prentice-Hall.

Ware, J.E.Davis, A. and Stewert, A.L. 1978. The measurement and meaning of patient satisfaction. **Health & Medical Care Service Review**. (Vol.1): 1-15.

Wolf, G.a., and Orem, C.A. 1994. **Nursing management desk reference concepts skill & strategies**. Philadelphia: W.B.Sander.

Zander, k. 1988. Nursing case management: Resolving the DRG paradox. **Nursing Clinical of North America.23** (3:503-520).

Zander, k. 1988. Nursing case management: strategic management of cost and Quality Outcomes. **Journal of nursing administration 18**(5): 23 – 30.

Zander, K.1990. Manages care and nursing case management. In mayor, C.G., Madden, M.J. And Lawrenae (ed.). **Patient Care Delivery Models**. Maryland: Aspen.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. พันจ่าอากาศเอกหญิง สมจิตต์ วงษ์ปา	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันธัญญารักษ์
2. นายแพทย์ล่ำชำ ลักขณาภิชนชัช	รองผู้อำนวยการด้านการวิจัยและพัฒนาสถาบันธัญญารักษ์
3. พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์	แผนการแพทย์และพยาบาล กองวิทยาการ กรมการแพทย์ทหารบก
4. นาวาอากาศตรีหญิง ศุวัชรีย์ งูพิมาย	นักวิชาการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลย์เดช
5. ร้อยเอกหญิงจิราพร สิมากร	เลขานุการหน่วยประกันคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รายนามผู้ช่วยวิจัย

นางสาวสุกุมา แสงเดือนฉาย	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันธัญญารักษ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามทีมสหวิชาชีพที่ร่วมทำการวิจัย

1. พญ.วิมลวรรณ ตันติวงษ์	แพทย์ประจำตึก
2. น.ส.ปริสุทธิ์ สำราญทรัพย์	นักจิตวิทยา
3. นางรัชนี ขันตี	นักสังคมสงเคราะห์
4. น.ส.บวรลักษณ์ บุญกรุงทอง	เภสัชกร
5. น.ส.วรรยา ลาภเจริญ	นักจิตวิทยา
6. นางจรรยา ประสงค์จรรยา	พยาบาลวิชาชีพ
7. น.ส.ลาวัลย์ วงค์ลาว	พยาบาลวิชาชีพ
8. น.ส.เพียงพิษ ศรีษะนาราช	พยาบาลวิชาชีพ
9. น.ส.กัญจนาพร อ่อนจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ
10. นางธนาธิป หอมหวน	พยาบาลวิชาชีพ
11. น.ส.แสงอรุณ สุขเพีย	พยาบาลวิชาชีพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน

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

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

เมื่อ α = สัมประสิทธ์ความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อ

S_i^2 = คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 = คะแนนความแปรปรวนทั้งหมด

1.2 ค่าสัมประสิทธ์ความเที่ยง โดยวิธี คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 คือ

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

เมื่อ r_{tt} = ค่าสัมประสิทธ์ความเที่ยง

n = จำนวนข้อของแบบวัด

p = สัดส่วนของคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง โดยวิธี คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 21 คือ

$$KR-21 \qquad r_{tt} = \frac{n}{n-1}\left\{1-\frac{X-(n-X)}{nS^2}\right\}$$

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P = ค่าร้อยละ

f = ผลรวมของข้อมูล

n = จำนวนรวมทั้งหมด

2.2 คำนวณหาค่าเฉลี่ย(Mean)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 137)โดยใช้สูตร

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

เมื่อ $\bar{X}$ = ค่าคะแนนเฉลี่ย

ΣX = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) (พวงรัตน์ทวีรัตน์, 2540 : 43)

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

เมื่อ S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ΣX = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

ΣX^2 = ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด

2.4 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t – test (Independent Sample) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 164)

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\left\{\frac{(n_1 - 1)\,S_1^{\,2} + (n_2 - 1)S_2^{\,2}}{(n_1 + n_2) - 2}\right\}\left\{\frac{1}{n_1} \quad \frac{1}{n_2}\right\}}}$$

