

การจัดการรายกรณี: บทบาทพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Case management: Role of the nurse for patients with chronic obstructive pulmonary disease

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2558

Volume 38 No.3 (July-September) 2015

อัมพรพรรณ อีรานุต ป.ด.*

Ampornpan Theeranut Ph.D.*

บทคัดย่อ

การจัดการรายกรณีเป็นแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้คุณภาพของการดูแลสูงสุด และเป็นการดูแลบุคคลในลักษณะองค์รวมมีการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล และจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการประสานความร่วมมือ จัดการดูแล สื่อสารและส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่สำคัญของการจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมอาการได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การชะลอความก้าวหน้าของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผลลัพธ์ของระบบสุขภาพคือความคุ้มค่าคุ้มทุนภายใต้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เหมาะสม บทความนี้นำเสนอให้ผู้อ่านเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดการรายกรณีและบทบาทพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งจะได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบการนำเสนอเพื่อความเข้าใจ และสามารถนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บทบาทพยาบาล

Abstract

Case management is a concept of continuity of care that focuses on health services for patients with complex problems and needs, such as patients with chronic illness. The purpose of case management is to control medical expenses under the optimal quality of care, to provide care that responds to specific problems and needs of the patient, and to develop a continuity of care through cooperation, care management, communication, and referral the patient to a proper health facility. The outcomes of case management for the patient with chronic illness are to control the symptoms, to prevent complications, to delay the progression of the illness, and to improve the patient's quality of life. The outcome of case management for healthcare system is to break even costs under optimum health. This article presents a concept of case management and a role of the nurse in case management for patients with chronic illness. Moreover, a case study demonstrating the use of case management in patients with chronic obstructive pulmonary disease is presented to help nurses understand the concept and be able to use it to improve nursing practice.

keywords: case management, chronic obstructive pulmonary disease, role of the nurse

*Associate Professor, Department of Adult Nursing Faculty of Nursing Khon Kaen University

บทนำ

แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) ไม่ใช่แนวคิดใหม่ แต่แนวคิดนี้พบในการปฏิบัติกรรพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อราวต้นปี ค.ศ. 1800¹ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทชุมชน และระยะต่อมาแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายลักษณะของการบริการสุขภาพ ด้วยเป้าหมายหลักคือเพื่อให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังได้รับการดูแลจากบริการสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เหมาะสมแต่มีคุณภาพของการดูแลสูงสุด และเป็นการแน่ใจได้ว่าผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านั้นจะได้รับการดูแลบุคคลในลักษณะองค์รวม ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล และจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีคุณภาพด้วยการประสานความร่วมมือภายใต้เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเดียวกันจากหลายแหล่งที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบคลุมในทุกระดับของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ซึ่งภายใต้ระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดนี้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่กล่าวได้ว่ามีความใกล้ชิดและเข้าใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างมากมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพเพื่อผลลัพธ์การจัดการที่ดี บทความนี้นำเสนอให้ผู้อ่านเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการจัดการรายกรณีและบทบาทพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรังและยกตัวอย่างกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบการนำเสนอเพื่อความเข้าใจและสามารถนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้

แนวคิดการจัดการรายกรณีมีที่มาอย่างไร

สำหรับประเทศไทยนั้นที่มาของแนวคิดการจัดการรายกรณีมาจากที่ประเทศมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตเฉียบพลัน ประกอบกับนโยบายการประกันสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศจึงได้มีการปรับปรุงระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดความซ้ำซ้อนของขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหวิชาชีพในรูปแบบของทีมดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient care team) กำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group – DRG) และนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ซึ่งพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidences based) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย²⁻³ ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ปฏิรูปใหม่นี้เป็นการให้บริการบริการอย่างเป็นระบบในการจัดการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (managed Care) ที่มุ่งการควบคุมและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ⁴

แนวคิดการจัดการรายกรณีคืออะไร

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการ/วิธีการเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (continuity of services) มีความเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนภายใต้บริบทของการบริการที่มีประสิทธิภาพและการจัดการแหล่งประโยชน์ทรัพยากรที่คุ้มค่า ในมุมมองเชิงระบบนั้นการจัดการรายกรณีของระบบการดูแลสุขภาพ (health care systems) เป็นกระบวนการของการปฏิบัติงานที่เน้นการประสานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงครอบครัว ผู้ป่วยและชุมชน ครอบคลุมการติดต่อสื่อสารและการอำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประสานการใช้ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของการจัดการรายกรณี คือการทำให้เกิดสมดุลระหว่างการบรรลุภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม กับสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง⁶ นอกจากนี้การจัดการรายกรณียังมีความหมายที่เป็นกระบวนการเชิงความร่วมมือที่ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลการกระตุ้นหรือเอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดการดูแลกับผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงการพิทักษ์สิทธิในการรับบริการ ด้วยเป้าหมายเพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลอย่างเป็นอย่างองค์รวม โดยใช้ทักษะการสื่อสารการจัดการสิ่งที่สนับสนุน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพเชิงความคุ้มค่าและประสิทธิผลของความคุ้มค่า⁷

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องของการประสานความร่วมมือทีมสุขภาพในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ ร่วมมือติดตาม และประเมินถึงความต้องการการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโดยมีลักษณะการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในทุกะดับของการดูแลสุขภาพ และการจัดการแหล่งประโยชน์ทรัพยากรเพื่อควบคุมคุณภาพและค่าใช้จ่ายของการบริการเพื่อผลลัพธ์การบริการสูงสุด ด้วยแนวคิดที่กล่าวมานี้ไม่ได้หมายถึงว่าผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการดูแลแบบจัดการรายกรณีหากแต่ภายใต้ระบบของการบริการสุขภาพตามแนวคิดนี้นั้น มุ่งเน้นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลจัดการเชิงระบบจากทีมสุขภาพซึ่งผลลัพธ์ที่สำคัญของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเรื้อรังนั้น ได้แก่ การควบคุมอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการชะลอความก้าวหน้าของโรคด้วยการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพคือความคุ้มค่า คุ้มค่าภายใต้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เหมาะสม จากแนวคิดดังกล่าวนี้ทำให้ชัดเจนในบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ต้องกระทำต่อไปในระบบว่าควรทำอย่างไรบ้าง

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นอย่างไร

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical expertise) เฉพาะและจำเป็นที่จะต้องได้รับการเรียนรู้ฝึกฝนมาก่อน ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักของความเป็นองค์รวม (holistic approach) และ เป็นผู้ที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยด้วยการเชื่อมโยงประสานการดูแลระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการทั้งหมด อันได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และชุมชน ซึ่งบทบาทหลักๆที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบมี 3 ด้านหลัก⁸ และในแต่ละด้านนั้นยังประกอบด้วยรายละเอียดที่นำไปสู่การจัดการรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ⁹⁻¹⁰ ดังนี้

1. บทบาทการประสานการดูแล (care coordination) เป็นการให้การบริการที่มีจุดเน้นที่เกี่ยวกับการปรับปรุงให้ดีขึ้นในเรื่องของการติดต่อสื่อสารในระบบ เกิดการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลในระดับต่างๆของระบบสุขภาพ ด้วยเป้าหมายการดูแลหลักที่ทีมตัดสินใจร่วมกัน ประสานความร่วมมือของการดูแลในทีมสหสาขาวิชาชีพ (coordination) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาตามสภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ลดช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนที่มาจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆที่มีโรคร่วมหลายโรคทำให้มีความซับซ้อนของความต้องการการดูแล และการใช้ทีมสุขภาพระดับชุมชนผ่านการสื่อสารและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ร่วมกัน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยด้วย

2. บทบาทการจัดการทางคลินิก (clinical management) เป็นการค้นหาโรคร่วมของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ประเมินปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมถูกต้องและต่อเนื่องวางแผนการดูแล และจัดการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการสร้างพลัง

อำนาจและสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (self-management) โดยสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรค และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานการปฏิบัติ เช่น การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงการบันทึกและติดตามผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. บทบาทการจัดการและการใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization and management) เป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (Advocating) ให้สามารถเข้าถึงและใช้แหล่งประโยชน์หรือการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในทุกระดับของการบริการ และต้องแน่ใจได้จริงว่าผู้ป่วยได้รับและใช้สิทธินั้นจริง

เห็นได้ว่าภายใต้บทบาทหลักที่รับผิดชอบทั้ง 3 ด้านของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนั้น เป็นบทบาทที่เน้นการดูแลโดยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จากบทบาทหลัก 3 ด้านข้างต้นนี้เมื่อแสดงรายละเอียดเพื่อให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่หรือการกระทำที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องปฏิบัติอย่างชัดเจนตามคำแนะนำอาร์เธอร์และคณะ¹¹ และสมาคมพยาบาลอเมริกา (American nurses association)¹² เสนอไว้ดังต่อไปนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมบูรณ์ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม เช่น ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ การเข้าถึงสิทธิการใช้บริการสุขภาพต่างๆ เป็นต้น และนำข้อมูลที่ประเมินได้มาวางแผนเพื่อประสานการดูแลในทุกกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่การเงิน หัวหน้างานของผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วย/ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

2. วางแผนร่วมกันในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการตัดสินใจร่วมกัน (decision-making) ในการกำหนดเป้าหมาย (goals) ของการดูแล และแผนการปฏิบัติกิจกรรม โดยคำนึงผลลัพธ์ที่เน้นด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพและคุณภาพของการบริการ

3. อำนวยความสะดวก (facilitating) ในการติดต่อสื่อสาร ประสานความร่วมมือจากทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งภายใต้กระบวนการดังกล่าวจะต้องมีผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อลดความซ้ำซ้อนและลดการแยกส่วนของการบริการสุขภาพต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระบบ

4. ให้ความรู้หรือคำแนะนำต่างๆ กับผู้ป่วยและกลุ่มที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ของการรักษา แหล่งสนับสนุนบริการสุขภาพในระดับต่างๆ รวมถึงผลประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับ

5. ช่วยสนับสนุนการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้

6. ให้คำปรึกษาและสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความขัดแย้งหรือข้อขัดข้องใจที่อาจเกิดขึ้นได้

7. สนับสนุนการจัดการด้านอารมณ์และสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและการบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ

8. สนับสนุนให้เข้าถึงการบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้จะเป็นการเพิ่มคุณภาพของกรบริการและการจัดการด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพให้เกิดความคุ้มค่า

9. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพไปสู่ระดับการดูแลต่างๆ ได้อย่างราบรื่นและเหมาะสม

10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สามารถพิทักษ์สิทธิต่างๆ รวมถึงมีการตัดสินใจด้วยตนเองโดยมีพยาบาลได้ช่วยเหลือแนะนำ

11. ติดตามความร่วมมือของแผนการดูแลจัดการและช่วยจัดการเพื่อให้แผนที่วางไว้สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

12. จัดทำระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ความก้าวหน้าเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาต่างๆของผู้ป่วย เป็นต้น

บทบาทหน้าที่และกิจกรรมที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรปฏิบัติตามที่กล่าวมานี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาและความต้องการที่เฉพาะรายบุคคล มีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรหรือการบริการสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ในระบบ ด้วยการประสานการทำงานร่วมกันของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ซึ่งนับว่าเป็นมิติใหม่ที่ดีกว่าของระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ดังนั้นหากจะพูดเพื่อให้เห็นภาพได้ชัดเจนเกี่ยวกับระบบของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยนั้น **บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเปรียบดังเสมือนเป็นคนที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับเฉพาะบุคคลได้อย่างสูงสุด ซึ่งในที่นี้หากจะมองเทียบให้ง่ายขึ้นก็คือการช่วยคนตกปลาให้สามารถได้ปลาด้วยการให้เบ็ดตกปลาที่คุณภาพและขึ้นน้ำแหล่งน้ำที่มีปลาอยู่¹¹** เพื่อให้คนตกปลาซึ่งหมายถึงผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องและมีชีวิตบนความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ดังนั้นการที่พยาบาลที่จะทำบทบาทดังกล่าวได้นั้น พยาบาลจึงควรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและสามารถพัฒนาทักษะสำคัญที่จำเป็นของตนเองเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีเป็นที่น่าพอใจทั้งต่อผู้ป่วย/ครอบครัวและต่อระบบบริการสุขภาพบนเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้

ทักษะสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีอย่างไร

ทักษะ (skills) สำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ต้องควรมีเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีข้อเสนอแนะทักษะสำคัญ 4 ด้านสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดังนี้

1. ทักษะของการใช้กระบวนการพยาบาลทางคลินิก (nursing process) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่พยาบาลใช้ในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการ การติดตาม ประเมินผลลัพธ์ และการบันทึกการจัดการดูแล ที่สำคัญคือทักษะการประเมินซึ่งผู้จัดการกรณีต้องมีการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ด้วยวิธีสอบถาม สัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และอาจจะต้องมีการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบวัดความซึมเศร้า แบบวัดความสามารถทางสมอง ฯลฯ เพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคนั้นๆ ให้มากที่สุด จัดเก็บข้อมูลที่รวบรวมได้อย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่การวางแผนในทีมสุขภาพ และจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ทักษะของการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ซึ่งเป็นการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ นับเป็นหนึ่งในทักษะสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด¹²⁻¹³ การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่มีอยู่ในขณะนั้นมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน และใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ดีและเหมาะสมที่สุด

สำหรับผู้ป่วย มีการประเมินผลการใช้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาและที่สำคัญที่สุดสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

3. ทักษะการประสานความร่วมมือ (collaboration) การประสานงานเป็นหน้าที่ทางด้านการจัดการที่สำคัญและจำเป็น เพื่อให้การทำงานบรรลุและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนด การประสานงานที่ดีจะต้องจัดให้ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือทำงานร่วมกันมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ตรงกัน รับผิดชอบต่อน้ำที่ที่เป็นของแต่ละบุคคลเพื่อให้ระบบการจัดการรายกรณีสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ การเลือกใช้การประสานงานจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และสถานการณ์รวมถึงการแก้ไขปัญหาอุปสรรค มีการวางแผนปฏิบัติงาน มีระบบการรายงาน เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีมทั้งหมด¹² การประสานนั้นมิใช่แค่ภายในทีมสุขภาพเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงเรื่องการส่งต่อไปยังระดับของการดูแลที่ต่างกัน และถึงชุมชน

4. ทักษะการติดต่อสื่อสาร (communication) การสื่อสารและการประสานงานในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดได้ว่าเป็นทักษะหรือเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งและสามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพแบบจัดการรายกรณี ทั้งในการทำงานส่วนบุคคลและในการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานกับองค์กร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ส่งเสริมและสร้างสรรค์สัมพันธภาพทางคลินิก (clinical relationship) เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทของการประสานการทำงานร่วมกันกับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมากมาย เช่น พยาบาลผู้จัดการกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลผู้จัดการกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลหน่วยอื่นๆ เป็นต้น การสร้างบรรยากาศที่ดีในการ

ทำงานร่วมกัน ทำให้สามารถลดปัญหาหลาย ๆ อย่างที่เกิดจากความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจ ทศคติเชิงลบของกลุ่มที่เกี่ยวข้องอันมีผลกระทบต่องานโดยตรง ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างได้ด้วยวิธีการหลากหลาย¹⁴ เช่น การเปิดใจที่จะฟังอย่างตั้งใจจากคู่สนทนา ไม่ด่วนตัดสินหรือสรุปบนพื้นฐานความคิดหรือความเชื่อตามการรับรู้ของตนเอง การแบ่งปันข้อมูลและยอมรับในความเป็นบุคคลของคนแต่ละคน เหล่านี้เป็นการสร้างความไว้วางใจนำไปสู่การติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพในเชิงวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างกรณีศึกษาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลุงจัน (นามสมมติ) : ชายไทยโสดวัย 60 ปีป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ความรุนแรงระดับ 4: $FEV1/FVC < 70\% : 30\%$ $\& FEV1 < 50\%$ predicted) มาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 12 ในรอบปี ด้วยอาการหอบเฉียบพลัน (acute exacerbation) หายใจลำบาก ในจำนวนครั้งที่ลุงจันมาที่ ER นั้น จำนวน 7 ครั้งแพทย์ได้รับไว้รักษาตัวต่อในโรงพยาบาล และครั้งอื่นๆ ที่เหลือนั้นภายหลังการได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและสังเกตอาการที่ ER จนอาการปลอดภัยแล้วแพทย์จะให้กลับไปดูแลตัวเองที่บ้านพร้อมกับได้รับยาไปรับประทานต่อซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มยาฆ่าเชื้อโรค (antibiotic) ยาพ่นขยายหลอดลม และในบางครั้งก็จะได้รับแผ่นปั๊มคำแนะนำเรื่อง *อยู่อย่างไรกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* กลับบ้านโดยที่ไม่ได้รับการบริการสุขภาพอื่นๆ เพิ่ม

ตัวอย่างผู้ป่วยแบบลุงจันนี้จะเป็นลักษณะของผู้ป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยมากในระบบบริการสุขภาพ คือการเข้า-ออกโรงพยาบาลประจำ (readmission) และได้รับการจัดการดูแลรูปแบบเดิมๆ ที่ไม่เหมาะสมเพียงพอสำหรับผู้ป่วยซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) นั้นเป็นลักษณะของกลุ่มโรคที่มีทางเดินหายใจการอุดกั้นหรือตีบแคบลงเป็นแบบเรื้อรัง เนื่องจากลักษณะโครงสร้างภายในหลอดลมหรือในปอดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากการอักเสบเรื้อรังแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ส่งผลทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบลงอย่างถาวร และถุงลมความยืดหยุ่นสูญเสียทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง¹⁵ ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคนี้นี้มีการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำอยู่ในอันดับ 4 และ 23% จะกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำใน 30 วัน และค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อปีสูงมาก¹⁶⁻¹⁷ สำหรับสถิติในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเฉพาะแต่คาดว่าน่าจะแตกต่างกับต่างประเทศมาก ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ที่เป็นมาตรฐานนั้น^{16,18} ประกอบด้วย การประเมินและติดตามการดำเนินของโรค การใช้ยาพ่นและยากินที่เป็นมาตรฐาน การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้มีอาการกำเริบ และการควบคุมภาวะหอบกำเริบ (exacerbation) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้หากทีมสุขภาพมุ่งที่การจัดการตัวโรคมากกว่าความเป็นองค์รวมของคนก็จะทำให้ได้ภาพผู้ป่วยเช่นลุงจันได้ แต่เมื่อใช้แนวคิดของการจัดการรายกรณีโดยมุ่งผลลัพธ์ที่จะลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำบ่อยๆ ในโรงพยาบาล และจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้านได้โดยลุงจันสามารถดูแลสุขภาพตัวเองต่อที่บ้านได้นั้น

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในกรณีศึกษาครั้งนี้จึงเน้นที่การทำหน้าที่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้าน พยาบาลผู้จัดการต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริง และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล การจัดการดูแลผู้ป่วยต้องมีลักษณะที่เป็นองค์รวมหรือครอบคลุมความเป็นบุคคลทั้งหมด (whole person) มีปัจจัยทั้งภายในและภายนอกหลายด้านที่ส่งผลให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเกิดขึ้นบ่อยๆ และพยาบาลต้อง

ช่วยเหลือผู้ป่วยควบคุมหรือลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นเพื่อให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ซึ่งปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องประเมิน มีดังนี้

- สภาพการดำรงชีวิตปัจจุบัน (living situation) : อยู่อาศัยที่ไหน ลักษณะภายในและรอบๆ บ้านเป็นอย่างไร มีใครอยู่ด้วยกันบ้าง เป็นต้น ข้อมูลที่รวบรวมได้ช่วยให้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมีความเหมาะสม

- ผู้ดูแล : ใครเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน การพาไปพบแพทย์ตามนัด หรือสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่รวบรวมได้ช่วยทำให้เข้าใจถึงศักยภาพความพร้อมของผู้ดูแล

- สถานะทางเศรษฐกิจ : สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคต

- ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม: การศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ พบว่า ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- ภาวะโภชนาการ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีภาวะทุพโภชนาการและต้องการการจัดการด้านนี้¹⁸⁻¹⁹ เพื่อให้การทำหน้าที่ของถุงลมและปอดแข็งแรงขึ้น

- ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ยังสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อมรอบบ้านที่มีฝุ่น ควัน มลพิษทางอากาศต่างๆ นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงยังได้แก่ สูงอายุ เพศ ประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อยๆ สถานะทางสังคม

- ความจำกัดของการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสมอง : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเรื้อรังก็เป็นสาเหตุให้มีความเสี่ยงสูงในด้านความจำบกพร่อง²⁰ ดังนั้นจึง

จำเป็นต้องประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถทางสมองของผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องมือแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น Barthel ADL Index และ TMMSE (Thai Mini Mental State Examination) เป็นต้น นอกจากนี้ในการประเมินอาจต้องคำนึงถึงสภาวะด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้อาจเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ และมีผลต่อเนื่องไปสู่การทำหน้าที่ของร่างกายและสมอง

- ความร่วมมือเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งชนิดพ่นและกิน การศึกษา¹⁹ พบว่า 50% ของผู้ป่วยโรคนี้มีการบริหารยาและความร่วมมือเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งถ้าเป็นยาพ่นมักจะพ่นไม่ถูกวิธีทำให้ไม่ได้ยา สำหรับยากินอาจได้ยาไม่ครบต่อเนื่อง ขาดยา เพราะความสูงอายุมาก ๆ ทำให้หลงลืม บกพร่องทางสมอง ขาดผู้ดูแล เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลผู้จัดการจึงต้องประเมินรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้อย่างครอบคลุม

- แหล่งสนับสนุนบริการสุขภาพอื่น ๆ : พยาบาลผู้จัดการควรประเมินเพื่อให้เข้าใจภาพของบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น หน่วยเยี่ยมบ้าน จากรัฐและเอกชน หรือบริการสุขภาพของชุมชนที่จัดตั้งเอง ข้อมูลของแหล่งสนับสนุนบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนี้อยู่ช่วยทำให้พยาบาลผู้จัดการได้จัดการประสานให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เพียงพอและเหมาะสมต่อไป

ตัวอย่างกรณีศึกษาลุงจันที่กล่าวข้างต้น เมื่อพยาบาลผู้จัดการของหน่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ประเมินรวบรวมข้อมูลเพื่อเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยนี้แล้ว พบว่า ลุงจันไม่มีญาติดำรงชีพด้วยการเก็บฟืนหรือขยะพลาสติกที่ขายได้แก่ร้านแห่งหนึ่งใกล้บ้านและได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600 บาทต่อเดือน บ้านที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นแบบกระท่อมเล็ก ๆ ตั้งอยู่ใกล้ ๆ วัด ภายในกระท่อมเป็นห้องเล็ก ๆ ที่อับและสิ่งของรกมาก หน้ากระท่อมใช้เป็นครัว

