

ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจ  
ของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ร้อยเอกหญิง จิราพร สิมากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

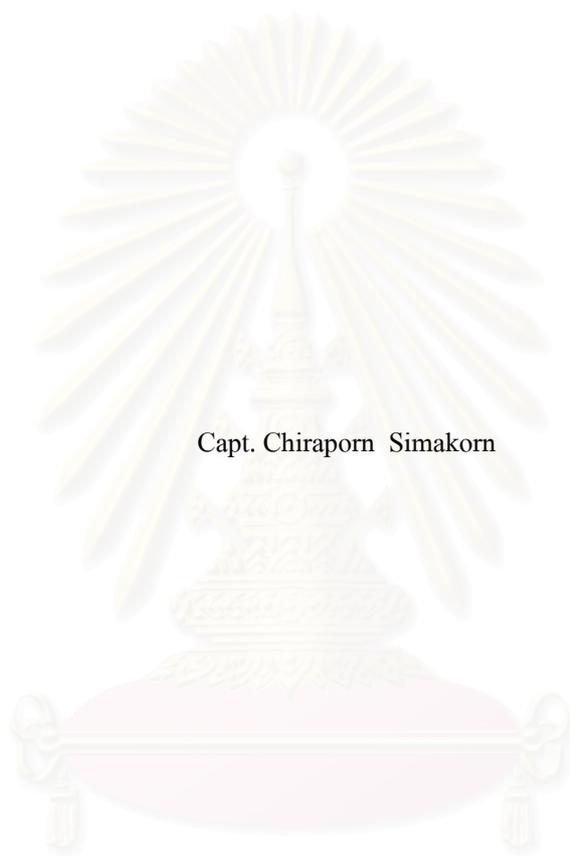
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0040-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN ORTHOPEDIC PATIENTS ON COST,  
LENGTH OF STAY, PATIENT SATISFACTION, AND RELATIONSHIP  
AMONG INTERDISCIPLINARY TEAM: A CASE STUDY OF  
PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL



Capt. Chiraporn Simakorn

สถาบันวิทยบริการ

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 2001

ISBN 974-17- 0040-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย  
จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา :  
กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โดย ร้อยเอกหญิง จิราพร สิมการ

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

จิราพร สิมมากร : ร้อยเอกหญิง : ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย

จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา : กรณีศึกษาในโรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า (EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN ORTHOPEDIC PATIENTS ON COST, LENGTH OF STAY, PATIENT SATISFACTION, AND RELATIONSHIP AMONG INTERDISCIPLINARY TEAM

: A CASE STUDY OF PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์, 140 หน้า. ISBN 974-17- 0040-7.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน และกลุ่มทีมสหสาขา คือ บุคลากรในทีมสหสาขาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โครงการอบรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการสอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี Clinical pathway แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน
2. จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา..... การบริหารการพยาบาล.....

ปีการศึกษา.....2544.....

ลายมือชื่อนิติต .....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

# # 4277806636 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD : CASE MANAGEMENT / COST / LENGTH OF STAY / PATIENT SATISFACTION /

RELATIONSHIP AMONG INTERDISPLINARY TEAM

CHIRAPORN SIMAKORN : EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN ORTHOPEDIC PATIENTS  
ON COST, LENGTH OF STAY, PATIENT SATISFACTION, AND RELATIONSHIP AMONG  
INTERDISCIPLINARY TEAM : A CASE STUDY IN PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL.

THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D. 140 pp.

ISBN 974-17-0040-7

The purposes of this research were to compare cost, length of stay, patient satisfaction, and relationship among interdisciplinary team before and after using case management. The research subjects composed of 30 patients who had diagnosis to be knee arthritis and had the operation total knee arthroplasty and 22 persons of interdisciplinary team in Orthopedic department, Pramongkutklao hospital. The research instruments which were developed by the researcher, were case management manual for interdisciplinary team, clinical pathway, patient satisfaction assessment, relationship among interdisciplinary team assessment, cost and length of stay record. The instruments were tested for content validity and internal reliability. Means, standard deviation, and t-test were used for statistical analysis.

Major results of the study were as follows:

1. Cost of the patients who had the operation total knee arthroplasty between before and after using case management was not significant difference.
2. Length of stay after using case management was significant less than before at the .05 level.
3. Patient satisfaction after using case management was significant higher than before at the .05 level.
4. Relationship among interdisciplinary team after using case management was significant higher than before at the .05 level.

Field of study.....Nursing Administration.....

Academic year.....2001.....

Student' s signature.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากการได้รับความกรุณาเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ แนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ตลอดการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยในโอกาสต่อไป

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก ผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์ และผู้อำนวยการกองการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ์ ชั้น 4 บุคลากรในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลในการวิจัยอย่างยิ่ง ประโยชน์อันบังเกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ จะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทั้งที่ทำงานและเพื่อนนิตมิตรร่วมรุ่น ที่ให้คำแนะนำ และพร้อมให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ความห่วงใยและเป็นกำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณ คุณ สุชาติ สิมากร และ เด็กชายกิตติโชติ สิมากร ที่ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือสนับสนุน จนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้

ร้อยเอกหญิง จิราพร สิมากร

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่	
<b>1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
<b>2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.....	13
ระบบการพยาบาลข้อเข่าเสื่อมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า .....	32
งานวิจัยเชิงผลลัพธ์.....	38
ค่าใช้จ่าย.....	42
จำนวนวันนอน.....	45
ความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	45
ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา .....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	54
กรอบแนวคิด.....	59

## สารบัญ (ต่อ)

3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	64
	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	70
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย.....	93
	อภิปรายผลการวิจัย.....	93
	ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	98
	รายการอ้างอิง.....	99
	ภาคผนวก .....	104
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
	ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย .....	109
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	ลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และได้รับการดูแลแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จับคู่ตามอายุ โรคประจำตัว และ ประเภทผู้ป่วย.....	61
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหสาขา จำแนกตามวิชาชีพ และ ประสบการณ์การทำงาน.....	77
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตาม อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการเข้ารักษา.....	78
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	80
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี.....	81
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี.....	82
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจ ของ ผู้ป่วยรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแล แบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	83
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ใน ทีมสหสาขาโดยรวม และรายด้าน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	86
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสัมพันธ์ ในทีมสหสาขารายข้อ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	87

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1	แสดงการประสานงานของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.....37
2	การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล.....38
3	การศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพ.....39
4	ผลของการจัดการรายกรณีตามกรอบแนวคิดวิจัยเชิงผลลัพธ์.....41



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ให้ความสำคัญ “คนเป็นศูนย์กลาง” และเน้นการพัฒนาแบบองค์รวม และได้มองภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคตไว้ว่า ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม (แผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) และปัจจุบันเป็นยุคข้อมูลข่าวสาร ประชาชนมีความรู้ ตื่นตัวในเรื่องของสิทธิผู้ป่วย และจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อธุรกิจโรงพยาบาล ตลอดจนระบบประกันสุขภาพที่เข้ามามีบทบาทในการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพซึ่งต้องคำนึงถึงจุดคุ้มทุน ทำให้ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลในภาครัฐ ได้มีนโยบายให้ออกนอกระบบ จึงเกิดการแข่งขัน และตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ มีการกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลและมีการตรวจสอบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประกันคุณภาพให้กับผู้ใช้บริการ ซึ่ง สอดคล้องกับ ยุพิน อังสุโรจน์ (2541) ที่กล่าวว่า ภาวะผันแปรทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทันสมัยทางเทคโนโลยี และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ มีผลผลักดันการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารงานทาง สุขภาพและการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการทางการแพทย์ ต้องมีการปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการและสถานการณ์ที่แท้จริงในปัจจุบัน ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพบริการมิได้มุ่งเน้นที่การลดต้นทุนหรืองบประมาณเพียงอย่างเดียว การบริการพยาบาลต้องรักษาคุณภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการด้วย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 800 เตียง สังกัดกรมแพทยทหารบก กระทรวงกลาโหม มีหน้าที่รักษาพยาบาลทหาร ข้าราชการกลาโหม ตลอดจนครอบครัวและบุคคลพลเรือนทั่วไป นอกจากนี้ยังเป็นโรงพยาบาลเพื่อการฝึกอบรมและวิจัย โดยมีวิทยาลัยแพทย 1 แห่ง วิทยาลัยพยาบาล 1 แห่ง ที่ขึ้นตรงกับกรมแพทยทหารบก โรงพยาบาลมีนโยบายปรับปรุงคุณภาพบริการโดยเข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เมื่อปี พ.ศ. 2541 กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “คุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ” เพื่อเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ด้านงานเทคนิคบริการทางการแพทย์แบ่งออกเป็นกองต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กอง กองออร์โธปิดิกส์ เป็นกองหนึ่งในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งอยู่ ณ ตึกมหาชราลงกรณเป็นตึกสูง 7 ชั้น บริเวณชั้น 1 เป็นแผนกผู้ป่วยนอก X-ray เวชระเบียน ประชาสัมพันธ์ และส่วนบังคับบัญชา ชั้น 2 เป็นห้องผ่าตัด และแผนกเวชบริกัทธ์ออร์โธปิดิกส์ ชั้น 3 เป็นแผนกเวชศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ แผนกแขนขาเทียม และห้องพัฒนาคุณภาพ ชั้น 4 ถึงชั้น 6 จะเป็นส่วนผู้ป่วยใน มีทั้งหมด 3 หอผู้ป่วย แต่ละหอผู้ป่วยจะมีทั้งผู้ป่วยสามัญและพิเศษ มีจำนวนเตียงหอผู้ป่วยละ 27 เตียง ด้านอัตรากำลัง มีพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยละ 9 คน ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 12 คน มีการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นทีม (Team method) และเนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นสถาบันการศึกษาภาคปฏิบัติ ของแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ นักศึกษาพยาบาลทั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผู้ช่วยพยาบาล และนายสิบพยาบาล ทำให้เกิดความหลากหลายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกัน พบปัญหาในการทำงานจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าของผู้วิจัย และจากการสัมภาษณ์แพทย์ออร์โธปิดิกส์ 4 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 6 ท่าน ผู้ให้บริการ 20 ท่าน ในเดือนสิงหาคม 2543 พบว่า คุณภาพบริการยังไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการยังไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แบบองค์รวม ต้องการให้เจ้าหน้าที่ปรับปรุงในเรื่องของพฤติกรรมบริการ ต้องการรับทราบข้อมูลต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ส่วนแพทย์ และพยาบาล รู้สึกว่ายังไม่สามารถให้บริการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างเต็มที่ มีงานเอกสาร และงานประจำอื่นๆ มาก การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานในทีมสุขภาพยังขาดความต่อเนื่อง แม้จะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แต่การสื่อสารประสานในทีมยังไม่เป็นระบบเดียวกัน จึงพบว่าเกิดความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพกันกันอยู่บ้าง

ซึ่งสอดคล้องกับจอม สุวรรณโณ (2541) ที่กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น รูปแบบการดูแล แบบทีม (Team method) แบบเฉพาะราย (Case method) หรือแบบปฏิบัติตามหน้าที่ (Functional method) ล้วนมีข้อจำกัดในการให้บริการพยาบาล ที่เห็นได้ชัดคือไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบจำกัดอยู่เฉพาะในเวร ขาดการติดต่อสื่อสารและร่วมมือกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ไม่ต่อเนื่อง ผลที่ตามมาคือผู้ให้บริการพินัยจากโรคซ้ำ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลนาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ประกอบกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีนโยบายลดขนาดองค์กรให้เล็กกลง โดยมีแผนลดจำนวนเตียงจาก 1,200 เตียง ให้เหลือ 800 เตียง กองออร์โธปิดิกส์ได้เริ่มปฏิบัติตามนโยบาย โดยลดจำนวนเตียงของหอผู้ป่วยในจาก 36 เตียง เหลือ 27 เตียง ในปี พ.ศ. 2543 และมีแผนทีลดจำนวนหอผู้ป่วย จาก 3 หอผู้ป่วย ให้เหลือ 2 หอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2545 การที่จำนวนเตียงลดลง แต่

สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษายังคงเดิม และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าหากมีผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานๆ โดยไม่จำเป็น หรือไม่มีการปรับปรุงการดำเนินการ จะทำให้อัตราการครองเตียงสูง การหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยอื่นลดน้อยลง ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

จากข้อมูลดังกล่าว หน่วยงานจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดย พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (ม.ป.ป. อ้างในส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) กล่าวว่า คุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย จะเกิดขึ้นได้ต้องเริ่มจากผู้บริหารที่จะวางแนวทางการจัดการดูแลผู้ใช้บริการ ให้พยาบาลประจำการเป็นผู้ปฏิบัติ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ คน สถานที่ อุปกรณ์ และระบบบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจในต้นทุนที่ต่ำสุด และทัศนา บุญทอง (2543) ได้กล่าวถึงทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ไว้ว่า ควรใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (Case management) เพื่อสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่าย และประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ในสหสาขาวิชา ได้ โดยส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภทในเชิงรุกร่วมกันในทีมสหสาขาวิชา และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาตามแผนที่กำหนดไว้

Case Management Society of American (CMSA) ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินทางเลือกบริการ เพื่อสนองตอบความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสาร และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และคุ้มค่า (Deborah, 1995; More and Mandell, 1997) และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลจะบรรลุผลสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการดังนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543; Zander, 1988)

1. Case management plan คือแผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งอาศัยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่การวิเคราะห์สถานการณ์ การเตรียมการ และการดำเนินงาน

2. Clinical pathway เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับ เป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน สมเหตุสมผล และมีแผนการดูแลล่วงหน้า ที่เขียนโดยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงเป็นที่ยอมรับร่วมกันถึงการปฏิบัติที่เป็นไปตามแผน (Zander, 1990 อ้างถึงใน สุวัชรีย์ ฐพิมาย, 2543)

3. Case managers คือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานนั้น โดยจะเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมต่างๆ ที่อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ในระยะเวลาที่กำหนดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมได้

จากการที่ทีมสหสาขาให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันในระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ตาม Clinical pathway ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประสานงาน กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือให้สมาชิกทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งดูแลแก้ไขข้อขัดข้องที่จะทำให้เกิดความล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ฟื้นฟูหายจากโรคได้เร็ว ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลสั้นลง และการลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น หรือที่ซ้ำซ้อน จะส่งผลให้จำนวนวันนอนสั้นลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากขึ้น

จากแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังกล่าวนอกจากจะเพิ่มคุณภาพบริการแล้วยังส่งเสริมให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทีมสหสาขาดีขึ้น ด้วยจากการศึกษาของ Crawley (1995) ถึงการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีใน Medical College of Georgia โดยทำเป็นโครงการนำร่องศึกษาในหน่วยการพยาบาลระบบประสาท ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดไขสันหลัง (Laminectomy) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการสอน คำแนะนำ และคุณภาพการดูแลดีขึ้น โดยการประเมินจากผลลัพธ์ เช่นจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย อัตราการกลับเข้านอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

ในประเทศไทยมีการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) มาใช้ค่อนข้างน้อย และขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เดือนสิงหาคม 2543 พบว่าแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มาใช้บริการ 300 - 400 รายต่อวัน และโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ ข้อเข่าเสื่อม สูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงถึง 130 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าข้างหนึ่ง ประมาณ 80,000 - 100,000 บาท และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าแต่ละราย มีความแตกต่างกันมาก คือ ตั้งแต่ 7 วัน ถึง 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ Wendy (1998) ที่กล่าวว่า การใช้ Clinical pathway ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นที่นิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน แนวทางการปฏิบัติ (Procedure) มีหลายแผนทางเลือก ตั้งการสอนก่อนผ่าตัด แผนการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงแผนการทำกายภาพบำบัด ทำให้ต้องนำ Clinical pathway

มาใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน Szarek และคณะ (1997) ได้มีการทดลองนำแนวคิด Continuous quality improvement (CQI) มาปรับปรุง Clinical pathway ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่าระยะเวลาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงจาก 14.6 วันเป็น 4.27 วันในปี ค.ศ. 1991

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มออร์โธปิดิกส์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยการนำระบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปทดลองใช้เพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล เช่น ศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เปลี่ยนข้อสะโพก และผ่าตัดหลัง เป็นต้น ผลลัพธ์พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ ลดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ส่วนด้านบุคลากรในทีมสุขภาพพบว่า มีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น (Crawley, 1995; Ireson, 1997; Leininger, 1996) สำหรับในประเทศไทย เริ่มให้ความสนใจกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีการทดลองใช้ Clinical pathway ในกลุ่ม ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดในโรงพยาบาล เชียงราย ประชาณุเคราะห์ (แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ, 2542) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม นั้นยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา

ในการประเมินผลลัพธ์ทางการบริการของแต่ละหน่วยงาน แม้จะเน้นการบริการที่มีคุณภาพโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดัชนีผลลัพธ์ที่จะนำมาใช้คงมิใช่เฉพาะจากมุมมองของผู้รับบริการเท่านั้น ยังต้องรวมถึงผู้ให้บริการ และหน่วยงาน องค์กรหรือ โรงพยาบาลด้วย การวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพ (Outcomes Model for Health Care Research) ของ Holzemer (1994) โดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีระบบ ซึ่งจะพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพของแต่ละหน่วยงานได้อย่างครอบคลุม ผู้ความเป็นสากล เป็นมาตรฐานที่สามารถเทียบเคียงกันได้ (ยุพิน อังสุโรจน์, 2542)

จากเหตุผลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ (Outcomes Model for Health Care Research) ซึ่งจะประเมินคุณภาพบริการได้อย่างครอบคลุม คือ ด้านผู้ป่วย ศึกษาถึงจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วย ด้านผู้ให้บริการ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และเป็นแนวทางการจัดการให้หอผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป

## ปัญหาการวิจัย

ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา แตกต่างจากเดิมหรือไม่ เมื่อนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

## คำสำคัญ

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) คือ กระบวนการความร่วมมือ ในการ ประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินทางเลือก เพื่อการบริการที่ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่ ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Powell, 2000) ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มี การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) โดย คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุมแบบองค์รวม ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็น ผู้ประสานการดูแลในทีมสหสาขา ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือส่งต่อให้ หน่วยบริการสุขภาพอื่น ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน (เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543) และ นอกจากนี้ Zander (1988) ได้กล่าวถึงรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่า การเข้าถึงปัญหาที่ แท้จริงของผู้ป่วยได้นั้น นอกจากการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้ว จะต้องนำผู้ป่วย และญาติเข้ามาเป็น สมาชิกของทีมสหสาขาด้วย



จากการศึกษาของ Bryan และคณะ (1994) เรื่องผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อคุณภาพและค่าใช้จ่าย ใน North Mississippi Medical Center ศึกษาในแผนกโรคปอด พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้นในด้านการติดต่อสื่อสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้านอนโรงพยาบาลลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen (1991) ที่ศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้ Clinical pathway ในกลุ่มผู้ป่วยคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่าระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลลดลง เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นการพัฒนาเครือข่ายของทีม และความสัมพันธ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Bower and Falk, 1993 cited in Cohen, 1996: 163) ทำให้สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพบริการที่ดีด้วย จากแนวเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทีมงาน และหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงตั้งเป็นสมมุติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดลงหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วย ลดลงหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

#### ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในด้านค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยทำการทดลองที่กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกระทรวงกลาโหม
  2. ประชากร คือ ผู้ป่วย และทีมสหสาขา
    - 2.1 ผู้ป่วย คือ ผู้ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
    - 2.2 ทีมสหสาขา คือ บุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### 3. กลุ่มตัวอย่าง

3.1 ผู้ป่วย คือ ผู้ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณชั้น 4 กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก ประเภทสามัญและพิเศษ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย และโรคข้อรูมาตอยด์ และแพทย์ระบุว่าจะรักษาโดยการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย จำนวน 30 คน

3.2 ทีมสหสาขา คือ กลุ่มบุคคลในทีมสหสาขาที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โดยตรง ในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 22 คน

### 4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.2 ตัวแปรตาม คือ

4.2.1 ค่าใช้จ่าย

4.2.2 จำนวนวันนอน

4.2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

4.2.4 ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

### คำจำกัดความในการวิจัย

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีแผนรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยอาศัยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ร่วมมือกันในการจัดทำ Clinical pathway และมีผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน กำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway มีการประชุมปรึกษารื้อกันในห้องสหสาขา พร้อมทั้งปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย การคัดเลือกผู้ป่วยและประเมินสภาพ การประสานงานและวางแผนการพยาบาล การดำเนินการตามแผน การกำกับติดตามและประเมินซ้ำ และการประเมินครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการดูแล

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหสาขา โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ กำหนดระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจเพื่อการวินิจฉัย การตรวจพิเศษและการส่งปรึกษา รายการยา การดูแลแผลผ่าตัด ชนิดอาหาร ระบบขับถ่าย กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งการทำกายภาพบำบัด ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย

3. ทีมสหสาขา หมายถึง บุคลากรในทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วย แพทย์ วิชาญญแพทย์ วิชาญญพยาบาล นักกายภาพบำบัด เกสักร พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย และญาติ

4. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการจัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาการวางแผน การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทีมในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้นำการประจุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงาน เป็นผู้กำกับ ติดตาม และควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และประเมินผลการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในการดูแล

5. ค่าใช้จ่าย หมายถึง จำนวนเงินทั้งหมดที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าผ่าตัด คมยา ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจรักษาพยาบาล และค่าบริการทางการแพทย์ และค่าอุปกรณ์ในการบำบัดโรค

6. จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

7. ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ต่อบริการที่ได้รับตามการรับรู้ของตนเอง 6 ด้านตามแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) ดังนี้

7.1 ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบต่อบริการที่ได้รับว่ามีความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาตรงตามความต้องการ

7.2 ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบต่อบริการที่ได้รับว่ามีความต่อเนื่อง ทีมสหสาขาให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย สนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานงาน

7.3 ความพึงพอใจด้านอธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี ชื่นชอบต่อการมีอธยาศัยที่ดี เป็นกันเอง ให้ความสนใจ ห่วงใยผู้ป่วยของสมาชิกทีมสหสาขา

7.4 ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี ชื่นชอบ เมื่อได้รับทราบจากสมาชิกทีมสหสาขาเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย แผนการรักษา และการปฏิบัติตน

7.5 ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ หมายถึง ความรู้สึก หรือทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับจากทีมสหสาขา ว่ามีความเหมาะสม และตอบสนองความต้องการของตนได้เพียงใด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

7.6 ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี ชื่นชอบ ต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ว่ามีความเหมาะสม คุ่มค่า เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

8. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกทีมสหสาขา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ วิชาญแพทย์ วิชาญพยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และนักสังคมสงเคราะห์ ต่อความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขา ที่แสดงออกใน 4 ลักษณะตามแนวคิดของ (Langford, 1981) ดังนี้

8.1 การรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกในทีมสหสาขามีการอภิปรายเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ยอมรับและรับรู้ในบทบาทของสมาชิกแต่ละคน และมีส่วนร่วมในการทบทวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

8.2 การยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม หมายถึง การที่สมาชิกในทีมยอมรับร่วมกันว่า ไม่มีบุคคลใดที่มีความรู้และทักษะทั้งหมดทุกด้าน และการที่จะให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของสมาชิกทุกคนในทีม

8.3 การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม หมายถึง การที่สมาชิกในทีมมีปฏิสัมพันธ์กัน ในขณะที่ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล หรือให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพื่อให้การทำงานร่วมกันบรรลุเป้าหมายหรือเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

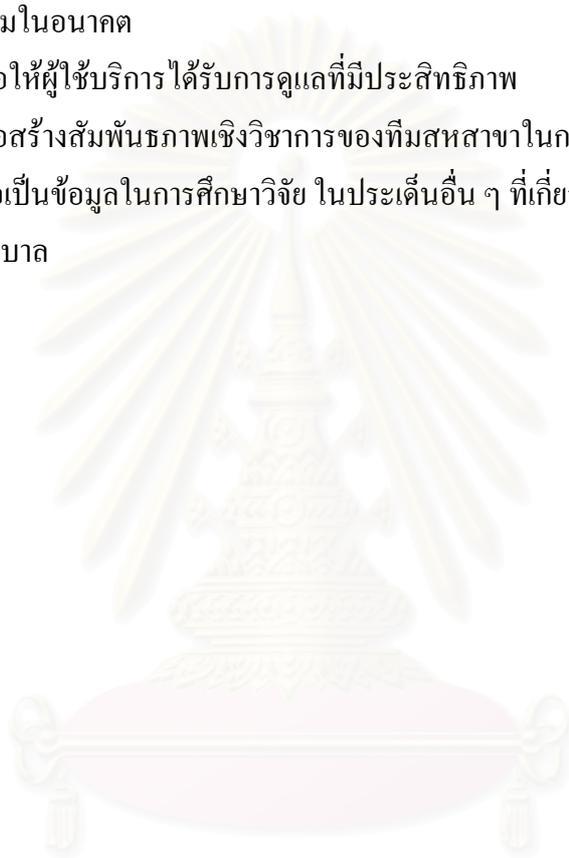
8.4 บรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกทีมสหสาขาต่อการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกอื่นในทีมว่าเป็นการสื่อสารแบบสองทาง เป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนกันอย่างเปิดเผย อิสระ จริ่งใจ และตรงไปตรงมา

9. ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยมหาชิราลงกรณชั้น 4 กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และจัดระบบบริการการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต
2. เพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาการของทีมสหสาขาในการร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย
4. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย ในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการการรักษาพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
2. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. งานวิจัยเชิงผลลัพธ์
4. ค่าใช้จ่าย
5. จำนวนวันนอน
6. ความพึงพอใจของผู้ป่วย
7. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการให้บริการด้านสุขภาพ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือคุณภาพการดูแล (Quality of care) ได้มีผู้ให้คำจำกัดความ “คุณภาพการดูแล” ไว้หลากหลายพอสรุปได้ว่าคุณภาพการดูแล หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานเป็นที่พอใจ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ซึ่งคุณภาพประกอบด้วยหลายมิติ การให้คำจำกัดความ จึงขึ้นอยู่กับว่ากำลังศึกษา ณ จุดใด และควรมามมองของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้บริหารองค์กร ผู้ใช้บริการ และมุมมองของผลกระทบทางด้านสังคมมาร่วมพิจารณาด้วย ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าส่งผลต่อ คุณภาพการ ดูแลอย่างไร ได้ศึกษาคุณภาพการดูแลทั้งในด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และองค์กร โดยตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

## 1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

### 1.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case management ได้เริ่มมีผู้นำมาใช้ในปี ค.ศ. 1830 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐ Massachusetts โดยเริ่มต้นจากนักสังคมสงเคราะห์ ชื่อ Jane Adams ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนที่อพยพเข้ามาในอเมริกา ขณะนั้น ต่อมา ปี ค.ศ. 1890 Lillian Wald ซึ่งเป็นพยาบาลอนามัยชุมชน ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งใช้แนวคิดการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการรายกรณีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในต้นศตวรรษที่ 19 โดยพยาบาลอนามัยชุมชนยังคงทำหน้าที่ให้การพยาบาลแบบเบ็ดเสร็จ แก่กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่อาศัยอยู่นอกเขตเมือง กลุ่มที่ยากจน รวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในเมือง นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย สวัสดิการทางสังคม การปฏิบัติศาสนกิจ รวมทั้งการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ตามความต้องการ ระยะเวลาต่อมาปี ค.ศ. 1920 มีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มที่ถูกทารุณกรรม กลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว กลุ่มสตรีวิ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช (จอม สุวรรณ โณ, 2541; Conti, 1993)

วิวัฒนาการของ Case management ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 มีดังนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ปี 1920 เริ่มจากบริการสุขภาพจิต โดยมอบให้นักสังคมสงเคราะห์เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ปี 1930 พยาบาลสาธารณสุขติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง

ปี 1951 มีการก่อตั้ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

ปี 1965 มีการออกกฎหมาย Medicare ซึ่งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล โดย HCFA และ JCAHO

ปี 1970 กองทุนทดแทนแรงงานกำหนดให้ใช้การดูแลผู้ป่วยรายกรณี

ปี 1975 มีการศึกษา Diagnosis related group (DRG)

ปี 1979 มีการก่อตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการประกันคุณภาพ (National Committee Quality Assurance) โดยความร่วมมือระหว่างสมาคมสุขภาพแห่งอเมริกาและสมาคม Managed Care & Review แห่งอเมริกา

ปี 1981 เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลจากการจ่ายเป็นรายวันหรือประเภทการรักษาเป็นการจ่ายตาม DRG ซึ่งคาดคะเนค่าใช้จ่ายรายกลุ่มโรคล่วงหน้า

ปี 1983 เริ่ม Health Maintenance Organization (HMO) มีการระบุความหมายและขอบเขตการให้บริการที่ชัดเจน

ปี 1985 ออกกฎหมาย กำหนดเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลและแพทย์ ในการย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วย

ปี 1990 National Committee Quality Assurance แยกเป็นองค์กรอิสระ และเริ่มรับรององค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Managed care)

ปี 1996 ออกกฎหมายคุ้มครองคนทำงานและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนงานหรือตกงาน

## 1.2 รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาล

1.2.1 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบ่งเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้ (Conti, 1993; Bower, 1994)

1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์ (The New England Acute Care Hospital Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ Clinical pathway ในการวางแผน กำกับติดตามดูแลผู้ป่วย

2) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของอริโซนา (The Arizona Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษา และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ (The Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) รูปแบบชุมชน (The Public Health Model) มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะ

5) รูปแบบศูนย์ทางการพยาบาล (The Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลทั้ง

## 1.2.2 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาล

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เริ่มมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูง เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขและมีการนำ DRG และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ และรูปแบบการดำเนินการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลจะประกอบด้วย (เรวดี ศิรินคร, ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร, 2543)

1) ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) ซึ่งปกติลักษณะการดำเนินการตามระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะดำเนินการตามองค์ประกอบของระบบการจัดการดูแล



ผู้ป่วยรายกรณีต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Discharge plan) มีการทบทวนความคุ้มค่า คุ่มทุน (Utilization review) และมีการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement)

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

3) ดำเนินการในชุมชน (Population or community based) การดำเนินการลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยจนกลับบ้านหรือหายจากการเจ็บป่วย

4) ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) ซึ่งมีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรค โดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งสิ้นสุด จะมีการให้สุขศึกษา และวิธีการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นส่วนประกอบสำคัญ

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มมีการนำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้บ้างในโรงพยาบาลบางแห่งแต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย รูปแบบที่นำมาใช้ส่วนใหญ่ คือแบบดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) และแบบดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base)

### 1.3 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไว้หลายความหมายดังนี้

American Nurse Association (ANA) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ การประสานงานบริการสุขภาพ เพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วนและความซ้ำซ้อนของการดูแล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Deborah, 1995; [http : //www. nursing world, 1999](http://www.nursingworld, 1999))

Case Management Society of American (CMSA) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Deborah, 1995; More and Mandell, 1997)

Case management เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และความร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา

การประเมินผล และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยให้ทางเลือก และการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่หาได้ง่าย ในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้บริการ (Wolk and Jullivan, 1994; Rossi, 1999)

Case management เป็นแนวคิดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการประเมินความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล สนับสนุนผู้รับบริการให้เข้าร่วมในกระบวนการวางแผน และการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม (Baldwin and Woods, 1994)

Case management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รักษาคุณภาพและการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด และกระบวนการจัดการรายกรณีอยู่บนพื้นฐานของสหสาขาวิชาชีพและการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Young and Sowell, 1997)

Zander (1988) กล่าวว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ใช้ในโรงพยาบาล มุ่งผลสำเร็จที่เกิดจากผลลัพธ์การดูแลภายใต้กรอบเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุด

โดยสรุป Case management หมายถึง กระบวนการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารกัน และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งกระบวนการนี้จะประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายบุคคล โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ คือ บริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายเหมาะสม

#### 1.4 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case Management เป็นระบบในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชา (Care maps) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่

แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็น ตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม และให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

อรพรรณ โตสิงห์ (2544) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการจัดการรายกรณีไว้ว่าประกอบด้วย

1. การกำหนดแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในช่วงการเจ็บป่วยหนึ่งๆ
2. การกำหนดวิธีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ภายในช่วงเวลาที่กำหนด สำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในช่วงการเจ็บป่วยหนึ่งๆ
3. กำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดกับทุกฝ่าย คือ กับผู้ป่วย ครอบครัว และระบบ
4. ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
5. ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงเวลาการเจ็บป่วยหนึ่งๆ
6. ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจของทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในระบบการดูแล

### 1.5 คุณลักษณะของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543; Spitzer – Lehmann, 1994: 557 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541)

1.5.1 เป็นระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity) ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งกาย จิต และสังคม (Comprehensive care) โดยจะต้องตั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome – based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เป็นตัวควบคุมการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งการตั้งผลลัพธ์การดูแลและการประเมินผลนั้นควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

1.5.2 เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงาน หรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการด้วย

1.5.3 เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับการพิจารณาที่จะนำการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับ

ค่าใช้จ่าย

- 5) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

1.5.4 สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลระบบการทำงานเป็นหน้าที่ ระบบการพยาบาลเป็นทีม และระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

1.5.5 ผู้รับผิดชอบบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการดูแล คือ ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) จะเป็นใครก็ได้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ Case manager ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพได้ดีและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย คุณสมบัติของ Case manager ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist : CNS) หรือเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner : NP) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาความสามารถที่จำเป็นด้าน อื่น ๆ อีก เช่น ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประสานงาน หรือด้านการบริหารจัดการ

1.5.6 แผนปฏิบัติการร่วม (Multidisciplinary action plans; Care MAPs) ที่ผู้จัดการรายกรณีใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการ ประกอบด้วยแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Clinical paths) และแผนการพยาบาล (Nursing care plan) (Yoder, 1995: 424 อ้างถึงในปรางทิพย์ อูจะรัตน์, 2540: 40)

**แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Clinical pathway)** แต่เดิมเรียกว่าข้อตกลงทางคลินิก (Clinical protocols) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งจะระบุแนวทางการดูแลที่ควรกระทำในแต่ละวัน ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดแนวทางการดูแล จะทำโดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วง

ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ด้วย ทำให้มั่นใจได้ว่าระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะสั้นที่สุดเท่าที่จะสั้นได้ การดำเนินการตามแนวทางดูแลนี้ จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลที่ตั้งเป้าหมายไว้สำเร็จได้ภายในกำหนดเวลา บุคลากรที่รับผิดชอบในการกำหนดแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กลุ่มบุคลากรกลุ่มนี้เรียกว่า DRGs (Diagnosis-related groups) ซึ่งจะมีส่วนประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

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

**ส่วนที่ 2** แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

**ส่วนที่ 3** แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลหรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

**ส่วนที่ 4** แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ส่วนประกอบของกิจกรรมหลักมีละเอียดในเรื่องต่อไปนี้

1. การปรึกษา (Consults)
2. การทดสอบ (Tests)
3. การรักษา (Treatment)
4. การให้ยา (Medications)
5. กิจกรรม ความปลอดภัย การดูแลตนเอง (Activities, safety, self care)
6. อาหาร (Nutrition)
7. การวางแผนการจำหน่าย การสอนสุขภาพ (Discharge planing, teaching)
8. การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Variances)

**แผนการพยาบาล** (Nursing care plan) เป็นแผนการพยาบาลอย่างที่เคยทำมาแต่เดิม ที่เพิ่มเติมมีเพียงการกำหนดวันที่เพื่อให้ทราบว่า จะทำกิจกรรมใดในวันใด ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Yoder, 1995: 424 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541 : 41)

1.5.7 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ซึ่งจะดำเนินการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนด

1.5.8 ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Clinical paths) และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหากว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Variances) ที่เกิดขึ้นแตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำการประสานงานกับ

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้

## 1.6 บทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะผู้จัดการรายกรณีจะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ดังนี้ (เรวดี ศิรินคร ยุติ เกตุสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร, 2543; Deborah, 1995)

1.6.1 เป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case management

1.6.2 เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด

1.6.3 เป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตาม และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย เป็นผู้ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

1.6.4 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการรายกรณีจะตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษารื้อหรือแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้

1.6.5 ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอภิปรายถึงแผนการดูแลตาม Clinical pathway ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล

1.6.6 เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการทำหน้าที่เป็นผู้สอนถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล ตลอดจนทำการประเมินว่าทีมการพยาบาลพร้อม และศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแผน

1.6.7 เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในทางปฏิบัติมักจะประชุมสัปดาห์ละครั้ง และมี Case conference ทุกครั้งที่ผลลัพธ์เบี่ยงเบนไปจากแผน

1.6.8 เป็นผู้ทำหน้าที่ ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน

1.6.9 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

## 1.7 ทักษะของผู้จัดการรายกรณี

ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความเชี่ยวชาญของผู้จัดการรายกรณีก็เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบผลสำเร็จได้ และทักษะของผู้จัดการรายกรณีควรประกอบด้วย (More and Mandell, 1997 : 50-88)

### 1.7.1 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ประกอบด้วย

1) ทักษะการสื่อสาร (Communication) ผู้จัดการรายกรณีจะต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของตนให้ดี เพื่อที่จะสามารถติดต่อกับผู้รับบริการ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้นอกจากนี้ ควรมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากหลาย ๆ แห่ง และมีการจัดกระทำข้อมูลต่างๆ ได้อย่างกระชับ เข้าใจง่าย และนำข้อมูลไปใช้ได้เหมาะสม

2) ความมีไหวพริบและศิลปะการทูต (Tact and diplomacy) ผู้จัดการรายกรณีควรพัฒนาความมีไหวพริบในการติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขา และบุคคลที่เกี่ยวข้อง และในการค้นหาข้อมูลจากผู้รับบริการหรือครอบครัวของผู้รับบริการ ในขณะที่ศิลปะของนักการทูตจะช่วยให้การพัฒนาการสื่อสารทางบวก การประสานความสัมพันธ์และการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น

3) ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness skills) ผู้จัดการรายกรณีควรมีพฤติกรรมที่กล้าแสดงออก อย่างเหมาะสม จริงใจ ตรงไปตรงมา ในการกำหนดเป้าหมาย ปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ มีความรับผิดชอบสำหรับผลการกระทำที่ตามมา

4) การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่จุดหมายร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีการแบ่งปันความรู้ และความคิดกัน เพื่อแผนการดูแลที่ครอบคลุม ผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ ซึ่งจะต้องมีทักษะในการส่งเสริมให้สมาชิกในทีมสนทนากันอย่างเปิดเผย เพื่อให้สมาชิกในทีมมั่นใจว่าการทำงานร่วมกันที่เกิดจากความมานะ อุตสาหะ ของสมาชิกทีมนั้นยังเป็นการทำงานร่วมกันของทีม

5) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) ความสำเร็จของผู้เจรจาต่อรอง ประกอบด้วยความสามารถในการโน้มน้าวผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ความยืดหยุ่นและทักษะการเจรจาต่อรอง

### 1.7.2 ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional skills) ประกอบด้วย

1) การตลาดและเชื่อมโยงเครือข่าย (Marketing and networking) ผู้จัดการรายกรณีสามารถให้บริการได้อย่างอิสระ ดังนั้นควรมีความรู้เกี่ยวกับการขายและการตลาด การเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อการพัฒนาและคงไว้ถึงการติดต่อ และสัมพันธ์ภาพของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ

2) การสืบสวน (Investigation) สถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและหลากหลาย เมื่อมีข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจนเกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีควรพิจารณาใช้แนวทางหลายๆ แนวทางในการสืบสวน แนวทางในการดำเนินการประกอบด้วย การให้ความสนใจในรายละเอียด การทำให้ข้อมูลกระจ่างชัด การให้คำแนะนำที่เหมาะสม และความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1.7.3 ทักษะความรู้พื้นฐาน (Knowledge base skills) ประกอบด้วย

1) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ผู้จัดการรายกรณีควรมีการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวาง เช่น ต้องคอยกำกับ ติดตาม Clinical pathway ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้มีการเปลี่ยนแปลง (Variances) เกิดขึ้น

2) การวิจัย (Research) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือความเป็นวิชาชีพ และพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

3) การประเมิน (Assessment) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถในการประเมินที่ครอบคลุมปัญหา การประเมินควรใช้ความรู้ที่กว้างขวาง เก็บข้อมูลจากหลายแห่ง และใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี

#### 1.7.4 ทักษะส่วนบุคคล (Personal skills) ประกอบด้วย

1) การจัดการองค์กรและการบริหารเวลา (Organization and time management)  
2) การจัดลำดับก่อนหลัง (Prioritization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทักษะการจัดองค์กรและบริหารเวลา การจัดลำดับก่อนหลังควรคำนึงถึง การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

3) การแต่งตั้งตัวแทน (Delegation) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบและอำนาจให้กับลูกน้อง และเป็นผู้สนับสนุนให้ลูกน้องชี้แจงการปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้

4) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

5) ควรมีระเบียบวินัยในตนเอง (Self-discipline) เนื่องจากผู้จัดการรายกรณีมีอิสระในการทำงาน ความมีวินัยในตนเอง จะช่วยให้งานประสบผลสำเร็จ

### 1.8 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ (Bower, 1992)

1. ค้นหา คัดสรรผู้ป่วย
2. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
3. วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย
4. วางแผนร่วมกันของทีมสหสาขา



5. ดำเนินการใช้แผน
6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล
7. จำหน่ายผู้ป่วย
8. ทบทวนกระบวนการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Powell (2000: 410) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี และมีข้อบ่งชี้ให้การคัดเลือกโดยทั่วไป เช่น ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าที่กำหนด และข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยเด็ก หรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น
2. การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment/Problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้วผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางกรให้บริการผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประเมินด้านการเงินว่าผู้ป่วยมีการประกันสุขภาพ สิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่ และประเมินถึงด้านจิต สังคมด้วย
3. การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan) หลังจากประเมินสภาพด้านต่าง ๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้ว ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลาานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากร โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย
4. การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่าง ๆ จะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่วางแผนไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้ด้วย

5. การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเป็นการประเมินตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอะไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

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

ส่วน Hussein (1999, อ้างถึงใน วรรณิกา เย็นสุข, 2543) กล่าวว่า กระบวนการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ กลุ่มของขั้นตอน และกิจกรรมที่ผู้จัดการรายกรณีนำมาประยุกต์ ใช้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย กระบวนการจะมุ่งถึงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และแบ่งกระบวนการออกเป็น 10 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะกระทำโดยผู้จัดการกรณี
2. การคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ โดยผู้จัดการรายกรณีจะถามความสมัครใจของผู้ป่วยอีกครั้ง และเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จะประเมินสถานการณ์ และปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลรวมทั้งด้านการเงิน สังคม จิตใจ และข้อมูลทางกายภาพ
4. วางแผนดูแลและกำหนดผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะพัฒนาแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกในทีมสหสาขา โดยมีการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกัน ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำให้มั่นใจว่าแผนการดูแลและผลลัพธ์ที่ตั้งไว้อยู่ในเกณฑ์
5. ปฏิบัติตามแผน การปฏิบัติจะต้องผ่านหลายขั้นตอน เช่น การรักษา การพยาบาล ซึ่งจะ เป็นทิศทางที่จะแก้ปัญหาและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์
6. การสนับสนุน การประสาน การเชื่อมโยง และความรวดเร็วของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณี จะอำนวยความสะดวกทั้งเรื่องการจัดเวลา เพื่อร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กำจัดขั้นตอนที่ซับซ้อนต่างๆ
7. กำกับดูแล และมีการทบทวนการประเมินกิจกรรม และประเมินผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินแผนการดูแลของทีมสหสาขาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ของการดูแลตามแผน คือ พื้นฐานของการประเมินซ้ำ
8. ทำกระบวนการใหม่ หรือยุติกระบวนการ ผู้จัดการรายกรณีสามารถที่จะทำกระบวนการนี้ได้ทุกครั้งที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยหรือครอบครัว การทบทวนหรือการทำกระบวนการใหม่ เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ส่วนการยุติกระบวนการจะกระทำเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ต้องการบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะยาว

9. การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการกำกับดูแล การประเมินผลลัพธ์จะมุ่งที่การควบคุมดูแลต่อผลกระบวนการจากการจัดการ คือ ผลลัพธ์ของการจัดการ และผลลัพธ์ของการรักษา ผลลัพธ์ของการจัดการมีตัวอย่างเช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของทีมสหสาขา ระยะเวลาอนโรพยาบาล และค่าใช้จ่ายต่อราย ผลลัพธ์ของการรักษามีตัวอย่างเช่น การทำหน้าที่ต่างๆ ระดับความอิสระ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

10. การจัดการและทบทวนกระบวนการใช้ประโยชน์ ผู้จัดการรายกรณีจะเกี่ยวข้องกับการจัดการในเรื่องการดูแล การทบทวนเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วย มีการอภิปรายถึงแผนการรักษาผู้ป่วย

Coeur (1996) กล่าวถึงขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. การประเมินสภาพ คือ

1.1 ต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทันทีตั้งแต่เริ่มแรก ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ

1.2 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะกำหนดบทบาทตนเองและกิจกรรมที่จะทำ

1.3 ผู้ป่วยต้องยินยอมที่จะเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.4 ต้องมีการรายงานหรือให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

1.5 หาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ นายจ้าง ผู้จ่ายเงิน

1.6 ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยใช้บริการด้านสุขภาพ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน แผนการรักษา

1.7 ต้องทราบว่าผู้ป่วยเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ทางเลือกในการรักษา หรือการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ

1.8 ต้องเข้าใจและเห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม การติดต่อสื่อสารในทันทีและต่อเนื่องว่าเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. การวางแผน เมื่อประเมินสภาพสมบูรณ์แล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะวางแผนการพยาบาล ซึ่งแผนการพยาบาลที่สมบูรณ์จะช่วยให้การประสานงานการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แผนการพยาบาลนี้ควรเป็นแผนที่มีคุณภาพเหมาะสม ครอบคลุมถึงสิทธิของผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) ให้กับผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และแผนการพยาบาลนี้จะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสมาชิกในทีมสหสาขาและผู้จ่ายเงินด้วย ซึ่งแผนการพยาบาลที่สมบูรณ์จะต้องมีเป้าหมายร่วมกันและวัดได้

3. การดำเนินการ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดำเนินการประสพผลสำเร็จได้ด้วยดี ทักษะการเจรจาต่อรอง เป็นนักประสานงาน เป็นทนายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยของตนเองได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า

4. การประเมินผล ขั้นตอนนี้ไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องประเมินประสิทธิผลของแผนการดูแล ว่าแผนเป็นไปตามที่วางไว้หรือไม่ ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจกับการดูแลที่ได้รับหรือไม่ แผนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้หรือไม่ ซึ่งถ้าพบว่ามี อาจจะต้องทบทวนแผนการดำเนินการใหม่

จากแนวคิดทั้งหมดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สรุปและกำหนดกระบวนการการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 5 ขั้นตอน เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีศึกษา ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วยและประเมินสภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและเหมาะสมในการจัดการดูแลแบบรายกรณี ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการคัดเลือก เช่น ผู้ป่วยยินยอม และเต็มใจ ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรงและมีปัญหาซับซ้อน เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวาย หรือปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นต้น หลังจากที่คัดเลือกผู้ป่วยได้แล้วก็ทำการประเมินสภาพผู้ป่วยทันที โดยประเมินในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยใช้ใบบันทึกประวัติ และประเมินสภาพผู้ป่วย

2. การประสานและวางแผนการรักษาพยาบาลหลังจากที่ประเมินสภาพผู้ป่วยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนให้การดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย แผนการดูแลในงานวิจัยนี้ หมายถึง แผนการดูแลที่ทีมสหสาขาร่วมกันสร้างขึ้น (Clinical pathway) และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

3. การดำเนินการตามแผน ให้การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี ตามแผนที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่กำหนดไว้

4. การกำกับ ติดตาม และประเมินซ้ำ เนื่องจากสถานะของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต้องประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วยโดยประเมินผลซ้ำทุกวันว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งถ้าพบว่ามีปัญหาหรือผลลัพธ์ไม่ตรงตามแผนจะต้องทบทวนแผนและดำเนินการใหม่

5. การประเมินครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการดูแล เป็นขั้นตอนสุดท้ายเพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้อย่างสมบูรณ์

## 1.9 ผลลัพธ์ของการจัดบริการแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี สรุปได้ดังนี้

### 1. ผู้ป่วย

#### 1.1 ด้านคุณภาพการพยาบาล

1.1.1 ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ เนื่องจากการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งวิธีการ ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย

1.1.2 มีการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดการบริการที่ซ้ำซ้อน แยกส่วน ช่องว่างในแผนการรักษาหรือบริการที่ให้

1.1.3 ผลการบริการที่ดีสามารถประกันได้ เนื่องจากการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล

1.1.4 ลดการเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ไม่พึงประสงค์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

1.1.5 ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลง

1.1.6 ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

#### 1.2 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

1.2.1 ผู้ป่วยมีอิสระทางความคิดมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และแผนการจำหน่ายที่เหมาะสม

1.2.2 ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การให้บริการ เทคนิคการฟื้นฟูสภาพ การดูแลตนเองตามความต้องการ และความเหมาะสมของแต่ละคน

1.2.3 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในทิศทางของแผนการรักษา และระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนของโรงพยาบาล

### 2. ต่อบุคลากร

2.1 มีความพึงพอใจในงานและลดอัตราการลาออก โอนย้าย

2.2 การติดต่อประสานงานระหว่างสมาชิกทีมสหสาขามีประสิทธิภาพ

2.3 สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาและเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยมีมากขึ้น

2.4 เป็นการประชาสัมพันธ์วิชาชีพ ในบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สนับสนุนให้เกิดเอกลักษณ์ของวิชาชีพเพิ่มขึ้น

### 3. ต่อบรรณ

3.1 เกิดการควบคุมการใช้ทรัพยากรภายในโรงพยาบาลให้เกิดประโยชน์

3.2 ลดขั้นตอนและการซับซ้อนในการปฏิบัติงาน

## 1.10 การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (ยูวดี เกตสัมพันธ์, 2543)

- ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย
- ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน
- ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ
- ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

### ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วน ๆ ระบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษา มีความต่อเนื่อง ไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลงการจัดทำ (Clinical pathway) อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) หรือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดยสถาบันหนึ่ง เมื่อนำใช้อีกสถาบันหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละสถาบันจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเอง

การจัดทำ Clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ Clinical pathway คือ

- 1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 1.2 กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความแตกต่างกันมาก
- 1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย
- 1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น กลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของแพทย์หลาย ๆ สาขา หรือสาขาวิชาชีพอื่น จึงเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

2. จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด Clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3. กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนดโดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4. กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา สำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

5. สรุปเป็นแผนหลังเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสม ข้อสำคัญวิธีนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกเห็นชอบ

6. การเขียน Clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลรักษาในแต่ละช่วง ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยได้แก่

6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ

6.3 การส่งตรวจต่าง ๆ

6.4 รายการยาต่าง ๆ

6.4 ชนิดอาหาร

6.5 กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

6.6 ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วย

6.7 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น ๆ

7. การวางแผน Clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ Clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ Clinical pathway

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกันทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสารทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดเวลาการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ
6. ทำให้สามารถคาดเดาส่งที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความพึงพอใจ
7. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการ

## ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งมักจะมอบหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้

ในการประสานงานกับผู้ป่วย Case Manager จะติดต่อกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ Clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ Clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งติดตามผู้ป่วยจำนวนออกจากโรงพยาบาล

การประสานงานกับแพทย์ Case Manager จะตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ ตอบคำถามที่เกี่ยวข้อง และร่วมปรับแผนสำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล

## ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับให้การดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ การกำกับติดตามนี้ ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณี ทบทวน Clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรม และผลลัพธ์ต่างๆ เป็นไปตามที่กำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ Case manager จะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือการบันทึก และการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้น ให้สมบูรณ์ การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวน (Variance) ได้แก่ ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวัน กับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการ



เก็บข้อมูลตรวจสอบเป็นระยะๆ ถ้าพบความแปรปรวน ต้องหาสาเหตุว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ

1. สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพหรือตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป
2. สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ให้บริการมาก แหล่งส่งผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
3. สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

สรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหมายถึงการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการให้บริการของทีมสหสาขาที่เน้นการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารของทีม และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยแนวคิดการดูแลเชิงจัดการ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหา สุขภาพของผู้ป่วยอย่างองค์รวม เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด มีองค์ประกอบ ที่สำคัญคือแผนการดูแลร่วมของทีมสหสาขา (Clinical pathway) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งกระบวนการดูแลจะเริ่มตั้งแต่การ คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ การประเมินสภาพ การประสานและวางแผนให้การดูแล การดำเนินตามแผน การกำกับ ประเมินซ้ำ และการประเมินครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด และกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีของ The New England Model (Zander, 1988) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แผนการดูแลของทีมสหสาขา และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง พ้นหายจากโรคเร็ว ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ประหยัดค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ด้านบุคลากร ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บรรยากาศในการทำงานดี มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

## 1.11 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่ มักจะมีปัญหาเรื่องปวด และการจำกัดการเคลื่อนไหว ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ จากสถิติของออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งในวัยสูงอายุนี้มีกระบวนการเสื่อมทางร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมอยู่แล้ว เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาหรือผ่าตัด ทำให้มีปัญหาที่ซับซ้อน และเกี่ยวเนื่องกัน จึงจำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขามาร่วมดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ ชวนพิศ ดินธูวรรการ (2539) ที่กล่าวว่า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรอาศัยทีมสหสาขามาร่วมดูแล โดยแต่ละวิชาชีพจะใช้ความชำนาญเฉพาะทางของตนแก้ปัญหาที่ซับซ้อนหลากหลายได้ เช่น แพทย์ผู้รักษา นอกจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แล้วยังอาศัยแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เช่น อายุรแพทย์ วิชาญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือเภสัชกรเป็นต้น ส่วนการดูแลนอกจากพยาบาลแล้ว วิชาชีพอื่นก็มีส่วนสำคัญเช่นกัน เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นต้น

ระบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวคือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการทางสุขภาพที่สามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งทางด้านผู้รับบริการ (Consumer) ผู้ให้บริการ (Provider) และ ผู้จ่ายค่าบริการ (Payer) เป็นกระบวนการทำงานโดยทีมสหสาขา เน้นการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสาร และการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และแผนการดูแลของทีมสหสาขา (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์คือบริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่ง Ireson (1997) ได้ศึกษาถึงผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และข้อสะโพกในสหรัฐอเมริกา พบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลง ประหยัดค่าใช้จ่าย และ เพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้น และปัญหาด้านจิตใจลดลง

## 2. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### 2.1 โรคข้อเสื่อม

โรคข้อเสื่อม หรือ Osteoarthritis (OA) เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการอักเสบ (Non-inflammatory joint disease) โดยมีพยาธิสภาพสำคัญอยู่ที่กระดูกอ่อน (Articular cartilage) แล้วทำให้เกิดอาการต่าง ๆ มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายอย่าง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการอักเสบ บางครั้งจึงเรียกว่า Osteoarthrosis หรือ Degenerative joint disease (DJD) เป็นชื่อที่ใช้สื่อความหมายถึงภาวะเสื่อม

ของข้อทั่วไป ส่วน Osteoarthritis มักใช้กับข้อชนิด Synovial joint ถ้าเป็นที่บริเวณกระดูกสันหลัง ตำแหน่ง Intervertebral disc ก็เรียกว่า Spondylosis (สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค, 2541)

ข้อเข่า (Knee) เป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย รับน้ำหนักมาก มีการเคลื่อนไหวในลักษณะแบบบานพับ (Hinge joint) ร่วมกับมีการบิดหมุนภายในข้อร่วมด้วย ในขณะที่มีการเหยียด (Extension) ข้อเข่าจากการทำงานของกล้ามเนื้อ Quadriceps ส่วน Condyles ของกระดูกต้นขา (Femur) จะหมุนไปข้างหน้า และเลื่อนไปข้างหลัง ในท่าเหยียดเข่าสุด โดยที่กระดูก Tibia อยู่กับที่ เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีการเคลื่อนไหวมาก ทิศทางการเคลื่อนไหวและชีวกลศาสตร์ค่อนข้างสลับซับซ้อน จึงทำให้ข้อนี้มีการเสื่อมและอักเสบได้ง่าย (วิรุพท์ เหล่าภัทรเกษม, 2539)

## 2.2 ชนิดของข้อเข่าเสื่อม

แบ่งชนิดของข้อเสื่อมออกเป็น 2 ชนิดดังนี้ (วิรุพท์ เหล่าภัทรเกษม, 2539)

1. ข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) เป็นการเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีโรคหรือความผิดปกติของข้อมาก่อน สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งเสริมให้เกิด เช่น

1.1 พันธุกรรม พบว่าผู้ป่วยบางรายมีการเสื่อมอักเสบของข้อหลายข้อพร้อมกัน ทั้ง ๆ ที่อายุยังไม่มาก และในครอบครัวเดียวกันเป็นหลายคน

1.2 น้ำหนักตัว ตามปกติผิวกระดูกอ่อนของข้อจะทนต่อความกดได้ประมาณ 200-800 ปอนด์/ตารางนิ้ว เนื่องจากข้อเข่าต้องรับน้ำหนักตัวอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีความกดต่อข้อมากจะมีการทำลายของผิวกระดูกอ่อนขึ้น

1.3 อายุมากขึ้น จะเกิดการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อและเอ็นที่ยึดข้อ ทำให้ข้อไม่มั่นคง

1.4 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง ซึ่งพบข้อเข่าเสื่อมสภาพบ่อย

1.5 อิริยาบถต่าง ๆ ในการใช้ข้อเข่า เช่น การเดินขึ้นลงที่สูงชัน ขึ้นลงบันได การนั่งยองๆ หรือนั่งพับเพียบกับพื้น ซึ่งจะทำให้ผิวกระดูก และเสียดสีกันทำให้สึกเสื่อมน้อย

1.6 รูปร่างของข้อเข่าที่ผิดปกติ ทำให้มีแรงกดผ่านข้อที่ส่วนหนึ่งมากกว่าส่วนอื่น ทำให้บริเวณนั้นสึกหรอไปมาก เช่น ในกรณีเข่าโก่งออกนอก (Genu varum) หรือโก่งเข้าใน (Genu valgum)

2. ข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นการเสื่อมและอักเสบของข้อเข่าที่เกิดจากการมีโรคหรือความผิดปกติของข้อเป็นสาเหตุมาก่อน ซึ่งพบได้ในทุกอายุ เช่น

2.1 กระดูกหักผ่านข้อแล้วไม่ได้รับการรักษา จัดกระดูกเข้าที่ ให้ผิวข้อเรียบดังเดิม

รูปร่างของผิวเปลี่ยนไป เกิดความผิดปกติของชีวกลศาสตร์ ผิวกระดูกอ่อนจะถูกทำลาย ทำให้เกิดการเสื่อมและอักเสบในเวลาต่อมา

2.2 โรคข้ออักเสบเรื้อรัง เช่น โรครูมาตอยด์ เก๊าต์ Ankylosing spondylitis ผิวกระดูกอ่อนของข้อจะถูกทำลายจากโรคอักเสบเรื้อรังเหล่านี้มาก่อน

2.3 การเสื่อมของหมอนรองเข่า (Meniscus) อาจเกิดจากการฉีกขาดมาก่อน การเสื่อมตามวัย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ของข้อเข่า นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของกระดูกอ่อนผิวข้อ

2.4 โรคที่ติดเชื้ที่ข้อเข่าซึ่งมีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ เมื่อรักษาแล้วผิวกระดูกอ่อนของข้อไม่สามารถซ่อมแซมกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมและอักเสบ

2.5 ข้อเข่าที่ไม่มั่นคงหรือเข่าคลอน (Instability) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับอุบัติเหตุเอ็นยึดข้อเข่าฉีกขาดไป ทำให้ข้อเข่าหลวม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ขึ้น

## 2.3 อุบัติการณ์

ส่วนใหญ่จะพบในวัยกลางคน คนชรา อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และพบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (สุรรัตน์ เตียนอนุกุล, 2538)

## 2.4 พยาธิสภาพ

ข้อเข่าเสื่อมมีพยาธิสภาพการเกิดโรคดังนี้ (วิรุพห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539)

กระบวนการเกิดพยาธิสภาพเป็นไปในลักษณะของการสึก หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) กระดูกใต้ผิวข้อ (Subcondral bone) เยื่อข้อ (Synovial membrane) และเยื่อหุ้มข้อหรือเปลือกหุ้มข้อ (Fibrous capsule) ความเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อ เริ่มจากเซลล์กระดูกอ่อนในบริเวณที่รับน้ำหนักหรือแรงกดมากที่สุดสลายตัวจากการถูกเสียดสีปล่อยเอนไซม์ออกมาย่อยเมทริกซ์ (Matrix) ของเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนในบริเวณนั้น ซึ่งประกอบด้วย Proteoglycans และ Collagen fibrils ทำให้ปริมาณของ Proteoglycans ลดลง และ Collagen fibrils ไม่สามารถเกาะตัวกันได้นั่น ผิวกระดูกอ่อนจะนิ่มและสึกหรอได้ง่าย ลักษณะจะไม่เรียบเป็นมันตามปกติและสีจะเปลี่ยนจากขาวอมฟ้าเป็นสีอ่อนข้างเหลือง เรียกระยะนี้ว่า Chondromalacia ในขณะเดียวกันนี้ร่างกายก็จะพยายามทดแทนด้วยการเพิ่มอัตราการสร้างเซลล์ และส่วนประกอบของเมทริกซ์ขึ้น แต่ถ้ายังไม่ทันต่อการถูกทำลายจากการเสียดสี ผิวกระดูกอ่อนชั้นบน ซึ่งใยคอลลาเจนเรียงตัวในแนวราบก็จะสึกหลุดออกไปก่อน เหลือใยในส่วนลึกลงไป ซึ่งเรียงกันในแนวตั้ง แยกออกจากกันเป็นร่องเรียกว่า Fibrillation

กระดูกอ่อนผิวข้อจะค่อย ๆ สึกบางลงไปเรื่อย ๆ จนถึงกระดูกใต้ผิวข้อซึ่งเกิดเสียดสี นาน ๆ จะทำให้มีผิวเรียบขาวเป็นมันคล้ายงาช้าง เรียกว่า Eburnation ขณะเดียวกันกระดูกใต้ผิวข้อใน บริเวณนี้จะงอกหนาขึ้น เป็นปฏิกิริยาเมื่อรับแรงกดที่เพิ่มขึ้นด้วย ระยะห่างระหว่างผิวข้อแคบลงและ กระดูกใต้ผิวข้อในบริเวณที่รับน้ำหนักหนาและทึบขึ้น (Sclerosis) นอกจากนี้ อาจพบลักษณะคล้าย ช่องว่างในกระดูกใต้ผิวข้อบริเวณนี้ด้วย เรียกว่า Subchondral cyst หรือ Pseudocyst (มักจะพบที่ข้อ สะโพกมากกว่าข้ออื่น ๆ) ในขณะที่กระดูกอ่อนผิวข้อส่วนที่รับน้ำหนักสึกบางลง ส่วนที่อยู่รอบ ๆ จะ งอกหนาขึ้นและยื่นเลยขอบผิวข้อออกไป และต่อมากระดูกอ่อนในผิวชั้นล่างจะเปลี่ยนกระดูกงอก คล้ายหนาม (Spur) หรือเขี้ยวยื่นออกมาจากขอบของผิวข้อ เรียกว่า Osteophyte

เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อที่สึกกร่อนหลุดออกมาจะลอยปนอยู่ในน้ำไขข้อ แล้วไปฝังอยู่ใน เยื่อข้อ ต่อมาจะถูกกินโดย Macrophages และก่อให้เกิดปฏิกิริยาเป็นการอักเสบของเยื่อข้อขึ้น โดยเฉพาะในระยะเวลาที่มีการสึกหรอของผิวข้อมาก ๆ จะทำให้เยื่อข้อบวม และมีน้ำไขข้อมากขึ้น การอักเสบนี้เมื่อเกิดซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง จะกระตุ้นให้เยื่อข้อและปลอกหุ้มข้องอกหนาขึ้น ใน ขณะเดียวกัน ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการอักเสบจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนข้อนั้นหด เกร็ง (Spasm) และนาน ๆ เข้าก็จะกลายเป็นหดรัด (Contracture) การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของหน้าสัมผัส ของข้อจากการสึกหรอ ร่วมกับการงอกของกระดูกอ่อนผิวข้อ การเกิด Osteophyte การงอกหนาของเยื่อ หุ้มข้อและปลอกหุ้มข้อ ตลอดจนการหดรัดของกล้ามเนื้อ ทำให้อข้อเคลื่อนไหวได้น้อยลง บริเวณผิวข้อที่ ได้รับความกดก็จะถูกจำกัดลงด้วย การสึกหรอก็จะเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นวงจรซ้ำแล้วซ้ำเล่าทำให้อ ข้อเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ

## 2.5 อาการและอาการแสดง

จะมีอาการปวดบวมที่ข้อ ปวดตื้อๆ ในตอนแรกอาการปวดมักจะหายไปเมื่อข้อได้พัก การเคลื่อนไหวข้อทำได้จำกัด จะมีข้อยึดแข็งในตอนเช้าหลังตื่นนอนมักจะเป็นช่วง 2 – 3 นาที ซึ่ง แตกต่างจาก โรคข้อรูมาตอยด์ที่มีอาการปวดอยู่หลายชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวข้อ เหมือนกระดาษทรายถูกัน และมีเสียงดังทั้งนี้เพราะเกิดจากความขรุขระของผิวกระดูกอ่อนของข้อ ถ้าเป็นมากอาจจะปวดจนเดินไม่ได้ (สุริรัตน์ เตียนกุล, 2538)

## 2.6 การประเมินสภาพ

2.6.1 ประวัติการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ข้อ ปวดลึกๆ ที่ข้อ อาการปวดจะหายไปเมื่อได้พัก ข้อเคลื่อนไหวได้น้อย ข้อยึดแข็งในตอนเช้า หลังตื่นนอน 2 – 3 นาที เวลาเคลื่อนไหวข้อมีเสียงดัง บางครั้งอาจมีอาการปวดมากจนเดินไม่ได้

2.6.2 การตรวจร่างกายจะพบข้อบวม เวลาขยับจะปวดมาก การตรวจทางรังสีจะพบลักษณะการเปลี่ยนแปลงของข้อ กระดูกอ่อนบางและช่วงข้อจะแคบ มี Osteophyte เกิดขึ้น

## 2.7 แนวทางการรักษา

2.7.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ก่อนที่จะดำเนินการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะการดำเนินของโรคก่อน ว่าเป็นโรคที่เป็นได้ในทุกคนเมื่ออายุมากขึ้น ไม่ใช่โรคร้ายแรง สามารถรักษาให้อาการเสื่อมชะลอช้าลงได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องพยายามขจัดปัจจัยที่ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น เช่น การลดน้ำหนักตัว ใช้ข้อให้ถูกต้อง ไม่นั่งยอง ๆ หรือขัดสมาธิกับพื้นนาน ๆ

2.7.2 การรักษาทางยา การใช้ยาส่วนมากจะให้ในระยะสั้น ๆ เพื่อลดอาการอักเสบและเจ็บปวด ยาที่ใช้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ยาแก้ปวดทั่วไป ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดไม่รุนแรง และเป็นระยะสั้น ๆ เช่นปวดหลังจากเดินมาก ตัวอย่างเช่น Paracetamol หรือ Aspirin 1-2 เม็ดเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง

2) ยาด้านอักเสบ (Anti-inflammatory drugs) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบรุนแรง มีอาการปวดมาก หรือมีลักษณะบวมน้ำในข้อ ยาที่ใช้ เช่น Aspirin indomethacin non-steroidal anti-inflammatory (NSAIDS) หรือยาในกลุ่ม Steroid ที่ใช้ฉีดเข้าข้อ มักใช้เป็นการชั่วคราวกรณีที่มีการอักเสบมาก ๆ

2.7.3 การรักษาทางกายภาพบำบัด คือหัวใจสำคัญของการรักษาข้อเข่าเสื่อม โดยการลดอาการเจ็บปวดและชะลอความเสื่อมให้ช้าลง ฝีกออกกำลังกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเข่าให้แข็งแรงขึ้น โดยการให้ทำ Isometric quadriceps exercise ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้านทุกวัน

2.7.4 การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโดยวิธีผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และระยะของโรค ซึ่งวิธีผ่าตัดมีหลายวิธี ดังนี้ (สุปรีชา โมกขะเวส, 2538)

1) การผ่าตัดกระดูกใกล้ข้อ (Osteotomy) เพื่อปรับปรุง Biomechanics ของข้อ เช่น High tibial osteotomy เป็นการผ่าตัดที่ส่วนของ Tibial metaphysis ด้านบน เพื่อแก้ไขความพิการผิดรูปของข้อ ซึ่งอาจจะเป็น Genu varum หรือ Genu valgum ก็ได้

2) การตกแต่งข้อ (Arthroplasty) เช่น Total knee replacement การทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมทดแทน เป็นการผ่าตัดรักษาในกรณีที่มีการเสื่อมของข้อเข่ามาก จนไม่สามารถรักษาด้วยวิธี

อื่นได้แล้ว เนื่องจากผิวกระดูกข้อถูกทำลายมาก ข้อไม่มั่นคงหรือข้อเกิดแข็งผิดปกติ แต่ต้องเป็นข้อเสื่อมที่ไม่เคยติดเชื้อโรคมมาก่อน

3) การเชื่อมข้อ (Arthrodesis) เพื่อระงับความเจ็บปวดและเพื่อให้มีความมั่นคง แต่จะทำให้การขยับข้อนั้นเสียไป

4) Soft tissue operation โดยตัด Contracted muscles และ Capsule เพื่อให้ข้อขยับได้มากขึ้น

## 2.8 ระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

แผนกผู้ป่วยใน กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบ่งหอผู้ป่วยทั้งหมดออกเป็น 3 หอผู้ป่วย คือ

1. หอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ ชั้น 6 เป็นแผนกผู้ป่วยโรคกระดูก และข้อชาย

2. หอผู้ป่วยมหากรรวมชิราลงกรณ ชั้น 5 เป็นแผนกผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ชายและราชการสนาม

3. หอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ ชั้น 4 เป็นแผนกผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ หญิงและเด็ก

ทั้ง 3 หอผู้ป่วยมีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยได้ หอผู้ป่วยละ 27 คน รับผู้ป่วยทั้งข้าราชการทหาร ครอบครัว และประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกระดูก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลรักษาทางยา และการผ่าตัด

ลักษณะโครงสร้าง ประเภทผู้ป่วย จำนวนบุคลากร และระบบให้บริการในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยคล้ายกัน คือ ใช้การทำงานแบบเป็นทีม (Team method) โดยแบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ ทีม A รับผิดชอบผู้ป่วยประเภทพิเศษ และทีม B รับผิดชอบผู้ป่วยสามัญ จำนวนบุคลากรในแต่ละทีมและการประสานงานของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยมีดังนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 1)

- |                         |       |        |
|-------------------------|-------|--------|
| 1. พยาบาล               | จำนวน | 1-2 คน |
| 2. ผู้ช่วยพยาบาล        | จำนวน | 1-2 คน |
| 3. พนักงานช่วยการพยาบาล | จำนวน | 2 คน   |



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงการประสานงานของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## 2.9 ระบบการพยาบาลเป็นทีม (Team nursing)

ระบบการทำงานเป็นทีมได้พัฒนาขึ้นมาเนื่องความพยายามที่จะแก้ปัญหของระบบแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional nursing) โดยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย และบุคลากร ปรับปรุงคุณภาพการบริหารการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยนำเอาพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลหลายระดับ มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ ความสามารถอย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีม (ปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541)

ข้อดีของระบบการทำงานเป็นทีมคือสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย และในกลุ่มเล็กๆ ให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม บทบาท และความรับผิดชอบจำกัดอยู่ในเฉพาะเวร มีการแบ่งผู้ป่วย และบุคลากรออกเป็นกลุ่ม ทำให้บุคลากรห่างจากผู้ป่วยมากขึ้นถ้าอยู่คนละทีม ไม่มีผู้นำระหว่างทีมจึงทำให้การติดต่อสื่อสาร และการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขามีน้อยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่อง การหายของโรคช้า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541)

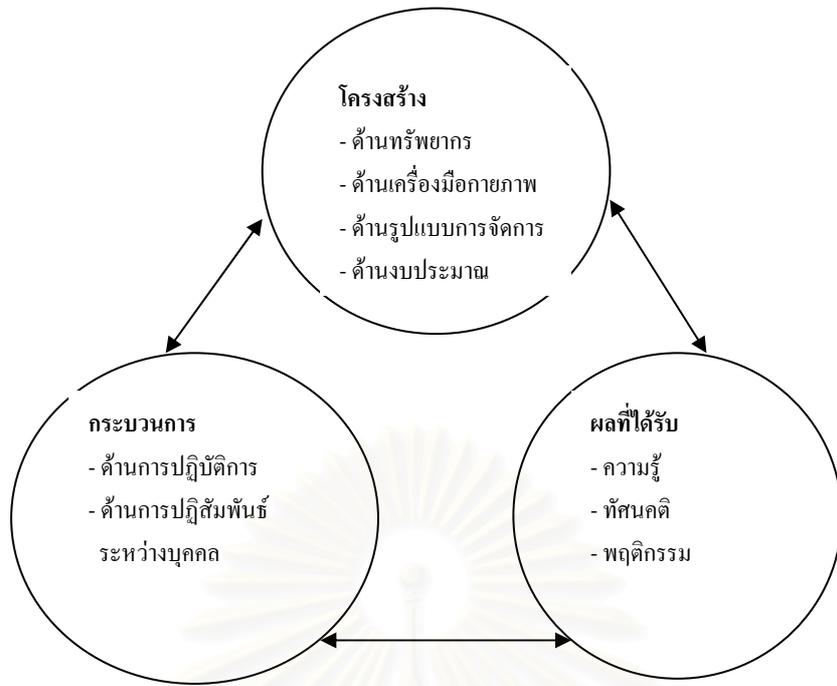
## 3. งานวิจัยเชิงผลลัพธ์

### 3.1 กรอบแนวคิดงานวิจัยเชิงผลลัพธ์

วัตถุประสงค์ของการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรมีการกำหนดผลลัพธ์ ผลที่จะได้รับหรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการบริการไว้ให้ชัดเจน สามารถวัดได้ อธิบายได้ หรือสังเกตได้ และต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และความถูกต้องในด้านวิชาชีพด้วย

Donabedian (1994 อ้างถึงใน ยุพิน อังสุโรจน์, 2543) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพบริการทางสุขภาพโดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Bertalanffy (1968) ว่ามีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ดังภาพที่ 2)





ภาพที่ 2 การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล

เมื่อพิจารณาการประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพแล้ว จะพบว่ายังไม่ครบถ้วน เช่น ความไม่ครอบคลุมถึงคุณภาพ และ/หรือผลลัพธ์ในมุมมองของผู้ให้บริการ และหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการ Holzemer (1994, อ้างถึงใน ยูพิน อังสุโรจน์, 2543) จึงได้พัฒนารูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์การให้บริการทางสุขภาพ (Outcomes model for health care research) โดยขยายกรอบแนวคิดจากทฤษฎีระบบ ดังภาพที่ 3

	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcomes)
ผู้รับบริการ (Client)			
ผู้ให้บริการ (Provider)			
หน่วยงาน (Setting)			

ภาพที่ 3 การศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการทางสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นในแนวคิด ทำให้การประเมินผลลัพธ์มีความหลากหลายมากขึ้น และในความหลากหลายนั้น สามารถกำหนดขอบเขตให้มีความเฉพาะเจาะจงได้ เช่นในกลุ่มผู้รับบริการอาจพิจารณาได้ทั้งในระดับบุคคล และในระดับส่วนรวมของสังคม อาจเป็นตัวผู้ป่วย ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน คำว่าผู้ให้บริการขยายความจากแพทย์ และพยาบาล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด กลุ่มแพทย์ฝึกหัด กลุ่มนักศึกษาพยาบาล หรือผู้ช่วยเหลืออื่นๆ ฯลฯ ในกลุ่มหน่วยงานที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นหน่วยงาน หรือองค์กรที่มีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบอย่างเป็นทางการ เช่น โรงพยาบาล แผนกบริการสุขภาพ หอผู้ป่วย โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น (ยุพิน อังสุโรจน์, 2543)

### 3.2 ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงผลลัพธ์

จากรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพ ทำให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่าง ๆ มากขึ้น ตัวอย่างดัชนีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สามารถจำแนกตามองค์ประกอบในรูปแบบของการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการบริการสุขภาพได้ดังนี้ (ยุพิน อังสุโรจน์, 2543)

1. ผู้รับบริการ/ปัจจัยนำเข้า (Client/Input) คือข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพ ด้วยคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ลักษณะทางประชากร วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม จุดเด่นของบุคคล สถานะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ความต้องการของบุคคล ซึ่งผันแปรตามสถานะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย หรือ คุณภาพชีวิต และในประเด็นคุณลักษณะทางสังคม ประชากร เช่น ระดับการศึกษา เชื้อชาติ รายได้ต่อประชากร อัตราการพิการ หรืออัตราการว่างงาน เป็นต้น
2. ผู้รับบริการ/กระบวนการ (Client/Process) คือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้บริการ หรือพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพ
3. ผู้รับบริการ/ผลลัพธ์ (Client/Outcome) คืออัตราการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการมีสุขภาพดี ความพึงพอใจ รวมถึงสถานะทางกายภาพ จิต สังคม พฤติกรรม ความรู้ คุณภาพชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ในบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การกำหนด เป้าหมาย และความปลอดภัยด้วย
4. ผู้ให้บริการ/ปัจจัยนำเข้า (Provider/Input) คือ ความสามารถในการปฏิบัติ และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ตัวอย่างดัชนีของผู้ให้บริการนี้คือ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การอบรมเฉพาะทาง และคุณลักษณะส่วนบุคคล

5. ผู้ให้บริการ/กระบวนการ (Provider/Process) คือรูปแบบการปฏิบัติการขั้นตอนการดูแลมาตรฐานการวางแผนการดูแล หรือแนวทางการปฏิบัติการ

6. ผู้ให้บริการ/ผลลัพธ์ (Provider/Outcome) คือความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความปรารถนาจะอยู่ หรือย้ายจากหน่วยงาน ระดับการศึกษา ต่อเนื่องที่กำลังศึกษาอยู่ รวมถึงความคุ้มค่าของการบริการ ซึ่งพิจารณาในด้านผู้ให้บริการ เช่น ประสบการณ์ทางวิชาชีพ

7. หน่วยงาน/ปัจจัยนำเข้า (Setting/Input) คือ คุณค่า ทัศนคติ ความเชื่อขององค์กร และทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนและประเภทของผู้ใช้บริการและผู้รับบริการขนาด ความเป็นเจ้าของ ปริมาณการบริการเฉลี่ย ประเภทบริการ สภาพาสุขภาพของชุมชน รวมถึงระบบสารสนเทศ การเขียนรายงานระดับต่างๆ ของบุคลากร รูปแบบการบริการทางวิชาชีพ และระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยในมุมมองความเป็นส่วนรวมของหน่วยงาน หรือองค์กรนั้นๆ ด้วย

8. หน่วยงาน/กระบวนการ (Setting/Process) คือ การปฏิบัติการในปัจจุบัน เช่น การใช้หลักการ TQM/CQI การวางแผนเชิงกลยุทธ์ นโยบายการดำเนินการ และการประเมินผลการบริหารการปกครอง การประเมิน การดำเนินการ การตัดสินใจ นวัตกรรมขององค์กร รูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระหว่างหน่วยงาน

9. หน่วยงาน/ผลลัพธ์ (Setting/Outcome) คือความพึงพอใจของผู้ป่วย อัตราการย้ายงานของผู้ให้บริการ อัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย อัตราความผิดพลาดทางการรักษา อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย และอัตราการเข้ารับการรักษาลงในรูปแบบส่วนรวมจึงจะเป็นผลลัพธ์ขององค์กร รวมถึง ความเหมาะสม ความพร้อมบริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ การดูแลอย่างเหมาะสม ความปลอดภัย และเวลาที่ใช้ในการบริการ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาถึงการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งอยู่ในส่วนของ หน่วยงาน/ปัจจัยนำเข้า (Setting/Input) ต่อผลลัพธ์ด้านต่างๆ ดังภาพที่ 4

	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcomes)
ผู้รับบริการ (Client)			<ul style="list-style-type: none"> <li>← ความพึงพอใจของผู้ป่วย</li> <li>← ค่าใช้จ่าย</li> </ul>
ผู้ให้บริการ (Provider)			<ul style="list-style-type: none"> <li>← ความสัมพันธ์ในทีม-สหสาขา</li> </ul>
หน่วยงาน (Setting)	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		<ul style="list-style-type: none"> <li>← จำนวนวันนอน</li> </ul>

ภาพที่ 4 ผลของการจัดการรายกรณีที่ใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงผลลัพธ์

จุฬามณี คุณวุฒิ (2542) กล่าวว่าจุดประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ สิ่งแรกที่จะพิจารณาคือ “ผลลัพธ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ” การวัดตัวแปรนี้เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เพราะมีความไม่แน่นอน ผลลัพธ์ของผู้ป่วย คือ อัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อน ส่วนผลการวัดที่นำมาใช้ประโยชน์คือ จำนวนวันนอน (Length of stay) และอัตราการกลับเข้ารับการรักษา (Readmission rates) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Stewert and Ware (1992 cited in Holzemer, 1994) ที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้รับบริการว่าอาจจะรวมไปถึง จำนวนวันนอน คุณภาพชีวิต แหล่งทรัพยากร และความพึงพอใจในบริการที่เร่งด่วน เป็นต้น ในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในส่วนของผู้รับบริการ/ผลลัพธ์ (Client/Outcomes)

และผลลัพธ์ในการให้บริการด้านสุขภาพในด้านจำนวนวันนอนซึ่งมีการกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินการรักษาที่ทีมสหสาขาจัดให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในช่วงเวลาที่กำหนดจึงพิจารณาในภาพรวมว่าเป็นผลลัพธ์ของหน่วยงาน (Setting/Outcomes) ก็จะสะท้อนถึงคุณภาพบริการด้านความพร้อมบริการ การบริการอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Mitchell, et al., 1998 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2543) ส่วนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขานั้นผู้วิจัยศึกษาในด้านผู้ให้บริการ/ผลลัพธ์ (Provider/Outcomes)

#### 4. ค่าใช้จ่าย (Cost)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้รับบริการพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในระบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดการทางการแพทย์ ก็คือทำให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และเพื่อลดค่าใช้จ่าย หรือ มีการพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่อ ประสิทธิภาพ (Cost effectiveness) โดยที่ลดค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ที่ไม่จำเป็นลง เช่น การตรวจวินิจฉัยต่างๆ เป็นต้น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2544) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการทางการแพทย์ นอกจากด้านคุณภาพบริการแล้ว การประเมินผลด้านค่าใช้จ่าย (Cost of care) ก็เป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน

##### 4.1 ความหมายของค่าใช้จ่าย

ได้มีผู้ให้ความหมาย คำว่า ค่าใช้จ่ายหรือต้นทุน (Cost) ไว้มากมาย ดังนี้

ต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จของงานหรือผลผลิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่ตรวจนับได้ทางบัญชี (Financial cost) หรือหมายถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดซึ่งรวมค่าเสียโอกาสต่างๆ (Opportunity cost) ด้วย หรือเรียกว่าต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (ลักษณะ โปชนุกูล และเรวดี รุ่งจตุรงค์, 2540; สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลวัฒน์กุล, 2536)

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2539) กล่าวว่า ต้นทุน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน และมีใช้ตัวเงิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ

สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และดวงมณี โกมารทัต (2544) กล่าวว่า ไม่ว่าต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย ก็หมายถึงการสูญเสียทรัพยากรขององค์กร เพื่อให้วัตถุประสงค์ใดวัตถุประสงค์หนึ่งขององค์กรได้สำเร็จลงรวมทั้งหมายความถึงการสูญเสียผลประโยชน์บางอย่างที่กิจการหรือองค์กรควรจะได้รับ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า ต้นทุนนั้นมีทั้งมุมมองของต้นทุนทางบัญชี และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งต้นทุนทางบัญชีหรือต้นทุนของผู้ผลิต หมายถึง ต้นทุนที่เป็นรายจ่ายนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงิน และจ่ายไปจริง ซึ่งมองเห็นได้ของผู้ผลิต ส่วนต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์นั้น หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน รวมไปถึงผลลัพธ์ในด้านลบด้วย ซึ่งมีได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมิน นับรวมเป็นต้นทุนด้วย ดังนั้น ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จึงสูงกว่าต้นทุนทางบัญชี สิ่งที่ต้องระวัง คือ การวัดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ต้องมีมิติของเวลาเป็นตัวกำหนดด้วย

สรุปได้ว่า ต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย หมายถึง การลงทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ ในทัศนะของนักบัญชีจะมองเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ส่วนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์จะเพิ่มค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ผลทางด้านลบหรือค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น เข้าไปในต้นทุนของการลงทุนด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ตามทัศนะของนักบัญชีเท่านั้น

#### 4.2 การจัดกลุ่มและการจำแนกประเภทของต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย

การจำแนกต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายมีหลายแบบ แตกต่างกันตามลักษณะของงานที่วิเคราะห์หรือประเมิน ซึ่งมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น ในแง่ของการผลิตหรือบริการอาจจำแนก เป็น 2 ลักษณะ (สุนิ ธลาภิรักษ์ และคณะ, 2535) ดังนี้

1. ต้นทุนโดยตรง (Direct cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่คิดโดยตรงกับทรัพยากรที่ใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ โดยจ่ายเป็นเงินหรือสิ่งทดแทนจำนวนผลผลิตที่เกิดขึ้น ต้นทุนชนิดนี้สามารถจำแนกแจกแจงได้ เพราะเป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตโดยตรง

2. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดำเนินการเพื่อสนับสนุน หรือมีส่วนช่วยให้เกิดการผลิต ต้นทุนชนิดนี้ ไม่อาจจำแนกแจกแจงเป็นแต่ละรายการของผลิตภัณฑ์ หรือบริการได้ เช่น ค่าไฟฟ้า ค่ายามรักษาความปลอดภัย เพราะไม่เกี่ยวกับการผลิตโดยตรง

และอนุชาติ อัครวิเศษ (2544) ได้จำแนกวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Inpatient hospital direct costs) ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่ายา ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ
2. ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา (Follow up direct costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการมา ตรวจตามนัด การตรวจทางห้องทดลองต่างๆ หรือค่ายาขณะยังไม่ได้นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายสำหรับการเยี่ยมบ้าน
3. ค่าใช้จ่ายโดยอ้อม (Indirect costs) ได้แก่ ภาวะที่ต้องสูญเสียรายได้จากการออกจาก งาน หรือการสูญเสียทางเศรษฐกิจต่างๆ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและธุรกิจอันเป็นผลมาจากการเจ็บ สำหรับค่าใช้จ่ายในส่วนที่ 2 และ 3 เป็นส่วนที่จะถูกมองข้ามไป โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าควร นำคิดคำนวณเป็นค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลด้วย

ส่วน สัมฤทธิ์ ศรีธีรงค์สวัสดิ์ (2541) ได้จำแนกต้นทุนออกเป็น

1. ต้นทุนการลงทุน (Capital cost) มีลักษณะเป็นการลงทุนครั้งเดียวเป็นก้อน และจะเป็นต้นทุนที่คงที่ไม่แปรผันตามจำนวนผลผลิตหรือเรียกว่า Fixed cost เช่น ต้นทุนด้านยานพาหนะ เครื่องมือ สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น
2. ต้นทุนดำเนินการ (Recurrent) เป็นต้นทุนที่จะแปรผันไปตามจำนวนผลผลิตไม่คงที่ (Variable cost) เช่น เงินเดือน ค่าแรงงาน ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าใช้สอยต่าง ๆ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะค่าใช้จ่ายโดยตรง และค่าใช้จ่ายคงที่เท่านั้น โดยจะ ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 1 ราย ประกอบด้วยหมวดต่าง ๆ ตามรายการค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย ทหารบก ดังนี้

1. ค่าอาหาร
2. ค่าห้อง
3. ค่ายาและเวชภัณฑ์
4. ค่าผ่าตัด และดมยา
5. ค่าเอกซเรย์

6. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7. ค่าตรวจรักษาพยาบาล และค่าบริการทางการแพทย์
8. ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดโรค และ ค่าวิยะเทียม

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ป่วยที่เป็นตัวเงินเท่านั้น โดยไม่ศึกษาค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าแรงของผู้ให้บริการ ค่าเสื่อมราคา เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานภาครัฐซึ่งได้รับงบประมาณด้านค่าจ้างเงินเดือนของบุคลากร ค่าก่อสร้างหรือค่าวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จากกระทรวงกลาโหมอยู่แล้ว และเป็นบริการที่ไม่มุ่งผลกำไรจากผู้ป่วย จึงไม่ได้นำค่าใช้จ่ายโดยอ้อมมาคิดด้วย แม้ว่าในทางหลักเศรษฐศาสตร์แล้วการคิดค่ารักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ต้องคิดทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง และทางอ้อมด้วย

สรุป การประหยัดค่าใช้จ่ายไม่ควรจะมาจากการพยายามไม่เพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรมการรักษาพยาบาล แต่น่าจะมาจากการหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย หรือค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการให้การรักษาพยาบาลมาใช้ เช่น การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสาร และใช้ทรัพยากรที่อยู่ โดยมุ่งที่เน้นผลลัพธ์ คือ บริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

## 5. จำนวนวันนอน (Length of Stay)

จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัด (Indicator) เชิงผลลัพธ์ ตัวหนึ่งที่ยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพ และคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) มาใช้ ได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลลัพธ์ต่างๆ พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มักจะเป็นการลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ (Cook, 1998)

จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพหนึ่ง นอกเหนือจากจำนวนของผู้รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย (สุวรรณดี มหาภายนันท์, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับจุฬามณี คุณวุฒิ (2542) ที่กล่าวว่า จำนวน

วันนอนในโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการพยาบาลมีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ที่นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## 6. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

การรักษาพยาบาลเป็นงานบริการหลักภายในโรงพยาบาล ผู้รับบริการย่อมคาดหวังต่อบริการที่ได้รับในระดับที่แตกต่างกันตามความจำเป็น (Needs) และความต้องการ (Want) ของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากประสบการณ์เดิมของตน (Brown, 1992) ดังนั้น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่า การบริการรักษาพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการหรือไม่ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของการบริการที่เป็นอยู่ นับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการเป็นอย่างมาก

### 6.1 ความหมายของความพึงพอใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมาย ความพึงพอใจ ว่าเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ

หลุยส์ จาปาเทส (2533: 8) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ คือ ความต้องการได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตาและการแสดงออก

คฤษณี ใหญ่เรืองศรี (2541: 28) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวัง หรือต้องการในเรื่องต่าง ๆ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้น ๆ ที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา



Aday and Andersen (1975: 4) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้ไปในสถานที่ให้บริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

จากความหมายของความพึงพอใจข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงจากการเข้ามาใช้บริการ และบริการที่ได้รับสอดคล้องกับความคาดหวังของพวกเขา

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลทั้งหมด 10 หมวด ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ (Access)
2. การสื่อสาร (Communication)
3. สมรรถนะของพยาบาล (Competence)
4. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy)
5. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
6. ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability)
7. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness)
8. ความมั่นคงปลอดภัย (Security)
9. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
10. การเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย (Understanding and knowing)

กนกพร คุปตานนท์ (2539) ได้สรุปขอบข่ายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลไว้ ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล รวมถึง กิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาลและการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกริยาท่าทาง อัธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมการพยาบาลที่เน้นการให้ความสนใจเอาใจใส่ การเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความกังวลขณะที่อยู่โรงพยาบาล หรือเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยและความพิการที่อาจเกิดขึ้น

4. สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย เป็นพฤติกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำ และสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยของ Ware, et al. (1978 อ้างถึงในวราพร หาญคุณะเศรษฐ์, 2533) ได้สรุปลักษณะความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพ ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ด้าน ดังนี้

1. ศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแลที่แสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจและความห่วงใย
2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ในการดูแลความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสิทธิภาพ ความชำนาญ ความแม่นยำ และการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำ
3. ความสะดวกสบาย (Accessibility/Convenience) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทาง ความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
4. ค่าใช้จ่าย (Finances) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและการให้บริการที่ได้รับ ความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย และความครอบคลุมของการประกันต่างๆ
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวกด้านสถานที่ ความสะอาด และแสงสว่าง
6. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การให้บริการที่พร้อมทั้งด้านบุคลากร การบริการ มีปริมาณเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแล และความพร้อมที่จะให้บริการ
7. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการอย่างครบถ้วน โดยผู้ให้บริการคนเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน
8. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ (Efficacy/Outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

Lynch and Schuler (1990) ได้ศึกษาวิจัยการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลที่ทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการ โดยสำรวจถึงสาเหตุที่มาใช้บริการนั้น จากประสบการณ์เดิมแล้ววิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ

1. สถานที่รอคอยการรับบริการ (Waiting areas)
2. ห้องพักของผู้ป่วย (Patient rooms)
3. อาหารของผู้ป่วย (Food)
4. ท่าเลที่ตั้งของสถานที่ที่เหมาะสม สะดวกในการมาใช้บริการ (Convenient location)

5. ทศนคติของพยาบาลผู้ให้บริการ (Staff attitude)

6. มีคุณสมบัติในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specifically)

Aday and Andersen (1975) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของพยาบาล เมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ จำนวน 4,966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 Aday and Andersen ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการซึ่งเป็นการประเมินระบบบริการทางการแพทย์ ว่าประกอบด้วยปัจจัย ทั้งหมด 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น
  - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office 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 ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
  - 2.3 มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)
3. ความพึงพอใจด้านอหยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)
  - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
  - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่นการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

สรุป ถึงแม้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยจะไม่ใช่วัดเพียงสิ่งเดียวในการประเมินคุณภาพของงานบริการพยาบาล แต่ก็ เป็นสิ่งที่ จะ ละเลย ไม่ได้ และ จำเป็น ต้อง ให้ ความ สำคัญ และ ประเมิน อย่าง ต่อ เนื่อง เพื่อ พัฒนางาน บริการ รักษาพยาบาล ให้ มี คุณภาพ ตาม การ รับ รู้ ของ ผู้ป่วย ซึ่ง คุณภาพ ตาม การ รับ รู้ ของ ผู้ป่วย ขึ้น อยู่ กับ หลาย ปัจจัย เช่น การ ให้ การ บริการ พยาบาล อย่าง ถูก ต้อง ตาม มาตรฐาน วิชาชีพ การ ดูแล เอาใจ ใส่ เอื้อ อารมณ์ อหยา ศาสตร์ ของ ผู้ ให้ บริการ หรือ ความ สะดวก รวดเร็ว ในการ ให้ บริการ เป็นต้น นอกจาก ให้ การ ดูแล อย่าง มี คุณภาพ แล้ว ใน ปัจจุบัน ต้อง คำนึง ถึง ค่า ใช้ จ่าย ที่ เหมาะ สม ด้วย ถึง จะ ทำ ให้ ผู้ป่วย พึง พอใจ ได้ และ จาก การ ศึกษา ทฤษฎี วรรณกรรม ที่ เกี่ยว ข้อง กับ การ จัดการ ผู้ป่วย รายกรณี หรือ จาก กระบวนการ ของ การ จัดการ ผู้ป่วย รายกรณี ผลลัพธ์ ที่ จะ เกิด จาก กระบวนการ นี้ ส่งผล ให้ มี คุณภาพ บริการ ที่ ดี ความ พึง พอใจ ของ ผู้ป่วย เป็น ผลลัพธ์ อื่น หนึ่ง ที่ แสดง ถึง คุณภาพ บริการ ผู้วิจัย พบ ว่า แนวคิด ของ Aday and Andersen (1975) ที่ ศึกษา ความ พึง พอใจ ของ ผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ ความ พึง พอใจ ต่อ ความ สะดวก การ ประสาน บริการ อหยา ศาสตร์ ของ ผู้ ให้ บริการ ข้อมูล ที่ ด้ รับ คุณภาพ บริการ และ ค่า ใช้ จ่าย เมื่อ ใช้ บริการ สอดคล้อง กับ กระบวนการ ของ การ จัดการ ผู้ป่วย รายกรณี จึง นำ กรอบ แนวคิด ของ Aday and Andersen (1975) มา ใช้ ใน งาน วิจัย ครั้ง นี้

## 7. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

ในการ ให้ บริการ ด้าน สุขภาพ แก่ ประชาชน นั้น จำเป็น ต้อง อาศัย บุคลากร จาก วิชาชีพ ต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทำกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ มาทำงาน ร่วม กัน เรียกว่า ทีมสุขภาพ (Health care team) การ ดำเนิน งาน ร่วม กัน ใน ลักษณะ นี้ จำเป็น ต้อง มี การ ประสาน ความ ร่วมมือ กัน เป็น อย่าง ดี จึง จะ ประสพ ผล สำเร็จ ในการ ให้ บริการ ได้ ซึ่ง สอดคล้อง กับ สมคิด รักษา ศาสตร์ (2529 อ้างถึง ใน เสาวลักษณ์ พัวพัฒนกุล, 2534) ที่ กล่าว ว่า ความสัมพันธ์ ระหว่าง กลุ่ม วิชาชีพ ที่ ให้ บริการ ทาง สุขภาพ นั้น เป็น ความสัมพันธ์ ที่ ก่อ ให้ เกิด การ พังพา แบบ ต้อง มี การ แลก เปลี่ยน เช่น ผลผลิต ของ แพทย์ ด้ แก่ คำสั่ง การ รักษา เป็น ปัจจัย นำ เข้า สำหรับ พยาบาล และ ใน ทำนอง เดียวกัน ข้อมูล ต่าง ๆ ของ ผู้ป่วย ซึ่งเป็น ผลผลิต ของ พยาบาล ก็ กลับ ไป เป็น ปัจจัย นำ เข้า สำหรับ แพทย์ และ บุคลากร อื่น ๆ ดังนั้น เมื่อ ใด ที่ ไม่มี อุปสรรค ขัดขวาง การ แลก เปลี่ยน หรือ มี การ ประสาน งาน เพื่อ ให้ การ แลก เปลี่ยน ดำเนิน ไป ได้ ความ ขัดแย้ง ก็ ไม่ เกิด ขึ้น และ ผล จาก การ ที่ ทำงาน ร่วม กัน ด้ ดี โดย ไม่ มี ความ ขัดแย้ง จะ ส่งผล ให้ บุคคล ใน กลุ่ม เกิด ความ พึง พอใจ มีความ สามัคคี ด้ ผลงาน ที่ บรรลุ จุด มุ่งหมาย และมี ประสิทธิภาพ และ ลักษณะ ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล ที่ ทำงาน ร่วม กัน ใน ทีมสุขภาพ เรียกว่า ความสัมพันธ์ ใน การ ทำงาน ร่วม กัน ใน ที่ นี้ จะ กล่าว ถึง ลักษณะ ของ ทีม และ ความสัมพันธ์ ใน ทีม ดังนี้

## 7.1 ความหมายของทีม

ทีม ความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) หมายถึง ชุด หมู่ คณะ นกคณ ลิมสุวัฒน์ (2529) กล่าวว่า ทีม หมายถึง บุคคลมากกว่า 2 คน มาทำงานรวมกัน มี เป้าหมายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กัน มีปฏิริยาและรับรู้ต่อกัน

Brill (1976, อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543) กล่าวว่า ทีมเป็นกลุ่มคน ซึ่งแต่ละคนมีความชำนาญเฉพาะด้าน มีความรับผิดชอบในการตัดสินใจ มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการพบปะเพื่อการติดต่อสื่อสาร ร่วมมือกันประสานความรู้ ตามแผนงานที่กำหนด มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในอนาคต และการปฏิบัติงานร่วมกัน

สรุป ทีม หมายถึง บุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน โดยมีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

## 7.2 ประเภทของทีม

ทีมแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้ (Brill, 1976 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543; สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529 อ้างถึงในชุตติมา มาลัย, 2538)

1. ทีมงานภายในหรือทีมวิชาชีพ (Intradisciplinary team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะด้านที่อยู่ในวิชาชีพหรือในสาขาเดียวกัน แต่จะมีความแตกต่างในระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานและความสามารถที่รับผิดชอบ
2. ทีมระหว่างหน่วยงาน หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) เป็นทีมซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายวิชาชีพที่มีความรู้ และทักษะแตกต่างกัน ร่วมมือกันกำหนดแผนงานและปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นทีมที่ดั่งขึ้นเมื่องานที่ทำ จำเป็นต้องมีบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญในสาขาเฉพาะ หรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบนั้น ๆ โดยตรงมาทำงานร่วมกัน งานจึงจะสำเร็จ เช่น ทีมสุขภาพ (Health team)
3. ทีมงานระหว่างองค์กร (Intersectoral team) เป็นทีมงานที่ประกอบด้วยบุคคลจากหลายหน่วยงาน ซึ่งอาจจะมิใช่วิชาชีพแตกต่างหรือเหมือนกันก็ได้ การจัดตั้งทีมงานในลักษณะนี้ จำเป็นเมื่องานที่ทำเป็นงานที่มีขอบเขตกว้างขวางและเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก ซึ่งต้องได้บุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางจากหลายสาขา หลายองค์กรมาร่วมปรึกษาหารือกัน เพื่อกำหนดยุทธวิธีที่จะทำ ให้สำเร็จ

### 7.3 ลักษณะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้ (Woodcock, 1989: 75-116 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543)

1. ความสมดุลในบทบาท (Balanced roles) คือ ในทีมการทำงานจะมีการผสมผสานทักษะความรู้ความสามารถที่แตกต่างของบุคคล และใช้ความแตกต่างกันของบุคคล ดำเนินบทบาทของแต่ละคนให้เหมาะสม
2. เป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Clear objectives and agree goals) คือ ทีมการทำงานมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สมาชิกในทีมรับรู้และยอมรับเป้าหมาย และวัตถุประสงค์นั้น
3. การเปิดเผยและเผชิญหน้า (Openness and confrontation) คือ บรรยากาศในการทำงานเป็นทีม เป็นไปอย่างเปิดเผย สมาชิกสามารถที่จะแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนต่อการทำงาน ได้มีการสื่อสารกัน โดยตรง และร่วมกันแก้ไขปัญหา
4. การสนับสนุนและไว้วางใจ (Support and trust) คือ สมาชิกในทีมได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน สามารถพูดอย่างตรงไปตรงมาในปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน พร้อมร่วมมือกันในการแก้ปัญหา
5. ความร่วมมือและการขัดแย้ง (Co-operation and conflict) คือ สมาชิกในทีมให้ความร่วมมือในการทำงาน พร้อมทั้งจะสนับสนุน ช่วยเสริมสร้างทักษะ ความรู้ ความสามารถให้แก่กันและกัน มีการขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทางสร้างสรรค์ เพื่อร่วมมือกันในการแก้ปัญหา
6. วิธีปฏิบัติงานชัดเจน (Sound procedures) คือ การทำงานของทีมมีการประชุม ปรึกษา และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การตัดสินใจจะใช้ข้อมูลและความเห็นของสมาชิกทุกคน
7. ภาวะผู้นำที่เหมาะสม (Appropriate leadership) คือ การทำงานในทีมจะต้องมีผู้นำที่มีความสามารถและเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ โดยสมาชิกทุกคนสามารถที่จะเป็นผู้นำทีมได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์
8. ทบทวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ (Regular reviews) คือ การติดตามผลการปฏิบัติงานของทีมอย่างสม่ำเสมอ ว่ามีปัญหาใดที่จะต้องร่วมกันปรับปรุงแก้ไข
9. การพัฒนาบุคคล (Individual development) คือ การพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของสมาชิกในทีม ให้โอกาสสมาชิกได้ใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถที่มีในการทำงานอย่างเต็มที่
10. สัมพันธภาพระหว่างทีมดี (Sound inter-group relation) คือ ทีมทำงานมีสัมพันธภาพที่ดี มีการร่วมมือให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

11. การติดต่อสื่อสารที่ดี (Good communications) คือ การติดต่อสื่อสารในทีมเป็นไปอย่างถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม สื่อสารกันทางตรง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิดเห็นที่จำเป็นต่อการทำงาน

ศิริวรรณ โกมุดิกานนท์ (2536) ได้สรุปองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมไว้ 3 องค์ประกอบคือ

1. ด้านโครงสร้างการทำงาน คือ ประกอบด้วย เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน มีความชัดเจน และทุกคนยอมรับ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ทำให้แต่ละคนเข้าใจบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่งตนเอง และทราบความสัมพันธ์กับงานของผู้อื่น มีระบบการสื่อสารที่ดี และระบบการทำงานที่ยืดหยุ่น

2. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย ผู้นำที่มีความสามารถในการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีความสามารถในการจัดความขัดแย้ง มีเทคนิคการจูงใจสมาชิก มีความรอบรู้ในการวางแผนการปฏิบัติงาน และการติดตามผลงานและมีความเข้าใจพฤติกรรมของสมาชิก และสมาชิกที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน มีความชำนาญงาน มีความร่วมมือและประสานงานกันเป็นอย่างดี และมีมนุษยสัมพันธ์

3. ด้านบรรยากาศ ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวก และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เป็นไปอย่างดี มีความไว้วางใจกัน

#### 7.4 ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีความเป็นผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ไม่มีผู้ออกคำสั่งกับผู้ทำตามคำสั่ง แต่จะเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างบุคคลที่ทำงานร่วมกัน ซึ่ง Langford (1981) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรมที่สามารถร่วมกันกำหนดเป้าหมาย โดยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีการยอมรับความเท่าเทียมกันของความรู้และความสามารถ และผลจากปฏิสัมพันธ์ จะทำให้กิจกรรมนั้น มีประสิทธิภาพมากกว่าการกระทำตามเป้าหมายที่กำหนดโดยบุคคลคนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับ เพ็ญศรี รัชสละ (2539) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในทีมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อการบริการสุขภาพอนามัย การสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่เปิดเผยตรงไปตรงมา จริงใจต่อกัน เข้าใจบทบาท การยอมรับนับถือในความสามารถ การตระหนักถึงความสำคัญของคุณและกันในฐานะบุคลากรใน ทีมสุขภาพ และในฐานะบุคคล การรับฟังความคิดเห็น ตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้สัมพันธภาพในทีมสุขภาพบรรลุเป้าหมายได้

จึงสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาที่มีจุดมุ่งหมาย คือ การดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะของความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของการยอมรับ ความเท่าเทียมของความรู้ภายในขอบเขตวิชาชีพของแต่ละคน

Langford (1981) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่ดี ในการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. ยอมรับนับถือความเชี่ยวชาญของผู้ร่วมงาน
2. มีการอภิปรายกันเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
3. ยอมรับว่าสมาชิกทุกคนต่างก็มีความรับผิดชอบต่อเป้าหมายร่วมกัน
4. ต่างมีส่วนร่วมในการทบทวนการทำงานเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย
5. สื่อสารด้วยความซื่อตรง และเปิดเผย
6. แบ่งปันอำนาจการตัดสินใจภายในกลุ่มอย่างเท่าเทียม
7. แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน
8. สนับสนุนการทำงานร่วมกัน โดยการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์
9. เข้าใจภาษาที่ใช้ทั่วไป หรือคำเฉพาะที่ใช้กับปัญหาตรงกัน
10. มีการยอมรับบทบาทของแต่ละฝ่าย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปลักษณะของความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาไว้ 4 ด้านตามแนวคิดของ Langford (1981) ดังนี้

1. การรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยสมาชิกในทีมสหสาขามีการอภิปราย เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ยอมรับและรับรู้ในบทบาทของสมาชิกแต่ละคน และมีส่วนร่วมในการทบทวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. การยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม หมายถึง การที่สมาชิกในทีมยอมรับร่วมกันว่า ไม่มีบุคคลใดที่มีความรู้และทักษะทั้งหมดทุกด้าน และการที่จะให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของสมาชิกทุกคนในทีม
3. การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม ขณะที่ปฏิบัติงานร่วมกัน หมายถึงการสมาชิกในทีมมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล หรือการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพื่อให้การทำงานร่วมกันบรรลุเป้าหมายหรือเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด
4. บรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม ต้องเป็นการสื่อสารระบบเปิด หรือการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way communication) คือ ลักษณะอาการสื่อสารแบบตัวต่อตัวเป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย จริงใจ อีสุระตรงไปตรงมา ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และการเข้าใจที่ตรงกันของผู้ร่วมงาน



สรุป ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา หมายถึงความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน โดยมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีม มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือการดูแล ผู้ป่วย ลักษณะความสัมพันธ์อยู่บนพื้นฐานของการยอมรับ ความเท่าเทียมของความรู้ภายใต้ขอบเขต ความเป็นวิชาชีพของแต่ละคน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขาเป็นความสัมพันธ์แบบ แลกเปลี่ยน การบริหารจัดการในองค์การที่มีความสัมพันธ์แบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานงานเป็น อย่างดี เพราะโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในทีมสูงมาก และทำให้ประสิทธิภาพของงาน ลดลงได้ ดังนั้น การที่ทีมสหสาขานำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมี การวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการ ปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในลักษณะประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่ ติดต่อ ประสานงาน กำกับดูแลให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ในระยะเวลาที่กำหนด และก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือที่ดี ทำให้ความสัมพันธ์ภายในทีม สหสาขามีมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บรรยากาศในองค์กรดี บุคลากรมีความพึงพอใจในงานสูง ทำให้ ประสิทธิภาพของงานเพิ่มมากขึ้น และส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วย

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

กรรณิกา เย็นสุข (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลราย กรณีต่อความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำคัญในความรับผิดชอบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาลรายกรณี ไม่แตกต่างกัน

กฤษณา นรนาพันธ์ (2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการ รายผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย โดยทำ การทดลองในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 40 คน และการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเป็น อิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติในรูปแบบการมอบหมายงาน แบบการจัดการรายผู้ป่วย และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในรูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วย

สูงกว่าแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงของการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดการแทรกซ้อนจากการนอนในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชน เคราะห์ จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ ไตรภัทร (2544) ได้ศึกษาถึงการใ้รู้แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่รักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 30 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ภายหลังได้รับการจัดการพยาบาล โดยใ้รู้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง
2. ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใ้รู้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่า ก่อนการใ้รู้รูปแบบการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ศุวัชรีย์ ฐิพมาย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มสุขภาพที่ใ้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน
2. ค่าใช้จ่ายหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่าค่าใช้จ่ายก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
3. หลังการทดลองมีจำนวนครั้งการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมลดลง
4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการใช้การจัดการผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ

Cohen (1991) ศึกษาผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 128 ราย โดยทำการทดลองทั้งหมด 4-5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test แบบ Two tailed ผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนวันโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.8 วัน กลุ่มควบคุม 6.0 วัน
2. เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงของพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 16.54 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 12.28 ชั่วโมง
3. ลดค่าใช้จ่ายได้ 930.0 \$ ต่อราย โดยกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่าย 5,626.38 \$ ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่าย 4,695.98 \$

Crawley (1995) ได้ศึกษาเป็น Pilot project ใน Medical College of Georgia ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 500 เตียง ใช้ระยะเวลาทดลอง 1 ปี โดยศึกษาในหน่วย Neuroscience nursing ขนาด 20 เตียง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Laminectomy จำนวน 40 ราย และทีมสหสาขา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของ Hinshaw & Atwood (1982) และ Risser (1975) ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการดูแล ความไว้วางใจ การสอนสุขศึกษา พบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ ด้านการสอนสุขศึกษา
2. คุณภาพการดูแล ใช้การประเมินที่ผลลัพธ์ เช่น อัตราการติดเชื้อ การทำงานของระบบ ขับถ่าย ความพิการ การจัดการความเจ็บปวด ผลกดทับ ระบบทางเดินหายใจ และอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพการดูแลในกลุ่มที่มีการใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่า โดยเฉพาะอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลเท่ากับศูนย์

3. ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสหสาขา โดยใช้แบบวัดของ Stamp and Piedmonte (1986) ซึ่งวัด 3 ด้าน คือ Professional status, Task requirements และ Autonomy พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Bryan และคณะ (1996) ได้ศึกษาการจัดการรายกรณีใน North Mississippi Medical Center โดยศึกษาในแผนกโรคปอดเป็นระยะเวลา 1 ปี (ปี ค.ศ. 1992 ถึง ค.ศ. 1993) ผลการศึกษาพบว่า

1. ร้อยละ 90 มีความแปรปรวนเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคปอดเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงในด้านการติดต่อสื่อสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและความรู้เกี่ยวกับโรค
3. จำนวนวันนอนและอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง
4. ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 261,000 \$ ต่อปี

Leininger (1996) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โรงพยาบาลในรัฐ Pennsylvania สหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า

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

Ireson (1997) ศึกษาผลการใช้ Clinical pathway ต่อประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย โดยทำการทดลองในโรงพยาบาล St. Joseph ขนาด 450 เตียง ในรัฐ Kentucky สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพก จำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 คน โดยศึกษาถึงประสิทธิผล 3 ด้าน คือ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และ คุณภาพการรักษา ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย และการผิปกติทางจิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้ Clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และกลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีจำนวนวันนอน โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ Clinical pathway

## กรอบแนวคิด



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Quasi-experiment แบบ Non-equivalent control group post-test only design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

O1	X	O2
----	---	----

O1 หมายถึง การวัดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

X หมายถึง การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O2 หมายถึง การวัดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

#### ประชากร

ประชากรมี 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วย คือ ผู้ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม
2. ทีมสหสาขา คือ กลุ่มบุคลากรในทีมสหสาขาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้น 4 จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้
  - 1.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

1.2 ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งแพทย์ระบุว่าสามารถผ่าตัดได้ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย หรือรูมาตอยด์

### 1.3 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันมากที่สุดของกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ (Matched pair) ตามเกณฑ์ดังนี้

1. อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี เนื่องจากสภาพร่างกายจะเสื่อมสภาพไปตามอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ และการหายจากโรค

2. โรคประจำตัวที่เหมือนกัน เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักจะมีโรคจากภาวะเสื่อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานร่วมด้วย ซึ่งแต่ละโรคจะมีพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3. ประเภทผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ ประเภทสามัญ พิเศษคู่ และพิเศษเดี่ยว ซึ่งเป็นลักษณะของห้องพักที่มีอัตราค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน

สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายกันมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และได้รับการดูแลแบบ  
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จับคู่ตาม อายุ โรคประจำตัว และประเภทผู้ป่วย

คู่ที่	ได้รับการดูแลแบบปกติ			ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี		
	อายุ	ประเภทเตียง	โรคประจำตัว	อายุ	ประเภทเตียง	โรคประจำตัว
1.	64	ห้องสามัญ	Hypertension	60	ห้องสามัญ	Hypertension
2.	64	ห้องสามัญ	ไม่มี	66	ห้องสามัญ	ไม่มี
3.	64	ห้องสามัญ	ไม่มี	62	ห้องสามัญ	ไม่มี
4.	66	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี	66	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี
5.	74	ห้องพิเศษเดี่ยว	ไม่มี	77	ห้องพิเศษเดี่ยว	ไม่มี
6.	53	ห้องสามัญ	ไม่มี	58	ห้องสามัญ	ไม่มี
7.	70	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension	69	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension
8.	64	ห้องสามัญ	Hypertension	67	ห้องสามัญ	Hypertension
9.	71	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension	72	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension
10.	70	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี	70	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี
11.	74	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension	80	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension
12.	51	ห้องสามัญ	Hypertension	59	ห้องสามัญ	Hypertension
13.	71	ห้องสามัญ	Hypertension	70	ห้องสามัญ	Hypertension
14.	72	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี	74	ห้องพิเศษคู่	ไม่มี
15.	57	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension	65	ห้องพิเศษเดี่ยว	Hypertension

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทุกคู่เป็นไปตามลักษณะการจับคู่ (Matched pair) คือ มีอายุใกล้เคียงกัน  
ประเภทผู้ป่วย คือ สามัญ พิเศษคู่ และพิเศษเหมือนกัน และมีโรคประจำตัวเหมือนกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



2. ทีมสหสาขา มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 เป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

2.2 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเป็นตัวแทนจากวิชาชีพต่าง ๆ ดังนี้

แพทย์	เป็นแพทย์เจ้าของไข้ที่ให้การรักษาคู่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 คน เป็นตัวแทนจากแพทย์ทั้ง 4 สาย (สาย A-D)
วิสัญญีแพทย์	เป็นวิสัญญีแพทย์ที่ประจำอยู่ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ รับผิดชอบควบคุม และดูแลการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัด จำนวน 1 คน
วิสัญญีพยาบาล	เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน
นักกายภาพบำบัด	เป็นแพทย์กายภาพบำบัด ที่เป็นตัวแทนจากกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เข้าร่วมทีมสหสาขา รับผิดชอบในการวางแผนฝึก สอน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1 คน
พยาบาลห้องผ่าตัด	เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ จำนวน 4 คน
พยาบาลในหอผู้ป่วย	เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณชั้น 4 จำนวน 7 คน
ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	เป็นพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งรองหัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณชั้น 4 จำนวน 1 คน
พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน
เภสัชกร	เป็นเภสัชกรจากแผนกเภสัชกรรม จำนวน 1 คน
นักสังคมสงเคราะห์	เป็นนายทหารสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในแผนกสังคมสงเคราะห์ กองออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน
	รวมจำนวนสมาชิกทีมสหสาขาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้
  - 1.1 แผนการอบรมทีมสหสาขา ประกอบด้วย
    - 1.1.1 โครงการอบรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    - 1.1.2 แผนการสอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    - 1.1.3 ตัวอย่าง Clinical pathway
  - 1.2 Check list ในการกำกับติดตามการดำเนินงานการวิจัย
  - 1.3 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลองมี 4 ชุดคือ
  - ชุดที่ 1 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนของผู้ป่วย
  - ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย
  - ชุดที่ 3 แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

## ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
  - มีขั้นตอนการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้
    - 1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
    - 1.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
    - 1.3 เขียนรายละเอียดของคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (รายละเอียดดังในภาคผนวก)
    - 1.4 นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอน และการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษาเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงมาปรับปรุงแก้ไข โดยยึดหลักความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ขึ้นไป แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้
2. แผนการอบรมทีมสหสาขา มีขั้นตอนการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอน และการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษาเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงมาปรับปรุงแก้ไข โดยยึดหลักความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ขึ้นไป แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำแผนการอบรมไปใช้

### 3. Clinical pathway for total knee replacement มีขั้นตอนการสร้าง Clinical pathway ดังนี้

3.1 ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความที่เกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยส่วนหน้า (Clinical pathway) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ใช้ในต่างประเทศ มาเป็นแนวทาง

3.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2544 (รายละเอียดโครงการในภาคผนวก ค) โดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้เรื่อง Clinical pathway มาบรรยายภาคทฤษฎี เพื่อให้ทีมมีความรู้ ความเข้าใจ และจัดประชุมกลุ่มสร้าง Clinical pathway ร่วมกัน โดยให้กลุ่มระดมสมองค้นหา ปัญหาหรือแนวทางปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลร่วมกัน สรุปสาระได้ดังนี้

#### วันก่อนผ่าตัด

- 1) ต้องการผล Lab อะไรเป็นพิเศษ
- 2) จะใช้อุปกรณ์ผ่าตัดอะไร บริษัทไหน ราคาเท่าไร
- 3) แพทย์จะให้ข้อมูลอะไรกับผู้ป่วยบ้าง
- 4) ในผู้ป่วยกลุ่ม High risk ได้ส่งปรึกษาหรือไม่
- 5) ต้องเตรียมเลือดหรือไม่ จำนวนเท่าไร
- 6) ต้องจองห้อง ICU หรือไม่ และจะจองในรายใดบ้าง
- 7) ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน
- 8) ก่อนผ่าตัดพยาบาลวิสัญญีให้ข้อมูลอะไรผู้ป่วยบ้าง
- 9) ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือต้องส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์หรือไม่

#### วันผ่าตัด

- 1) ผ่าตัดรายที่เท่าไร
- 2) เริ่มให้น้ำเกลือผู้ป่วยเมื่อใด ที่ ward หรือในห้องผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะหรือไม่
- 4) จะส่ง X-ray หลังผ่าตัดเมื่อใด

#### หลังผ่าตัด

- 1) จะถอดสายสวนปัสสาวะ และสาย Drain ออกเมื่อใด
- 2) จะให้ยาปฏิชีวนะกี่วัน
- 3) จะเปิดแผลครั้งแรกเมื่อใด

4) จะตัดไหมเมื่อใด

5) แนวทางการสอนสุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติตน และคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน

3.3 นำสาระดังกล่าวมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยกลุ่มสรุปหัวข้อในภาพรวมได้ 12 ข้อดังนี้ (ตัวอย่างดังภาคผนวก ค)

3.3.1 แสดงชื่อโรคหรือหัตถการ คือ Clinical pathway for total knee replacement with cemented ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน : DRG 209

3.3.2 Expected outcome

3.3.3 Assessment and investigation

3.3.4 Psychosocial care

3.3.5 Instrument and prosthesis

3.3.6 Medical intervention

3.3.7 Nutrition

3.3.8 Wound care

3.3.9 Drain care

3.3.10 Activity and rehabilitation

3.3.11 Education

3.3.12 Discharge planning

3.4 ผู้วิจัยส่ง Clinical pathway ฉบับร่าง ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย พิจารณา ตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Working group) ซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัย อาจารย์แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 3 ท่าน (รายนามในภาคผนวก) หลังจากแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำ Clinical pathway ที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าแผนกพยาบาลออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอความร่วมมือทดลองใช้ในการทดลอง

3.5 นำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 3 ราย ผลที่ได้จากการทดลองใช้พบว่า

1. ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจถึงวิธีใช้แผนการดูแล รวมถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ตามกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ประจำบ้านที่มีจำนวนมากและไม่ได้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการครบทุกคน ผู้วิจัยแก้ไขโดยไปชี้แจงทำความเข้าใจ และแจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอีกครั้ง

2. ปรับกิจกรรมในหัวข้อ Instrument and prosthesis ซึ่งเดิมแพทย์จะต้องจองอุปกรณ์ผ่าตัดก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 3 วัน พบว่าทางปฏิบัติไม่สามารถทำได้ จึงปรับเป็นให้แพทย์จองอุปกรณ์ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำหน้าที่ติดต่อประสานกับบริษัท

## เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่ระบุไว้ในขอบเขตของการศึกษา คือ เฉพาะค่าใช้จ่ายโดยตรง และบันทึกลงในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ดังแสดงในภาคผนวก) โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.2 ค่าใช้จ่าย แบ่งออกเป็น 8 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ค่าห้อง

หมวดที่ 2 ค่าอาหาร

หมวดที่ 3 ค่ายาและเวชภัณฑ์

หมวดที่ 4 ค่าผ่าตัด และดมยา

หมวดที่ 5 ค่าเอกซเรย์

หมวดที่ 6 ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

หมวดที่ 7 ค่าตรวจรักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์

หมวดที่ 8 ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดโรค

ตลอดระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีรูปแบบการเก็บข้อมูล และการรายงานคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ

ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. กำหนดโครงสร้างของแบบวัดความพึงพอใจตามแนวคิดของ Aday and Anderson (1975) ที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ด้านการประสานงานของการบริการ ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

3. นำมาสร้างข้อคำถาม โดยดูตัวอย่างการสร้างข้อคำถามจากแบบวัดความพึงพอใจของกรรณิกา เย็นสุข (2544) ซึ่งวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แนวคิดของ Aday and Anderson (1975) เช่นเดียวกัน ได้แบบวัดความพึงพอใจทั้งหมด 6 ด้าน 28 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 5 ข้อ
- 2) ด้านการประสานงานของการบริการ จำนวน 4 ข้อ
- 3) ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ จำนวน 3 ข้อ
- 4) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 7 ข้อ
- 5) ด้านคุณภาพบริการ จำนวน 5 ข้อ

## 6) ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ จำนวน 4 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงทั้งหมด
คะแนน 4 เห็นด้วย	หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนใหญ่
คะแนน 3 ไม่แน่ใจ	หมายถึง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริง
คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย	หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนน้อย
คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลย

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ให้ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	4.50–5.00	หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50–4.49	หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.50–3.49	หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50–2.49	หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	0.00–1.49	หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยมาก

4. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องความความพึงพอใจ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 9 ท่าน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมองค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้ป่วย เกณฑ์การตอบและแปลผลคะแนน โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือจาก 9 ใน 10 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลการตรวจสอบพบว่า แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งหมด 6 ด้าน ให้ปรับด้านภาษาทุกข้อให้มีความเฉพาะเจาะจง และให้เกียรติแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการเพิ่มเติมคำขึ้นต้นทุกข้อเป็น “ท่านเห็นว่า” ผลการปรับปรุงดังนี้

- 1) ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ยังคง 4 ข้อ
- 2) ด้านการประสานงานของการบริการ จาก 5 ข้อ ปรับเหลือ 4 ข้อ
- 3) ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ จาก 4 ข้อ ปรับเหลือ 3 ข้อ
- 4) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ จาก 5 ข้อ ปรับเพิ่มเป็น 7 ข้อ
- 5) ด้านคุณภาพบริการ จาก 4 ข้อ ปรับเพิ่มเป็น 5 ข้อ
- 6) ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ จาก 3 ข้อ ปรับเพิ่มเป็น 4 ข้อ

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้วไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ใช้บริการด้านออร์โธปิดิกส์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย 0.88

ชุดที่ 3 แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา  
2. สร้างแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา จากแนวคิดสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันของ Langford (1981) เป็นข้อคำถามจำนวน 18 ข้อซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้าน คือ

- 1) การรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จำนวน 6 ข้อ
- 2) การรับรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม จำนวน 4 ข้อ
- 3) การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม จำนวน 4 ข้อ
- 4) บรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม จำนวน 4 ข้อ

คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- คะแนน 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดมากที่สุด  
 คะแนน 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดมาก  
 คะแนน 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคิดปานกลาง  
 คะแนน 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคติน้อย  
 คะแนน 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติและ/หรือตรงกับความนึกคติน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการวัด ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ให้ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

- คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา อยู่ในระดับสูงมาก  
 คะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา อยู่ในระดับสูง  
 คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา อยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา อยู่ในระดับต่ำ  
 คะแนนเฉลี่ย 0.00–1.49 หมายถึง ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา อยู่ในระดับต่ำมาก

3. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เรื่องความความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 9 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมองค์ประกอบของความสัมพันธ์ในทีม เกณฑ์การตอบและแปลผลคะแนน โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ้อยละ 80 หรือจาก 9 ใน 10 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะ ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลการตรวจสอบพบว่า แบบวัดความสัมพันธ์ในทีม ทั้งหมด 4 ด้าน ให้ปรับด้านภาษาทุกข้อให้มีความเฉพาะเจาะจง และให้เกียรติแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการเพิ่มเติมคำขึ้นต้นทุกข้อเป็น “ท่านเห็นว่า” ส่วนด้านเนื้อหาปรับปรุงดังนี้

- 3.1 ด้านการรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จาก 7 ข้อ ปรับเหลือ 6 ข้อ
- 3.2 ด้านการยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม ยังคง 4 ข้อ
- 3.3 ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีมจาก 5 ข้อ ปรับเหลือ 4 ข้อ
- 3.4 ด้านบรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมจาก 5 ข้อ ปรับเหลือ 4 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้วไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาได้ 0.93

#### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง
- ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง
- ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

#### ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. เตรียมตัวผู้วิจัย โดยการ
  - 1.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 1.2 ศึกษา คู่มือหน่วยงานที่มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ คือ
    - 1.2.1 แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
    - 1.2.2 แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์
    - 1.2.3 แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์
2. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยเตรียมสร้างและปรับปรุงเครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง
3. เตรียมสถานที่ โดยผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจง และขออนุมัติจากผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์ เพื่อทำการทดลองในหอผู้ป่วย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช ชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. เตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ทีมสหสาขา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ดังนี้



4.1 เขียนโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เสนอผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์ เพื่ออนุมัติการจัดอบรมดังกล่าวในภาคผนวก

4.2 เตรียมดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสหสาขา เรื่องรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และ Clinical pathway มาอบรมให้ทีมสหสาขา

5. เตรียมทีมสหสาขาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยทำการชี้แจง อธิบายถึงขั้นตอน และวิธีการทดลอง และบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

6. เตรียมพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดังนี้

6.1 คัดเลือกพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จากพยาบาลในหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณชั้น 4 โดยมีตำแหน่งเป็นผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 1 คน

6.2 ให้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับทีมสหสาขา

6.3 ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้จัดการรายกรณีเข้าใจถึงการใช้คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาท และหน้าที่ รวมถึงทักษะต่างๆ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (รายละเอียดดังภาคผนวก)

6.4 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอพาผู้จัดการรายกรณี ศึกษางานที่โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์ได้มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปทดลองใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 254 และยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งให้มีโอกาสพูดคุยซักถามปัญหา และประสบการณ์จากพยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณี

## ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง และ ระยะทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ระยะก่อนการทดลอง

1. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจที่สร้างขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อน เก็บในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนกลับบ้านจนครบ 15 ราย โดยเริ่มตั้งแต่ 16 พฤศจิกายน 2544 ถึง 5 มกราคม 2545

2. เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายและจำนวนนอนของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียน ในกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย โดยเริ่มตั้งแต่ 16 พฤศจิกายน 2544 ถึง 5 มกราคม 2545

3. เก็บข้อมูลความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกทีมสหสาขา โดยใช้แบบวัดความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 3 วัน

4. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้เวลา 2 วันคือวันที่ 6 - 7 พฤศจิกายน 2544 ณ ห้องประชุมประจวบฯ ชั้น 3 ตึกมหาวชิราลงกรณ โดยใช้เวลาเฉพาะช่วงบ่าย คือ 13.00-16.00 น. มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 80 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารกองออร์โธปิดิกส์ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในกองออร์โธปิดิกส์ บุคลากรในโรงพยาบาลที่สนใจ และเชิญสมาชิกทีมสหสาขาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Clinical pathway) ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้วิจัยนำตัวอย่างแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ใช้ในต่างประเทศมาให้ศึกษาเป็นแนวทาง

สิ่งที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ ทีมสหสาขามีความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมฉบับร่าง ได้สำเร็จ การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากผู้บริหารในกองออร์โธปิดิกส์เห็นความสำคัญให้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้วิจัยอย่างดียิ่งทั้งยังสนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุมครั้งนี้ทั้งหมด บรรยากาศในการประชุมพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจ อภิปรายซักถามปัญหาเป็นจำนวนมาก ทีมสหสาขาได้เสียสละเวลามาร่วมประชุมเพื่อทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน พบว่าทีมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน บรรยากาศการประชุมดีมาก เป็นกันเอง ทุกคนมุ่งที่เป้าหมายเดียวกันคือต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพมากที่สุด การอภิปรายต่าง ๆ จึงไม่ได้ยึดที่ตัวบุคคลเป็นหลัก ทำให้ไม่เห็นข้อขัดแย้งเกิดขึ้นในการประชุม แผนการดูแลได้จากข้อสรุปที่ร่วมกันสร้างขึ้น และเป็นที่ยอมรับของทุกคน

5. ผู้วิจัยประชุมทีมสหสาขาอีกครั้ง เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในกลุ่มมือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น ขั้นตอน กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วย และการใช้แบบฟอร์มต่างๆ ให้เข้าใจตรงกัน พบว่า ทุกคนให้ความสนใจเห็นพ้องต้องกันและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

#### ระยะทดลอง

1. ทีมสหสาขานำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตามกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังนี้

1.1 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD สมาชิกทีมสหสาขาแจ้งให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยการพิจารณาจับคู่ (Matching) กับ ผู้ป่วยก่อนการทดลองที่มีลักษณะคล้ายกัน คือ อายุ โรคประจำตัว และประเภทผู้ป่วย พร้อมกับประเมินสภาพผู้ป่วยทันที โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกประวัติ และประเมินสภาพผู้ป่วย

1.2 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานกับทีมสหสาขา และผู้ป่วยหรือญาติเพื่อวางแผนให้การดูแลร่วมกัน

1.3 ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ในแต่ละวัน (Clinical pathway) โดยมีผู้จัดการ

ผู้ป่วยรายกรณีคอยกำกับ ติดตาม

1.4 เมื่อพบว่ามีความแปรปรวนเกิดขึ้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้สมาชิกทีมสหสาขาทราบ เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข และดำเนินการตามแนวทางนั้น พร้อมกับคอยกำกับ ติดตามและประเมินซ้ำ

1.5 เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและสมาชิกทีมสหสาขาร่วมกันประเมิน และสรุปผลการดูแลรักษา

### ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบระหว่างการทดลอง

1. ขณะทดลองทีมสหสาขาทุกคนปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันอย่างเต็มใจ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน ให้ความสนใจและร้องขอเอกสารเรื่องการจัดการรายกรณี Clinical pathway จากผู้วิจัยไปศึกษาเพิ่มเติม และปฏิบัติตาม Clinical pathway อย่างเคร่งครัด ความแปรปรวนที่พบไม่รุนแรง และสามารถแก้ไขได้ เช่น ความแปรปรวนที่เกิดจากบุคลากรลืมสั่งให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ลืมเปิดแผลผ่าตัดตามวันที่กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลมาถึง แพทย์ก็รีบมาทันที ถึงแม้จะเป็นนอกเวลาราชการ และเมื่อทีมเริ่มคุ้นเคยและมีประสบการณ์มากขึ้น แพทย์ พยาบาล จะช่วยเหลือกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ต้องมีการถามถึง หากทุกอย่างเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาลก็ปฏิบัติได้ทันที เช่นการเอาสายสวนปัสสาวะออก เอาสายน้ำเกลือออก ส่วนแพทย์ประจำบ้านซึ่งปกติจะอยู่ภายใต้กำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ ก็ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) มากขึ้น สามารถให้การดูแลรักษาตาม Clinical pathway ที่วางไว้ได้ทันที โดยไม่ต้องรอความเห็นชอบจากอาจารย์แพทย์

2. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการทดลองครั้งนี้ ถึงแม้จะไม่มีประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก่อน แต่ก็ได้พยายามศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเพิ่มเติมจากเอกสารตำราที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้ และปรึกษาผู้วิจัยเป็นระยะ ๆ ส่วนด้านทักษะการบริหารจัดการ การติดต่อประสานงานนั้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถทำได้ดีมาก เนื่องจากมีตำแหน่งเป็นพยาบาลรองหัวหน้าหอผู้ป่วย และเป็น Incharge nurse ซึ่งได้ใช้ทักษะบริหารจัดการเป็นประจำ และมีตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานของทีมนำทางคลินิก กองออร์โธปิดิกส์ ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบกับการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นในการทดลองครั้งนี้ จึงได้รับการยอมรับจากทีมสูง

และพบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ถึงแม้ว่าทีมจะมีแผนการดูแลร่วมกันที่ดีแล้วก็ตาม ถ้าผู้ป่วยรายใดไม่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาทำหน้าที่กำกับติดตาม ประสานงานให้ ผลลัพธ์ที่ได้จะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และทักษะที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้มากคือ ด้านมนุษย์สัมพันธ์ และการติดต่อประสานงาน

3. ทีมสหสาขามีการทำงานเป็นทีมกันมากขึ้น สัมพันธภาพภายในทีมดีขึ้น คือ นอกจากจะมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลทุกวันแล้ว ยังมีการทำ Quality round ร่วมกันทุกสัปดาห์ โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานและกำหนดประเด็นปัญหาของผู้ป่วยให้อภิปรายร่วมกัน

4. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจที่มีบุคลากรทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่างละเอียด พอใจที่พยาบาลเข้าไปเยี่ยมบ่อย ๆ ให้โอกาสซักถามปัญหาต่าง ๆ และถึงแม้ทีมสหสาขาจะให้ข้อมูลตามแผนที่วางไว้ทุกวัน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจำได้หมด จึงร้องขอแผนการดูแลที่เป็นเอกสารจากผู้วิจัยเพื่อเอาไว้เป็นแนวทางปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผ่นพับเกี่ยวกับปฏิบัติตนในแต่ละวัน ให้สอดคล้องกับ Clinical pathway ที่กำหนดไว้ แจกให้ผู้ป่วยทุกคนตั้งแต่วันแรกที่เข้านอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจและมั่นใจมากขึ้นว่าตนจะปฏิบัติได้ถูกต้องและได้รับบริการที่มีคุณภาพจากทีม

5. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้สรุปผลการทดลองรายงานต่อทีมสหสาขา พบว่าทุกคนเห็นประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ว่าเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยผู้ให้บริการ และโรงพยาบาล และเห็นพ้องกันว่าจะนำไปขยายผลในกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก ผ่าตัดหลัง เป็นต้น และเล็งเห็นโอกาสพัฒนาว่าสามารถปรับปรุง Clinical pathway ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจะมุ่งเน้นที่การลดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์หรือค่าข้อเข้าเทียม

#### บทบาทและหน้าที่ของผู้วิจัยในระหว่างการทดลอง

1. เป็นผู้อำนวยการควบคุมในเรื่องการเตรียมเอกสาร แบบฟอร์มต่าง ๆ เช่น Clinical pathway ที่สร้างขึ้น แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แบบฟอร์มการประเมินความแปรปรวน แบบฟอร์มการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น
2. เป็นที่ปรึกษาให้ทีมสหสาขา ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่มีปัญหาด้านกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. เป็นพี่เลี้ยงให้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่หรือการใช้ทักษะของผู้จัดการรายกรณี
4. ตรวจสอบ ติดตาม กำกับ ให้ทีมสหสาขาดำเนินงานตามกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้วิธีสังเกต สอบถาม ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และมีใบ Check list เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาได้ดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สิ่งที่ไม่สามารถทำได้อย่างเต็มรูปแบบคือ การประชุมทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น สาเหตุเนื่องจากบุคลากรในทีมมีภารกิจมาก

ไม่สามารถมาร่วมประชุมได้ แต่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้มีติดตาม ประเมิน ประสานและมีการประชุมกลุ่มย่อย เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับแบบไม่เป็นทางการมากกว่า

### ขั้นตอน ที่ 3 ประเมินผลระยะสิ้นสุดการทดลอง

1. เมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยแต่ละราย คือ เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1.1 ค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอน โดยรวบรวมข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 15 ราย ตั้งแต่ 7 มกราคม 2545 ถึง 12 กุมภาพันธ์ 2545 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

1.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจชุดเดียวกัน และวิธีเดียวกันกับก่อนระยะทดลองจนครบจำนวน 15 ราย ตั้งแต่ 7 มกราคม 2545 ถึง 12 กุมภาพันธ์ 2545 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

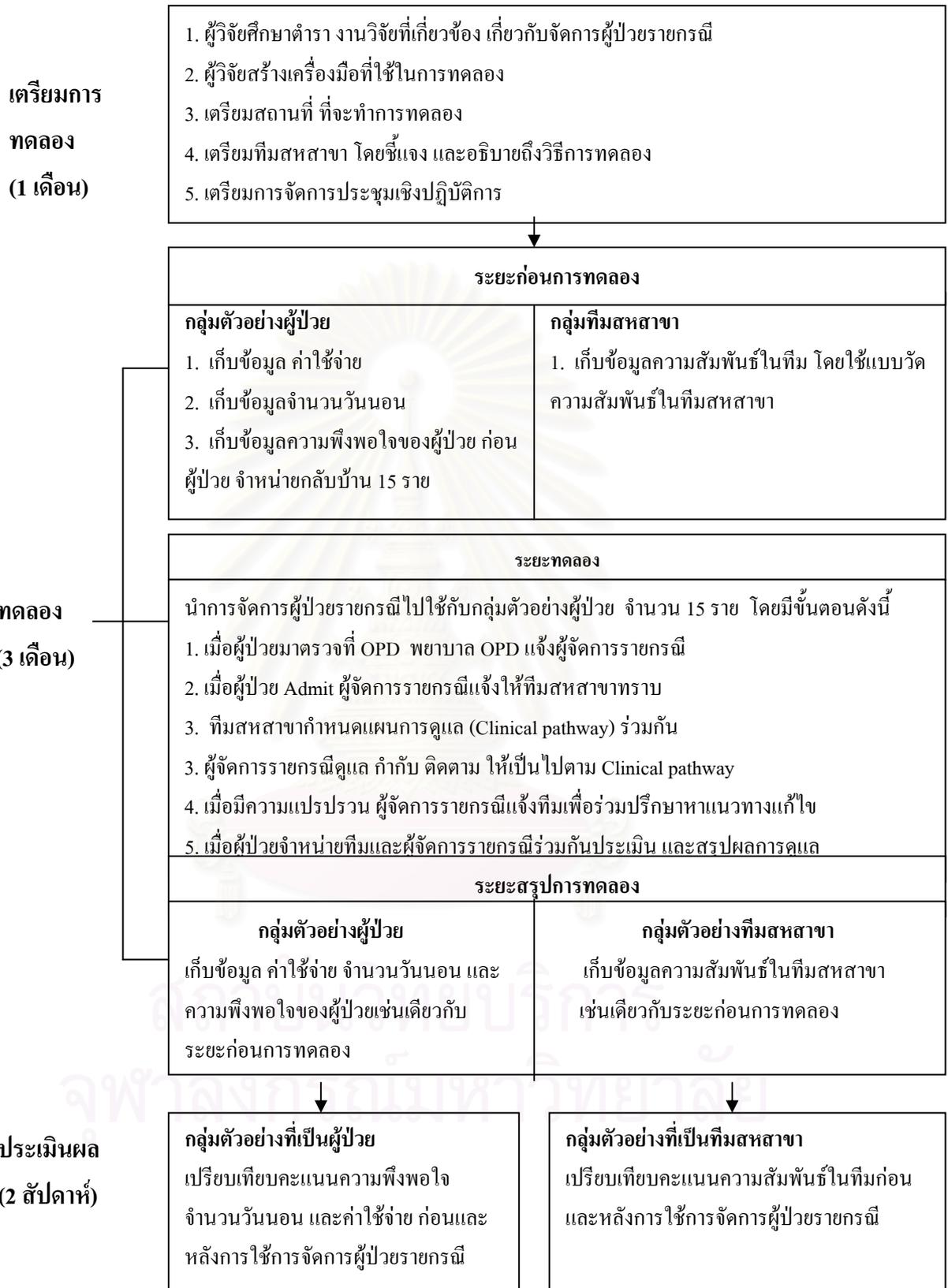
2. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยใช้แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาชุดเดิมกับกลุ่มตัวอย่างเดิม ใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน คือ 13 – 15 กุมภาพันธ์ 2545

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาสถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

## สรุปการดำเนินการ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของทีมสหสาขา ก่อนและหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผลการวิจัยรายงานได้เป็น 5 ส่วนคือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2-3)

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 4)

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบจำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 5)

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 6-7)

**ส่วนที่ 5** เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของทีมสหสาขา ก่อนและหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 8-9)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขา จำแนกตามวิชาชีพ และประสบการณ์การทำงาน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=22)	ร้อยละ
วิชาชีพ	ศัลยแพทย์	4	18.18
	วิสัญญีแพทย์	1	4.55
	แพทย์สาขากายภาพบำบัด	1	4.55
	เภสัชกร	1	4.55
	พยาบาลวิชาชีพ	14	63.64
	นักสังคมสงเคราะห์	1	4.55
ประสบการณ์ทำงาน	1-5 ปี	8	36.36
	6-10 ปี	3	13.64
	11-15 ปี	2	9.09
	16 ปีขึ้นไป	9	40.91

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหสาขา ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 63.64 รองลงมาเป็นศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ แพทย์กายภาพบำบัด เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 18.18 4.55 4.55 4.55 และ 4.55 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์ทำงานส่วนมากมีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.91 รองลงมา คือ 1-5 ปี 6-10 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 13.64 และ 9.09 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตาม อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี	
	(N=15)		(N=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>				
50 – 60 ปี	3	20.00	3	20.00
61 – 70 ปี	7	46.67	8	53.33
71 – 80 ปี	5	33.33	4	26.67
<b>อาชีพ</b>				
รับราชการ	1	6.67	1	6.67
ค้าขาย	5	33.33	3	20.00
แม่บ้าน	7	46.67	9	60.00
เกษตรกรกรรม	-	0.00	2	13.33
รับจ้าง	2	13.33	-	0.00
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	1	6.67	1	6.67
คู่	8	53.33	8	53.33
หม้าย/หย่า	6	40.00	6	40.00
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้ศึกษา	1	6.67	3	20.00
ประถมศึกษา	11	73.33	8	53.33
มัธยมศึกษา	3	20.00	3	20.00
อุดมศึกษา หรือสูงกว่า	-	0.00	1	6.67
<b>จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล</b>				
ครั้งแรก	8	53.33	11	73.33
ครั้งที่ 2	5	33.33	4	26.67
มากกว่า 2 ครั้ง	2	13.33	-	0.00

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยกลุ่มก่อนการทดลองที่ได้รับการดูแลแบบปกติส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี และ รองลงมา 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 33.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมา 71-80 ปี และ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.66 และ 20.00 ตามลำดับ

อาชีพ ส่วนมากทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 60.00 อาชีพที่รองลงมาคือ ค้าขาย คิดเป็น ร้อยละ 33.33 และ 20.00 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการ จัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนมากสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 53.33 เท่ากัน

ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 53.33 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลและแบบปกติและกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็น ร้อยละ 53.33 และ 73.33 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำแนกโดยรวมและรายหมวด

หมวดค่าใช้จ่าย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี		df	t
	(N=15)		N=15			
	X	S.D.	X	S.D.		
1. ค่าห้อง	3,356.66	2,257.49	2,840.66	1,887.44	14	2.44*
2. ค่าอาหาร	1,392.00	426.87	1,116.00	384.05	14	3.37*
3. ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์	6,392.25	2,068.10	6,477.98	2,112.45	14	-1.23
4. ค่าผ่าตัด และดมยา	8,806.66	449.50	8,286.66	1,140.72	14	1.79
5. ค่าเอกซเรย์	210.66	152.85	176.00	115.19	14	0.75
6. ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	1,436.66	733.33	1,175.33	690.01	14	1.04
7. ค่าตรวจรักษาพยาบาล	1,716.00	1,053.73	1,424.00	323.26	14	0.99
8. ค่าอุปกรณ์บำบัดโรค/อวัยวะเทียม	63,838.47	7,140.82	69,898.93	8,472.18	14	-2.03
รวม	87,175.38	7,330.59	91,160.92	7,785.35	14	-1.46

\*p <.05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่มีความแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 87,175.38 บาท และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 91,660.92 บาท และเมื่อจำแนกเป็นรายหมวด พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าใช้จ่ายลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในหมวดที่ 1 ค่าห้อง และหมวดที่ 2 ค่าอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในหมวดที่ 3 ค่ายาและเวชภัณฑ์ หมวดที่ 4 ค่าผ่าตัดและดมยา หมวดที่ 5 ค่าเอกซเรย์ หมวดที่ 6 ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ หมวดที่ 7 ค่าตรวจรักษาพยาบาล และหมวดที่ 8 อุปกรณ์บำบัดโรคนั้น ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 จำนวนวันนอนมากที่สุด จำนวนวันนอนน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี

	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ				กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี				df	t
	(N=15)				(N=15)					
	MAX	MIN	X	S.D.	MAX	MIN	X	S.D.		
จำนวนวันนอน	13	6	8.40	1.76	8	6	6.93	0.29	14	3.29*

p\* <.05

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.93 วัน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 8.40 วัน

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน ของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจัดการรายกรณี		df	t
	(N=15)		(N=15)			
	X	S.D.	X	S.D.		
1. ด้านอรรถาธิบาย ความสนใจของผู้ให้บริการ	3.60	0.64	4.82	0.28	14	-6.29*
2. ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	3.37	0.73	4.47	0.38	14	-5.48*
3. ด้านการประสานงานของบริการ	3.27	0.48	4.50	0.52	14	-6.29*
4. ด้านคุณภาพบริการ	3.25	0.69	4.70	0.30	14	-7.92*
5. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ	3.17	0.59	4.59	0.35	14	-9.56*
6. ด้านความสะดวกที่ได้จากการบริการ	3.07	0.55	4.30	0.59	14	-5.02*
รวม	3.26	0.51	4.56	0.31	14	-8.94*

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมาเปรียบเทียบกันด้วย Paired t-test พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยรายชื่อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (N=15)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (N=15)		t
	X	S.D.	X	S.D.	
	<b>ด้านความสะดวก</b>				
1. การเอาใจใส่ดูแลทันทีเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย	3.40	0.83	4.73	0.46	-5.29*
2. ขั้นตอนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3.27	0.70	4.47	0.64	-4.05*
3. เมื่อต้องการความช่วยเหลือจะได้รับบริการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องคอยนาน	3.00	0.76	4.33	0.72	-4.64*
4. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2.60	0.73	3.67	1.11	-2.54*
<b>ด้านการประสานบริการ</b>					
1. พยาบาลติดตามผลการรักษาพยาบาลหรือปัญหาของผู้ป่วยเป็นประจำ	3.40	0.74	4.60	0.63	-4.29*
2. พยาบาลตรวจเยี่ยม และพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อทราบปัญหาและความต้องการ	3.33	0.62	4.73	0.46	-5.96*
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนการรักษาพยาบาล	3.33	0.72	4.40	0.63	-4.30*
4. พยาบาลสามารถติดต่อกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการพบได้อย่างรวดเร็ว	3.00	0.65	4.27	0.80	-5.55*
<b>ด้านอรรถยาของผู้ให้บริการ</b>					
1. พยาบาลแสดงความเป็นมิตร ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส และทักทายทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	3.73	0.80	4.93	0.26	-5.39*
2. พยาบาลให้ความเป็นกันเองขณะให้การดูแลผู้ป่วย	3.60	0.63	4.81	0.35	-6.97*

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี		t
	(N=15)		(N=15)		
	X	S.D.	X	S.D.	
3. พยาบาล ได้แสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเอื้ออาทรผู้ป่วย	3.47	0.74	4.67	0.49	- 4.94*
<b>ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ</b>					
1. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ และพยาบาล	3.33	0.62	4.47	0.64	- 5.26*
2. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย	3.27	0.88	4.53	0.52	- 5.10*
3. พยาบาลให้เวลากับผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามปัญหาและเสนอความต้องการ	3.20	0.86	4.60	0.51	-6.55*
4. พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผน และ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง	3.13	0.52	4.60	0.51	-11.00*
5. การได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งต่อเนื่องที่บ้าน	3.13	0.64	4.73	0.46	- 8.41*
6. การได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั้งก่อน และหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	3.13	0.74	4.73	0.59	-7.48*
7. การได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา	3.00	0.85	4.47	0.52	-5.36*
<b>ด้านคุณภาพบริการ</b>					
1. การได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดจากแพทย์ และพยาบาล	3.40	0.83	4.60	0.51	-5.39*
2. ถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพอีก จะมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้แน่นอน	3.33	0.90	4.87	0.35	-5.60*
3. การได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มความสามารถจากทีมสุขภาพ	3.27	0.80	4.87	0.35	-6.81*

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ		กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี		t
	(N=15)		(N=15)		
	X	S.D.	X	S.D.	
4. การดูแลรักษาของแพทย์ และพยาบาลช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้	3.20	0.77	4.67	0.49	-8.88*
5. พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวัง	3.07	0.70	4.53	0.52	-8.88*
<b>ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ</b>					
1. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และวิธีการชำระเงินค่ารักษาจากพยาบาล	3.47	0.74	4.53	0.74	-4.66*
2. พยาบาลได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ และรายละเอียดเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล	3.40	0.74	4.40	0.63	-4.58*
3. ค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยมีความเป็นธรรม	3.40	0.61	4.33	0.49	-3.76*
4. ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายไปมีความเหมาะสมคุ้มค่า	3.20	0.77	4.60	0.51	-5.50*

\* p &lt; .05

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นรายข้อทุกข้อ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทุกข้อ

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ใน ทีมสหสาขาโดยรวม และรายด้าน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา	ก่อนการใช้การจัดการ		หลังการใช้การจัดการ		df	t
	ผู้ป่วยรายกรณี		ผู้ป่วยรายกรณี			
	X	S.D.	X	S.D.		
1. ด้านการรับรู้ ความเชี่ยวชาญของสมาชิก ในทีม	3.68	0.69	4.42	0.38	21	-4.70*
2. ด้านการรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	3.48	0.76	4.26	0.66	21	-4.88*
3. ด้านบรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิก ในทีม	3.29	0.94	4.16	0.60	21	-4.19*
4. ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูล ระหว่างสมาชิกในทีม	2.82	0.84	3.94	0.69	21	-5.79*
รวม	3.34	0.71	4.20	0.54	21	-5.60*

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 8 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาทั้งโดยรวม และรายด้าน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาเปรียบเทียบกันด้วย Paired t-test พบว่าหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสัมพันธ์ใน  
ทีมสหสาขารายชื่อ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา	ก่อนการใช้การจัด การผู้ป่วยรายกรณี		หลังการใช้การจัด การผู้ป่วยรายกรณี		t
	X	S.D.	X	S.D.	
<b>ด้านการรับรู้และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน</b>					
1. การเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการ ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย	3.91	0.68	4.5	0.51	-3.48*
2. การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมสหสาขา ในการร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย	3.68	0.89	4.36	0.85	-3.58*
3. การทราบจุดหมาย หรือเหตุผลของการรักษา ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ	3.55	0.86	4.50	0.86	-4.71*
4. การมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วย	3.27	1.03	4.14	0.77	-4.09*
5. มีการร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะราย	3.27	1.03	3.86	0.94	-2.75*
6. การได้รับคำชี้แจงเหตุผลในการทำกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	3.23	0.97	4.18	0.80	-5.31*
<b>ด้านการรับรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม</b>					
1. สมาชิกในทีมมีความสำคัญในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยเท่าเทียมกัน	4.09	0.87	4.68	0.48	-3.05*
2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างอิสระ ภายในขอบเขตวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.68	0.72	4.41	0.59	-3.65*
3. การแสดงความรู้ และความสามารถ ในการดูแล รักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่	3.50	0.80	4.41	0.67	-4.63*
4. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และยอมรับแผน การรักษาร่วมกัน	3.45	0.80	4.18	0.59	-3.86*
<b>ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิก ในทีม</b>					
1. การมีโอกาสสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย	3.14	0.77	4.05	0.72	-4.91*

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา	ก่อนการใช้การจัดการ		หลังการใช้การจัดการ		t
	การผู้ป่วยรายกรณี		ผู้ป่วยรายกรณี		
	X	S.D.	X	S.D.	
2. การมีโอกาสสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกับทีมสหสาขาในประเด็นที่ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.09	1.06	4.09	0.75	-4.22*
3. สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในการประชุมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	2.91	1.02	3.95	0.72	-4.69*
4. มีการ Grand round หรือ Peer review ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ	2.14	1.08	3.68	0.95	-5.43*
ด้านบรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิก ในทีม					
1. การสนทนาในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้ป่วย มักได้ข้อสรุปที่ทุกคนยอมรับ	3.41	1.01	4.18	0.73	-3.40*
2. เมื่อมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว สมาชิกใน ทีมร่วมแสดงความคิดเห็น	3.36	0.95	4.09	0.61	-3.17*
3. การสนทนาโต้ตอบ เกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยเป็นไปอย่างธรรมชาติ เปิดเผย และ มีความจริงใจ	3.32	1.09	4.23	0.81	-4.00*
4. ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง สมาชิกทีมสหสาขามีการโต้แย้งกันอย่าง มีเหตุผล เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย	3.09	1.02	4.41	0.64	-4.91*

\*  $p < .05$ 

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา เป็นรายชื่อ ทุกข้อของทุกด้าน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกข้อ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ Non-equivalent control group post-test only design โดยมีวัตถุประสงค์ สมมุติฐาน และการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดลงหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วย ลดลงหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ ชั้น 4 กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน ใช้เกณฑ์การจับคู่กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลอง คือ อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี มีโรคประจำตัวเหมือนกัน และประเภทผู้ป่วยเหมือนกัน (ดังตารางที่ 1)

2. กลุ่มทีมสหสาขา ได้แก่ กลุ่มบุคลากรในทีมสหสาขาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์

วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล เกสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 22 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมี 3 ชุด (ชุดที่ 1 ถึงชุดที่ 3) และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย 4 ชุด (ชุดที่ 4 – ชุดที่ 6) ซึ่งได้ตรวจสอบความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

**ชุดที่ 1** คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาดำรงเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน

**ชุดที่ 2** แผนการอบรมทีมสหสาขา ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาดำรงเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน

**ชุดที่ 3** Clinical pathway for total knee replacement ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับทีมสหสาขา ได้มีการทดลองใช้ Clinical pathway กับผู้ป่วย จำนวน 3 ราย หลังจากนั้นทีมสหสาขาได้สรุปผลปรับปรุง Clinical pathway ก่อนนำไปใช้จริง

**ชุดที่ 4** แบบบันทึกค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสร้างแบบบันทึกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในระบบการเก็บข้อมูลของแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาล

**ชุดที่ 5** แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Aday and Andersen (1975) และคู่มืออย่างการสร้างข้อคำถามจากแบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วยของกรรณิกา เย็นสุข (2544) และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ 0.88

**ชุดที่ 6** แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันของ Langford (1981) และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ 0.93

### วิธีการดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการทดลองขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผล ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เตรียมสถานที่ทดลอง เตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจง ทำความเข้าใจกับทีมสหสาขา และเตรียมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

### 2. ขั้นดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง และระยะทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาโดยใช้แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา และเก็บข้อมูลความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน จนครบ 15 ราย เริ่มตั้งแต่ 16 พฤศจิกายน 2544 ถึง 5 มกราคม 2545

2.2 ระยะทดลอง เป็นระยะที่ใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในหอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ ชั้น 4 โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ไว้ใช้เวลาดังแต่ 7 มกราคม 45 – 12 กุมภาพันธ์ 2545 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีเป็นกลุ่มทดลอง ที่สามารถจับคู่ (Matched pair) กับกลุ่มควบคุมได้จำนวน 15 คน โดยมีการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วย ด้วยเครื่องมือและวิธีการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

### 3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 เมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยแต่ละราย คือเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอน โดยรวบรวมข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ลงในแบบบันทึก เก็บความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจที่สร้างขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

3.2 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา โดยใช้แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาชุดเดิม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาสถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติการทดสอบที (Paired t - test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ด้วยสถิติการทดสอบที (Paired t - test)

### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เฉลี่ย 8.40 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เฉลี่ย 6.93 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลดลงหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่เมื่อมาวิเคราะห์รายหมวด พบว่าหมวดที่ 1 และ 2 คือ ค่าห้องและค่าอาหารของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหมวดอื่น ๆ เช่น ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจสอววินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และค่าตรวจรักษาพยาบาล ก็มีแนวโน้มที่ลดลง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 ) ส่วนหมวดค่ายาและเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ในการบำบัดโรค

(ค่าข้อเข้าเทียม) นั้นปรากฏว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อาจเนื่องมาจากการที่ทีมสหสาขา ได้มีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (Clinical pathway) มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงานกันมากขึ้น และให้การดูแลตาม Clinical pathway ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้จำนวนวันนอนลดลง ทำให้หมวดค่าห้อง และค่าอาหารลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหมวดค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและค่าตรวจรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อขาต้องได้รับ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็มีแนวโน้มลดลง ส่วนค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าข้อเข้าเทียมที่พบว่าสูงขึ้นกว่ากลุ่มก่อนการทดลองนั้น ผู้วิจัยพบว่า Clinical pathway ที่ ทีมสหสาขา ร่วมกันจัดทำขึ้นในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ คุณภาพการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถึงการรักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ทีมมีการสื่อสาร ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การอธิบายถึงชนิดของข้อเข้าเทียมที่จะใช้ ซึ่งมีหลากหลายราคา และให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ และเลือกชนิดของอุปกรณ์ที่จะใช้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงเลือกใช้สิ่งที่ดี และเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในหมวดค่าอุปกรณ์ในการบำบัดโรคสูงขึ้นกว่ากลุ่มก่อนทดลอง

2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ คือ 8.40 และ 6.93 วัน ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมลดลงหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ของ จิราภรณ์ ศรีไชย (2543), Cohen (1991), Crawley (1995), Bryan (1996), Leininger (1996), และ Ireson (1997) จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าทีมสหสาขา ได้มีการกำหนดแผนการดูแล เป้าหมาย ระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า จากแผนการดูแลล่วงหน้าของทีมร่วมกันสร้างขึ้น จะมีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าอนโรงพยาบาล ประกอบกับการที่ทีมมีการประสานงาน และมีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพร้อม จึงไม่พบการงัดหรือเลื่อนผ่าตัดระหว่างการทดลองและเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม และกำกับช่วยเหลือให้สมาชิกในทีมสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น พยาบาลในหอผู้ป่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแลอย่างจริงจัง โดยเฉพาะ กิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การสอนให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรค



ได้เร็ว และเมื่อเกิดความแปรปรวนเกิดขึ้นทีมจะช่วยกันแก้ไขจนทำให้การดำเนินงานต่อไปได้ ประกอบกับการที่ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนในการวางแผนร่วมกับทีม มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย และเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง สามารถกลับบ้านตามระยะเวลาที่กำหนดได้ โดยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

จำนวนวันนอนเป็นผลลัพธ์ของการบริการทางสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพบริการ ถ้าพิจารณาตามกรอบของงานวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcomes Model for Health Care Research) นั้นสามารถพิจารณาได้โดยรูปนัยหรือโดยความเป็นจริง (Objective/Clinical outcomes) (ยูพิน อังสุโรจน์, 2543) และสามารถสะท้อนถึงคุณภาพทั้งผู้รับบริการ และขององค์กร คือ การที่ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคได้เร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกตินั้นย่อมแสดงถึงคุณภาพบริการที่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ และการที่จำนวนวันนอนของผู้ป่วยลดลง ทำให้โรงพยาบาลหมุนเวียนเตียงได้เร็ว บริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการด้านความพร้อมบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และการดูแลอย่างเหมาะสมขององค์กรด้วย

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 ผลการวิจัยนี้ตรงกับผลการวิจัยของ กฤษณา นรนาพันธ์ (2544) พรทิพย์ ไตรภักดิ์ (2544) และ Crawley (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจในการบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

เมื่อพิจารณาทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงขึ้นทุกด้าน และอยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง โดยใช้แผนการดูแลร่วม (Clinical pathway) และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานมือกับทีมสหสาขา เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย มีการตรวจเยี่ยมพูดคุย เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนและกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับคุ้มค่า ราคาเหมาะสม มั่นใจในบริการที่ได้รับว่ามีคุณภาพ ทำให้รู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น

4. ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาภายหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งโดยรวม และรายด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับจอม สุวรรณโณ (2541) ที่กล่าวว่าผลลัพธ์ของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากจะส่งผลให้คุณภาพบริการต่อผู้ป่วยดีแล้ว ยังส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทดลอง ผู้วิจัยพบว่าสมาชิกในทีมสหสาขาได้มีการประชุมวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการติดต่อประสานงานกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้ เมื่อเกิดปัญหาทีมจะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และมีการประเมินผลการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ในการประเมิน กำกับ ติดตาม และประสานงาน ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญมากในการเชื่อมสัมพันธ์ภายในทีมสหสาขา และระหว่างทีมสหสาขากับผู้ป่วย (Rheume, 1994) ส่งผลให้การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ข้อขัดแย้งลดลง รายละเอียดดังนี้

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาด้านการรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะก่อนที่จะมีการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี กองออร์โธปิดิกส์มีการปรับ โครงสร้างเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการจัดตั้งทีมนำทางคลินิก (Patient care team) ของออร์โธปิดิกส์แล้ว แต่ทีมสหสาขาออร์โธปิดิกส์ก็ยังไม่ได้มีการวางแผนการทำงานร่วมกัน ต่างทำหน้าที่ของตนเอง มุ่งเน้นที่เป้าหมายของแต่ละวิชาชีพเท่านั้น ไม่ได้รับรู้วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของสมาชิกอื่นในทีม เมื่อทีมได้ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) ทำให้สมาชิกในทีมทราบและรับรู้เป้าหมายในการทำงานร่วมกัน โดยทุกคนมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่จะเกิดต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุด นอกจากนี้ยังมีการนำผู้ป่วยและญาติมารับรู้ แสดงความต้องการ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Zander, 1988) จึงสามารถเห็นถึงรูปธรรมของ Patient focus ได้อย่างชัดเจนดังนี้

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ด้านการรับรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ อาจเป็นเพราะเมื่อทีมได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ สมาชิกในทีมต่างก็ยอมรับความรู้ ความเชี่ยวชาญของกันและกันมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ก่อนการทดลองพยาบาลจะสับสนกับคำสั่งการรักษาเพื่อลดอาการปวดหลัง หลังผ่าตัด เนื่องจากทั้งศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ต่างก็มีคำสั่งรักษามา ซึ่งบางครั้งคำสั่งไม่ตรงกันกัน ทำให้เกิดปัญหาข้อขัดแย้งกันเกิดขึ้น แต่เมื่อทีมได้มีการวางแผนร่วมกัน โดยกำหนดผลลัพธ์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ เมื่อสมาชิกได้รับทราบข้อมูลจากวิสัญญีแพทย์ เรื่องแนวทางการลดอาการปวดรูปแบบใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยปวดน้อยที่สุด

สมาชิกในทีมยอมรับ ทำให้แนวทางปฏิบัติชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งกัน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในทีมที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมมากขึ้น

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ อาจเนื่องจากทีมได้มีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้กันทุกวัน หรือการทำ Grand round ทุกวันพฤหัสบดี นอกจากนี้ยังพบว่า คู่มือการให้สุขศึกษาผู้ป่วย ซึ่งเดิมพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการสอนผู้ป่วยนั้น แพทย์ได้เข้ามาร่วมอภิปรายให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับปรุงคู่มือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อเป้าหมายร่วมกัน คือให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ด้านบรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือสำคัญ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันไว้ชัดเจน ประกอบกับการที่สมาชิกในทีมยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงพบว่าเมื่อมีการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในทีม จะเป็นการสื่อสารสองทาง มีการพูดกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา ไม่ได้ยึดที่คนใดคนหนึ่ง ตัวอย่างเช่น เมื่อเกิดความแปรปรวนเกิดขึ้นคือ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พบว่าแพทย์สั่งการรักษาให้ผู้ป่วยกลับบ้านช้ากว่าที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway 1 วัน จึงได้สอบถามเหตุผลจากแพทย์ทันที ว่าทำไมถึงให้กลับบ้านช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งเหตุผลของแพทย์ก็คือ เกรงว่าพยาบาลจะเตรียมยากลับบ้านให้ผู้ป่วยไม่ทัน เมื่อพยาบาลชี้แจงว่าสามารถดำเนินการได้ทัน แพทย์ก็ยอมรับ จึงเห็นได้ว่าการที่มีการพูดคุยอย่างเปิดเผย จริงใจ และเป็นแบบสองทาง (Two-way communication) นั้นไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ทุกคนพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

เมื่อพิจารณาตามกรอบของงานวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcomes Model for Health Care Research) ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพด้านองค์กรได้ เนื่องจากการที่บุคลากรในทีมสหสาขาที่มีความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันดี ไม่มีข้อขัดแย้ง บรรยากาศในองค์กรดี ย่อมทำให้บุคลากรรู้สึกมีความสุขในการทำงาน สามารถส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้จำนวนวันนอนลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้น ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาสูงขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกันผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดการผู้ป่วยในกลุ่มโรคข้อเข่าเทียมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อไปอย่างต่อเนื่อง และขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ผ่าตัดหลัง ผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น
2. ทีมสหสาขามีเป้าหมายที่คุณภาพการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก ไม่ได้เน้นที่การลดค่าใช้จ่ายแต่เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Utilization Management) ประกอบกับเมื่อสิ้นสุดการทดลอง สมาชิกในทีมมีความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น ควรมีการพัฒนาปรับปรุง Clinical pathway โดยมุ่งเน้นที่การลดค่าใช้จ่ายมากขึ้น และมีการกำกับติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3. ถ้าหากโรงพยาบาลจะนำไปขยายผล ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบาย และให้การสนับสนุน จากการทดลองผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้การทดลองจัดการผู้ป่วยรายกรณีครั้งนี้บรรลุผลได้เพราะได้รับความร่วมมืออย่างดีจากทีมสหสาขา และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในส่วนรายละเอียดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่นการพัฒนา Clinical pathway หรือ การศึกษารูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาถึงคุณสมบัติ ทักษะต่าง ๆ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่นต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากร

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพร คุปตานนท์. 2539. ผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล: การศึกษาเฉพาะกรณี หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิกา เย็นสุข. 2544. ผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรู้สึกชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กฤษณา นรนาพันธ์. 2544. ผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. การจัดการผู้ป่วยเป็นราย: รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 6 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 27-32.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. 2543. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์, 2543.
- จุฬามณี คุณวุฒิ. 2542. ผลการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ และคณะ. 2542. ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์. รายงานการวิจัย (อัครา) (อัครา)
- ชวนพิศ สิ้นธุระการ. 2539. การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชุติมา มาลัย. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการทำงานเป็นทีมของอาจารย์  
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คุณฤดี ใหญ่เรืองศรี. 2541. คุณภาพบริการตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการ  
รักษาพยาบาลของพระภิกษุอาพาธในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนยา บุญทอง. 2543. ทิศทางการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย.  
จดหมายข่าวสารสภากาพยาบาล 3 (มกราคม-กุมภาพันธ์): 4-9.
- นภคดล ลีมีสุวรรณ. 2529. การทำงานเป็นทีม. วารสารกองการพยาบาล. 13 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 44-49.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:  
บริษัทด้านสุทธนาการพิมพ์.
- ปรานทิพย์ อุจระรัตน. 2541. การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์.
- พนิดา คำยุ. 2538. การศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลและการรับรู้ของหัวหน้าหอ  
ผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ไตรภักทร. 2544. การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดิน  
อาหาร: กรณีศึกษาสมเด็จพระปิ่นเกล้า. โครงการปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี รักสละ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน อัดมโนทัศน์ สภาพแวดล้อมทาง  
คลินิก สัมพันธสภาพในทีมสุขภาพ ความร่วมรู้สึกกับความสามารณในการตัดสินใจแก้ปัญหา  
ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน เขตพัฒนาอุตสาหกรรม  
ชายฝั่งทะเลตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรวดี ศิรินคร, ยุวดี เกิดสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และ สุวิภา นิตยงกร. **Case Management.** ใน  
หนังสือประกอบการประชุม Nation Forum On Hospital Accreditation วันที่ 23-25  
กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนสปาร์ค กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.
- ยุพิน อังสุโรจน์. 2541. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 10 (กรกฎาคม-  
ธันวาคม): 44-47.
- ยุพิน อังสุโรจน์. 2543. การวิจัยเชิงผลลัพท์เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 12 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 9-17.

- วราพร หาญคณะเศรษฐ. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย  
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับผลลัพธ์ของการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรุพณ์ เหล่าภัทรเกษม. 2539. บรรณาธิการ. ตำราออร์โธปิดิกส์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักข์ออฟเซ็ท.  
ศิริวรรณ โกมุติกานนท์. 2536. การศึกษาสภาพจริง และความคาดหวังของการทำงานเป็นทีมตามการ  
รายงาน ของทีมสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุวัชรีย์ งามิมา. 2543. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลา  
ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2536. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการวิเคราะห์ และการ  
บริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และ ดวงมณี โกมารทัต. 2544. การบัญชีบัญชีต้นทุน 2. กรุงเทพมหานคร:  
แมคกรอ-ฮิล อินเทอร์เน็ต เนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพรส์.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล:  
กรณีศึกษาในศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. 2541. การวัดต้นทุน. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการวัดต้นทุน  
นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (สำเนา)
- สุนี ชลาภิรมย์ และคณะ. 2535. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.  
รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมการแพทย์.
- เสาวลักษณ์ พัวพัฒน์กุล. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม พัฒนารูปร่างโดยตำแหน่งฐาน  
อำนาจส่วนบุคคล การรับรู้ต่อความยึดมั่นต่อกันภายในกลุ่มวิชาชีพ กับการรับรู้สัมพันธภาพ  
ในการร่วมกันทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวรรณณี มหาภายนันท์. 2538. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริรัตน์ เตียนอนุกุล. 2538. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- สุปรินชา โมกษะเวส. 2538. **Arthopaedics for medical students.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัททำไทยเพลส.
- สมชาย อรรถมศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค. 2541. **คู่มือโรคข้อ.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อนวัจน์ ศุภชุตีกุล. 2539. **คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. **การจัดการทางการพยาบาลต่อคุณภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 ณ. โรงแรมเอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ โตสิงห์. **Case management: รูปแบบการพยาบาลแห่งยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 ณ. โรงแรมเอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.
- หลุย จำปาเทศ. 2533. **การพัฒนาบุคลากรคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Aday, L. A. and Andersen, A. 1975. **Development of inducers of access to medical care.** Ann Arbor: Health Administration Press.
- Baldwin, S. and Woods, P. A. 1994. Case management and Needs assessment: Some issues of concern for the caring profession. **Journal of Mental Health.** 3 (3): 311-323.
- 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.
- Bryan, B. et al. 1994. Nursing case management: Quality and cost. **Hospital Materiel Management Quarterly.** 16 (2): 63-90.
- Coeur, M. S. 1996. **Case management practice guideline.** St.Louis: Mosby.
- Cohen, E. L. 1991. Nursing case management: Does it pay. **Journal of Nursing Administration.** 21 (April): 20-25.
- Colen, E. L. 1996. **Nursing care management: In the 21 st century.** St.Louis: Mosby.



- Cook, T. H. 1998. The effectiveness of inpatient case management fact or fiction. **Journal of Nursing Administration**. 28 (4): 36-45.
- Conti, R. M. 1993. **Role behaviors of nurse case managers**. Michigan: Bell & Howell.
- Crawley, W. D. 1995. Case management: More population-based data. **Clinical Nurse Specialist**. 9 (2): 116-120
- Crumbley, D. R. et al. 1999. Nurse-Managed wound clinic: A case study in success. Available form: [http://www. nursing center.com](http://www.nursingcenter.com) (July-August)
- Deborah, S. S. 1995. Standards of practice for case management. **Case Management Society of America**. (January): 5-24.
- Holzemer, W.L. 1994. The impact of Nursing Care in Latin American and Caribbean: A Focus on Outcome. **Journal of Advanced Nursing**. 20: 5-12.
- Ireson, C. L. 1997. Critical pathway: Effectiveness in achieving patient outcomes. **Journal of Nursing Administration**. 27 (6): 16-23.
- Langford, T. L. 1981. **Managing and Being Managed**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lynch, J. and Schuler, D. 1990. Consumer evaluation of the quality of hospital services from an Economics of information perspective. **Journal of Health Care Marketing**. (10): 16-22.
- More, P. K. and Mandell, S. 1997. **Nursing case management: An evolving practice**. New York: McGraw-Hill.
- Powell, S. K. 2000. **Case management: A practical guide to success in managed care**. 2nd ed. Maryland: J. B. Lippincott.
- Rheume, A. et al. 1994. Case Management and Nursing Practice. **Journal of Nursing Administration**. 24 (3): 30-36.
- Rossi, P. 1999. **Case management in health care: A practical guide**. Philadelphia: Saunders.
- Selverstein, W. 1998. Care management: The right balance of care and management. **Nursing Administration Quarterly** (22): 66-75.
- Wolk, J. L. and Sullivan, W. P. 1994. The managerial nature of case management. **Social Work**. (39): 152-160.
- Young, S. W. and Sowell, R. L. 1997. A case management curricular model: The challenge for nursing education. **Nurse Education**. 22 (5): 13-18.
- Zander, K. 1988. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. **Journal of Nursing Administration**. 18 (5): 22-30.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแผนการสอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 6 ท่าน ได้แก่

1. รศ. ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองหัวหน้าฝ่ายบริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล
3. อาจารย์เรวดี ศิริคร ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล
4. อาจารย์ผ่องพรรณ ธนา ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล
5. อาจารย์อัมภา ศรารักษ์ นักวิชาการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง  
กระทรวงสาธารณสุข
6. อาจารย์ แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ชาย  
โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการตรวจสอบแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา จำนวน 10 ท่าน ได้แก่

1. ดร.ประพิณ วัฒนกิจ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาวิชาการ และวิจัย กองการพยาบาล  
กระทรวงสาธารณสุข
2. รศ. ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองหัวหน้าฝ่ายบริหาร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนา และ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล
4. อาจารย์เรวดี ศิริคร ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนา และ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล
5. อาจารย์ผ่องพรรณ ธนา ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล
6. พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ รองผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
7. นท.หญิง ดร. ธนพร แยมสุดา อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยกองทัพเรือ
8. พ.ต.หญิง นันทินา พึ่งบุญญะ หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
9. อาจารย์ แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ชาย  
โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์
10. อาจารย์อัมภา สราวัชต์ นักวิชาการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง  
กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามวิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแผนการดูแล  
ผู้ป่วย จำนวน 4 ท่าน ได้แก่

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์  | ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล<br>มหาวิทยาลัยมหิดล<br>รองหัวหน้าฝ่ายบริหาร ฝ่ายการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศิริราช |
| 2. พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์   | รองผู้อำนวยการกองออร์โทปิดิกส์<br>โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า  |
| 3. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย | พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงฆ์   |
| 4. ร.อ.หญิงจิราพร สิมากร | เลขานุการ สำนักงานพัฒนาคุณภาพ<br>โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า   |



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ข**  
**สถิติที่ใช้ในการวิจัย**

1. สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

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

เมื่อ  $\alpha$  = ความเชื่อมั่นของแบบวัด  
 $n$  = จำนวนข้อของแบบวัด  
 $Si$  = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ  
 $S_t$  = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

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

$\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยหรือมัธมิมเลขคณิต  
 $\sum x$  = ผลรวมของคะแนน N จำนวน  
 $N$  = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Diviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

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

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum X$  = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวที่ยกกำลังสอง



$(\sum x)$  = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวแล้วยกกำลังสอง

$n$  = จำนวนตัวอย่างของประชากรทั้งหมด

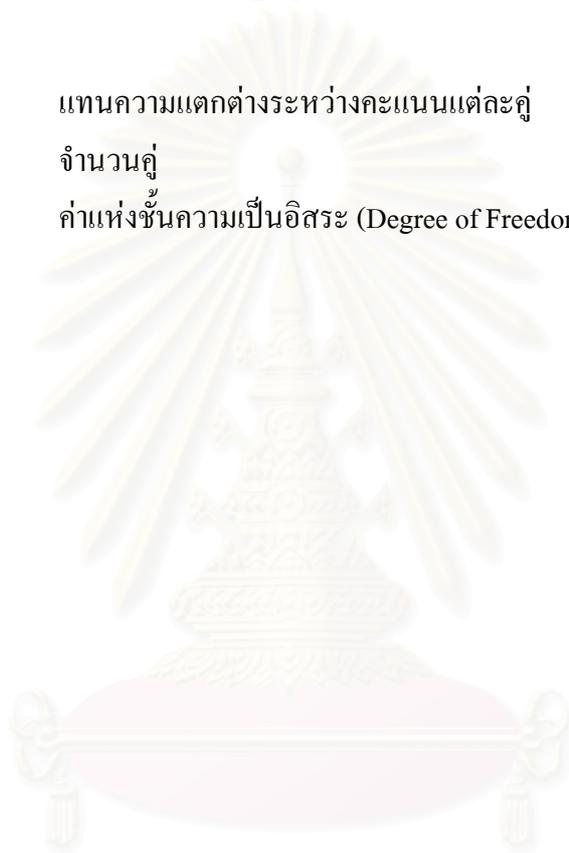
2.3 สถิติทดสอบที (Dependent-test) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

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

$D$  = แทนความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่

$N$  = จำนวนคู่

$df$  = ค่าแห่งชั้นความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ผนวก ค

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. Check list สำหรับผู้วิจัย
3. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway)
4. แผนการสอนเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
6. แบบบันทึกรายการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
7. แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย
8. แบบวัดความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ  
สำหรับทีมสหสาขาในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า  
โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี



โดย

ร.อ.หญิงจิราพร สิมากร

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

## คำนำ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของทีมสหสาขากองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาประยุกต์ใช้ ซึ่งรายละเอียดในคู่มือนี้ประกอบด้วย แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมสหสาขา กระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิบัติของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแบบฟอร์มต่างๆ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นแนวทางในการให้บริการของทีมสหสาขา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและหน่วยงาน

ร.อ.หญิง จิราพร สิมากร  
ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจสาระ และแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือเข้าใจเป้าหมาย และสามารถนำขั้นตอนของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปปฏิบัติได้
3. เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือ สามารถใช้แบบฟอร์ม และเครื่องมือต่างๆ ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ เช่น Clinical pathway ใบบันทึกความแปรปรวน ใบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

## วิธีใช้คู่มือ

1. อ่านเนื้อหาในคู่มือทั้งหมดให้เข้าใจ ก่อนนำไปใช้
2. ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อต้องการความชัดเจนหรือมีข้อสงสัยเนื้อหาในคู่มือ
3. คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสหสาขา กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าใช้เป็นแนวทาง ในการให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยมีแผนการดูแลร่วม (Clinical pathway) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นเครื่องมือสำคัญ

## แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case Management เป็นระบบในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่มีเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ (Care maps) และผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสหสาขา ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ในแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

## คำจำกัดความ

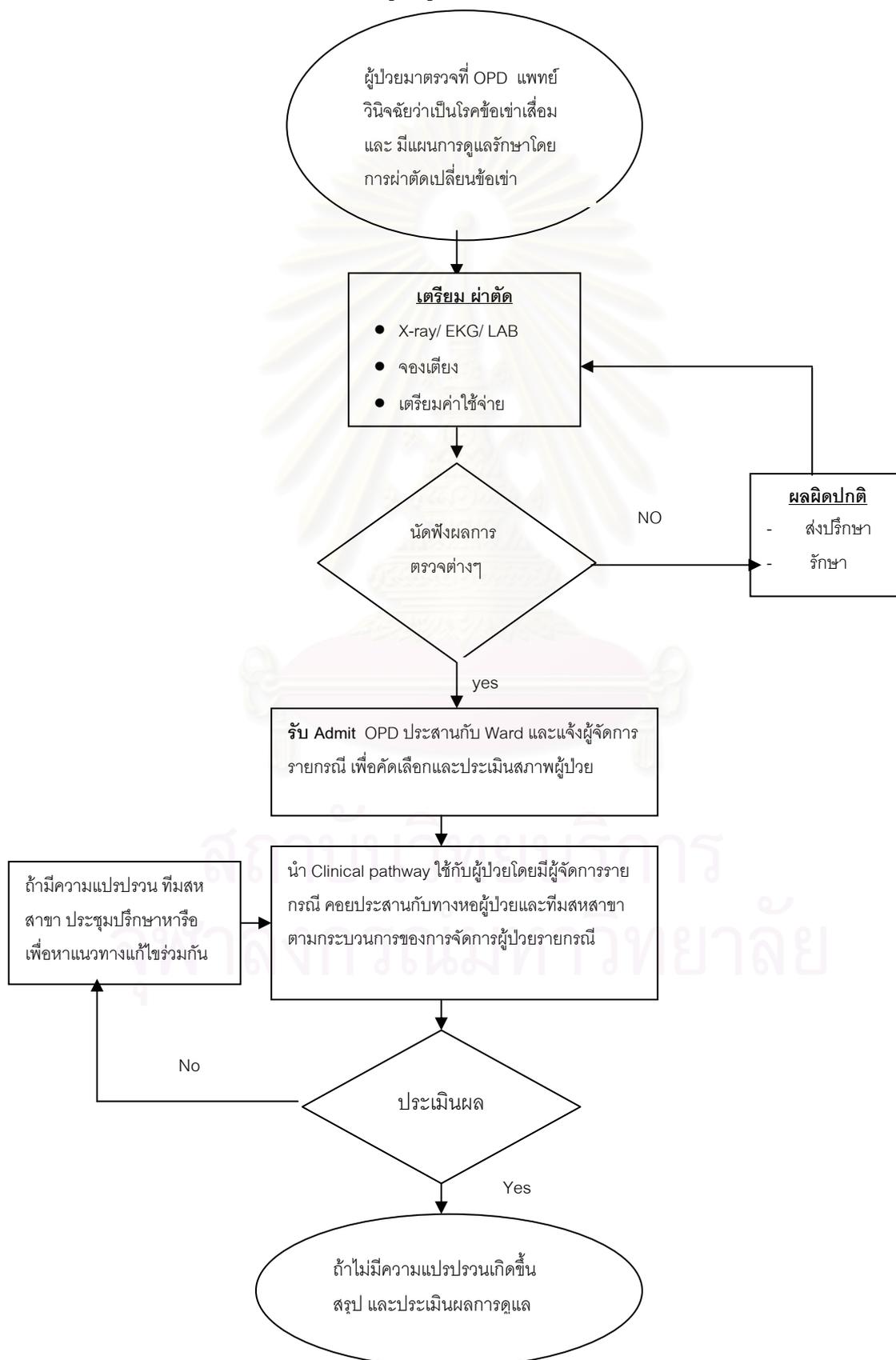
1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) หมายถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แพทย์มีแผนรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยอาศัยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ร่วมมือกันในการจัดทำ Clinical pathway และมีผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน กำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway ถ้าพบว่าไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้จะมีการประชุมปรึกษากันในทีมสหสาขา พร้อมทั้งปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย และประเมินสภาพ 2) การประสานงาน และวางแผนการพยาบาล 3) การดำเนินการตามแผน 4) การกำกับติดตาม และประเมินซ้ำ และ 5) การประเมินครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการดูแล

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) หมายถึง เอกสารย่อ ๆ ที่แสดงถึงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหสาขา โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ กำหนดระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจเพื่อการวินิจฉัย การตรวจพิเศษและการส่งปรึกษา รายการยา การดูแลแผลผ่าตัด ชนิดอาหาร ระบบขับถ่าย กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติรวมทั้งการทำกายภาพบำบัด ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย

3. ทีมสหสาขา หมายถึง บุคลากรในทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แพทย์มีแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ประกอบด้วย แพทย์ วิทยุญแพทย์ วิทยุญพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร เภสัชกร พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก กองออร์โธปิดิกส์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย และญาติ

4. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการจัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แพทย์มีแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาการวางแผน การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงาน เป็นผู้กำกับติดตาม ควบคุม การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และประเมินผลการดูแล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมในการดูแล

### ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า



## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และแพทย์มีแผนการรักษา โดยการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเป็นเพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย หรือ รุมตอยด์ ซึ่งแพทย์ระบุว่าสามารถผ่าตัดได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

## บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขา

### ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
2. เป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด
3. อธิบายแผนการรักษาดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
4. เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
5. ประสานงานกับทีมสหสาขา ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา และต่อเนื่อง
6. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาลทุกวัน
7. ติดตามประเมินความก้าวหน้า และผลการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้
8. เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน
9. ถ้าหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เป็นผู้บันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ทีมสหสาขาทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข
10. เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขา ในกรณีที่เกิดความแปรปรวน
11. เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย และญาติ
12. เป็นผู้ประสาน ถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล
13. สรุปผลการดูแล และประเมินผลระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

### แพทย์เจ้าของไข้ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ตรวจสอบ วินิจฉัย และให้การรักษา ตามแนวทาง Clinical pathway ที่สร้างร่วมกัน
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ
3. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง



4. ปรึกษาหารือ อภิปรายปัญหา และวางแผนการรักษาพยาบาล ร่วมกับทีมสหสาขา รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
5. เขียนใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ เช่น ใบรับรองแพทย์ ใบเคลมประกันสุขภาพ เป็นต้น

#### เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ปรึกษาหารือร่วมกันในทีมสหสาขา ในเรื่องการจ่ายยาในประเด็นต่างๆ
2. เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องชนิดของยา ราคา ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย
3. ร่วมอภิปรายปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา

#### วิสัญญีแพทย์/ วิสัญญีพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และความพร้อมของผู้ป่วย โดยบันทึกลงในแบบฟอร์ม Surgical Chick List
2. ตรวจสอบให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. ให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับการผ่าตัด และสภาพร่างกายของผู้ป่วย
4. ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
5. ดูแลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก ในห้องรอฟื้น
6. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วย/ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว
7. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
8. ร่วมประชุมปรึกษา กับทีมสหสาขา เมื่อเกิดความแปรปรวนขึ้น

#### นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ปรึกษา และให้บริการทำกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยที่มีปัญหา
2. สอนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการทำกายภาพบำบัด
3. สอน อบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด แก่ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น บุคลากรในทีมการพยาบาล
4. ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และอภิปรายปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา

#### พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ และดำเนินการเตรียมผู้ป่วย เช่น ส่งตรวจ Lab ต่างๆ X-ray ตรวจคลื่นหัวใจ หรือส่งปรึกษาแผนกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ชักประวัติ และประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย /ผู้จัดการจัดรายกรณี เมื่อผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล
4. ให้ความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับเตรียมตัวด้านต่างๆ

พยาบาลวิชาชีพแผนกหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (มวก.4) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วย Admit ทำการซักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การปฐมพยาบาล และบันทึกลงในแบบฟอร์มการรับผู้ป่วย
2. รับคำสั่งการรักษาของแพทย์
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการดูแลร่วมของทีมสหสาขา (Clinical pathway)
4. ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทุกวัน
5. ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และเป็นผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ผู้จัดการรายกรณีหรือทีมสหสาขา
6. หากมีความแปรปรวนที่เกิดขึ้นร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ตรวจสอบรายการผ่าตัด ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เรื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อวางแผนในการเตรียมห้องผ่าตัด/ เครื่องมือต่างๆ
2. ประสานกับบริษัทเพื่อส่งอุปกรณ์ (ข้อเข่าเทียม) ที่จะใช้กับผู้ป่วย
3. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร การลงนาม ยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย รายงานการเตรียมผ่าตัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย
5. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยในการเตรียม/ ประเมินสภาพ ความพร้อมของผู้ป่วย รวมถึงการรับส่งผู้ป่วยด้วย
6. ดูแลเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย และลงรายละเอียดการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ครบถ้วน
7. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขา กรณีที่เกิดความแปรปรวนขึ้น

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ชักประวัติ ประเมินสภาพจิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย

2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา (Clinical pathway) ที่วางไว้ เช่น กรณีไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ หรือข้อเช่าเทียม เป็นต้น
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และครอบครัว แก่ผู้จัดการรายกรณีหรือทีมสหสาขา
4. ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น
5. ติดต่อประสานงาน กับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ที่จะเอื้อประโยชน์ หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในเรื่องเศรษฐกิจได้

### แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา (Clinical pathway)

เป็นเครื่องมือสำคัญ ที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งทีมสหสาขาร่วมกันสร้างขึ้นมา สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีส่วนประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

1. ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagnosis Related Groups (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย
2. แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
3. แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา
4. แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้
  - การประเมินสภาพ/ส่งปรึกษาแผนกอื่นๆ
  - การส่งตรวจ/ วินิจฉัย
  - การรักษา
  - การให้ยา
  - กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย
  - อาหาร
  - ระบบขับถ่าย
  - การดูแลแผลผ่าตัด
  - การให้ความรู้ผู้ป่วย
  - การวางแผนจำหน่าย

### ความแปรปรวน (Variance)

หมายถึง ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละผลัดการทำงานในแต่ละวัน กับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้นกว่ากำหนด โดยทั่วไปความแปรปรวนเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย
2. สาเหตุจากระบบ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ป่วยนอก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
3. สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ เช่น การเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Check list สำหรับผู้วิจัย

กระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของทีมสหสาขา	ทำ	ไม่ได้ทำ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้จัดการรายกรณีคัดเลือกผู้ป่วย เข้าสู่ระบบ</li> <li>2. ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน โดยใช้ ไปassessment และ ไป Discharge planning</li> <li>3. ผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่นพยาบาลแผนกวิสัญญี พยาบาล OPD หรือ แพทย์เจ้าของไข้ เป็นต้น</li> <li>4. ทีมสหสาขาดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway ที่ วางไว้โดย <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโดยให้ ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม</li> <li>4.2 มีการให้ Health education รวมถึงการให้ ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย</li> <li>4.3 มีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยร่วมกัน</li> <li>4.3 ติดตามประเมินความก้าวหน้าว่าผลการดูแล รักษาเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่</li> <li>4.5 มีการประเมินผล</li> </ol> </li> <li>5. เมื่อเกิดความแปรปรวน <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 ผู้จัดการรายกรณีทำการบันทึกความ แปรปรวนที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ทีมสหสาขา ทราบ</li> <li>5.2 มีการประชุมทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขความ แปรปรวนที่เกิดขึ้น</li> </ol> </li> </ol>			

Care Path Total Knee Replacement – Primary , cemented (Nov 2001)

Dept Orthopaedics , Phramongkutklao hospital ระยะเวลาอน รพ. (LOS) 7 วัน DRG 209

HEADING	Pre-op day	Operative day Date _____	Post op day1 Date _____	Post op day2 Date _____	Post op day3 Date _____	PO day4-5 Date _____	Discharge criteria Discharge date ____
<b>Expected outcome</b>	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมทั้ง ร่างกาย และ psychosocial พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นหลังจาก admit รวมทั้งการ consult ล่วงหน้าจากทีม แพทย์สาขาอื่นด้วย	ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาม แผน และได้มีการประเมิน หลังผ่าตัดว่าต้องมีการดูแล ไกล่ซัดหรือไม่ รวมทั้งได้ให้ การป้องกัน deep vein thrombosis ด้วย post-op exercise ผู้ป่วยมีความปลอดภัย	ผู้ป่วยได้รับ Pain control และ Knee exercise แบบ Isometric	ผู้ป่วยได้รับการ ถอดสาย Foley cath , สาย Drain และ ได้รับการเปิด ทำแผล รวมทั้ง เริ่มการบริหาร งอเข้า	ผู้ป่วยถูกงดการ ให้ prophylactic antibiotics และ เริ่มยืน และ เดิน ด้วย walker	ผู้ป่วยเดินได้ เองด้วย walker โดย ไม่ปวด และ งอเข้าได้ตาม แผน	-Discharge ภายใน 7 วัน -ไม่มีไข้ - ไม่มีการติดเชื้อ แผลผ่าตัด
<b>Assessment and investigation</b>	<b>Lab- CBC , UA</b> ทุกราย , EKG เมื่อ อายุมากกว่า 45 ปี <b>X-ray</b> -Knee –AP,Lateral standing film ขนาด 14x17 นิ้ว -CXR เมื่ออายุมากกว่า 45 ปี หรือมี ข้อบ่งชี้ -ไม่มีการส่ง routine Blood chem อื่นๆ จะส่งตรวจตามภาวะทางอายุรกรรม <b>Diagnosis</b> – แบ่งเป็น primary OA , post-traumatic OA หรือ secondary OA จากโรค ถ้าเป็น secondary OA	<b>Post-op Bleeding</b> ตรวจสอบ blood loss อย่างน้อย 2 ชม. หลัง release tourniquet <b>Sign of shock</b> ตรวจสอบ อย่างน้อย 6 ชมหลังออกจาก recovery room BP < 80/50 , Pulse > 100 ให้แจ้งแพทย์ <b>Post-op closed observation</b> พยาบาลจะได้รับแจ้งให้ Post-op round ร่วมกับแพทย์ใน รายที่ ระบุการดูแลไกล่ซัด	ตรวจสอบถ้ามีการ ให้ continuous epidural drip ให้ ปลดสายออกใน 24 ชม			-แผลไม่ติดเชื้อ -ไม่มีไข้	

Care Path Total Knee Replacement – Primary , cemented (Nov 2001)

Dept Orthopaedics , Phramongkutklao hospital ระยะเวลาอน รพ. (LOS) 7 วัน DRG 209

HEADING	Pre-op day	Operative day Date _____	Post op day1 Date _____	Post op day2 Date _____	Post op day3 Date _____	PO day4-5 Date _____	Discharge criteria Discharge date ____
	<p>ให้consult อายุรแพทย์สาขานั้นก่อน admit</p> <p>-ในรายที่มี DM, HT , cardiovascular disease consult อายุรแพทย์ก่อน admit</p> <p>-ทีมวิสัญญี เข็มก่อนผ่าตัด</p>						
<b>Psychosocial care</b>	<p><b>Consent</b> – ผู้ป่วย และญาติสนิท รับทราบ ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลโรค ตามเอกสารแนะนำก่อน admit</p> <p><b>-คำอุปกรณ</b> ผู้ป่วย/ญาติ ทราบยอดค่า ส่วนเกินสิทธิ และ พร้อมจ่ายเงินก่อนผ่าตัด</p> <p>-ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรักษาพยาบาลและอุปกรณ ส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ ด้วยแบบฟอร์มล่วงหน้า 1 เดือน และ ได้รับอนุมัติก่อน set ผ่าตัด</p> <p>-ถ้าผู้ป่วยกังวลให้ tranquilizer</p>	<p>พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยเพื่อลดความกังวลทั้งก่อนผ่าตัด และ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด</p>	<p>-พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วย</p> <p>-สรุปคำอุปกรณจากห้องผ่าตัด</p>	<p>พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว</p>	<p>พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว</p>	<p>-ประเมินความเรียบร้อยของค่าใช้จ่ายทั้งหมด</p>	<p>ผู้ป่วยพร้อมกลับบ้าน โดยมีกำลังใจ ในการดูแลตนเอง ต่อที่บ้าน</p>
<b>Instrument and Prosthesis</b>	<p>-ห้องผ่าตัดรับเรื่องจองเครื่องมือและอุปกรณอย่างน้อย 1 วันก่อนวันผ่าตัด</p>	<p><b>เครื่องมือและอุปกรณ</b> ถ้าไม่พร้อมให้ห้องผ่าตัดโทรแจ้งแพทย์ก่อน 900 น.</p>					

**Care Path Total Knee Replacement – Primary , cemented (Nov 2001)**

**Dept Orthopaedics , Phramongkutklao hospital    ระยะเวลาอน รพ. (LOS)    7 วัน    DRG 209**

HEADING	Pre-op day	Operative day Date _____	Post op day1 Date _____	Post op day2 Date _____	Post op day3 Date _____	PO day4-5 Date _____	Discharge criteria Discharge date ____
<b>Medical intervention</b>	-จองเลือด PRC 2 units	-IV fluid ถ้าไม่ได้เป็น case แรก start IV fluid ใน ward ตั้งแต่ 900 น.  -Anesthesia ด้วย SA หรือ Epidural ร่วมกับ GA ถ้า ผู้ป่วยขยับขามาระหว่าง ผ่าตัด  -Prophylatic antibiotics 10 นาที(ขณะฟอกขา)  -Retained foley cath ก่อน ผ่าตัดทุกราย  -Post-op continuous IV analgesic	-Prophylatic antibiotics  -Retained foley cath จนครบ 24 ชม  -Oral pain killer	-Prophylatic antibiotics จน ครบ 48 ชม.  แล้วงดทุกราย  -Oral pain killer		-ถ้าได้รับการ consult จาก แผนกอื่น ให้ notify เพื่อ เตรียม discharge	- <u>ได้รับ home med</u>  <u>ครบจากแพทย์ทุก</u>  <u>สาขาที่ร่วมดูแล</u>
<b>Surgical intervention</b>		Total Knee Replacement – cemented both component					
<b>Nutrition</b>	-Regular diet  -NPO after midnight	soft diet เริ่มเมื่อขึ้นถ้ำอากาศ stable	Regular diet	Regular diet	Regular diet	Regular diet	Regular diet
<b>Wound care</b>	อธิบายสภาพ Compressive dressing ที่จะใส่ที่เข้าหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน ผู้ป่วยกังวล	ใส่ Compressive dressing	ไม่เปิดแผล	เปลี่ยนเป็น clear synthetic dressing	ไม่เปิดแผล	ไม่เปิดแผล	เปลี่ยนแผลก่อนให้ กลับ และ ไม่มี ปัญหาแผลติดเชื้อ



Care Path Total Knee Replacement – Primary , cemented (Nov 2001)

Dept Orthopaedics , Phramongkutklo hospital ระยะเวลาอน รพ. (LOS) 7 วัน DRG 209

HEADING	Pre-op day	Operative day Date _____	Post op day1 Date _____	Post op day2 Date _____	Post op day3 Date _____	PO day4-5 Date _____	Discharge criteria Discharge date ____
Drain care		Check drain function และ Record drain ทุก 8 ชม.	Check drain function และ Record drain ทุก 8 ชม.	Drain removal ใน 48 ชม.			
Activity and rehabilitation		- Absolute Bed rest นอน ราบ 8 ชม. Post -op และ ให้ ไขเตียงนั่ง - Leg elevation ยกปลายเตียง สูง - Calf pump exercise เมื่อรู้ตัว	Absolute bed rest  Isometric quadriceps exercise of knee	Exercise of knee -Isometric quadriceps -ROM 0-40 degree ใ้หนึ่ง ข้างเตียง	Walker walking ใน ห้องตามความ เหมาะสม ไม่ เกิน 15 นาทีต่อ ครั้ง ROM of knee เพิ่ม10 องศาทุก วันเพื่อให้ได้ 90 องศาใน 7 วัน		เดินได้ด้วย walker
Education	-การปฏิบัติตัวในการดมยาและการ ผ่าตัดในห้องผ่าตัด -สภาพการใส่ Compressive dressing ที่เข้าหลังผ่าตัด -วิธีบริหารหลังผ่าตัด	-การให้ยาระงับปวดและการ ขอยาระงับปวด -การป้องกัน deep vein thrombosis ด้วยการบริหาร	- การดูแลแผลผ่าตัด	-ข้อห้ามในการ เคลื่อนไหว	-การนั่งและการ เดิน -เป้าหมายใน การบริหารเข้า ในระยะ 2		-การปฏิบัติตัวที่ บ้าน --นัดตัดไหม 10-14 วันตาม OPD ของ แพทย์

Care Path Total Knee Replacement – Primary , cemented (Nov 2001)

Dept Orthopaedics , Phramongkutklo hospital ระยะเวลาอน รพ. (LOS) 7 วัน DRG 209

HEADING	Pre-op day	Operative day Date _____	Post op day1 Date _____	Post op day2 Date _____	Post op day3 Date _____	PO day4-5 Date _____	Discharge criteria Discharge date ____
	-การดูแลแผลหลังผ่าตัด -ข้อเทียมและวิธีดูแลรักษา				สัปดาห์หลัง ผ่าตัด		
<b>Discharge Planning</b>	- ประเมินสภาพปัญหา และความ พร้อมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน - ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ ตามปกติสุข - ประสานงานกับแผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น PT/OTหากผู้ป่วยต้องการ	อธิบายถึงผลดีของการฟื้นฟู สภาพหลังผ่าตัด	กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation	-กระตุ้นให้ ผู้ป่วยปฏิบัติ กิจวัตร ประจำวัน/การ ปฏิบัติตนต่อที่ บ้าน - เตรียมความ ญาติที่เป็นผู้ ดูแล	วางแผนการ จำหน่ายร่วมกับ ผู้ป่วย และ ครอบครัว	ประเมินความ ก้าวหน้าและ ติดตามผล -ประเมิน สภาพก่อน กลับ -แนะนำแหล่ง สนับสนุนที่ จะดูแลต่อ	

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการสอน

เรื่อง	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)
ผู้สอน	1. ดร.ยูวดี เกตสัมพันธ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2. พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผู้เรียน	ทีมสหสาขา กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	2 วัน
สถานที่	ห้องประชุมภูสิงห์ และห้องประชุมประจวบฯ อาคารมหาชิรราชลงกรณ ชั้น 3
จุดประสงค์	1. เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมกับหน่วยงาน 2. ร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ
วิธีการสอน	1. บรรยายร่วมกับอภิปราย 2. การฝึกปฏิบัติ
สื่อการสอน	1. Power Point 2. เอกสารความรู้ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 3. ตัวอย่าง Clinical pathway, แบบบันทึกความแปรปรวน

## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ รพ.ร.ร.6

### ผู้รับผิดชอบโครงการ ฝ่ายวิชาการแผนกพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รพ.ร.ร.6

#### หลักการและเหตุผล

จากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทันสมัยทางเทคโนโลยี และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ มีผลผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขึ้น เช่น การนำระบบ DRG (Diagnosis Related Group) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือ นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐบาท ประกอบกับแนวความคิดการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาการทำงานเป็นทีม การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่เผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา และค้นหา รูปแบบบริการเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยสามารถตอบสนองความต้องการ ของผู้ใช้บริการได้ และมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วย

รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาดังกล่าว รูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในปัจจุบัน คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งสามารถช่วยให้มีการประสานงานที่ดี ระหว่างทีมสหสาขา โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสหสาขา (Clinical pathway) เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เกิดความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการ หรือมีปัญหาของผู้ป่วย ได้ครอบคลุมอย่างองค์รวม และช่วยลดช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา (Clinical pathway)
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขา (Clinical pathway) ได้
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้

ระยะเวลาของโครงการ 1 วัน

#### ผู้เข้าร่วมโครงการ

1. วิทยากรจาก ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช จำนวน 1 คน
2. นิติคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน

3. สมาชิกทีมสหสาขาของออร์โธปิดิกส์ จำนวน 40 คน
4. บุคลากร พ.ร.ร.6 ที่สนใจ จำนวน 20 คน

สถานที่ ณ ห้องประชุมภูสิงห์ ชั้น 7 อาคารมหาวิทยาลัยรัตนนคร พ.ร.ร.6

#### งบประมาณ

ค่าวิทยากร 2 คน X 3 ชม. X 200 บาท/ชม.	900	บาท
ค่าอาหารว่าง 15 บาท X 60 คน	700	บาท
ค่าเอกสาร	500	บาท
รวม	2,100	บาท

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยและญาติ เกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
3. เจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น มีการประสานงานที่ดี และเกิดความพึงพอใจในงาน
4. เกิดการพัฒนาบุคลากร ให้มีความสามารถในการปรับระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กำหนดการอบรม

เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ รพ.ร.6

ณ ห้องประชุม ภูสิงห์ อาคารมหาวชิราลงกรณ์ชั้น 7

วันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2544

- |             |   |
|-------------|---|
| 1300 – 1310 | พิธีเปิด โดย ผอ.กองออร์โธปิดิกส์  |
| 1310 – 1320 | แนะนำโครงการอบรม โดย ร.อ.หญิงจิราพร สิมากร  |
| 1320 – 1400 | บรรยายเรื่อง “การทำแผนการดูแลผู้ป่วยของทิมสหสาขา”<br>โดย พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์                                  |
| 1400 – 1500 | บรรยายเรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี”<br>โดย ดร.ยวดี เกตสัมพันธ์                                   |
| 1500 – 1515 | พักรับประทานอาหารว่าง   |
| 1515 – 1600 | ประชุมกลุ่มปฏิบัติการ เขียนแผนการดูแลผู้ป่วยของทิมสหสาขา<br>โดย พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ และ ร.อ.หญิงจิราพร สิมากร |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บันทึกการเก็บเงินค่าอาหาร,ค่าห้องและค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย เลขที่ทั่วไป.....

เลขที่ภายใน.....

ยศ, ชื่อ.....อายุ		ตึก.....ห้อง			
.....ปี		.....			
สังกัด.....		โรค.....			
รับเมื่อ.....เวลา		จำหน่าย.....			
.....		เวลา.....			
อัตราต่อวัน		<input type="checkbox"/> ค่าอาหารสามัญ 70 บาท <input type="checkbox"/> ค่าห้องสามัญ 50 บาท <input type="checkbox"/> ค่าอาหารพิเศษ 180 บาท <input type="checkbox"/> ค่าห้องแอร์รวม 150 บาท <input type="checkbox"/> ค่าอาหารพิเศษวีไอพี 250 บาท <input type="checkbox"/> ค่าห้องพิเศษเดี่ยว 800 บาท/คู่ 420 บาท <input type="checkbox"/> ชำระโดยตรงทั้งหมด <input type="checkbox"/> ดันสังกัด (ในส่วนขององค์กรหรือบริษัทที่ เฉพาะส่วนเกิน เคยตกลงกันไว้)			
ลำดับที่	รายการค่ารักษาพยาบาล	รวมวัน	จำนวนเงิน	วันที่	หมายเหตุ
1.	ค่าอาหาร.....				
2.	ค่าห้อง.....				
3.	ค่ายาและเวชภัณฑ์.....				
4.	ค่าอุปกรณ์บำบัดโรค.....				
5.	ค่าอวัยวะเทียม.....				
6.	ค่าตรวจรักษาพยาบาลและ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าเอ็กซเรย์ (ระบุ)..... ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ..... ผ่าตัด..... ค่าดมยา..... ค่ายาฉีด..... ค่าล้างแผล..... ค่าเข้าเฝือก..... ตรวจทางพยาธิ..... เวชศาสตร์ฟื้นฟู..... อื่น.....				
	รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด				

ผู้ตรวจสอบ

(ลงชื่อ).....

...../...../.....

## ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✕ ลงในวงเล็บหน้าคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

1. ชื่อ..... นามสกุล  
.....
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ.....
4. สถานภาพสมรส  
( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย, หย่า
5. ระดับการศึกษา  
( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) 4. อุดมศึกษา หรือสูงกว่า
6. ท่านเข้ามาอนรรักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นครั้งที่.....

### ตอนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อรายการที่ถามความรู้สึกของผู้ป่วย เกี่ยวกับบริการที่ได้รับขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✕ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับตัวท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยมีความหมายหรือข้อบ่งชี้ ในการตัดสินใจ ดังนี้

- คะแนน 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงทั้งหมด  
คะแนน 4 เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนใหญ่  
คะแนน 3 ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริง  
คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนน้อย  
คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นว่าข้อความที่ให้มานั้นเกิดขึ้นจริงเป็นส่วนน้อยที่สุด  
หรือไม่เกิดขึ้นเลย

5 4 3 2 1

ตัวอย่าง

1. เจ้าหน้าที่พูดจากับท่านด้วยความสุภาพ ✕  
จากตัวอย่าง  
คำตอบหมายเลข 5 แสดงว่าเจ้าหน้าที่พูดจากับท่านด้วยความสุภาพทุกครั้ง



ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
<b>ด้านความสะดวก</b>					
1. ท่านเห็นว่าขั้นตอนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะดวกดี					
2. ท่านได้รับการเอาใจใส่ดูแลทันทีเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย					
3. หอผู้ป่วยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น สบู่ แป้ง เสื้อผ้า ผ้าห่ม ใว้ให้ท่าน					
4. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ท่านได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องคอยนาน					
<b>ด้านการประสานบริการ</b>					
5. พยาบาลสามารถติดต่อกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ที่ท่านต้องการพบได้อย่างรวดเร็ว					
6. พยาบาลได้ตรวจเยี่ยม และพูดคุยกับท่านเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของท่าน					
7. พยาบาลติดตามผลการรักษาพยาบาลหรือปัญหาของท่านเป็นประจำ					
8. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่าน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนการรักษาพยาบาล					
<b>ด้านอรรถยาศัยของผู้ให้บริการ</b>					
9. พยาบาลให้ความเป็นกันเองขณะให้การดูแลท่าน					
10. พยาบาลแสดงความเป็นมิตร ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส และทักทายทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยมท่าน					
11. พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความเอื้ออาทรท่าน					
<b>ข้อมูลที่ได้รับ</b>					
12. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ และพยาบาล					
13. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
14. พยาบาลอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับแผน และ กิจกรรมการ รักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง					
15. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม แผนการรักษาที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งต่อเนื่องที่บ้าน					
16. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั้งก่อน และ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เช่นการจัดท่าที่ถูกต้อง การบริหาร ข้อเข่า และกล้ามเนื้อรอบๆข้อ					
17. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่นวิธีใช้ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของยา					
18. พยาบาลให้เวลากับท่าน และเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยซักถาม ปัญหา และเสนอความต้องการ					
<b>ด้านคุณภาพบริการ</b>					
19. ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดจากแพทย์ และพยาบาล					
20. ท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มความสามารถจากทีมสุขภาพ					
21. พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการ และปัญหาของ ท่านได้ตามที่คาดหวัง					
22. การดูแลรักษาของแพทย์ และพยาบาลช่วยแก้ปัญหาสุขภาพ ของท่านได้					
23. ถ้าท่านมีปัญหาด้านสุขภาพอีก ท่านจะมารักษาที่โรงพยาบาล แห่งนี้แน่นอน					
<b>ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ</b>					
24. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และวิธีการชำระเงินค่า รักษาจากพยาบาล					
25. พยาบาลได้อธิบายถึงประโยชน์และรายละเอียดเกี่ยวกับค่า รักษาพยาบาล ให้ท่านทราบ					
26. ท่านเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเป็นธรรม					
27. ท่านรู้สึกว่าการรักษาพยาบาลที่จ่ายไปมีความเหมาะสมและ คุ่มค่า					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
<b><u>การรับรู้และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน</u></b>					
1. ท่านมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยในกองออร์โธปิดิกส์					
2. ท่าน และทีมสหสาขาฯร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย					
3. ท่านได้รับคำชี้แจงเหตุผลในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย					
4. ท่านเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ในการร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย					
5. ท่านเข้าใจบทบาท และหน้าที่ของสมาชิกทีมสหสาขาฯในการร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย					
6. ท่านทราบจุดมุ่งหมายหรือเหตุผลของการรักษาก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ					
<b><u>การยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของสมาชิกในทีม</u></b>					
7. ท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างอิสระภายในขอบเขตวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง					
8. ท่านและสมาชิกทีมสหสาขาฯ สามารถแสดงความรู้ และความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่					
9. เมื่อสมาชิกในทีมมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และการยอมรับแผนการรักษาร่วมกัน					
10. ท่านเชื่อว่าสมาชิกในทีมสหสาขาฯทุกคนมีความสำคัญในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเท่าเทียมกัน					
<b><u>การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลระหว่างสมาชิกในทีม</u></b>					
11. ท่านมีโอกาสสนทนากับทีมสหสาขาฯ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านมีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสหสาขาฯ ในประเด็นที่เกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
13. ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย					
14. ท่านมีโอกาสทำ Grand Round หรือ Peer Review ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาอย่างสม่ำเสมอ					
<b>บรรยากาศการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม</b>					
15. ท่านพบว่าในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกทีมสหสาขามีการโต้แย้งกันอย่างมีเหตุผล เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย					
16. หลังจากที่ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้วสมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็น					
17. การสนทนาในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหสาขา มักได้ข้อสรุปที่ทุกคนยอมรับ					
18. ท่านรู้สึกว่าการสนทนาโต้ตอบกัน เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของสมาชิกในทีมสหสาขาเป็นไปอย่างธรรมชาติ เปิดเผย และมีความจริงใจ					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ชุดที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

คำชี้แจง แบบสอบถามมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้น ตามความเป็นจริง

1. วิชาชีพของท่านคือ.....
2. ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

#### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นข้อความที่เกี่ยวกับความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านในการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสหสาขาในหอผู้ป่วย โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และหรือตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และหรือตรงกับความคิดเห็นของท่าน มาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และหรือตรงกับความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และหรือตรงกับความคิดเห็นของท่าน น้อย
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ และหรือตรงกับความคิดเห็นของท่าน น้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		5	4	3	2	1
1	ท่านกับสมาชิกทีมสหสาขากำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	✓				

หมายความว่า ข้อความนี้ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยเอกหญิง จิราพร สิมากร เกิดวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดเชียงราย สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยกองทัพบก มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2535 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งเลขานุการ สำนักงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย