

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการมีเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพแต่ราคาแพง ทำให้บริการสุขภาพในทุกๆระยะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ปีพ.ศ.2543 ประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเกือบ 300,000 ล้านบาท ใช้จ่ายทางด้านสุขภาพนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา ร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน (ประเวศ วัชรี, 2543) ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ (Health expenditure) สูงขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) ใน พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 6.2 ใน พ.ศ.2541 โดยมีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ คือ ในระหว่างปี พ.ศ. 2531-2541 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 6.32 ขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5.55 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542. หน้า 86) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวน่าจะส่งผลให้สถานะสุขภาพของคนไทยดีขึ้น แต่ข้อมูลจากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพ (Health indicator) ต่าง ๆ พบว่า แม้ว่าสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวมของ คนไทยจะดีขึ้น แต่ก็ไม่ได้ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพใกล้เคียงหรือน้อยกว่าประเทศไทย บางประเทศที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า กลับมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่า เช่น ประเทศศรีลังกา (WHO, 1998) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพของไทยยังมีปัญหาด้านประสิทธิภาพอยู่ค่อนข้างมาก เพราะใช้จ่ายมาก แต่ให้ผลตอบแทนน้อย ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพสามารถพิจารณาได้เป็น 2 กรณี คือ กรณีที่หนึ่ง คือ ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) นั่นคือทรัพยากรได้ถูกจัดสรรไปใช้ในกิจกรรมที่ทำให้เกิดผลตอบแทนทางด้านสุขภาพสูงสุดหรือไม่ และ กรณีที่สอง คือ ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Technical efficiency) นั่นคือ ทรัพยากรได้ถูกใช้ไปโดยมีการสูญเสียน้อยที่สุดหรือไม่ ประกอบกับการเกิดภาวะเศรษฐกิจ รัฐบาลจำเป็นต้องปรับลดงบประมาณลงโดยปรับแนวคิดและโครงสร้างของระบบบริการซึ่งประสบปัญหาขาดประสิทธิภาพและไม่สนองต่อความต้องการของสังคม จึงเกิดนโยบายปฏิรูประบบราชการ นำไปสู่

การเปลี่ยนแปลงอย่างมากทางด้านสุขภาพที่เรียกว่า "การปฏิรูประบบสุขภาพ" เพื่อให้ทันต่อ การเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพในอนาคต

จากปัญหาดังกล่าวประกอบกับการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหา รูปแบบการบริหารจัดการในการที่จะควบคุมกำกับดูแลให้การรักษายาบาลมีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่าย รูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ประกอบกับ แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ที่มุ่งเน้นการดูแล ที่ยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาคุณภาพการดูแล อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วม ของสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้หลายโรงพยาบาลพยายามจัดการกับระบบบริการ ภายในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยคำนึงถึงคุณภาพและประโยชน์ของ ผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องศึกษาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากในปัจจุบัน พยาบาลถือเป็น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย ญาติ และเป็นแกนกลาง ของการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ ตลอดเวลา (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542. หน้า 7)

การที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายและทรัพยากร ที่ลงทุนไปนั้น จำเป็นต้องเน้นการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของ ผู้รับบริการเป็นสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ซึ่ง รูปแบบความร่วมมือมีรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่สนใจในปัจจุบัน คือ การจัดการผู้ป่วยราย กรณี (Case Management) ซึ่งสามารถช่วยให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการ ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่เหมาะสม

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพที่มีเป้าหมาย ในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วย ให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ที่มีอยู่ใน องค์การบริหารทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (Zander, 1988. p. 23) เน้นการทำงานร่วมกันของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Koenig, 2001. p. 73) เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ (Ortiz & Riippi, 2001. p. 81) และเกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย (Cohen & Cesta, 2001. p. 33) นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแล เชิงจัดการ (Managed Care) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพได้รับผลประโยชน์

จากบริการด้านสุขภาพเต็มที่ โดยการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรด้านสถานบริการสุขภาพ ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง จำกัดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่เหมาะสม (More & Mandell, 1997. p. 7) การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ (เวรดี ศิรินครและคณะ, 2543) และผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลของทีมสุขภาพคือ ผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

ผู้จัดการรายกรณี คือผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีแผนการดูแล (Clinical pathway) โดยผู้จัดการรายกรณี จะดูแลและปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน ตลอดจนรับผิดชอบตรวจตราความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้เหมาะสมที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง และมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นมาตลอด (Zander, 1988)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแนวคิดที่มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งใช้กันแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา และในประเทศไทยได้มีการนำมาประยุกต์ใช้หลายโรงพยาบาล และได้มีผลการวิจัยสนับสนุนผลลัพธ์อย่างชัดเจน เช่น จากการศึกษาของ จิราภรณ์ ศรีไทย ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ให้การดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ให้การดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติ เท่ากับ 10,466.80 บาท และ 13,016.35 บาท ตามลำดับ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบปกติ คือ 6.5 วันและ 11.25 วันตามลำดับ การศึกษาของ นาวาตรีหญิงศุวรัชนี ฐิพมา ยศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร พบว่าระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ไม่แตกต่าง ค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนครั้งการเกิด ภาวะแทรกซ้อนลดลง และความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยหลังใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เป็นอันดับที่ 6 และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นลำดับที่ 12 ของโลก ในปี พ.ศ.2543 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึง 2.74 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 โรคนี้จะเป็นสาเหตุ ของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 และเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยลำดับที่ 5 ของโลก (ชายชาติ โภธิรัตน์, 2543. หน้า 8) สำหรับในประเทศไทย แม้ไม่มีรายงานสถิติการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้อย่าง ชัดเจน แต่พบว่ามียุติชีวิตด้วยโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี 2545 และ 2546 เท่ากับ 5,831 คน และ 7,326 คน ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีผลกระทบรุนแรงทั้งเรื่องคุณภาพชีวิตและการสูญเสียชีวิตแล้ว โรคนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงด้วย จากการศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายรวม สูงเป็นอันดับ 5 ของโรคทั้งหมด และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อ รายเป็นอันดับ 1 เฉลี่ย 2,645 บาท/ราย อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังติดอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย Pneumonia, Diarrhea, spontaneous vertex delivery, Dyspepsia และ COPD ตามลำดับ และโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตบ่อย คือ Head injury, AIDS, COPD, CA และหัวใจวาย เฉียบพลัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของโรค ที่มีการเสียชีวิตที่บอบช้ำของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มนี้เป็นโรคที่ต้องหารูปแบบในการรักษาและเน้นถึงคุณภาพในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 130 คน มีจำนวนมารับการรักษา ในโรงพยาบาลถึง 251 ครั้ง อีกทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบัน การดูแล รักษา มักให้การรักษาดูตามอาการ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย ในการดูแล ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์ จำหน่ายกลับบ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมักกลับเข้ามารักษาซ้ำ และมีอาการหนักเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

โรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในเด็ก

อายุ 0-5 ปี โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี และผลของการดำเนินงานสามารถลดค่าใช้จ่าย และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยได้ โดยค่าใช้จ่ายลดลงหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ 1,606 บาท ต่อราย เป็น 1,196 บาทต่อราย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงจาก 4 วัน เป็น 3 วัน จึงพิจารณานำรูปแบบที่ได้มาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆต่อไป

ด้วยสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลเชียงใหม่ จึงได้พิจารณานำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยรูปแบบการดูแลเป็นรูปแบบใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด และใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด โดยมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตและสมรรถนะการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบการให้การดูแลรักษา ที่มีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และกำหนดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความสำคัญของการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอน และยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีความสำคัญ และมีประโยชน์มากในการนำรูปแบบการทำงานแบบใหม่ ที่มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากขึ้น และช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่เกินจำเป็น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ศึกษาถึงสภาพปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยศึกษาในด้านรูปแบบการดูแลรักษา การใช้ทรัพยากร คุณภาพการดูแล การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. การออกแบบพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.1 ออกแบบและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.2 กำหนดขั้นตอนการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.3 พัฒนาแบบบันทึกสรุปลำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสรุปลำจำนวนวันนอน

ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

- 2.4 พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 2.5 พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. การทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.1 นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้ ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองครั้งนี้
 - 3.2 กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย

3.3 ทีมสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 34 คน

4. การประเมินผลรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 4.1 ประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
 - 4.2 ประเมินจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
 - 4.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 4.4 ประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ และรับรักษา ไว้ในโรงพยาบาลจนถึงวันที่จำหน่ายกลับบ้าน โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยให้การดูแลตามแผนการดูแล (Clinical Pathway) ที่ทีมสุขภาพร่วมกันสร้างขึ้นมาใช้กับผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการดูแล รวมทั้งติดตามประเมินผลการดูแล ในกรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามแผน ทีมสุขภาพร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

2. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ทำหน้าที่วิเคราะห์ ประเมินผลและติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผน รวมทั้งให้การดูแล ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้แก่ ค่าห้อง ค่ายา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ค่าบริการทางการแพทย์ Lab x-ray

4. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาและได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จนถึงวันที่จำหน่ายกลับ

5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวก ความรู้สึกที่ดี ความคาดหวัง ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6. ความพึงพอใจรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของทีมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกในทางบวก ความคาดหวัง อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ให้บริการรับรู้ต่อลักษณะการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เกิดขึ้น

7. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการทรุดลงกว่าเดิมแบบเฉียบพลัน เช่น หอบมากขึ้น เสมหะมากขึ้น เสมหะสีเขียว หรือมีไข้ โดยที่ไม่มีภาวะหัวใจคั่ง ปอดอักเสบ ลมในเยื่อหุ้มปอด และไม่ไข้อบเหตุ