ที่มีแค่ชั้นไม้และเตาฟืนไว้ต้มน้ำและอุ่นหุงอาหารเล็กน้อย มีควันจากเตาและเถ้าฟืนกระจายทั่วบริเวณอาหารส่วนใหญ่ได้จากวัดที่ตั้งห่างออกไปเกือบ 50 เมตร ห้องน้ำไกลจากกระท่อมประมาณ 10 เมตร ลุงจันต้องช่วยเหลือตัวเองในทุกเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพาแต่ไม่มีญาติช่วยความสามารถทางสมองยังอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่คะแนนทางต่ำ อาการหอบเหนื่อยเกิดทุกวันและวันละหลายครั้ง ลุงจันใช้วิธีลดอาการเหนื่อยด้วยการนั่งพักและมีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมบางครั้ง การใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การกดพ่นกับสูดยาไม่สัมพันธ์กันทำให้ได้ยาขยายหลอดลมจำนวนเล็กน้อย และจะพ่นยาเฉพาะตอนมีอาการเท่านั้นซึ่งไม่ถูกต้อง เมื่อตรวจดูถุงยาพบว่ามียาสะสมิงมากโดยเฉพาะกลุ่มยาฆ่าเชื้อโรค ลุงจันใช้วัดเป็นแหล่งสนับสนุนการไปโรงพยาบาลด้วยการขอความช่วยเหลือจากพระในวัดติดต่อบริการ ambulant โทร 1669 ส่ง ER โรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การจัดการมุ่งผลลัพธ์ระยะสั้นคือผู้ป่วยเข้าใจและสามารถจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคได้ เป้าหมายระยะกลางคือการลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำบ่อย ๆ ในโรงพยาบาล และเป้าหมายระยะไกลคือการลดค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาพรวม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้จัดการได้ใช้ทักษะของการประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุมเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและให้การดูแล/เพิ่มทักษะผู้ป่วยเพื่อให้สามารถได้รับยาขยายหลอดลมตามมาตรฐานของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมีการพ่นสูดยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ไม่ได้รับยาเข้าไปในหลอดลม ใช้ทักษะของการสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับของการบริการสุขภาพคือตั้งแต่โรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)²¹ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

- ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ตติยภูมิที่ผู้ป่วยไปรักษาประจำให้รพ.สต.ที่อยู่ใกล้บ้าน ได้รับข้อมูลผู้ป่วย และประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับของการบริการสุขภาพในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องการใช้อาากินและยาพ่นขยายหลอดลม และเพิ่มทักษะของการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค

- ประสานความร่วมมือไปยังผู้นำชุมชน รวมถึงเจ้าอาวาสวัดและพระในวัดที่บ้านผู้ป่วยตั้งอยู่ให้ร่วมมือช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล เช่น ด้านอาหาร การพาไปพบแพทย์ตามนัด การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- สนับสนุนการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการเรื่องยาด้วยการสอนให้ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและยารักษาที่ใช้กินอย่างถูกวิธีและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จัดหาอุปกรณ์พ่นยา Spacer เสริม รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับระบบยาของผู้ป่วยใหม่เพื่อป้องกันการสะสมยาและใช้ยาไม่ถูกต้อง

- สอนวิธีการทำทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการไออย่างถูกวิธี และการบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจ แนะนำการใช้ผ้าปิดจมูกเพื่อป้องกันฝุ่น/ควัน พร้อมจัดการเกี่ยวกับการได้รับน้ำในแต่ละวันอย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นทางเดินหายใจ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การลดฝุ่น/ควันจากเตาฟืน รวมถึงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้โล่งอากาศถ่ายเทได้สะดวก

- ผู้ป่วยรายนี้ภายหลังการจัดการรายกรณี และมีการติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะแรกในทุกสัปดาห์จำนวน 4 ครั้งและติดตามทุกเดือนอีก 4 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยไม่ได้กลับเข้าไปรักษาตัวซ้ำที่ ER ตลอดระยะเวลา 6 เดือนภายหลังได้รับการดูแลแบบรายกรณี นับได้ว่าผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะกลางสำหรับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายนี้เป็น

ผลลัพธ์ที่ดีและยังคงต้องติดตามดูผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

สรุป

แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการ (needs) ชับซ้อน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้คุณภาพของการดูแลสูงสุด และเป็นการดูแลบุคคลในลักษณะองค์รวมมีการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล และจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประสานความร่วมมือ จัดการดูแล สื่อสารและส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่สำคัญของการจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมอาการได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การชะลอความก้าวหน้าของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพคือ ความคุ้มค่าคุ้มทุนภายใต้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการช่วยให้ระบบบริการสุขภาพตามแนวคิดของการจัดการรายกรณีนี้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. American Case Management Association: ACMA, Retrieved (cited 2013 July 13) available on-line from <http://www.acmaweb.org>
2. American Nurse Association: ANA. Cited in Powell S K. Advanced Case Management: Outcomes and beyond. Philadelphia: Lippincott: 2000.
3. Powell SK .Nursing case management: A practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott – Raven: 1996

4. Rossi A. Case management in health care: A practical guide. Philadelphia W.B. Sundets: 1999
5. Poole PJ, Chase B, Frankel A & Black P. Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for COPD. *Respiratory*, 2001; 6: 37-42.
6. American Case Management Association: (ACMA), (cite 2015 February 1) available on-line from www.acmaweb.org .
7. Case management society of America. Standards of practice for case management (Rev.ed.) Little Rock,AR; Auther: 2010.
8. Gabbay RA. et al. Randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker interventions on risk factors for diabetes-related complication in urban African Americans. *Preventive Medicine*, 2003; 37:23-32.
9. Norris S L, Nichols PJ, Caspersen C J, Glasglow R E, Engelgau M M, Jack L ,Isham G, Snyder SR, Crande-Kulis VG, Garfield S, Briss P, & McCulloch D. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systemic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002; 22, 4s,: 15-38.
10. Armor B .Diabetes and co morbid conditions. *Drug store news*, 5(1), s1-s7. 2007.
11. Arthur J F & Sheldon R G. An introduction to concepts and skills. (cite 2015 January 15) available on-line from <http://www.mtsu.edu/socwork/frost/soc/thera/casemange.htm>
12. American Nurses Association. Nursing scope and standard of practices.(2 nd ed.) Siliver Spring, MD: Auther ; 2010.
12. Guyatt, G. Rennie, D. Meade, MO, Cook, DJ. **Users' Guide to Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice**, 2nd Edition ; 2008.
13. Schardt C and Mayer J. "What is Evidence-Based Practice (EBP)?" . (cited 2015 January 15) available on-line from <http://www.hsl.unc.edu/Services/Tutorials/EBM/welcome.htm>
14. Dana D C. Building collaboration partnerships in critical care : The RN case management / social work dyad in critical care .*Professional Case Management*; 14(3) :12-131.2009
15. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (2013). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (cited 2015 January 1) available on-line from: <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf>.
16. Hanania A . Improving outcomes in COPD patients : Breaking down the barriers to optimal care. (cited 2015 January 15) available on-line from: www.medscape.org/viewarticle/712114
17. Stone J, Hoffman G J. Medicare hospital re-admissions : Issues policy options and PPACA (cited 2015 January 15) available on-line from: www.pascenter.org/publication/home.php?id=1230
18. Vines D, Adams S. Management COPD Exacerbations in the hospital and home. (cited 2015 January 15) available on-line from: www.clinicalfoundations.org/pdfs/foundations7.pdf.

19. American Hospital Association .Examining the
divers of readmission and reducing unnecessary
readmission for better patients care. American
Hospital Association September 2011. (cited
2015 January 15) available on-line from:
[www.aha.org/research_reports/w/1sep-
tw-readmission.pdf](http://www.aha.org/research_reports/w/1sep-tw-readmission.pdf).
20. Case management of COPD patients from acute
to post –acute care settings. (cited 2015 Janu-
ary 15) available on-line from: [www.rtmaga-
zine.com/2012/case-management-of- copd-
patients-from-acute to post-acute-care-setting](http://www.rtmaga-zine.com/2012/case-management-of-copd-patients-from-acute-to-post-acute-care-setting).
20. Theesanut A, Luangramornlest S, Srithanyasat
W, Tusniyom N, Jitpimolmart S. Develoment
of Transitional Care Model for the Pderfy with
Chronic Iuness. Journal of Nursing & Health;
32(1): 1-12. 2009 (In Thai)