

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย และการวินิจฉัยโรค
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การรักษา
 - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ระบบการบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การปฏิรูประบบการบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3. แนวคิดการดำเนินงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)
 - 3.1 ความหมาย จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์
 - 3.2 หลักการ องค์ประกอบ และลักษณะของระบบ Case Management
 - 3.3 กระบวนการและการจัดการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.4 บทบาทของผู้จัดการและการเตรียมผู้จัดการผู้ป่วย
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
5. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
 - 5.1 ความหมาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย และการวินิจฉัยโรค

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท เป็นโรคที่รู้จักกันมานาน พบได้ทุกประเทศทั่วโลก คนทั่วไปจะรู้จักเพียงว่าผู้ป่วยโรคนี้เป็นคนเสียสติ ปี ค.ศ. 1852 เบนเนดิก โมเรล (Benedict Morel) จิตแพทย์ชาวเบลเยียม ได้ตั้งชื่อโรคนี้เป็นครั้งแรกว่า Dementia praecox จนปี ค.ศ. 1911 ยูเจน บลูเลอร์ (Eugen Bleuler) อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, 2546) จิตแพทย์ชาวสวิสได้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก จากคำว่า Schizo แปลว่า Split (ผ่า, แยกแยก) และ Phren แปลว่า Mind (จิตใจ)

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการแสดงทางบวกและอาการแสดงทางลบโดยมีลักษณะอาการอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association, 1994)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD – 10 (International Classification of Disease) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่ สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน(เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534)

ดังนั้นสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของ โรคเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงมีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของจิตใจบกพร่องไป

1.1.2 แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภท ตามระบบ ICD – 10

ตามระบบ ICD – 10 ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่า เป็นโรคจิต ต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อหรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการมีดังต่อไปนี้ (ศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล, 2537)

1.1.2.1 ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน

1.1.2.2 หลงผิดคิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม ชักจูง โดยแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า เช่น เห็นจรรยา โบกมือให้สัญญาณ เกิดความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าคุณเป็นคนที่สำคัญของประเทศ

1.1.2.3 ประสาทหลอนทางหู พุดวิจรรย์พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือพุดได้ตอบกันเองเกี่ยวกับ ผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่น ๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

1.1.2.4 ความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา เช่น หลงผิดคิดว่าควบคุมดินฟ้า อากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้า

1.1.2.5 ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน เกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราวโดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวัน เป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

1.1.2.6 มีการแตกแยกหรือสอดคล้องในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง ตอบไม่ตรงคำถาม หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่

1.1.2.7 พฤติกรรมอาจมีลักษณะมีอาการวุ่นวายมาก อยู่ในท่าฝันธรรมชาติ ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานผิดปกติ ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การกระทำต่อต้าน เช่น ให้นั่ง ผู้ป่วยจะยืน

1.1.2.8 มีอาการน้ำลาย พุดน้อย อารมณ์ที่อึด ไม่มีอาการตอบสนองซึ่งต้องแยกออกจากอาการซึมเศร้า หรือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

1.1.2.9 มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคลโดยแสดงออกถึงอาการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

ตั้งอาการที่กล่าวมาแล้ว อาการแสดงชัดเจน ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ก็ช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่ปกติแล้วจะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลายอารมณ์ร่วมกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรับการรักษา เพื่อควบคุมและป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต

1.1.3 การดำเนินโรค

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2544 :121-122)

1.1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย หันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม

ระยะในเวลานี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติเมื่อใด โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนมีอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นาน และผู้ป่วยดูแลเรื่องๆ

1.1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.3.2 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนอาการกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หายใจขัด คิดฟุ้งซ่าน

มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.2 อาการและอาการแสดง

แคพแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock , 1995) กล่าวว่า ส่วนใหญ่อาการเจ็บป่วย มักจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นด้วยการแยกตัวเอง หรือบางรายอาจจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการสารหลอนประสาท หรือมีความเครียดอย่างรุนแรง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อาจพบว่าแต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมแปลก ๆ

1.2.1 ความผิดปกติทางอารมณ์ มี 2 แบบคือ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและขณะนั้น (inappropriate) และแบบเฉยไม่แสดงความรู้สึก (apathy & blunted)

1.2.2 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติได้หลายแบบเช่น เอะอะไวววายไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) ซึมเฉยไม่พูด (stupor) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (Waxy flexibility) ทำอะไรซ้ำๆ (stereotypy) และทำตรงกันข้ามกับสิ่งที่สั่ง (negativism)

1.2.3 ความคิดผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการไม่ยอมพูด (Mutism) พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) พูดไม่ตรงประเด็น (irrelevance) และใช้ภาษาแปลกประหลาด (neologism)

1.2.4 ความผิดปกติทางความคิดเป็นสิ่งที่พบเสมอในผู้ป่วยจิตเภท จึงถือเป็นข้อสำคัญในการวินิจฉัย แบ่งเป็น

1.2.4.1 รูปแบบความคิดผิดปกติ คือ ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล และไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปอีกรื่องหนึ่ง (Loosening of association) เนื้อหาความคิดจะออกมาในรูปแบบการหลงผิด แปลกประหลาด ไม่สัมพันธ์กัน ฟังดูเหลือเชื่อและเป็นไปไม่ได้ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) คิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.2.4.2 ความคิดผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยที่สุดคือหูแว่ว (auditory hallucination) ประมาณร้อยละ 75 รองลงมาคือภาพหลอน (visual hallucination)

1.2.4.3 หายใจโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.2.4.4 เรือรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง

1.2.4.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาปัจจุบันพบว่าร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมากส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หาย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539)

1.3 การรักษา

1.3.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพิ่มการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

1.3.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300-500 mg./วัน หรือ Haloperidal 6-10 mg./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้ว อาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.3.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยคือ chlorpromazine 100-300 mg./วัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.3.3 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางจิตสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้ช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้านมิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1.3.3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดระดับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่จริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้เช่นช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียด หรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

1.3.3.2 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counselling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่อง โรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

1.3.3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.3.3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยการจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องมีการผสมผสานการรักษาผนวกกัน การรักษาด้วยยานั้นเป็นการบรรเทาอาการทางจิตให้สงบลง และรักษาภาวะสมดุลของสารเคมีในสมองเท่านั้น การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวยังมีความสำคัญ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาเองตามความเหมาะสมของครอบครัวนั้นๆ

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1.4.1 การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.4.1.1 การประเมินสภาพร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอ เพียงใด พยาบาลใช้ทางการสังเกตและการสัมภาษณ์และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.4.1.2 การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด

1.4.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.4.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.4.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านของความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.4.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มักมีลักษณะดังนี้

1.4.2.1 ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน

1.4.2.2 ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

1.4.2.3 เลี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิด และประสาทหลอน

1.4.2.4 พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย

1.4.2.5 แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.4.2.6 ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง

1.4.2.7 สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.4.3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.4.3.1 การวางแผนระยะสั้น

เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใน
ระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย
โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก
หวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับ อาหาร น้ำดื่ม การ
พักผ่อนหลับนอนและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความ
สนใจในสิ่งเหล่านี้

3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่าง
ถูกต้อง และปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนด
แผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกัน
อันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง

5) การพัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มโดย
การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยความเข้าใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์ และทักษะของ
การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

6) พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในทางที่ดี

1.4.3.2 การวางแผนระยะยาว

เป็นการกำเนิดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และ
ต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่
ควรดำเนินการดังนี้

1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วม
ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน

2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคม
อย่างเหมาะสม

3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน
และหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตต่าง ๆ

กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือ
วัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้
จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.4.4 การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้
เทคนิคการพยาบาล ดังนี้

1.4.4.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ

1.4.4.2 ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการ

เผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.4.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

1.4.4.4 ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

1.4.4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1.4.4.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่

เหมาะสม

1.4.4.7 ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง

ในช่วงที่มีอาการรุนแรง

1.4.5 การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของ
ผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การ
ประเมินผล

ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

1.4.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะ

ไม่รู้สติ

- 1.4.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ
- 1.4.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
- 1.4.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวได้ดีขึ้น
- 1.4.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น และสังคมดีขึ้น
- 1.4.5.6 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัว
- 1.4.5.7 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การกระทำกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษา และการป้องกันสุขภาพอย่างมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ระบบการดูแลผู้ป่วยนั้นมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ควรเป็นการดูแลที่มีแผนการดูแลที่ชัดเจน และมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1 ความหมาย

วินัย วิริยะ กิจจา (2542) กล่าวว่า การพัฒนาสุขภาพจิตต้องยกระดับคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทันสมัย สามารถสร้างความมั่นใจและเป็นที่ยิ่งของประชาชนได้ทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวช วชิระ เฟิงจันทร์ และสมจิตต์ ลูประสงค์ (2537) บริการสุขภาพจิต หมายถึง บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคทางจิตเวชร่วมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ

สรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2 การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2.1 การบริการพยาบาล (Nursing Service)

ราชบัณฑิตสถาน (2530) ได้ให้ความหมายการให้บริการว่า เป็นการปฏิบัติรับใช้ให้ความสะดวกต่างๆ

รัชยา กุลวนิชไชยนันท์ (2535) ได้ให้ความหมายการให้บริการว่าเป็นงานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการที่แน่นอนได้ เป็นบริการที่ไม่มีตัวตน ผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้ คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ

Fisher (1996) กล่าวว่า หากผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อความต้องการที่เขาได้รับจากการบริการและจากการเข้ามาสัมผัส ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ และเมื่อผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจย่อมทำให้เป็นบริการที่ผู้ใช้บริการจะเข้ามาเลือกใช้บริการ

กองการพยาบาล (2540) กล่าวว่า การให้บริการพยาบาล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

Swansberg (1993) กล่าวว่า การให้บริการพยาบาลนั้น พยาบาลผู้รับผิดชอบมีส่วนในการกำหนดไว้เป็นมาตรฐานเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล โดยไปจัดกิจกรรมการให้บริการพยาบาล โดยให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยด้วย

Astrander and Reiman (1986) กล่าวว่า ความต้องการของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการพยาบาลมีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยต้องการบริการพยาบาล ที่พยาบาลมีความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคง ปลอดภัย และความเอาใจใส่ผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ป่วยต้องการบริการพยาบาล ที่พยาบาลมีสัมพันธภาพดี ชักถามผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้มีประสิทธิภาพ
3. ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้ความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตนเอง
4. ผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือเมื่อตนเองต้องการ เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต
5. ผู้ป่วยต้องการบริการพยาบาล ที่พยาบาลยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง และตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยตลอดอยู่เสมอ

โดยสรุป ความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจากพยาบาลของผู้ใช้บริการ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงจำเป็นต้องจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเช่น ให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาชีพ การเข้าใจ และเอาใจใส่ผู้ให้บริการ การเข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ

2.2.2 การปฏิรูปการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ในปัจจุบันสถานการณ์ของโลกนับได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทุกด้าน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย รวมทั้งผลที่ทำให้สุขภาพของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจนเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญระดับคั่นๆ ของทุกประเทศ ทั้งยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งระยะสั้นและระยะยาว คนไทยมีสถิติการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งในสถานบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งจำนวนและอัตราผู้เจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 เท่ากับ 1,998.81 คน ต่อมาปี 2544 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2,220.74 คน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3.05 ต่อปี (กรมสุขภาพจิต ,http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_S7.asp,6 กุมภาพันธ์ 2546) นั่นเป็นเครื่องยืนยันว่าสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเปลี่ยนแปลงไป

สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพมีความพยายามที่จะร่วมมือกับสถานการณ์เหล่านี้ให้ดีที่สุด ในขณะที่เดียวกันในส่วนของผู้รับบริการเองก็เริ่มมีการตื่นตัวและให้ความสนใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนอย่างมากและรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ความต้องการของผู้ใช้บริการมีมากกว่าจำนวนผู้ให้บริการ กล่าวคือ แม้จะพบว่าจากสถานการณ์ทางสุขภาพที่มีจำนวนผู้ป่วยทางจิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นแต่ในขณะเดียวกันจำนวนข้าราชการกรมสุขภาพจิตจำแนกโดยสายงานโดยรวมก็ลดลงอย่างเช่น ในปีงบประมาณ 2542-2544 นั้น กลับมีอัตราคิดลบที่ -3.59 แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 แต่ก็นับเป็นอัตราเพิ่มขึ้นที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเพิ่มของผู้รับบริการ (กรมสุขภาพจิต, http://www.dmh.moph.go.th/report/stat_S7.asp,6 กุมภาพันธ์ 2546)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิด

ของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่มีความมุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูปจะก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งกระแสของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนี้ก่อให้เกิดความพยายามที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่มีแนวคิดว่าการสร้างสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูป โดยเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพในทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการตื่นตัวขององค์กรวิชาชีพในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน (สุกัญญา ประจักษ์ศิลปและจินตนา ชูนิพันธ์, 2545 : 68) ด้วยเช่นกัน

ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลราชบุรี มุ่งเน้นพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งใช้มาตรฐานการรับรองคุณภาพ (HA : Hospital Accreditation) เป็นเครื่องชี้นำทิศทางการพัฒนา หอผู้ป่วยจิตเวช งานหอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาลเป็นกลุ่มงานหนึ่งที่มีความมุ่งหมายให้การบำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพและเกิดความพึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช ต้องได้รับการคัดกรองและพบแพทย์ที่งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาว่าควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการปฏิบัติที่พบว่าการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกสเซอร์และโภชนาบำบัด ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เป็นเพียงการปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายกับจิตแพทย์ ขณะที่ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเท่านั้นซึ่งเมื่อพบปัญหาของผู้ป่วยจะส่งปรึกษาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ขาดการติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพที่ชัดเจน ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมได้ บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะในเวร ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลแบบแยกส่วนไม่ต่อเนื่อง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการบำบัดช้ากว่าที่ควร ส่งผลให้การฟื้นฟูหายช้า

สรุปได้ว่า จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ต้องมาพิจารณาถึงวิธีการหรือรูปแบบ ระบบบริการการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้สูง และสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ อย่างสอดคล้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ของทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนด และใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

Clinical Pathway for Schizophrenia Patients เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

3. แนวคิดการดำเนินงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

3.1 ความหมาย จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์

American Nurse Association (ANA)ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ การประสานงานบริการสุขภาพ เพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วนและความซ้ำซ้อนของการดูแล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

Case Management Society of American (CMSA)ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วยการประชุม วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Deborah, 1995 ; More and Mandell, 1997)

Young and Sowell(1997) ให้ความหมายว่า Case management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รักษาคุณภาพและการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด และกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่บนพื้นฐานของสหสาขาวิชาชีพ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น

Powell (1996) ให้ความหมายว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) คือการจัดการในเรื่องของสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการประสานการดูแล ซึ่งเป็นทั้งการปรับปรุงในเรื่องคุณภาพและความต่อเนื่อง

จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3.1.1 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case management เป็นระบบในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่มีเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชา (Care maps) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดี ศิรินคร และคณะ ,2543)

3.1.2 วัตถุประสงค์ของการใช้ Case management (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2546 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ,2544 ; Spitzer LR ,1994)

- 3.1.2.1 เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี
- 3.1.2.2 เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
- 3.1.2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหรือใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 3.1.2.4 เป็นการใช้แหล่งบริการสุขภาพที่คุ้มค่า ได้ประสิทธิผล
- 3.1.2.5 เป็นการทำงานร่วมกันของแหล่งบริการสุขภาพในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ

กล่าวโดยสรุปการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการให้บริการที่มุ่งเน้นในเรื่อง การประสานงาน การผสมผสานและมีทิศทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของผู้ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานประสานความร่วมมือกันในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการดูแล อย่างครอบคลุม ดำเนินการปฏิบัติ ติดตามและประเมินผล รวมทั้งมีระบบส่งต่อ โดยมีแผนการดูแล ผู้ป่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

3.2 หลักการ องค์ประกอบ และลักษณะสำคัญของ Case management

3.2.1 หลักการและการใช้ Case management (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

เน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน (Clinical case management)

เกี่ยวข้องกับการเจรจาต่อรอง การประสานงานและการใช้แหล่งบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์ ต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปากเป็นเสียงให้กับผู้ป่วย และครอบครัว (advocacy) โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการพัฒนาเครือข่ายซึ่งอยู่บนพื้นฐาน ของการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพและอยู่บนพื้นฐานของการให้การดูแลรักษา

3.2.2 ลักษณะของระบบ Case management มีดังนี้

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อ วัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีลักษณะ ดังต่อไปนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543 ; Spitzer-Lehmann, 1994: 557 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ อุจะ รัตน์, 2541)

3.2.2.1 เป็นระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องตั้งผลลัพธ์ ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome - based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เป็นตัวควบคุมการทำงานที่เกิด ประสิทธิภาพ และประหยัดซึ่งการตั้งผลลัพธ์การดูแล และการประเมินผลนั้น ควรให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2.2.2 มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงินทุน และทรัพยากรมนุษย์อย่าง เหมาะสม

3.2.2.3 มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนด้วยยาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น

3.2.2.4 สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือระบบการ ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ ระบบการพยาบาลเป็นทีม และระบบการ พยาบาลแบบเจ้าของไข้ได้ แต่โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของคนไข้

3.2.2.5 ผู้รับผิดชอบบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแล คือ ผู้จัดการด้านผู้ป่วย (Case manager) ซึ่งโดยปกติจะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก หรือพยาบาล ที่มีทักษะและประสบการณ์สูง

3.2.2.6 แผนปฏิบัติการร่วม (Multidisciplinary action plan : Care Map) ที่ผู้จัดการด้านผู้ป่วยใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการประกอบด้วย แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด(Clinical paths)และแผนการพยาบาล(Nursing care plan) โดยแผนการพยาบาล (Nursing care plan) เป็นแผนการพยาบาลอย่างที่เคยทำมาแต่เดิมที่เพิ่มเติมมีเพียงการกำหนดวันที่เพื่อให้ทราบว่า จะทำกิจกรรมใดในวันใด ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Yoder, 1995:424 อ้างถึงใน ปรากฏพิชัย อุจะรัตน, 2541 : 41)

3.2.2.7 การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งจะดำเนินการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนด

3.2.2.8 ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยโดยดูจาก แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Clinical paths) และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหา กว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (Variances) ที่เกิดขึ้นแตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด ผู้จัดการรายกรณี จะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้

3.2.3 องค์ประกอบของ Case management

3.2.3.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษา พยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการ เพื่อกำหนดแนวทาง และรูปแบบการดำเนินงานการเตรียมการประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร รวมทั้งมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ตามแผนการดูแล รักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

3.2.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบ Case management เครื่องมือที่สำคัญได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา (Care MAPs) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็น แนวทางในการดูแล และ Case manager (ผู้จัดการผู้ป่วย) ซึ่งสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนา คุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศต่างๆ พบว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ Case manager ได้เหมาะสม ที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ

3.2.4 รูปแบบการดำเนิน Case management ประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้

3.2.4.1 ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital Base) การดำเนินการ ตามระบบ Case management ลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมด้วย (Discharge Plan) รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คุ้มทุน และการปรับปรุงคุณภาพด้วย

3.2.4.2 ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit Base) การดำเนินงานจะดำเนิน 1- 2 Unit เท่านั้นไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3.2.4.3 ดำเนินการในชุมชน (Community Based) การดำเนินของ Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3.2.4.4 ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดความรุนแรงของโรค โดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Mueser et al, 1998 พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี สามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบคือ

1. The Broker Model หรือการทำหน้าที่คนกลาง ถือเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับพัฒนาขึ้นใช้ในระยะเวลาแรกๆ และเรียกได้ว่าเป็นรูปแบบของการจัดการรายกรณีที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบนี้จะมุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษาและการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการควบคุมกำกับในเรื่องการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับโดยที่คนกลาง (Broker) ไม่จำเป็นต้องมีทักษะในการรักษาพยาบาลที่ลึกซึ้ง แต่ต้องมีความสามารถในการประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

2. The Clinical Case Management Model ตามแนวคิดของ Mueser et al (1998) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจนเป็นรูปแบบที่ทำเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องการขาดแหล่งทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้านคือ

2.1) การดำเนินการในระยะแรก ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา/ความต้องการและการวางแผนดำเนินการ

2.2) การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การคงไว้ซึ่งเครือข่ายในการสนับสนุน การทำงานกับครอบครัวและการสนับสนุนครอบครัว

2.3) การจัดการกระทำกับผู้ป่วย เช่น การให้บริการปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามจัดการด้านการรักษา

2.4) การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน เช่น ติดตาม กำกับ และการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

3. The Assertive Community Treatment (ACT) หรือเรียกว่า The Full Support Model เป็นรูปแบบบริการที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงมีลักษณะเด่นของบริการคือเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกด้านอย่างเต็มรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมงในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ โดยทีมสหวิชาชีพและให้ความสำคัญกับการติดต่อและการช่วยเหลือผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง (Assertive outreach) และสม่ำเสมอไม่มุ่งเน้นการส่งต่อนั้นการดูแลในรูปแบบนี้จะมีประสิทธิภาพดีต่อเมื่อ ทีมที่ให้การดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในจำนวนจำกัดคือ ประมาณ 10-15 คน การดูแลตามรูปแบบนี้เป็นที่นิยมของผู้รับบริการมาก ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างมากช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (Freeman, 2000)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบ Clinical Model ตามแนวคิดของ Powell (1996) โดยมีผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) ซึ่งมี Clinical Pathway for Schizophrenic Patients เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

3.3 กระบวนการและการจัดการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.3.1 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Powell (2001:410) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection)

ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณีและมีข้อบ่งชี้ให้การคัดเลือกโดยทั่วไปเช่น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าที่กำหนดและข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment/Problem identification)

เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้วผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินด้านการเงินว่าผู้ป่วยมีการประกันสุขภาพ สิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่ และประเมินถึงด้านจิตสังคมด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan)

หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้วทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกัน ในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการ ให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลาานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากรโดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆ จะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้ด้วย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเป็นการประเมินตัดสินใจว่าจะทำอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอะไรและจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

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

เป็นการเชื่อมติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงาน สงเคราะห์หรืออื่นๆ ที่จำเป็นด้วย ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ส่วน Hussein (1999, อ้างถึงใน กรรณิกา เย็นสุข, 2543) กล่าวว่า กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ กลุ่มของขั้นตอนและกิจกรรมที่ผู้จัดการรายกรณีนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย กระบวนการจะมุ่งถึงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และแบ่งกระบวนการออกเป็น 10 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะกระทำโดยผู้จัดการกรณี
2. การคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ โดยผู้จัดการรายกรณีจะถามความสมัครใจของผู้ป่วยอีกครั้ง และเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จะประเมินสถานการณ์และปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลรวมทั้งด้านการเงิน สังคม จิตใจ และข้อมูลทางกายภาพ
4. วางแผนดูแลและกำหนดผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะพัฒนาแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยครอบครัวและสมาชิกในทีมสหสาขา โดยมีการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกัน ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำให้มั่นใจว่าแผนการดูแลและผลลัพธ์ที่ตั้งไว้อยู่ในเกณฑ์
5. ปฏิบัติตามแผน การปฏิบัติจะต้องผ่านหลายขั้นตอนเช่น การรักษา การพยาบาล ซึ่งจะเป็นทิศทางที่จะแก้ปัญหาและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์
6. การสนับสนุน การประสาน การเชื่อมโยง และความรวดเร็วของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้จัดการรายกรณี จะอำนวยความสะดวกทั้งเรื่องการจัดเวลาเพื่อร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กำจัดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนต่างๆ
7. กำกับดูแลและมีการทบทวนการประเมินกิจกรรม และประเมินผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินแผนการดูแลของทีมสหสาขา ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ของการดูแลตามแผน คือพื้นฐานของการประเมินซ้ำ
8. ทำกระบวนการใหม่ หรือยุติกระบวนการ ผู้จัดการรายกรณีสามารถที่จะทำกระบวนการนี้ได้ทุกครั้งที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยหรือครอบครัว การทบทวนหรือการทำกระบวนการใหม่ เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยได้รับความ

ปลอดภัย ส่วนการยุติกระบวนการจะกระทำเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ต้องการบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะยาว

9. การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการกำกับดูแล การประเมินผลลัพธ์จะมุ่งที่การควบคุมดูแลต่อผลกระบวนการจากการจัดการคือ ผลลัพธ์ของการจัดการและผลลัพธ์ของการรักษา ผลลัพธ์ของการจัดการมี ตัวอย่างเช่น การทำหน้าที่ต่างๆ ระดับความอิสระ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย

10. การจัดการและทบทวนและกระบวนการใช้ประโยชน์ ผู้จัดการรายกรณีจะเกี่ยวข้องกับจัดการในเรื่องการดูแล การทบทวนเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วย มีการอภิปรายถึงแผนการรักษาผู้ป่วย

3.3.2 การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ (ยูดี เกตส์มันน์, อ้างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

การนำรูปแบบ Case Management ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ (Clinical pathway)

การดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่เป็นทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ รูปแบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษาทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง ไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เนื่องจากแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นนี้เป็นหัวใจสำคัญและทำหน้าที่เหมือนแผนที่ในการดูแลรักษาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจึงมีการเรียกกันว่า clinical path หรือ clinical maps ซึ่งในระยะต่อมามีสถาบัน บางสถาบันเปลี่ยนชื่อเป็น clinical path หรือ clinical pathway

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดการประสานงานทำได้โดยการจัดให้มีผู้รับผิดชอบ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยมากจะมีการมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและโรงพยาบาล

ในการประสานงานกับผู้ป่วย Case Manager ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจเริ่มใช้ clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อ ผู้ป่วยรับไว้โรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ Case Manager ตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ การสื่อสารส่วนใหญ่เกี่ยวกับ ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือ ผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่าง ๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการรายกรณีทบทวนแผนการดูแลทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เป็นตามกำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นตามแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือ การบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาและการประเมินค่าใช้จ่าย / ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าระบบการจัดการรายกรณีเป็นระบบทางเลือกของการให้บริการทางสุขภาพที่มีขั้นตอนแน่นอน มีการประสานงานของทีมสุขภาพที่ใช้สื่อคือ Clinical pathway ที่ทีมเขียนร่วมกัน เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

3.3.3 ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Wise, 1995.; Bemhard and Walsh, 1995)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ก็ยังพบว่ามีข้อดีและข้อเสียหลายประการ ดังนี้

3.3.3.1 ข้อดี

- 1) ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน ไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป
- 2) สามารถลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงได้มาก เพราะมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- 3) รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้จักวิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ และผู้ป่วยจะมารับบริการติดตามผลการรักษาเฉพาะเรื่องที่จำเป็น
- 4) พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและในการทำงานมากขึ้น และเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น

3.3.3.2 ข้อเสีย

- 1) รูปแบบของการดำเนินการ ในรูปแบบนี้มีมากมายจนกระทั่งบุคคลและองค์กรเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรจะเป็นเช่นใด
- 2) ขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่ได้ของการดำเนินงานในรูปแบบนี้
- 3) การดำเนินการของรูปแบบนี้ บางเรื่องซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์
- 4) ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอ ก็จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
- 5) ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปก็จะทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญ ก็จะทำให้งานขาดประสิทธิภาพเช่นกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กระบวนการตามแนวคิดของ Powell (1996) ซึ่งมีกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยมีผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการให้กิจกรรมการดูแลเป็นไปตาม Clinical Pathway for Schizophrenic Patients ซึ่งมีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเมื่อพบความแปรปรวนระหว่างการให้การดูแลผู้จัดการผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขต่อไป โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นๆ

3.4 บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยและการเตรียมผู้จัดการผู้ป่วย

3.4.1 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงที่ทำหน้าที่จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี คือ

แนวคิดของการจัดการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องขยายบทบาทออกไปมากขึ้น พยาบาลผู้จัดการ (Nursing Case Manager) จึงมีบทบาทที่หลากหลายซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงดังนี้ คือ

3.4.1.1 ผู้เชี่ยวชาญ (Clinical expert) พยาบาลผู้จัดการต้องแสดงสมรรถนะทางด้าน การประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น ใช้กระบวนการพยาบาล วางแผน ดำเนินการ ประเมินผลและประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ใช้เทคโนโลยีและแนวทางการพยาบาลขั้นสูง

3.4.1.2 ที่ปรึกษา (Consultant) ด้วยความสามารถทางคลินิกและความรู้ในระบบการดำเนินงาน นโยบาย วิธีการทำงาน ตลอดจนมาตรฐานการดูแล และการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้จัดการจึงสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรต่างๆ ในหน่วยงาน ตลอดจนผู้ป่วย และญาติได้

3.4.1.3 ผู้ประสานงาน (Coordinator / Facilitator of patient care) พยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่หลักในการประสานงาน และการอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติตามแผน เพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือการทำงานแบบแยกส่วนของฝ่ายต่างๆรวมทั้งการประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

3.4.1.4 ผู้จัดการ (Manager of patient care) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ในการตรวจสอบการทำงานของทีมงาน เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องและตามระยะเวลาที่กำหนด โดยการควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการด้วย

3.4.1.5 ผู้สอน (Educator) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่สอนผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

3.4.1.6 นายหน้า (Negotiator/Broker) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่เป็นนายหน้าหรือผู้ที่ทำหน้าที่เจรจากับหน่วยงานต่างๆ

3.4.1.7 เป็นปากเป็นเสียง (Patient and family advocate) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ประสานประโยชน์ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมงานสุขภาพ และเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการประสานแหล่งทรัพยากรที่จะให้ประโยชน์กับผู้ป่วย

3.4.1.8 ผู้ตรวจสอบคุณภาพการดูแล (Outcomes and Quality Manager) ถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการในการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และคุณภาพที่เกิดขึ้น

3.4.1.9 นักวิทยาศาสตร์/นักวิจัย (Scientist /Researcher) พยาบาลผู้จัดการที่จบระดับมหาบัณฑิตจะเป็นที่คาดหวังให้ทำงานวิจัยของสถาบัน หรือเป็นที่ปรึกษางานวิจัยให้กับทีมพยาบาลในหน่วยงาน

3.4.2 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพตามระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

3.4.2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้

- 1) ตรวจสอบและประเมินอาการ วินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD- 10) และพิจารณาให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษาแก่ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว
- 2) ตรวจสอบผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพในเรื่องการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ ผลข้างเคียงจากยา และผลตอบสนองต่อการรักษา เพื่อปรับการรักษาให้เหมาะสม
- 3) อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว
- 4) ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วย พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบทางจิตวิทยา ตามความเหมาะสม เพื่อติดตามผลการรักษา

3.4.2.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้ให้การดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีบทบาทต่างๆ ดังนี้

- 1) เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทีมสุขภาพจัดทำขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยและแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ
- 2) ทำหน้าที่วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ประเมินและจำแนกผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการรักษาพยาบาล โดยการสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

3) การคัดกรองการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การช่วยเหลือ และการบำบัดทางจิต การสอน การให้คำปรึกษา โดยใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psychosocial) และชีววิทยา (Biophysical Sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ที่คำนึงถึงผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลและศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาบูรณาการ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วย รวมถึงเตรียมแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพด้วย

4) ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นไปตามแผน

5) ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน

6) ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพเมื่อเกิด

ปัญหา

7) ติดตามประเมินความก้าวหน้า และผลการดูแลตามแผนการดูแล รวมทั้งบันทึกความเปลี่ยนแปลง หรือความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบหาสาเหตุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

8) ติดตาม ควบคุมและประเมินการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

9) เป็นผู้นำการประชุม (Case Conference) ร่วมกันของทีมสุขภาพ

10) สรุปผลการดูแลและประเมินผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

3.4.2.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนักจิตวิทยา

1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาพร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2) วิเคราะห์ผลการทดสอบทางจิตวิทยา และดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้งทำกลุ่มจิตบำบัดปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

3) ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ

3.4.2.4 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์

1) ประเมินสภาพครอบครัว สังคม และความต้องการทางด้านสังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยทางสังคมเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ

2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) การค้นหาแหล่งทรัพยากร ประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

3.4.2.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนักอาชีวบำบัด มีหน้าที่ 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง

การฟื้นฟูระยะนี้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมโดยการประเมินสภาพจิตใจอารมณ์และความสามารถในการทำงานเบื้องต้น วิเคราะห์/สังเคราะห์และเลือกใช้กิจกรรมรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อาจเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่ายๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้นๆ เช่น การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย บำบัดอาการ/พฤติกรรม และส่งเสริมสมรรถภาพจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็งที่จะจัดการกับปัญหาได้

ระยะที่ 2 เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่บ้าน

มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ฝึกอุปนิสัยพื้นฐานในการทำงาน พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ บุคลากรต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับอาชีพใด เพื่อให้ทดลองทำงานในสาขาที่ถนัด

3.4.2.6 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกร

1) ด้าน Dispensing คือ การเตรียม การจัดหา การบริหารยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และทันเวลาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์

2) ด้าน Counselling คือ การให้คำปรึกษา ให้ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

3) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง กรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา เป็นต้น ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาโดยใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิริยาระหว่างกันของยา

4) ด้าน Drug Monitoring คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาล

5) ติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่มี Therapeutic Index แคบๆ ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา

6) วางแผนการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

3.4.2.7 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนักโภชนาบำบัด

- 1) เป็นผู้วางแผนในการจัดอาหารและบริการอาหารให้กับผู้ป่วย ตามหลักโภชนาการและ โภชนาบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น
- 2) ติดตาม ประเมินผล ด้านการบริการอาหาร
- 3) การบริการให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการและ โภชนาบำบัดรวมทั้งให้ความรู้พื้นฐานงานอาชีพเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วย
- 4) ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ

3.5 ทักษะของผู้จัดการผู้ป่วย

ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความเชี่ยวชาญของผู้จัดการรายกรณีก็เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบผลสำเร็จได้และทักษะของผู้จัดการรายกรณีควรประกอบด้วย (More and Mandell, 1997 : 50-88)

3.5.1 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ประกอบด้วย

3.5.1.1 ทักษะการสื่อสาร (Communication) ผู้จัดการรายกรณีจะต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของตนให้ดี เพื่อที่จะสามารถติดต่อกับผู้รับบริการหรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ นอกจากนี้ควรมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากหลายๆ แห่งและมีการจัดกระทำข้อมูลต่างๆ ได้อย่างกระชับ เข้าใจง่าย และนำข้อมูลไปใช้ได้เหมาะสม

3.5.1.2 ความมีไหวพริบและศิลปะการทูต (Tact and diplomacy) ผู้จัดการรายกรณีควรพัฒนาความมีไหวพริบในการติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขา และบุคคลที่เกี่ยวข้องและในการค้นหาข้อมูลจากผู้รับบริการหรือครอบครัวของผู้รับบริการ ในขณะที่ศิลปะของนักการทูตจะช่วยให้การพัฒนาการสื่อสารทางบวก การประสานความสัมพันธ์

3.5.1.3 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness skills)

ผู้จัดการรายกรณีควรมีพฤติกรรมที่กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม จริงใจ ตรงไปตรงมา ในการกำหนดเป้าหมาย ปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ มีความรับผิดชอบสำหรับผลการกระทำที่ตามมา

3.5.1.4 การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สอง

คนขึ้นไปทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่จุดหมายร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีการแบ่งปันความรู้และความคิดกัน เพื่อแผนการดูแลที่ครอบคลุม ผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ ซึ่งจะต้องมีทักษะในการส่งเสริมให้สมาชิกในทีมสนทนากันอย่างเปิดเผย เพื่อให้สมาชิกในทีมมั่นใจว่าการทำงานร่วมกันที่เกิดจากความมานะ อุตสาหะ

3.5.1.5 การเจรจาต่อรอง (Negotiation) ความสำเร็จของผู้เจรจาต่อรอง

ประกอบด้วยความสามารถในการโน้มน้าวผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ความยืดหยุ่นและทักษะการเจรจาต่อรอง

3.5.2 ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional skills) ประกอบด้วย

3.5.2.1 การตลาดและเชื่อมโยงเครือข่าย (Marketing and networking)

ผู้จัดการรายกรณีสามารถให้บริการได้อย่าง การเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อการพัฒนาและคงไว้ถึงการติดต่อ และสัมพันธ์ภาพของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ

3.5.2.2 การสืบสวน (Investigation) สถานการณ์ปัจจุบันมีความ

ซับซ้อนและหลากหลายเมื่อมีข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจนเกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีควรพิจารณาใช้แนวทางหลาย ๆ แนวทางในการสืบสวน แนวทางในการดำเนินการประกอบด้วย การให้ความสนใจในรายละเอียด

3.5.3 ทักษะความรู้พื้นฐาน (Knowledge base skills) ประกอบด้วย

3.5.3.1 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา

(Critical thinking and problem solving)ผู้จัดการรายกรณีควรมีการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวาง เช่น ต้องคอยกำกับติดตาม Care MAPs ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้มีการเปลี่ยนแปลง (Variances) เกิดขึ้น

3.5.3.2 การวิจัย (Research) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็น

ผู้เชี่ยวชาญหรือความเป็นวิชาชีพ และพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

3.5.3.3 การประเมิน (Assessment) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถ

ในการประเมินที่ครอบคลุมปัญหา การประเมินควรใช้ความรู้ที่กว้างขวาง เก็บข้อมูลจากหลายแห่ง และใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี

3.5.4 ทักษะส่วนบุคคล (Personal skills) ประกอบด้วย 1) การจัดการองค์กรและการบริหารเวลา 2) การจัดลำดับก่อนหลัง (Prioritization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทักษะการจัดองค์กรและบริหารเวลา การจัดลำดับก่อนหลังควรคำนึงถึง การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน 3) การแต่งตั้งตัวแทน (Delegation) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบและอำนาจให้กับลูกน้อง และเป็นผู้สนับสนุนให้ลูกน้องชี้แจงการปฏิบัติงานต่างๆ ได้ 4) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ 5) ควรมีระเบียบวินัยในตนเอง (Self-discipline)

โดยสรุป Case management คือวิธีการที่มุ่งเน้นในเรื่องของการประสานงาน การผสมผสานและมีทิศทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของผู้ร่วมทีมที่ให้บริการสุขภาพ โดยเน้นการควบคุมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการให้การดูแลผู้ป่วย การจัดการรูปแบบนี้เน้นที่กระบวนการของการประเมินก่อนการปฏิบัติการ การวางแผนให้การดูแลอย่างครอบคลุม การติดตามประเมินผล รวมถึงระบบการส่งต่อ การให้บริการเน้นทั้งกิจกรรมการจัดการทั้งในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อในชุมชน ทำให้เกิดการสมดุลของค่าใช้จ่ายและคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบ Clinical Model ตามแนวคิดของ Powell (1996) โดยมีผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย เป็นผู้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) ซึ่งมี Clinical Pathway for Schizophrenic Patients เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

4.1 ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมาย ความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึงความสอดคล้องระหว่างการพิจารณาที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคลกับความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไปมีรายละเอียดดังนี้ คือ 1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) 2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-Social-Physical needs) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ 3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-Social needs) คือ ความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้และการพึ่งพา การ

สนับสนุนซึ่งกันและกัน (Interpersonal relationship needs) 4) ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-Social and Spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ ความสุข ความสงบของจิตใจ

คุชฎี ใหญ่เรื่อง (2541) กล่าวว่า ความพึงพอใจคือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวัง หรือต้องการในเรื่องต่างๆ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆ ที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

วิรุฬ พรรณเทวี (2542) อ้างถึงใน ประภาพันท์ พลายพันธ์, 2546 ได้ให้ความหมายไว้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละคนว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองที่ดีจะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่คนตั้งใจไว้ว่ามากหรือน้อย

หลุย จำปาเทศ (2533) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ คือ ความต้องการได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตาและการแสดงออก

Aday and Andersen (1975) กล่าวว่าความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ใช้บริการได้ไปในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปได้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

Brown (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่พวกเขาใช้บริการและสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา

Eriksen (1995) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการประเมินบริการของผู้ให้บริการ เปรียบเทียบมาตรฐานของตน กับสิ่งที่ได้รับนั้นตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตนหรือไม่

Derdarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึงประสบการณ์ที่มีผลมาจากการประเมินผลทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอใจเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

Gerson (2003) อ้างถึงใน พิพัฒน์ ก้องกิจกุล, 2546 กล่าวถึง ความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองในระดับตามที่คาดหวัง หรือเกินความคาดหมาย

Risser (1975) กล่าวว่าความพึงพอใจหมายถึงเจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

จากความหมายของความพึงพอใจข้างต้นสรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการหมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการที่พวกเขามาใช้บริการและสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา รวมทั้งได้รับการตอบสนองอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

กนกพร กุปตานนท์ (2539) ได้สรุปขอบข่ายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลไว้ดังนี้

- 1) ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 2) ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาลและการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกริยาท่าทาง อธิยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ
- 3) สัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมการพยาบาลที่เน้นการให้ความสนใจ เอาใจใส่ การเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความกังวลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หรือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความพิการที่อาจเกิดขึ้น
- 4) สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เป็นพฤติกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ปรึกษาประคอง แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

Ware and Steward (1978) อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคุณะเศรษฐ์, 2355 ได้สรุปลักษณะความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพ ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ด้านดังนี้

- 1) ศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแลที่แสดงออก โดยความเป็นมิตร ความอดทน ความจริงใจและความห่วงใย
- 2) เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่างๆ ในการดูแลความสามารถของผู้ให้การดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสิทธิภาพ การชำนาญ ความแม่นยำ และการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำ
- 3) ความสะดวกสบาย(Accessibility/Convenience) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทาง ความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์

4) ค่าใช้จ่าย (Finances) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและการให้บริการที่ได้รับความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่าย และความครอบคลุมของการประกันต่างๆ

5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะอาดด้านสถานที่ ความสะอาดและแสงสว่าง

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

Aday and Andersen (1975) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการของพยาบาล เมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพจำนวน 4,966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 Aday and Andersen ได้ชี้ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการซึ่งเป็นการประเมินระบบบริการทางการแพทย์ ว่าประกอบไปด้วยปัจจัยทั้งหมด 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) ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctors for overall health)

2.3) มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

3) ความพึงพอใจด้านอธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่การแสดงอธยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information)

4.1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

4.2) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการให้ยา เป็นต้น

5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Risser (1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument, PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาประกอบในการวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาล กรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้านดังนี้ 1) องค์ประกอบความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ 2) ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 3) ด้านสัมพันธภาพด้านการเรียนการสอน

สรุปผู้ใช้บริการย่อมรับรู้ในบริการที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกับไปตามความจำเป็น (Need) และความต้องการ (Want) รวมถึงประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ถึงแม้ว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะไม่ใช่อัตราชี้วัดเพียงสิ่งเดียวในการประเมินคุณภาพของงานบริการพยาบาล แต่ก็ เป็นสิ่งที่จะละเลยไม่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญ และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น โดยสามารถประเมินได้จาก ภายหลังได้รับบริการพยาบาลแล้ว จากการศึกษาทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาพบว่า แนวคิดของ Aday and Andersen (1975) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ 2) ความพึงพอใจในด้านการประสานบริการ 3) ความพึงพอใจด้านอรรถาธิบาย ความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ 5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ 6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้เพราะการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง มีการประสานการร่วมมือกันของทีมสุขภาพและมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ

5. แนวคิดเกี่ยวกับจำนวนวันนอน (Length of Stay)

5.1 ความหมาย

จุฬามณี (2542) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

สุวรรณี (2538) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่งนอกเหนือไปจากจำนวนผู้ป่วยรอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟูสภาพ หรือเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

Cook (1998) กล่าวว่า จำนวนวันนอน เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง

Lusis และคณะ (1993) กล่าวว่า จำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้นเป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ

สรุป จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay) เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง การศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ต่างๆ พบว่าการนำการจัดการรายกรณีมาใช้เป็นการลดเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Cook,1998)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการใช้การจัดการดูแลรายกรณี มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ ดังนี้

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลการจัดการผู้ป่วยกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่าการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุวัชรีย์ ฐพิมาย (2543) ได้ศึกษาถึงผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากรโดยการทำการศึกษาทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย ทีมและกลุ่มสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน
2. ค่าใช้จ่ายหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า ค่าใช้จ่ายก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
3. หลังการทดลองมีจำนวนครั้งการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยรวมลดลง
4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการใช้การจัดการผู้ป่วย สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ

กรรณิการ์ เย็นสุข (2544) ได้ศึกษาถึงผลการของการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณี ต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยทำการทดลองในแผนกหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้รับบริการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสำนึกในความรับผิดชอบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบจัดการทางการพยาบาลรายกรณี ไม่แตกต่างกัน

กฤษณา นรนาพันธ์ (2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมอบหมายแบบการจัดการรายผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยโดยทำการทดลองในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือเป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 40 คน และการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติในรูปแบบการมอบหมายงาน แบบการจัดการรายผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในรูปแบบการมอบหมายแบบการจัดการรายผู้ป่วยสูงกว่าแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ ไตรภักตร์ (2544) ได้ศึกษาถึงการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารโดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่รักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 30 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ภายหลังได้รับการจัดการพยาบาล โดยใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง
2. ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่า ก่อนการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จิราพร สิมากร (2545) ได้ศึกษาผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของทีมสหสาขา : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน ทีมสหสาขา ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน
2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เฉลี่ย 8.40 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เฉลี่ย 6.93 วันต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา ก่อนและหลังการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาหลังการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้อารมณ์ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

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

1. จำนวนวันโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.8 วัน กลุ่มควบคุม 6.0 วัน
2. เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงของพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 16.54 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 12.28 ชั่วโมง
3. ลดค่าใช้จ่ายได้ 930.5 \$ ต่อราย โดยกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่าย 5,626.38 \$ ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่าย 4,695.98 \$

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

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของ Hinshaw & Atwood (1982) และ Risser (1975) ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการดูแล ความไว้วางใจ การสอนสุขศึกษาพบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ ด้านการสอนสุขศึกษา
2. คุณภาพการดูแล ใช้การประเมินที่ผลลัพธ์ เช่น อัตราการติดเชื้อ การทำงานของระบบขับถ่าย ความพิการ การจัดการความเจ็บปวด แผลกดทับ ระบบทางเดินหายใจ และอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพการดูแลในกลุ่มที่มีการใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่าโดยเฉพาะอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลเท่ากับศูนย์
3. ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมสหสาขาโดยเน้นแบบวัดของ Stampf and Picdmontc (1996) ซึ่งวัด 3 ด้าน คงวัด 3 ด้าน ค status, Task requirement และ Autonomy พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

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

1. ร้อยละ 90 มีความแปรปรวนเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคปอดเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงในด้านติดต่อสื่อสาร การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตนและความรู้เกี่ยวกับโรค

3. จำนวนวันนอนและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง
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 ส่วนความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกัน

Holtzman และคณะ (1997) ผลของการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาใช้ Clinical pathway กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการบริจาคตไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตแล้ว มีจำนวน 170 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับบริจาคตไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 178 คน ซึ่งกลุ่มที่ 2 นี้มีการใช้ Clinical pathway ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อลดลงหลังจากมีการใช้ Clinical pathway ในกลุ่มที่ 2 และยังพบว่าระหว่างการพัฒนาใช้ Clinical pathway ให้ผลสูงสุด

Michal L. และคณะ (1996) ได้ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 240 เตียง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน ในระยะเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอัตราการมา Admit 12 คน การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน 8 คน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 94,620.95 ดอลลาร์ การไปเยี่ยมของทีมสุขภาพ 108 คน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอัตราการมา Admit 20 คน การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน 18 คน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 8 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 222,688.07 ดอลลาร์ การไปเยี่ยมของทีมสุขภาพ 147 คน

Micheels TA. และคณะ (1995) ได้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ 78 ราย โดยศึกษาย้อนหลังภายใน 10 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 35 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 43 คน พบว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยกรณีระยะเวลาการอยู่ในพยาบาลสั้นกว่าและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Mueser และคณะ (1998) อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544 ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนจำนวน 75 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การนำผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วยมาใช้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยดังนี้

1. ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (61%)
2. ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น (71%) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติของการใช้บริการทางสุขภาพจิตบ่อยๆ
3. ลดอาการทางจิต (50%)
4. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (50%)
5. เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (21%)
6. ลดการจำคุก (2/10)
7. การประกอบอาชีพ (3/5)
8. ความพึงพอใจต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย (มากกว่า 50 %)

Goode (1995) ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Case Management ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ การศึกษาทั้งหมดโดยกลุ่มควบคุมจะใช้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care Map) มีการวางแผนร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยการประสานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มระดับความพึงพอใจ ความร่วมมือและเอกสิทธิ์วิชาชีพเป็นบางส่วน

Ireson (1996) ศึกษาผลของโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยจาก clinical pathway ต่อการพยาบาล คือจำนวนวันนอน โรงพยาบาลและผลลัพธ์ทางการเงินของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเปลี่ยนเข้าหรือสะโปกจำนวน 128 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 64 คน กลุ่มทดลองให้การดูแลโดยใช้ clinical pathway กลุ่มควบคุมให้การดูแลโดยใช้ Care plan ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณภาพ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและต้นทุนระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มพบว่า

1. กลุ่มที่ใช้ clinical pathway มีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan
2. กลุ่มที่ใช้ clinical pathway มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan

3. กลุ่มที่ใช้ clinical pathway ใช้ต้นทุนน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ care plan

Yaksic JR.และคณะ (1996) ได้ทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานที่ Trauma Center โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 1993 ใช้เวลาศึกษา 1 ปี พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานประสานกันมากขึ้น ปัญหาต่างๆ ลดลง การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เป็นผลทำให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลงจาก 74.5 วัน เป็น 41.9 วัน และค่าใช้จ่ายลดลงจาก 189,089 ดอลลาร์เป็น 107,019 ดอลลาร์

Topp R. และคณะ (1998) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย Congestive heart failure ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 88 ราย โดยใช้ผู้จัดการผู้ป่วยและพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มจำนวน 403 คนใช้การดูแลแบบปกติ พบว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Brooten D.และคณะ(1999) ได้ศึกษาเรื่อง Bridging the gap between psychiatric hospitalization and community care : cost and quality outcomes. โดยกล่าวถึงปัญหาที่ต้องศึกษาเรื่องนี้ว่าเพราะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข ทำให้ต้องมีการพัฒนาบริการมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเป็นทางเลือกในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลโดยควบคู่ไปกับการรักษาคุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างดัชนีวัดคุณภาพของผู้ป่วยที่รับบริการ Case Management และไม่ได้รับบริการ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ Case Management และเพื่อลดค่าใช้จ่ายของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ระเบียบวิธีวิจัยได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 122 คน กลุ่มทดลอง 121 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดำเนินการตามโครงการที่กำหนดโดยส่งต่อผู้ป่วยไปสู่ชุมชนและติดตามเยี่ยมผลการศึกษพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจพบว่าร้อยละ 96 ของผู้ป่วย และร้อยละ 95 ของผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการมาก เข้ารับการรักษาซ้ำเพียง 9 คน กลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาซ้ำ 16 คน ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและกลุ่มทดลองใช้บริการฉุกเฉิน 1 คน กลุ่มควบคุมใช้บริการฉุกเฉิน 16 คน

โดยสรุปเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อเสียไม่มีวิธีการใดจะดีที่สุดโดยไม่มีข้อบกพร่อง ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้รูปแบบใดจึงควรคำนึงถึงความ

เหมาะสมและความพร้อมของแต่ละองค์กรด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวชทำหน้าที่เป็น
พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย มุ่งเน้นที่กิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่มากกว่าการดูแล
อย่างต่อเนื่องเน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นๆ และรูปแบบอื่นๆ โดยการลดการแบ่งงาน
ออกเป็นส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งนี้เพื่อหวัง
ผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นและซ้ำซ้อนส่งผลให้จำนวนวันนอนในการ
รับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้แล้วผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่
ได้รับ ในขณะที่เดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

กรอบแนวคิดในการจัดทำโครงการศึกษาอิสระ