เมื่อ df = ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

= $(n_1 + n_2) - 2$

X_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

n_1 = ขนาดของกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดของกลุ่มควบคุม

$S_1^{\,2}$ = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)

$S_2^{\,2}$ = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

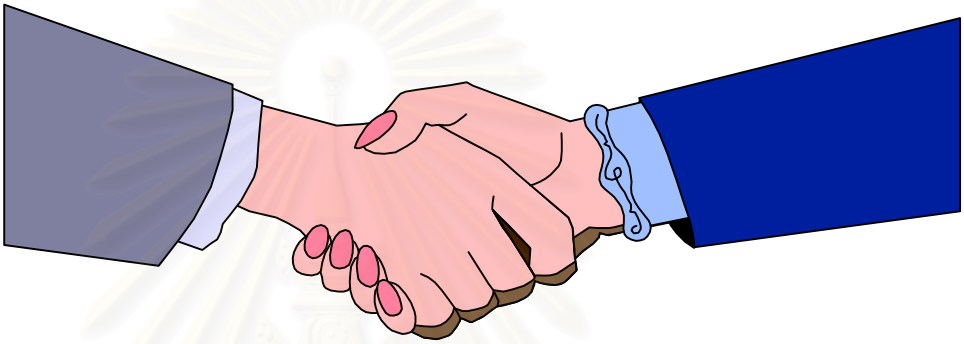
ชุดที่ 1 **หน้า**

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา สำหรับทีมสหวิชาชีพ 127
2. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา สำหรับพยาบาลวิชาชีพ 133
3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาล 147
4. แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย 148

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา สำหรับทีมสหวิชาชีพ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพตดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับทีมสหวิชาชีพ



โดย นางพรชนก จารุประกร

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล” วิทยานิพนธ์ระดับปริญญามหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา โดยได้รับการร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่งจากสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ กระบวนการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติและแบบฟอร์มต่างๆเพื่อให้บุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้ใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้าใจ และเป็นคู่มือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างถูกต้องต่อไป ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและหน่วยงาน

นางพรชนก จารุประกร
ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

คำชี้แจงการใช้คู่มือ 1

คำจำกัดความ 1

วิธีใช้คู่มือ 2

วัตถุประสงค์ประสงค์ของคู่มือ 2

แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 4

วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 4

ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 5

องค์ประกอบหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 5

ความแปรปรวน 6

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ 7

ภาคผนวก

- ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา 11
- แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า 12
- ใบบันทึกความแปรปรวน 17

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง เอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แนวคิด และหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าและตัวอย่างแบบบันทึกความแปรปรวน

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจสาระ และแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ แต่ละสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าของทีมสหวิชาชีพและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
3. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจเป้าหมาย และสามารถนำขั้นตอนของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปปฏิบัติได้
4. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือสามารถใช้แบบฟอร์ม และเครื่องมือต่างๆในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical Pathway) ใบบันทึกความแปรปรวน

คำจำกัดความ

1. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management)** หมายถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี(case manager)โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ในการร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(clinical pathway) ที่กำหนดกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน กำกับดูแล ติดตามและประเมินผลการจัดการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ,2 ขั้นตอนการประสานงาน ,3 ขั้นตอนการติดตามกำกับ ,4 ขั้นตอนการประเมินผล

2. **แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า**(Clinical pathway) หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาโดยทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่แต่ละวิชาชีพเป็นผู้กระทำโดยกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดในแต่ละช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงกำหนดสิ่งที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยและญาติ

3. **พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี**(Case manager) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและประสานงานในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่ ตั้งแต่ รวบรวมข้อมูล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว และร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical pathway)ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้อภิปรายถึงแผนการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน กำกับติดตามเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ที่กำหนดของแต่ละช่วงเวลา กรณีที่เกิดปัญหาไม่เป็นตามแผนหรือมีความแปรปรวนจะต้องรวบรวมข้อมูลแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข ร่วมประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

4. **ทีมสหวิชาชีพ** หมายถึง บุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ประกอบไปด้วยทีมวิชาชีพดังนี้คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

วิธีใช้คู่มือ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical Pathway) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นเครื่องมือสำคัญ

ผู้ใช้คู่มือประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ ผู้ใช้ควร**อ่านเนื้อหาในคู่มือทั้งหมดให้เข้าใจก่อนนำไปใช้**

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ศึกษาขั้นตอนในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง

ใช้ในการศึกษาแนวคิด และบทบาท ในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ทีมสหวิชาชีพ

ศึกษาเนื้อหาสาระและแนวคิดในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ศึกษาบทบาทของทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ร่วมมือและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทีมการพยาบาล รวมทั้งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พิจารณาตามคุณสมบัติดังนี้

เป็นผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาชนิดของสารเสพติดคือ ยาบ้า เป็นผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ในตึกมุก สถาบันยาเสดติดธัญญารักษ์ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหลงผิด และสามารถ อ่านและเขียนหนังสือได้และผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมทำการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

คู่มือ
การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

นางพรชนก จารุประกร

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาล” วิทยานิพนธ์ระดับปริญญามหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ การศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา โดยได้รับการร่วมมือในการศึกษาวิจัยอย่างดียิ่งจากสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ กระบวนการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติและแบบฟอร์มต่างๆเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้าใจ รายละเอียดในการปฏิบัติการพยาบาลและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้เข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา ตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างถูกต้องต่อไป ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและหน่วยงาน

นางพรชนก จารุประกร

ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
จุดประสงค์ของคู่มือ	1
วิธีใช้คู่มือ	1
แนวคิดการพยาบาล	2
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา	6
แผนการดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าระยะบำบัดด้วยยา(ไม่มีโรคแทรกซ้อน)	9
แผนการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่	17
แผนการให้ข้อมูลขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด	20
แผนการสอนเส้นทางการเลิกยาเสพติด	22
แผนการสอนโรคสมองติดยา ตัวกระตุ้น และการอยากยา	28
แผนการสอนเรื่องการปฏิเสธ	32
แผนการสอนเรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว	34
แผนการสอนเรื่องการแก้ปัญหา	41
แผนการให้ข้อมูลเรื่องอาการหลังหยุดเสพยาบ้า,อาการขาดยา	44

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงการใช้คู่มือ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา หมายถึงเอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย แนวคิดทางการพยาบาล หลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการสอน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลล่วงหน้า ของทีมสหวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้คู่มือเข้าใจและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน

2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยในหัวข้อต่างๆตามแผนก า
ดูแลผู้ป่วย

3 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้แบบฟอร์ม และเครื่องมือต่างๆในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinlcal Pathway),ใบบันทึกความแปรปรวน

คำจำกัดความ

1. **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี(case management)** หมายถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี(case manager)โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ในการร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(clinical pathway) ที่กำหนดกิจกรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติประสานงาน กำกับดูแล ติดตามและประเมินผลการจัดการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ,2 ขั้นตอนการประสานงาน ,3 ขั้นตอนการติดตามกำกับ ,4 ขั้นตอนการประเมินผล

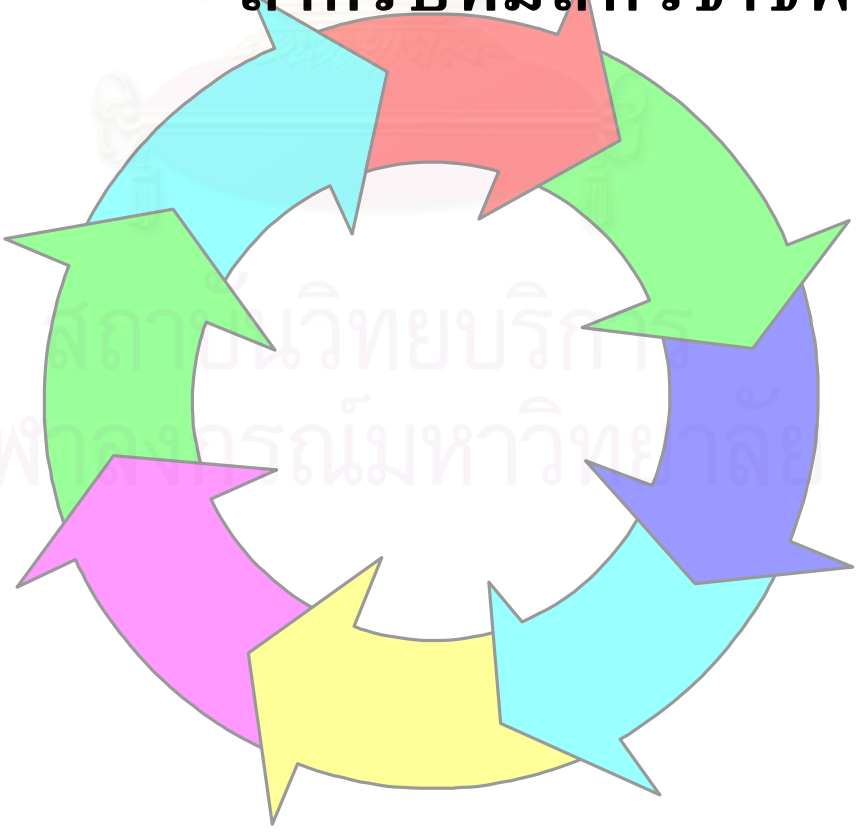
2. **แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า(Clinical pathway)** หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาโดยทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆที่แต่ละวิชาชีพเป็นผู้กระทำโดยกำหนดผลลัพธ์

แผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา

สำหรับทีมสหวิชาชีพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

แผนการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา สำหรับทีมสหวิชาชีพฉบับนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของวิชาวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีโครงสร้างของการอบรม 3ส่วนคือ

1. ส่วนของความรู้พื้นฐานเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ส่วนของความรู้เรื่อง การจัดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า
3. ส่วนของการฝึกปฏิบัติในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

แต่ละส่วนของแผนการอบรมจะทำให้เข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ในสถาณการณ์จริง ซึ่งทำให้เห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้วยทีมสหวิชาชีพ

นางพรชนก จารุประกร
ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา

หลักการและเหตุผล

จากการพัฒนาเทคโนโลยี และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ มีผลผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาการทำงานเป็นทีม มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์มีหน้าที่หลักในการพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ประสานความร่วมมือเพื่อคืนคนดีสู่สังคม ได้นำแนวคิดของการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพมาใช้ แต่พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคือขาดการประสานงานที่ดี มีการทำงานซ้ำซ้อน แผนการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถนำลงไปปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา และค้นหารูปแบบบริการเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้คุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้บุคลากรต้องพึงพอใจด้วย เพื่อให้เกิดการบริการที่จูงใจ ผู้ปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่า แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) สามารถช่วยให้มีการประสานงานที่ดี ระหว่างทีมสหสาขา โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (clinical pathway ซึ่งเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เกิดความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หรือปัญหา ผู้ป่วยได้ครอบคลุม อย่างองค์รวม โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย Case Management เป็นผู้ติดต่อประสานงาน ติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแล เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกัน บุคลากรมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของงานที่ทำและเป็นประโยชน์กับผู้รับบริการโดยตรง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้ จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ จึงได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ให้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการประชุม

1. มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี Case Management และแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ(clinical pathway)

2. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาร่วมกับของทีมสหวิชาชีพ

3. สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา

4. เกิดแนวคิดในการทำงานเป็นทีม

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรในวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร เป็นต้น

2. เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตั้งแต่ต้นจนจบ

วิทยากร

ผู้เชี่ยวชาญจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,กองทัพเรือ,กองทัพบก

สถานที่

ห้องประชุม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

ระยะเวลาในการประชุม

1 วัน ตั้งแต่เวลา 8.30 – 16.30 น.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

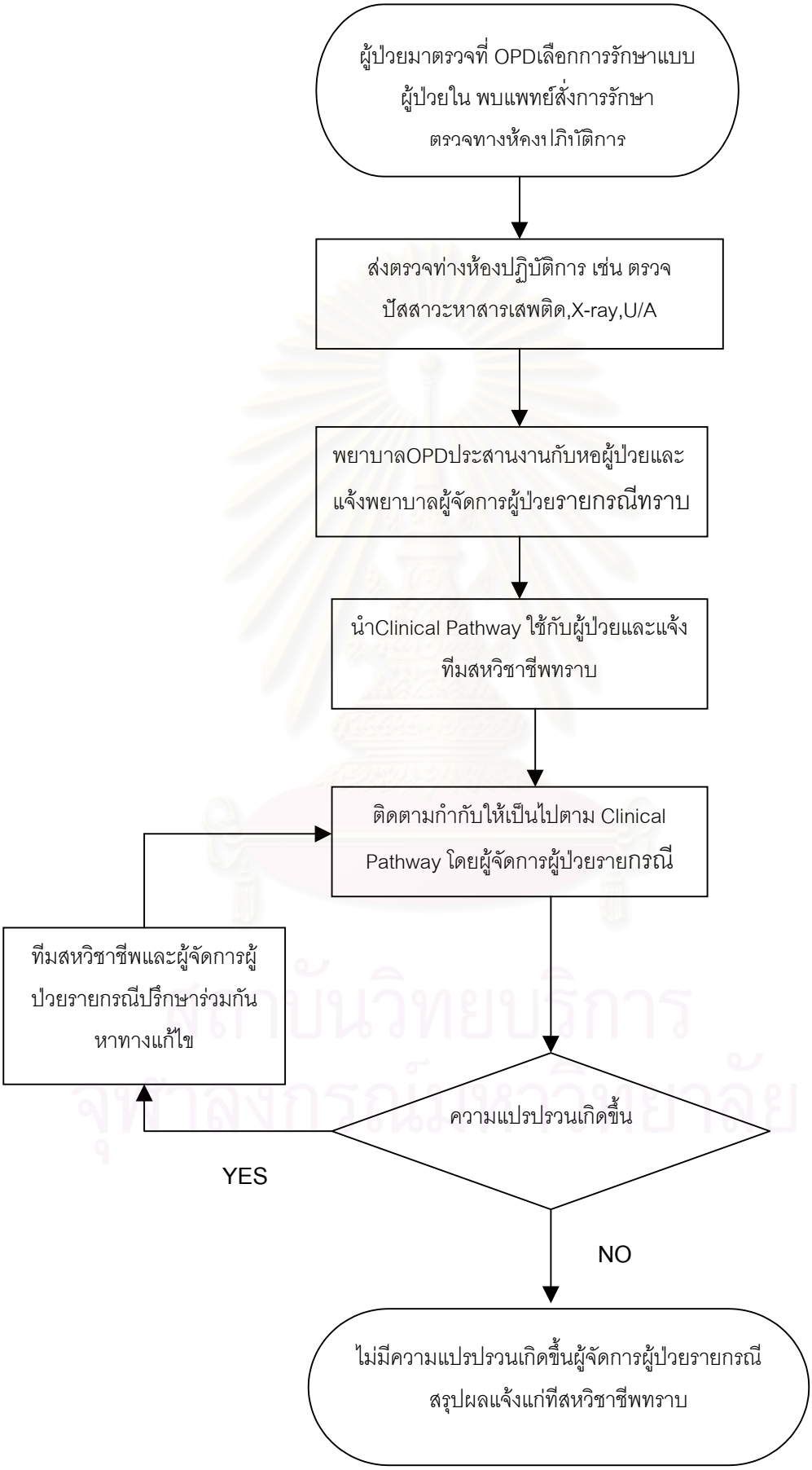
กำหนดการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยา

08.30 – 09.00 น.	- ลงทะเบียน รับเอกสาร
09.00 – 09.10 น.	-พิธีเปิดการประชุม
09.10 – 09.30 น.	-เสนอความเป็นมา และวัตถุประสงค์โครงการ ฯ
09.30 – 10.30 น.	-การบรรยายเรื่อง “แนวคิดและหลักการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี”
10.30 – 10.45น.	-พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00น.	-การบรรยายเรื่อง “แนวคิดและหลักการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี”(ต่อ)
12.00 – 13.00 น.	-พักรับประทานอาหาร
13.00 – 14.30 น.	-การบรรยายเรื่อง“การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ(clinical pathway) ”
14.30 – 14.45 น.	-พักรับประทานอาหารว่าง
14.45 – 15.30 น.	- ประชุมกลุ่มปฏิบัติการ เขียนแผนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา และบทบาทของทีมสหวิชาชีพ
15.30 – 16.10 น.	- นำเสนอ และอภิปรายผลการทำแผนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้แทนแต่ละกลุ่ม (กลุ่มละ 10 นาที)
16.10 - 16.30 น.	- สรุปการประชุมอภิปรายทั่วไป และ พิธีปิดการประชุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยา(ผู้ป่วยใน)



แผนการดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าระยะบำบัดด้วยยา(ไม่มีโรคแทรกซ้อน)

ชื่อ……..……อายุ……..ปีH.N……ตึก……..…… วันที่รับผู้ป่วย……วันที่จำหน่าย……..แพทย์…….. สาเหตุการจำหน่าย☐ไม่สมัครใจรักษา ☐แพทย์อนุญาต ☐ครบกำหนด ☐ผิดระเบียบ	
ปัญหา	**ผลลัพธ์ที่คาดหวัง**
1. วิตกกังวลต่ออาการขาดยาที่จะเกิดขึ้น	1. ได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ ทราบอาการขาดยาที่อาจเกิดขึ้น 2. มีความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากการขาดยา
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยาเสพติด	1. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา 2. ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา
3. ไม่สุขสบายจากอาการถอนพิษยา	1. ได้รับอาหารและน้ำตามความต้องการของร่างกาย 2. ได้รับยาตามแผนการรักษา 3. สามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการขาดยาได้
4. ขาดความร่วมมือในการบำบัดรักษา	1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา 2. ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาและพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา
5. มีภาวะทางอารมณ์และจิตใจไม่เหมาะสม เช่น แยกตัว,ก้าวร้าว,หงุดหงิด,หวาดระแวง หรือซึมเศร้า	1. ผู้ป่วยและผู้อื่นไม่มีอันตราย 2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดี 3. ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายและปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้
6. มีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมบำบัด	1. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง 2. สามารถเข้ากลุ่มออกกำลังกายและกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้
7. รูปแบบในการนอนหลับเปลี่ยนแปลง	1. นอนหลับได้ตอนกลางคืนติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
8. การจัดการปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ	1. มีความรู้เรื่องขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา
9. เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำหลังการจำหน่าย	1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องสมองติดยา,ทักษะการปฏิเสธ,การป้องกันการไปติดซ้ำ 2. ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา 3. ญาติมีความรู้เรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว 4. ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบฟื้นฟู/หรือมาติดตามหลังการรักษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	วันที่รับใหม่ วันที่	วันที่ 2 – 4	วันที่ 5 – 7	วันที่8 – 10	วันที่ 11- วันจำหน่าย
ผลที่คาดหวัง	❑ ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา ❑ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา ❑	❑ ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา ❑ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา ❑	❑ ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา ❑ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา ❑	❑ ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา ❑ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดยา ❑	❑ สามารหยุดยาได้โดยไม่มีอาการขาดยา ❑ สภาพร่างกายและจิตใจพร้อมจำหน่ายหรือย้ายระยะฟื้นฟู
การประเมิน/การส่งปรึกษา	❑ ซักประวัติ ❑ ประเมินสภาพร่างกาย, อาการขาดยาและสภาพจิตใจ ❑	❑ ประเมินอาการขาดยา ❑ ประเมินอาการทางจิต เช่นอาการซึมเศร้า,วุ่นวาย ❑	❑ ประเมินอาการขาดยา ❑ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ❑	❑ ประเมินอาการขาดยา ❑ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ❑	❑ ประเมินสภาพร่างกายและ จิตใจ ❑ ประเมินอาการทางจิต
การวิเคราะห์	❑ U/A ,ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ❑ Chest X-ray,CBC	❑ ติดตามผลLabหากมีความผิดปกติให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	❑	❑	❑ ทำแบบทดสอบทางจิตเตรียมย้ายฟื้นฟู ❑ ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด
ยา/การรักษา	❑ ยาต้านการซึมเศร้า ❑	❑ ยาต้านการซึมเศร้า ❑	❑ ยาต้านการซึมเศร้า ❑	❑ ยาต้านการซึมเศร้า ❑	❑ งดยายกเว้นวิตามิน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ความรู้	❑ กฎระเบียบ,การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ❑ แผนการรักษา ❑ อาการขาดยา ❑	❑ ให้พูดคุยกับเพื่อนที่อาการดีขึ้นแล้วถึงประสบการณ์อาการขาดยา ❑	❑ โรคสมองติดยา ❑ เส้นทางสู่การเลิกยาเสพติด ❑ ข้อดีของการอยู่บำบัดรักษาในสถานพยาบาล ❑	❑ การป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ❑	❑ ทักษะการปฏิเสธยาเสพติด ❑ การบริการหลังการรักษาขั้นตอนการติดตามผล ❑ การเตรียมตัวเพื่อเข้าระยะฟื้นฟู(ในกรณีย้ายฟื้นฟู)
กิจกรรมการดูแล	❑ ค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจ ❑ ค้นหาปัญหาทางด้านสังคมได้แก่เรื่องครอบครัว,การเงิน,การทำงาน,สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ❑ ตอบข้อซักถาม ❑	❑ รับการพักผ่อนนอนหลับตอนกลางคืนติดต่อกัน 6 ชั่วโมงโดยค้นหาปัญหาทางด้านสังคมได้แก่เรื่องครอบครัว,การเงิน,การทำงาน,สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ❑	❑ ให้คำปรึกษาในด้านครอบครัว,สังคม,การเงิน ❑ มอบหมายงานรับผิดชอบร่วมกับผู้ป่วยอื่น ❑	❑ ให้กำลังใจส่งเสริมความมั่นใจในการเลิกยาบ้า ❑ ให้กำลังใจในการอยู่รักษาในขั้นฟื้นฟู ❑ มอบหมายงานรับผิดชอบร่วมกับผู้ป่วยอื่น ❑	❑ พูดคุยเรื่องการใช้ชีวิตที่บ้านหรือการเข้าฟื้นฟูโดยให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อลดความวิตกกังวล
การวางแผนการจำหน่าย	❑ ประเมินสภาพปัญหาเหตุผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาและความตั้งใจอยู่รักษาของผู้ป่วยพร้อมญาติ	❑ ประเมินปัญหาผู้ป่วยทั้งสี่ด้านดูแลให้ได้รับการแก้ไข	❑ ประเมินปัญหาผู้ป่วยทั้งสี่ด้านดูแลให้ได้รับการแก้ไข	❑ ประเมินสภาพร่างกาย,จิตใจเพื่อวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย,ญาติและทีมสหวิชาชีพ	❑ ผู้ป่วยกลับบ้านหรือย้ายฟื้นฟู ❑ นัดติดตามผลการรักษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกความแปรปรวน

ชื่อผู้ป่วย-นามสกุล.....อายุ.....ปี H.N.....

หอผู้ป่วย.....

วันที่	ความแปรปรวน (ระบุสาเหตุจากผู้ป่วย,ญาติ,ระบบงานหรือผู้ให้บริการ)	การจัดการหรือวิธีแก้ไข	วันที่แก้ไขสำเร็จ	ผู้บันทึก

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ความพึงพอใจของพยาบาล

แบบสัมภาษณ์ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อ – นามสกุล.....อายุ..... ตำแหน่ง……..

สถานภาพสมรส ( )โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย,หย่า

ระดับการศึกษา.....ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

ปีประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ……ปี

---

1. ท่านมีความพึงพอใจในความร่วมมือในการปฏิบัติงาน โดยภาพรวมอย่างไร
   ส่วนที่พอใจ.....
   ส่วนที่ไม่พอใจ.....

2. ท่านมีความพึงพอใจในการประสานงาน โดยภาพรวมอย่างไร
   ส่วนที่พอใจ.....
   ส่วนที่ไม่พอใจ.....

3. ท่านมีความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร โดยภาพรวมอย่างไร
   ส่วนที่พอใจ.....
   ส่วนที่ไม่พอใจ.....

4. ท่านมีความพึงพอใจในความต่อเนื่องของการดูแล โดยภาพรวมอย่างไร
   ส่วนที่พอใจ.....
   ส่วนที่ไม่พอใจ.....

5. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดสรรทรัพยากร โดยภาพรวมอย่างไร
   ส่วนที่พอใจ.....
   ส่วนที่ไม่พอใจ.....

6. ข้อเสนอแนะที่ท่านมีต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในครั้งนี้

หมายเหตุ ผู้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์โดยเจาะประเด็น ตามแนวคิดของQuinn(1998)

ชุดที่ 4.แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

<u>คำชี้แจง</u> แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อรายการที่ถามระดับความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับจาก ทีมสหวิชาชีพประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย √ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ที่เกิดกับตัวท่านมากที่สุด เพียง 1 ข้อ โดยมีความหมายหรือข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่าน**รู้สึกพอใจมากที่สุด**ต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

มาก หมายถึง ท่าน**รู้สึกพอใจมาก**ต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

ปานกลาง หมายถึงท่าน**รู้สึกพอใจปานกลาง**ต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

น้อย หมายถึง ท่าน**รู้สึกพอใจน้อย**ต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

น้อยที่สุด หมายถึง ท่าน**รู้สึกพอใจน้อยที่สุด**ต่อกิจกรรมการบริการที่ได้รับ

ตัวอย่าง

ข้อความกิจกรรมการบริการ	**ระดับความพึงพอใจ**				
	มากที่สุด	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
1. เจ้าหน้าที่พูดจากับท่านด้วยความสุภาพ	√				

จากตัวอย่าง

คำตอบมากที่สุด แสดงว่าท่านรู้สึกพอใจมากที่สุดที่เจ้าหน้าที่พูดจากับท่านด้วยความสุภาพ

ตอนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมสหวิชาชีพ(ทีมสหวิชาชีพประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร)

ข้อความกิจกรรมการบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความสะดวก 1.ท่านเห็นว่าขั้นตอนการเข้ารับการบำบัดรักษาสะดวกดี					
2. ท่านได้รับการบริการอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอนาน					

ข้อความกิจกรรมการบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการประสานบริการ 1.พยาบาลติดต่อกับแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพที่ท่านต้องการพบได้อย่างรวดเร็ว					
2. ทีมสหวิชาชีพตรวจเยี่ยมและพูดคุยเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของท่าน					
3…….					
ด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการ 1.ท่านได้รับการดูแลอย่างเป็นกันเองจากทีมสหวิชาชีพ					
2. ท่านได้รับการดูแลด้วยความสนใจจากทีมสหวิชาชีพ					
ด้านข้อมูลที่ได้รับ 1.ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการกลับไปเสพติดซ้ำ					
2. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆในการบำบัดรักษาจนถึงขั้นตอนการติดตามการรักษา					
ด้านคุณภาพบริการ 1.ท่านได้รับการตรวจอย่างละเอียดจากทีมสหวิชาชีพ					
2.ท่านได้รับการดูแลอย่างเต็มความรู้ความสามารถจากทีมสหวิชาชีพ					
3……..					
ตอนที่ 2 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม					
1. อายุ……ปี					
2. ( ) ว่างงาน ( ) อาชีพ……					
3. สถานภาพสมรส( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย , หย่า					
4. ระดับการศึกษา( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) 4.อุดมศึกษา หรือสูงกว่า					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพรชนก จารุประกร เกิดวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ.2510 ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อปีพ.ศ. 2532 และศิลปศาสตรบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์ เอกบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปีพ.ศ. 2534 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อพ.ศ. 2544 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย