

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.1 วิวัฒนาการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.2 ความหมาย
 - 1.3 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.4 แนวคิดและหลักการ
 - 1.5 คุณลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.6 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.7 บทบาทของผู้จัดการรายกรณี
 - 1.8 ข้อดีและข้อเสียของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 1.9 การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการและทีมสุขภาพ
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. การวิจัยและพัฒนา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย (Care Delivery System) เป็นวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้บริการที่มีคุณภาพในยุคการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบัน นอกจากการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพแล้ว ยังต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย ในการดูแลด้วย ในสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดบริการที่จะช่วยให้การดูแลบรรลุเป้าหมายดังกล่าว รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบหนึ่ง ที่ได้รับความสนใจ ในปี ค.ศ. 1920 ได้มีการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิต ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้นำกระบวนการนี้ไปใช้กับ

ผู้ป่วยจิตเวช (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543) เมื่อปี ค.ศ. 1930 พยาบาลสาธารณสุข ได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ในช่วง ค.ศ. 1980 – 1981 ได้มีการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเนื่องจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ และมีการนำระบบการคาดคะเนค่าใช้จ่าย (Prospective Payment System: PPS) มาใช้ ประกอบกับผู้ใช้บริการต้องการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มากยิ่งขึ้น (American Nurse' Association, 1988)

1.1 วิวัฒนาการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยมีวิวัฒนาการของการจัดการรายกรณี เป็นลำดับ ปี ค.ศ. 1860 เกิดระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างง่าย ๆ ขึ้น ในขณะมุ่งเน้นการให้บริการแก่คนยากจนและผู้อพยพ ซึ่งมีปัญหาในเรื่องของการประสานงานและการบริการ จากปัญหาในเรื่องของการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานทางด้านสุขภาพ ต่อมาในปี ค.ศ.1901 ริชมอนต์ ได้สร้างรูปแบบของ Case Co-ordination ขึ้น โดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Kersbergen, 1966. p. 70) ในปี ค.ศ.1920 ได้มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิต และปี ค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุข ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วย จิตเวชร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ (เรวดี ศิรินคร และ คณะ, 2543) ในปี ค.ศ.1980 เป็นต้นมา เริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตเฉียบพลัน ประกอบกับการกำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group : DRG) ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงการควบคุมคุณภาพบริการด้วย (American Nurse' Association, 1988)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย หลังจากที่มีการตื่นตัวจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดบริการ รูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำระบบ DRG (Diagnosis Related Group) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีหลายโรงพยาบาลพยายามจะจัดการกับ

ระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในรูปของทีมงานทางคลินิก Patient Care Team

ในการประชุม 2nd National Forum on Hospital Accreditation เมื่อวันที่ 23–25 กุมภาพันธ์ 2543 (เวรดี ศิรินคร และ คณะ, 2543) โรงพยาบาลหลายแห่งได้นำเสนอผลงานแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Clinical Pathway) ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ จะเป็นเครื่องมือสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพในลักษณะสหสาขา ช่วยให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม ฉะนั้นเพื่อเป็นการรองรับการนำแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพไปใช้และให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประหยัดคุ่มค่า จึงควรมีการพิจารณานำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป

1.2 ความหมาย

มีการให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐหรือมุมมองของแต่ละองค์กร

อเมริกันเนสแอสโซซิเอชัน (America Nurse Association) ได้ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า "เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย" (America Nurse Association, 1991. p 6 อ้างอิงจากจินตนา ยูนิพันธ์และคณะ, 2546 หน้า 11)

แซนเดอร์ (Zander) ได้กล่าวว่า " การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม" (Zander, 1988, p. 23)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของอเมริกา (Case Management Society of America) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า "เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ่มค่า" (Case Management Society of America อ้างอิงจากเวรดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

ลาตินีและโฟต (Latini and Foote) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ ระบบการให้การดูแลที่มุ่งเน้นการปรับปรุงในเรื่องการเน้นเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วยในเรื่องเวลาที่เฉพาะเจาะจง ผสมผสานความสามารถของสมาชิกทีมสุขภาพ โดยใช้แผน (Clinical pathway) คาดหมายระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล บอกผลลัพธ์ เป้าหมาย และบอกทิศทางของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเภทของการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง (Latini and Foote, 1992 อ้างอิงจาก จินตนา ยูนิพันธ์และคณะ, 2546 หน้า 11)

โซเวลและมีโดว์ (Sowell and Meadows) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ กับผู้จัดการผู้ป่วยความเป็นหุ้นส่วนได้แก่ การวางเงื่อนไขในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องโดยการเชื่อมโยงผู้รับบริการกับแหล่งทรัพยากรที่หาง่าย และจัดให้มีการประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามผล (Sowell and Meadows, 1994. p. 54)

เวิร์คและซูลลิแวน (Work and Sullivan) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้บริการ (Work and Sullivan, 1999. p. 153)

ยังและโซเวล (Young and Sowell) กล่าวว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการรักษาคุณภาพของผลการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้อยู่บนพื้นฐานของสหวิทยาการและการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Young and Sowell, 1997. p. 13)

กล่าวโดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.3 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย (Conti, 1993. pp. 18-21 อ้างอิงจากจินตนา ยูนิพันธ์และคณะ, 2546 หน้า 12-13)

1.3.1 Private การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และ ครอบครัว ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยบริการของรัฐ

1.3.2 Social การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ในชุมชน และต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ ผู้รับบริการจนบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว

1.3.3 Primary care การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์ และการควบคุมดูแลสุขภาพ

1.3.4 Insurance การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อ ป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

1.3.5 Nursing การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการของพยาบาลต่อ กระบวนการความเจ็บป่วยของผู้รับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของการพยาบาล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ โดยแบ่งตามระดับบริการ

- 1) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์ (New England Model) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยแบบอริโซนา (Arizona Model) มุ่งเน้น การจัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล
- 3) รูปแบบการจัดการสุขภาพแบบสมบูร์น (Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการแบบต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในระยะก่อนการเจ็บป่วย รวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 4) รูปแบบชุมชน (Public Health Model) มุ่งเน้นการจัดการให้แก่ ผู้รับบริการที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน
- 5) รูปแบบศูนย์พยาบาล (Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการ ผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการดูแลทั้งหมด

รูปแบบการดำเนินการจัดการรายกรณี

รูปแบบการดำเนินการจัดการรายกรณีจะประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้ (เรวดี ศิริ นคร, 2548. หน้า 76-77)

1. ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital Base) ซึ่งปกติลักษณะการดำเนินการตามระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ลักษณะนี้ นอกจากจะดำเนินการตามองค์ประกอบของระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในรายกรณีดังกล่าวข้างต้นแล้วจะมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Discharge Plan) ร่วมด้วย รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่าคุ้มทุน (Utilization Review) และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ด้วย
2. ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit Base) การดำเนินการอาจจะดำเนินการใน 1 ถึง 2 หอผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล เช่น ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น
3. ดำเนินการในชุมชน (Population or Community Based) การดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับชุมชนรูปแบบนี้ จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยจนกลับบ้านหรือหาย
4. ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease Management) ซึ่งมีจุดมุ่งเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่เริ่มอาการจนกระทั่งสิ้นสุด จะเป็นการให้สุศึกษาและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเป็นส่วนประกอบสำคัญ

1.4 แนวคิดและหลักการ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบ/แนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ/ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน หรือส่งต่อ

ให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมบางประเภท เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย

1.5 คุณลักษณะของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ, 2546 หน้า 13-14)

1.5.1 เป็นระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuity) ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง กาย จิต และสังคม (Comprehensive Care)

1.5.2 เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative Practice) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกันที่เรียกว่า Clinical Pathway และมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Management หรือ Patient Care Manager) เป็นผู้จัดประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายหรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การตั้งผลลัพธ์การดูแลและการประเมินผลนั้นควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

1.5.3 เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นแล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการด้วย

1.5.4 เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับการพิจารณาที่จะนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย

5) กลุ่มผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

1.5.5 เป็นระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Method) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Nursing) โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของใช้

1.6 องค์ประกอบของระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการดังนี้ (เวรดี ตีรินคร และคณะ, 2543. หน้า 7)

1.6.1 การประสานความร่วมมือของทีมีสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล

(collaborative practice) การประสานความร่วมมือของทีมีสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน การประสานความร่วมมือของทีมีสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน (coordination) หรือการรายงาน(report) เท่านั้นแต่จะหมายรวมถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

2) การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่น Utilization Management หรือ Utilization review

3) การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

1.6.2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่สำคัญได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมีสหสาขา (Clinical pathways) ซึ่งทีมีสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้น สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมีสหสาขา แต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วนได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิต อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆ หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็น วัน หรือ นาที่ หรือ สัปดาห์

1.6.3 ผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย (Yoder wise, 1995. p. 543) ข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆ พบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี นอกจากนี้สิ่งต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องเริ่มต้นและวางแผนให้มืองค์ประกอบเพิ่มเติม (Petryshen & Petryshen, 1992) คือ

1) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum of care) ซึ่งเป็นการบริการที่จะให้กับผู้ป่วยภายหลัง เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้แหล่งบริการผู้ป่วยนอก หรือแหล่งบริการที่มีอยู่ในชุมชน ผู้จัดการผู้ป่วยจะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน หรือให้การติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

2) การวิเคราะห์สภาพของผู้ป่วยที่มีความแตกต่าง (Variance Analysis) คือการวิเคราะห์อาการของผู้ป่วย ที่มีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย เรียกว่าความแปรปรวน (Variance) และมีการจัดบันทึกความแปรปรวน (Variance Analysis) รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแปรปรวน เพื่อทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ จะได้ใช้ข้อมูลในการเพิ่มพูน

ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำกว่าที่กำหนดไม่ได้เป็นไปตามแผนการดูแล เนื่องจากทีมผู้รักษามีงานอื่นๆ ที่ต้องทำ ทำให้ผู้บริหารได้เห็นวาระชีวิตนั้น ๆ มีการะงานมากเกินไป การวิเคราะห์ความแปรปรวนนี้จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นจะต้องใช้แหล่งบริการรักษาอื่นๆ นอกจากที่กำหนดไว้ในแผน ถ้าเกิดมีกรณีนี้ซ้ำ ๆ กันจำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล

1.7 บทบาทของผู้จัดการรายกรณี

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้อำนวยการทางคลินิกซึ่ง มีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพราะผู้จัดการรายกรณี จะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ดังนี้ (Powell, 1996. p 24 อ้างอิงจาก จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543. หน้า 22-25)

1.7.1 เป็นผู้ประสานงานของแผนการดูแลและการบริการ (Coordination of plan of care and services) ถ้าผู้จัดการรายกรณี สามารถกระทำในบทบาทนี้ได้ดี จะทำให้ระบบการทำงานราบรื่นให้ประโยชน์แก่ทุกๆฝ่าย โดยต้องประสานงานและทำให้เกิดความร่วมมือของทีมเพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ การประสานการบริการนี้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทางจิตสังคม การคุ้มครองของบริษัทประกันและอื่น ๆ

1.7.2 การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย (Patient advocate) ประการหนึ่ง ของการปกป้องคุ้มครอง คือ การช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความมีอิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้พวกเขาเกิดพลังอำนาจ (Empower) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับข้อมูลต่างๆ อย่างชัดเจน ถูกต้อง และตรงตามความต้องการ และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกด้วยการอธิบายและให้บริการต่างๆ ตามที่ต้องการ

1.7.3 ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น (Protector of privacy and confidentiality) ผู้จัดการรายกรณี ต้องปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล

1.7.4 การกำกับดูแลผู้ป่วย (Direct patient care) ผู้จัดการรายกรณี อาจมีหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงก็ได้ บางคนอาจจะช่วยเหลือโดยการกำกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานในสัปดาห์ ของพยาบาลคนอื่น ๆ

1.7.5 สื่อนำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Conducting multidisciplinary patient care round) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมจากสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การตรวจเยี่ยมประจำวันกลุ่มแพทย์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมดของผู้จัดการ รายกรณี ประจำสัปดาห์และการประชุมปรึกษากการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบ ในการอำนวยความสะดวกและการประสานงานกับทีมการตรวจเยี่ยม

1.7.6 การคัดกรองผู้ป่วย (Case screening) ผู้ป่วยทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่สมควรได้รับ ประโยชน์สูงสุด จากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.7.7 การประเมินและการประเมินซ้ำ (Assessing and reassessing) ความต้องการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละวัน การประเมินใหม่อย่างสม่ำเสมอ ในด้านสภาพทางกายของผู้รับบริการ การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ความต้องการด้าน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในแนวทางที่กำหนด และเป็น การเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด หรือเมื่อมีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

1.7.8 แนะนำข้อมูล (Information guide) ผู้จัดการรายกรณีต้องใช้เวลา เมื่อ ผู้รับบริการและครอบครัวไม่ทราบว่าสิ่งที่เขาต้องการคืออะไร เพราะในสถานการณ์ที่พวกเขาพบ มักเป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไปซึ่งมีจำนวนมาก การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลให้เป็นการช่วยเหลือ ผู้รับบริการและครอบครัวได้ดีมาก

1.7.9 ผู้ให้การปรึกษาในภาวะวิกฤต/เศร้าโศก (Crisis intervention / Grief counseling) ทักษะนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งสามารถพัฒนาทักษะนี้ จนกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ มากขึ้นได้โดยการเข้าร่วมสัมมนาหรือการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.7.10 เป็นผู้ชำนาญในการลดความขัดแย้งและเป็นผู้ตัดสินความ (Conflict resolution expert and referee) ความกลัวและความโกรธ เป็นอารมณ์ปกติที่ผู้ป่วยและครอบครัว แสดงออก บ่อยครั้งที่การรับรู้และรับฟังอย่างเอาใจใส่สามารถลดความโกรธได้ นอกจากนั้น ความซื่อสัตย์และการตอบอย่างครอบคลุม เป็นสิ่งช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แต่ต้อง มีการค้นหาแก่นของปัญหาจริงๆ ความขัดแย้งนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

1.7.11 ผู้ที่ทำให้เกิดความสมบูรณ (Integrator) ผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ เป็นผู้ร่วมมือรวบรวมการแยกการจ่ายของการดูแล ที่มีสาเหตุมาจากแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญมีมนุษยสัมพันธ์ภาพน้อย

1.7.12 พัฒนาศักยภาพบุคลากร (Staff Development) การใช้เวลาในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จะช่วยให้แพทย์และพยาบาล เข้าใจว่าแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ลดการใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจผู้ป่วย

1.7.13 ผู้รายงานกรณีผู้ป่วย (Case Presentation) ผู้จัดการรายกรณี มักต้องเป็นผู้รายงานกรณีผู้ป่วย ที่ยากต่อการรักษาของแพทย์ฝึกหัด ในระหว่างที่มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อการศึกษา ซึ่งนับเป็นโอกาสที่ดีในการอธิบาย แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปจนถึงงบประมาณของผู้ป่วยรายนั้น และอธิบายแนวทางที่สามารถจะเป็นไปได้ ในการปรับปรุงการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

1.7.14 ผู้ให้ความรู้ (Education) ผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หัวข้อที่ให้ความรู้เช่น ขั้นตอนการเกิดโรคและการรักษา การให้การดูแลต่างๆ และข้อมูลอื่นๆที่ช่วยให้เกิดความรอบรู้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อสามารถให้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการคุ้มทุนซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจมากขึ้น

1.7.15 การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การประเมินการรักษาทั้งหมด ภาวะจิตสังคม และการเงินของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามหลังการจำหน่ายด้วย

1.7.16 การต่อรองและนำมาซึ่งทรัพยากรและการบริการ (Negotiating and procuring resources and service) ผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่เหมือนกับผู้แก้ปัญหา โดยทั่ว ๆ ไป พยายามจัดหาทรัพยากรและการบริการต่างๆ ที่เหมาะสมมาสู่ผู้รับบริการ

1.7.17 ผู้จัดการเอกสารของแผนต่างๆ (Documentor of plans) ผู้จัดการรายกรณี ต้องรับผิดชอบในการกระทำของทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องบันทึกเอกสาร เนื่องจากเอกสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหลักฐานทางกฎหมายที่สังเกตได้

1.7.18 ผู้ช่วยเหลือแพทย์ (Physician support) ผู้จัดการรายกรณีบางคนร่วมกับแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยนั้น บทบาทนี้อาจทำซ้ำตลอดวัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพบางอย่างของผู้ป่วย หรือผลการตรวจต่าง ๆ อยู่ในภาวะวิกฤต

1.7.19 ผู้ติดตามคุณภาพการดูแล (Monitor quality of care issues) การติดตามเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทำให้การปฏิบัติมีแนวทาง และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้

1.7.20 การตรวจสอบประโยชน์ที่ได้รับ (Utilization review) เป็นกระบวนการของการติดตามดูปริมาณการบริการที่ได้รับและความรุนแรงของโรค ความจำเป็นในการใช้ยา และระดับการดูแลที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดไปสู่การวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม หน้าที่ในการตรวจสอบประโยชน์ที่ได้รับ เหมือนกับความสามารถในการตรวจสอบความเหมาะสมในประโยชน์ที่ได้รับจากบริการของโรงพยาบาล และทรัพยากรที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

1.8 ข้อดีและข้อเสียของระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ยูวดี เกตส์มันท์, 2546)

ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่จะพบว่ามีข้อดีและข้อเสียหลายประการ ดังนี้

ข้อดี

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพรวดเร็ว ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลสั้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน
2. สามารถลดค่าใช้จ่าย เพราะใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เหมาะสม
3. ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระบบนี้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งวิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ
4. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในตนเองและการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะผู้จัดการดูแลรักษาผู้ป่วยรายกรณี และเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

ข้อเสีย

1. การดำเนินการระบบนี้ บางเรื่องซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
2. ถ้าผู้จัดการรายกรณี ไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพออาจทำให้ผลการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
3. ถ้าผู้จัดการรายกรณี ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไป อาจจะทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ

1.9 การนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้

การดำเนินการเพื่อนำ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ในหน่วยงาน ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการควรพิจารณาข้อมูลพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบนี้ เพื่อให้สามารถวางแผนดำเนินงานได้อย่างรัดกุม ส่งผลให้การนำระบบมาใช้มีความสำเร็จสูง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถพิจารณาได้จากคำถามดังต่อไปนี้

1.9.1 ทำไมโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต้องการใช้ การจัดการรายกรณี คำตอบเป็นเพราะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการหรือเพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยดีขึ้นหรือต้องการลดความหลากหลายและความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้ป่วยจากระบบเดิม ที่แต่ละคนแต่ละสาขาอาชีพต่างคนต่างทำ หรือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานหรือต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย หรือเพื่อหาผลกำไร

1.9.2 ใครจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และจะกำหนดบทบาทของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานนั้นๆ อย่างไร

1.9.3 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนดให้มีขึ้น เป็นการจัดการที่เป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพหรือไม่

1.9.4 ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานมีระบบหรือกระบวนการใดที่มีการใช้อยู่แล้ว และสามารถนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้กับ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.9.5 ใครบ้างในโรงพยาบาลหรือในหน่วยงานที่มีความรู้เกี่ยวกับ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และจำสามารถช่วยในการพัฒนาระบบนี้ได้

คำตอบที่ได้จากคำถามดังกล่าวข้างต้น จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนสำหรับผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ในองค์กร ยกตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าคนส่วนใหญ่ในองค์กรยังไม่เห็นความสำคัญหรือไม่ทราบเหตุผลของการนำระบบการดูแลผู้ป่วยมาใช้ การวางแผนการดำเนินงานอาจเริ่มด้วยการให้คนในองค์กรมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย

เมื่อบุคลากรในองค์กรทราบเป้าหมายของหน่วยงานว่าจะดำเนินการไปทางไหนแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการดำเนินการเพื่อนำ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปปฏิบัติ

ขั้นตอนการนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathways)

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วน ๆ ระบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่องไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจึงมีการเรียกกันว่า critical pathway หรือ clinical maps ซึ่งในระยะต่อมามีสถาบันบางสถาบันเปลี่ยนชื่อเป็น clinical path หรือ critical pathway เหตุผลที่เปลี่ยนเพราะคำ critical เป็นคำที่ให้ความรู้สึกเร่งเร้า ดังนั้นในปัจจุบันจึงมักเห็นคำต่าง ๆ เหล่านี้ใช้แทนกันเสมอๆ ซึ่งในหนังสือเล่มนี้จะใช้คำว่า clinical pathway

การจัดทำ Clinical pathway อาจเป็นการจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) หรือระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดยสถาบันหนึ่ง เมื่อนำมาใช้กับอีกสถาบันหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละสถาบันจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเอง

การจัดทำ Clinical pathway มีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการนำมาจัดทำ Clinical pathway วิธีการเลือกใช้การศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ใช้พิจารณาได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาเป็นวันที่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนผู้ป่วย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำ Clinical pathway คือ

- 1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน
- 1.2 กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง
- 1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- 1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความต่างกันมาก

1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่าย

1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่นๆ เช่นกลยุทธ์ที่ต้องการมีให้มีการร่วมมือกันของของแพทย์หลายๆ สาขาหรือสาขาวิชาชีพอื่น จึงเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นต้น

2. จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด Clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3. กำหนดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิกตามเวลาที่กำหนดโดยแบ่งเป็นช่วงเวลาซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4. กำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การกำหนดนี้อาจใช้วิธีการประชุมระดมสมองหรืออาจใช้วิธีขอความเห็นจากสมาชิกในทีมแล้วนำมาสรุป หรืออาจใช้วิธีมอบหมายให้มีผู้ศึกษาแบบแผนการรักษาจากที่ทำกันเป็นประจำ

5. สรุปเป็นแผนแล้วเสนอให้สมาชิกพิจารณา หรืออาจใช้วิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสมก็ได้ ข้อสำคัญวิธีนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกในทีมเห็นชอบ

6. การเขียน Clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาน โดยทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลรักษาในแต่ละช่วงเวลา ประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ

6.2.1 การส่งตรวจต่างๆ

6.2.2 รายการยาต่างๆ

6.2.3 ชนิดอาหาร

6.2.4 กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

6.2.5 ความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วย

6.2.6 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่น



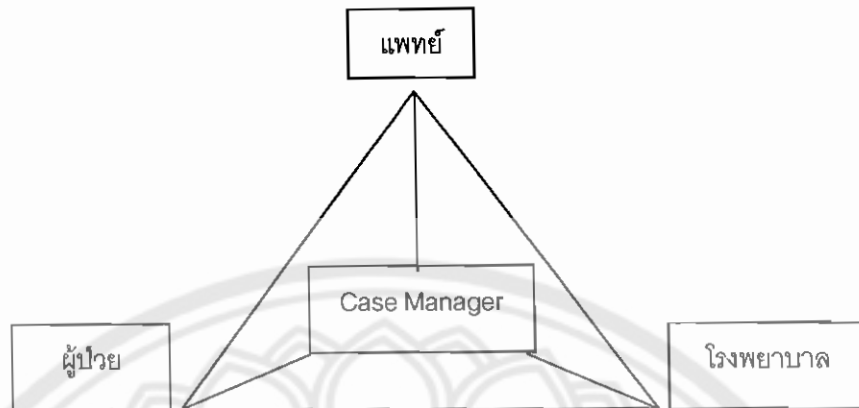
7. การทบทวน clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง **สำนักหอสมุด**
โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความ
เป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ประโยชน์ของ clinical pathway

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาดูแลรักษาพยาบาลที่หลากสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน
ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อน
ของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา
2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่ย่างไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผน
วันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น
3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
4. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในงบประมาณ
6. ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูล
ที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และเป็นไปในแนวเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและ
ช่วยเพิ่มความพึงพอใจ
7. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพ
การบริการ

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

การนำระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีลงปฏิบัติในหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการประสานงาน
ที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้มี
ผู้รับผิดชอบ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยมากจะมีการมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการ
ดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล
และโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้



การประสานงานกับผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณี ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้ clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้ง ติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการรายกรณี ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผน สำหรับในส่วนของเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่างๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับให้การดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ การติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณีทบทวน clinical pathway ทุก 2 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้เป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้จัดการรายกรณี จะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไขสิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือการบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวนที่กล่าวถึงคือ variance ได้แก่ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวร แต่ละวัน กับสิ่งที่คาดว่าจะ

จะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน clinical pathway ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ ถ้าพบต้องหาสาเหตุว่าจากสาเหตุใดซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุคือ

1. สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป
2. สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษา จากจำนวนผู้ให้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่วางทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้
3. สาเหตุจากตัวผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการตรวจ การรักษา

หลังจากตรวจพบความแปรปรวน การดำเนินการคือถ้าเป็นความแปรปรวนที่เกิดจาก ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการจัดการแก้ไขทันที ถ้าเกิดจากระบบต้องหาว่าจากสาเหตุใดส่วนการแก้ปัญหา จะต้องแก้ทันทีหรือไม่ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้น แต่ต้องมีการรายงานให้กับทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ทราบ สำหรับความแปรปรวนที่เกิดจากผู้ป่วย โดยมากมักจะใช้วิธีการเปลี่ยนการวิธีการรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่าย/ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

1. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่าย หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการในการ ดำเนินการจัดบริการ (สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์, 2546; อัญชลี ธาดากาศย์, 2546) เป็นค่าใช้จ่าย ทั้งหมดที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จของงานหรือโครงการ หรือผลผลิตอย่างใดอย่างหนึ่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) ดังนั้นจากความหมาย ข้างต้นสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายหมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลสำเร็จของงาน หรือโครงการ รวมทั้งผลผลิตหรือบริการในการดำเนินการจัดบริการ

การจำแนกประเภทของค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายแบ่งได้ 3 ประเภทตามรายการที่คิดค่าใช้จ่าย (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544; วราภรณ์ ปิณฑวลี, 2546) คือ

- 1) ค่าใช้จ่ายทางบัญชี เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เป็นตัวเงินที่เกิดจากการแลกเปลี่ยน กับสิ่งที่เราต้องการ เป็นตัวเงินที่ได้ใช้จ่ายไปจริง สามารถมองเห็นและนับได้อย่างชัดเจน ซึ่งได้มา

จากการทำรายงานด้านการเงิน การบัญชี เช่น ค่าซื้อวัตถุดิบ ค่าแรง ค่าเงินเดือน ค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น

2) ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐศาสตร์ เป็นทรัพยากรที่ใช้ไป รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ตัวเงิน อาจเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน จับต้องไม่ได้ รวมทั้งผลพวงทางด้านลบซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการวิเคราะห์และกำหนดค่าประเมินขึ้น และนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายด้วย เช่น ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วย

3) ค่าใช้จ่ายค่าเสียโอกาส เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้รับประโยชน์จากทางเลือกอื่นที่ดีที่สุด เนื่องจากได้ตัดสินใจดำเนินการทางเลือกอื่นทางหนึ่ง

หากจำแนกชนิดของค่าใช้จ่ายตามวิธีการคิด สามารถจำแนกได้ 2 ชนิด (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาภรณ์, 2544; วราภรณ์ ปันณวลี, 2546) คือ

1) ค่าใช้จ่ายทางตรง (direct cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายโดยตรงของกิจกรรมนั้น ๆ อาจเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct medical cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย หรือมาจากวิธีการรักษาที่ได้รับ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical cost) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นผลโดยตรงจากการรักษา เช่น ค่ายานพาหนะเดินทางของผู้ป่วยและญาติในการมารักษาพยาบาล ค่าที่พักของญาติ

2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (indirect cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียผลผลิตหรือรายได้ (loss of productivity or earning lost) เช่น รายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นตัวเงิน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งค่าใช้จ่ายถือตามใบสรุปค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเชียงใหม่ได้แก่ ค่าห้อง ค่ายา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ค่าบริการทางการแพทย์ Lab, x-ray และอื่น ๆ

2. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่ยังบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล

จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542)

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพหนึ่งที่บ่งบอกประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทที่สำคัญมากที่จะกำหนดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจาก เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

4.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน เช่น

ปราณี อารยะศาสตร์ (2519) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นท่าที ความรู้สึก หรือทัศนคติในทางที่ดีของบุคคลที่มีต่องานที่ทำอยู่ ถ้าบุคคลใดมีความพึงพอใจในงานมากจะมีการเสียสละอุทิศแรงกาย แรงใจ แรงปัญญาให้แก่งานมาก ส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจในการทำงานน้อยมักทำงานตามหน้าที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบที่เป็นแรงจูงใจที่มีอยู่ในงานนั้น

วอลแมน (Wolman) ให้ความหมายว่า คือความรู้สึกมีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการ หรือความแรงจูงใจ (Wolman, 1973)

บราวน์ (Brown) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการ และสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา (Brown, 1992)

แวร์และคณะ (Ware, et al.) ได้สรุปลักษณะความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางสุขภาพ ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ด้าน (Ware, et al, 1978 อ้างอิงจาก จิราพร สิมากร, 2544) ดังนี้

1. ศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแลที่แสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจและความห่วงใย
2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่างในการดูแล ความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ความแม่นยำ และการอธิบายเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ทำ

3. ความสะดวกสบาย (Accessibility) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทาง ความสะดวก

4. ค่าใช้จ่าย (Finances) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและการให้บริการ ที่ได้รับ ความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย และครอบคลุมของการประกันต่างๆ

5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวก ด้านสถานที่ ความสะอาด ความสว่าง

6. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การให้บริการที่พร้อมทั้ง ด้านบุคลากร การบริการ มีปริมาณเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแล และพร้อมที่จะให้บริการ

7. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการอย่าง ครบถ้วน โดยผู้ให้บริการคนเดียว ในสถานบริการเดียว

8. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ (Efficacy/Outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

ความพึงพอใจของผู้รับบริการถึงแม้จะไม่ใช่ดัชนีชี้วัดเพียงสิ่งเดียวในการประเมินคุณภาพ ของงานบริการพยาบาล แต่ก็เป็นที่จำเป็นที่ไม่ควรละเลยหรือมองข้าม เป็นสิ่งที่สำคัญที่ควร ประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนางานบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ในงานวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดของ Ware, et al. (1978) มาประยุกต์ใช้ในการวัดความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการ โดยสอดคล้องกับกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.4 ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ (2539) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกที่รับรู้ด้วยจิตใจ และสามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้บุคคลรอบข้าง รับรู้ได้ และให้ความหมายความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกมีผลต่องาน ซึ่งมี แรงจูงใจจากคุณลักษณะงานได้แก่ ความหลากหลายของทักษะที่ใช้ ความเด่นชัดของงาน ความสำคัญของงาน ความเป็นอิสระ และการได้รับข้อมูลย้อนกลับ

ลัดดา ตันกันทะ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากความพึงพอใจในงานจะช่วยให้คนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

กิลเมอร์และคณะ (Gilmer&et al) กล่าวถึงความพอใจในงานว่า คือผลของทัศนคติของบุคคลที่มีต่อองค์ประกอบของงาน มีส่วนสัมพันธ์กับลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานประกอบด้วย (Gilmer,et al , 1966 อ้างอิงจาก ศุวัชรีย์ ฐิติมา, 2543)

1. ความมั่นคงปลอดภัย เป็นความมั่นคงในการทำงาน ที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ และได้รับความเป็นธรรมจากหัวหน้า
2. โอกาสก้าวหน้าในกรงาน เช่นการได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจ
3. เพื่อนร่วมงานและการบริหารจัดการ ได้แก่ ความพึงพอใจในสถาบัน ชื่อเสียงของสถานที่ทำงาน และพอใจเพื่อร่วมงาน
4. ค่าตอบแทน ได้แก่ ค่าจ้างหรือรายได้ประจำ
5. ลักษณะความสนใจของงาน หากเป็นงานที่ตรงกับความถนัดหรือความรู้ความสามารถในเรื่องนั้นๆ จะทำให้เกิดความพึงพอใจได้มากกว่างานที่ไม่ถนัด
6. ลักษณะการนิเทศงาน การนิเทศงานที่ไม่เป็นระบบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้บุคลากรขาดงาน และลาออกจากงาน
7. สภาพการทำงาน ได้แก่ลักษณะทางกายภาพของหน่วยงาน ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ การระบายอากาศ กลิ่นรบกวน ชั่วโมงการทำงาน
8. การติดต่อสื่อสาร ทั้งภายในและภายนอกทำให้บุคลากรพึงพอใจในงานได้มากกว่าการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารใดๆ
9. ลักษณะทางสังคมของงาน บุคคลจะพอใจกับงานที่ได้รับการยอมรับ และสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข
10. ผลประโยชน์ตอบแทน เช่น บำเหน็จ โบนัส สวัสดิการที่พัก หรือค่ารักษาพยาบาล วันหยุด เป็นต้น

การบริหารจัดการองค์กรใด นอกจากต้องคำนึงถึงความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นสำคัญแล้ว ความพึงพอใจของบุคลากรหรือผู้ให้บริการต่องานที่ทำเป็นหน้าที่อีกอย่างหนึ่งของผู้บริหารที่จะต้องคอยสำรวจตรวจสอบอยู่เสมอ เพื่อที่จะได้ปรับปรุงแก้ไของค์ประกอบต่างๆของงานให้มีสิ่งจูงใจให้บุคคลปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและด้วยความสมัครใจ

ในงานวิจัยนี้ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกในทางบวก ความคาดหวัง อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ให้บริการรับรู้ต่อลักษณะการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เกิดขึ้น

โดยสรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการบริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ ระบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้น ซึ่งเรียกว่า Clinical pathway แผนนี้ทำหน้าที่เหมือนแผนที่และตารางเวลา สำหรับการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความแน่นอน Clinical pathway ใช้เป็นเครื่องมือในการลดค่าใช้จ่ายโดยการวิเคราะห์แบบแผนการรักษา ได้ล่วงหน้า ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆทั่วโลก ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่6 และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นลำดับที่12 ของโลก ในปีพ.ศ.2543 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึง 2.74 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 โรคนี้จะเป็สาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่3 และเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยลำดับที่ 5 ของโลก (ชายชาติ โพธิ์รัตน์, 2543. หน้า 8) สำหรับในประเทศไทย แม้ไม่มีรายงานสถิติการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี 2545 และ 2546 เท่ากับ 5,831 คน และ 7326 คน ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตีบตัน การอุดกั้นที่เกิดขึ้นจะเป็นเรื้อรังและไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งทั้งสองโรคนี้ มีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกัน โดยทั่วไปมักพบโรคทั้งสองชนิดนี้เกิดขึ้นร่วมกัน จะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกรวมโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548. หน้า 9)

2.1 สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) ส่วนสาเหตุอย่างอื่น ได้แก่ มีการติดเชื้อของปอดและ

ทางเดินหายใจเรื้อรัง อากาศเป็นพิษ การแพ้สารต่างๆ องค์ประกอบทางพันธุกรรม ปอดเสื่อมลงตามอายุขัย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไม่เลี้ยงปอด โรคที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ วัณโรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหอบหืด เป็นต้น

2.2 อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกๆนั้นอาจจะยังไม่ปรากฏ เนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และค่อยๆ ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการไอในตอนเช้า แต่ไม่มาก รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง เพลียเมื่อเดินขึ้นบันได บางครั้งขณะหายใจออกจะมีเสียงวี๊ด (wheezing) เนื่องจากอาการไม่ปรากฏชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการตรวจรักษา ทั้งนี้อาการไอในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548. หน้า 7) กระทั่งมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ (dyspnea) และต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก และต้องออกแรงมากเมื่อหายใจออก โดยต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง ร่วมด้วย

2.3 พยาธิวิทยาและพยาธิสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไป จนถึงขนาดเล็กมีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่วไปมี goblet cell เพิ่มขึ้น และ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มม. ทำให้มีการตีบของหลอดเลือด เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพอง มีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่นๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอด ผนังมีการหนาตัวขึ้น มีการเพิ่มจำนวนของกล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วย ดังนี้

1. การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานของ cilia ที่ผิวน้ำที่ไป ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่น ๆ

2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอดทำให้เกิด airflow limitation และ air trapping

3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือด จะรบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะ hypoxemia hypertension และ cor pulmonale ในที่สุด

2.4 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจุบันสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยอาศัยเกณฑ์ต่าง ๆ ทั้งจากการตรวจสมรรถภาพของปอด (pulmonary function test) และจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้

2.4.1 การตรวจสมรรถภาพของปอด

การตรวจสมรรถภาพของปอดโดยใช้สไปโรเมตรี (spirometry) เป็นวิธีทดสอบที่ได้รับความนิยมและยอมรับในปัจจุบันว่ามีประสิทธิภาพในการประเมินการทำหน้าที่ของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรค 5 ระดับ (GOLD, 2003) ดังนี้

ระดับที่ 0 เริ่มต้นความเสี่ยง (at risk) ผลการทดสอบด้วยสไปโรเมตรี พบว่าการทำหน้าที่ของปอดปกติ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ

ระดับที่ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย (mild COPD) ผลการทดสอบด้วยสไปโรเมตรี พบว่า การอุดกั้นของทางผ่านอากาศอยู่ในระดับปานกลาง คือสัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (force expiratory volume in 1 second [FEV₁]) ต่อบริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (force vital capacity [FVC]) น้อยกว่าร้อยละ 70 (FEV₁/FVC < 70%) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนาย (FEV₁ ≥ 80% of predicted) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ

ระดับที่ 2 ความรุนแรงปานกลาง (moderate COPD) ผลการทดสอบด้วยสไปโรเมตรี พบว่า สัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อบริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็ว และนานภายหลังหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 (FEV₁/FVC < 70%) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก ภายหลังการได้รับขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนาย (50% ≤ FEV₁ < 80% of predicted) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ในระดับนี้ผู้ป่วยจะเริ่มเข้ารับการตรวจรักษา เนื่องจากเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบบ่อยครั้ง

ระดับที่ 3 ความรุนแรงมาก (sever COPD) ผลการทดสอบด้วย

สไปโรเมตรี พบว่า สัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็ว และนานภายหลังจากหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ($FEV_1/FEC < 70\%$) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก ภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แต่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนาย ($30\% \leq FEV_1 < 50\%$ of predicted) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ แต่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำบ่อย ๆ

ระดับที่ 4 ความรุนแรงที่สุด (very severe COPD) ผลการทดสอบด้วย

สไปโรเมตรี พบว่า สัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนาน ภายหลังจากหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ($FEV_1/FEC < 70\%$) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก ภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของค่าที่ทำนาย ($FEV_1 \leq 30\%$ of predicted) หรือมีปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก ภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนาย ($FEV_1 \leq 50\%$ of predicted) ร่วมกับมีอาการทางคลินิกของภาวะระบบหายใจล้มเหลวเรื้อรังจากการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ ตรวจพบค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ($PaCO_2$) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท

2.4.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม

สมาคมโรคปอดของสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นเกณฑ์ แบ่งได้เป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลารับเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถทำงานเบา ๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมากได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถทำงานหนักได้ เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลารับเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน สามารถเดินบนพื้นราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่ากับคนปกติ

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ยุ่งยากได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเดินช้ากว่าคนปกติในวัยเดียวกันหรือ

ต้องหยุดเดินบนที่ราบ เนื่องจากมีหายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 2 ชั้น

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก ปฏิบัติกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามากๆ ก็มีอาการเหนื่อย กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ แม้ขณะแต่งตัวหรือพูด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ซึ่งในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถใช้การประเมินได้ทั้งสองแบบ แล้วแต่ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่ใช้ในการประเมิน รวมไปถึงความพร้อมของบุคลากร ซึ่งหากไม่มีความพร้อมดังกล่าว สามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาได้

2.5 การรักษาขณะมีอาการกำเริบของโรค (Acute exacerbation)

การวินิจฉัยการกำเริบของโรคอาศัยข้อมูลทางคลินิก คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ร่วมกับ มีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสี โดยต้องแยกออกจากโรคหรือภาวะอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว และ pulmonary embolism เป็นต้น

แนวทางในการให้การรักษา แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548. หน้า 24)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
2. ซีฟจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที
3. Peak expiratory flow น้อยกว่า 100 ลิตร/นาที
4. SpO₂ น้อยกว่า 90% หรือ PaO₂ น้อยกว่า 60 มม.ปรอท
5. PaCO₂ มากกว่า 45 มม.ปรอท และ pH น้อยกว่า 7.35
6. ซีม ลับสน หรือหมดสติ
7. มีอาการแสดงของหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น ขาบวม

การรักษาประกอบด้วย

1. การให้ออกซิเจนแบบควบคุม ปรับอัตราการไหลของออกซิเจนเพื่อให้ได้ระดับ SaO₂ หรือ SpO₂ 90-92%

2. ยาขยายหลอดลม ใช้ β_2 -agonist หรือ β_2 -agonist ร่วมกับ anticholinergic เป็นยาอันดับต้น โดยให้ผ่านทาง metered dose inhaler ร่วมกับ spacer 4-6 puff หรือ ให้ผ่านทาง nebulizer ถ้ายังไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำได้ทุก 20 นาที สำหรับการให้ aminophylline ทางหลอดเลือดดำผลที่ได้ไม่แน่นอน อาจพิจารณาให้ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น ๆ และจะต้องสามารถตรวจติดตามระดับยาในเลือดได้

3. คอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้ในรูปของยาฉีด hydrocortisone ขนาด 100-200 มก. หรือ dexamethasone 5-10 มก. เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หรือ ยารับประทาน Prednisolone 30 มก.ต่อวัน และเมื่อดีขึ้นแล้วจึงเปลี่ยนเป็น Prednisolone รับประทาน 30-40 มก.ต่อวัน จนครบเวลา 10-14 วัน

4. ยาต้านจุลชีพ พิจารณาให้ทุกราย โดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้าง เช่น beta-lactam/beta-lactamase inhibitor หรือ fluoroquinolone แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยรายนั้นในอดีต

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีลักษณะของอาการรุนแรงมากดังกล่าวข้างต้น การรักษาส่วนใหญ่สามารถทำเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ ยกเว้นในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการรับไว้ในโรงพยาบาล การรักษาคือเพิ่มขนาดยาและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูง สำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์ พิจารณาให้เป็นรายๆ โดยให้เป็น Prednisolone รับประทาน 20-30 มก.ต่อวัน นาน 5-7 วัน ส่วนยาต้านจุลชีพพิจารณาให้ในรายที่มีเสมหะเปลี่ยนสีหรือมีไข้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่บ่อย ยาต้านจุลชีพที่ใช้ได้แก่ amoxicilline, beta-lactam/beta-lactamase inhibitor หรือ doxycycline

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถึงแม้ไม่สามารถแก้ไขบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพให้กลับเป็นปกติได้ แต่การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพสามารถช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค ตลอดจนสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และเมื่ออาการทุเลา ผู้ป่วยสามารถจะกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ส่งเสริมสนับสนุนและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ดำเนินไปสู่ระดับความรุนแรงที่มากขึ้นได้ (Ries, et al., 1997) และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. การวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R and D) หมายถึง การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใดๆ โดยอาศัยการวิจัยเป็นเครื่องมือดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนกระทั่งขั้นตอนสุดท้าย (รัตนะ บัวสนธ์, 2544 หน้า 4-7) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจ หรือการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัย เพื่อที่จะหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพความขาดแคลนและความต้องการผลิตภัณฑ์ใดๆ รวมทั้งลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการให้พัฒนา ผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 จะทำให้สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์ การดำเนินการในขั้นที่ 2 เป็นผลต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 คือ เป็นการนำความรู้หรือผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยให้มีลักษณะหรือรูปแบบตามความต้องการของเป้าหมาย ผลิตภัณฑ์ที่จะพัฒนามีลักษณะอย่างไร ในการสร้างหรือพัฒนาอาจต้องใช้บุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด เมื่อสร้างผลิตภัณฑ์เสร็จแล้ว ต้องนำไปตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ หากผลการตรวจสอบเหมาะสมและประสิทธิภาพยังไม่เป็นที่พอใจหรือมีบางส่วนไม่สมบูรณ์ ก็ต้องปรับแก้จนเหมาะสมและผ่านเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ นำผลิตภัณฑ์ที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองว่าจะใช้แบบใดจึงจะเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลสรุป ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินการใช้ผลิตภัณฑ์ในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งประเมินทั้งตัวผลิตภัณฑ์ กระบวนการใช้ผลิตภัณฑ์ และผลที่ได้รับจากการใช้ผลิตภัณฑ์ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงประเมิน ผลที่ได้จากการประเมินจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ หรือแก้ไขปัญหาอุปสรรค หากผลิตภัณฑ์ที่ได้พิจารณาแล้วว่า ถ้านำไปใช้ไม่คุ้มค่า คุ่มทุน และเสี่ยงอันตราย ก็หยุดการใช้ผลิตภัณฑ์นั้น แต่ถ้าผลการประเมินพบว่าสามารถนำไปใช้ได้อย่างดี ก็จะนำไปสู่การจดลิขสิทธิ์เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ต่อไป

สรุป

การวิจัยและพัฒนา เป็นการดำเนินงานพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยอาศัยการวิจัยเป็นเครื่องมือตรวจสอบพัฒนา ทั้งนี้เพื่อมุ่งสู่การนำผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง ในการวิจัยในครั้งนี้ ผลิตภัณฑ์ คือ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนารูปแบบการจัดการขึ้นมาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้เกิดคุณภาพต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรรณิกา เย็นสุข (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์พยาบาล รายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลและความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำนึกในความรับผิดชอบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงาน เป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่าการ ทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญ

จิราพร สิมากร (2544) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสำพันธ์ในทีมสุขภาพ โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน และกลุ่มทีมสหสาขาที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ในโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่ แตกต่าง จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญ

พรทิพย์ ไตรภทร (2544) ได้ศึกษาถึงการใช้อยู่แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ศึกษาในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการจัดการพยาบาลโดยใช้อยู่แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อยู่ในระดับสูง และสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังจากการใช้อยู่แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญ

ศุภชัย ภูมิมา (2543) ได้ศึกษาถึงผลการใช้อยู่แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 38 คน พบว่าระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้อยู่แบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายภายหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการทดลองโดยรวมลดลง ความพึงพอใจของบุคลากรสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญ

อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 19 คน เพียงกลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีด้านการตัดสินใจ และการปฏิบัติบทบาท ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทางผู้จัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และความสามารถในด้านการปฏิบัติบทบาทหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน

Holtzman และคณะ (1997) ศึกษาผลของการใช้ clinical pathway ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเทียบ 3 ระยะ คือระยะก่อน ระหว่าง และหลังการพัฒนาใช้ Clinical pathway กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาลัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มได้รับการบริจาคไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้ว จำนวน 170 คน และกลุ่มได้รับการบริจาคไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 178 คน ซึ่งกลุ่มหลังนี้มีการใช้ Clinical pathway ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อ

ลดลง หลังจากมีการใช้ Clinical pathway .และยังพบว่าระหว่างการพัฒนาใช้ Clinical pathway ให้ผลสูงสุด

Ireson (1997) ศึกษาผลการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพก โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 คน โดยวัดประสิทธิผล 3 ด้าน คือ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และคุณภาพการรักษา ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย และการผิดปกติทางจิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ Clinical pathway และกลุ่มที่ใช้ Clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ Clinical pathway

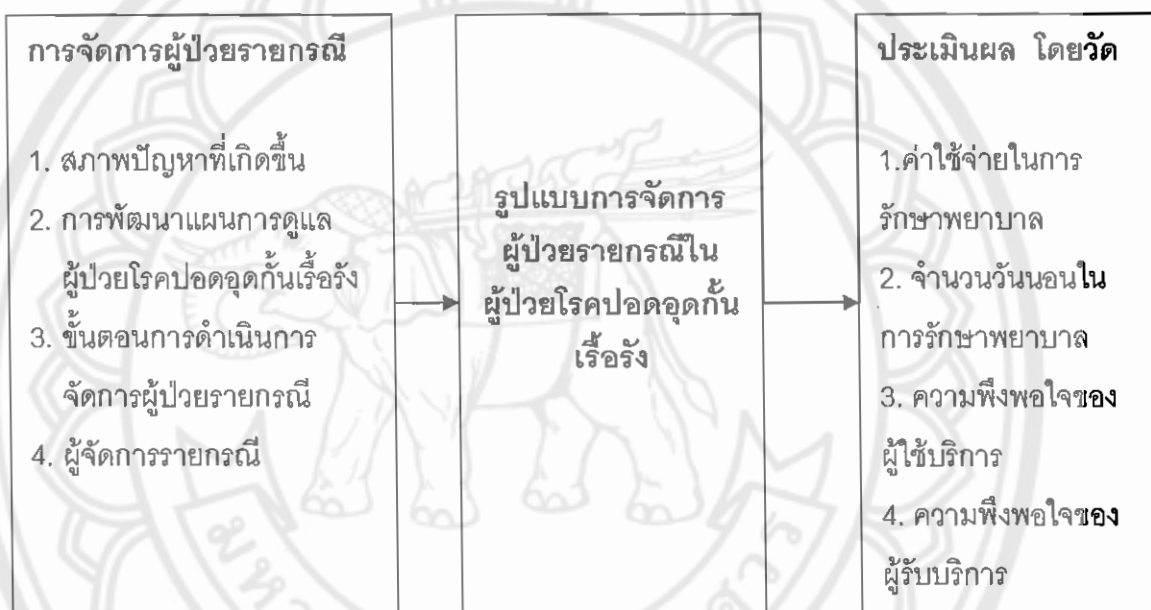
Topp R. และคณะ (1998) ศึกษาผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย Congestive hearth failure ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 88 คน โดยใช้ผู้จัดการผู้ป่วยและพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มจำนวน 403 คน ใช้การดูแลแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สรุป

การศึกษาวิจัยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการจัดการสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และยังช่วยให้ทีมสุขภาพมีการประสานงานที่ดี ลดความซับซ้อนในการทำงาน ส่งผลให้คุณภาพในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นแนวคิดที่ไม่แพร่หลายมากนัก โดยพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่พัฒนาขึ้น ในเรื่องจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจของผู้รับบริการและทีมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ และผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานการดูแลของทีมสุขภาพ เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การจำกัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย