

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจในบริการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือวารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างระบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ และใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. รูปแบบการมอบหมายงาน
 2. แนวคิดการจัดการรายกรณี
 - 2.1 ความเป็นมาของการจัดการรายกรณี
 - 2.2 ความหมาย แนวคิดและหลักการของการจัดการรายกรณี
 - 2.3 รูปแบบและคุณลักษณะของการจัดการรายกรณี
 - 2.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
 - 2.5 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี
 - 2.6 แนวคิดรูปแบบการจัดการรายกรณี
 3. การดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
 - 3.1 โรคหัวใจขาดเลือด
 - 3.2 การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 3.3 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
 4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย
 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบการมอบหมายงาน

การมอบหมายงาน มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับระบบบริการพยาบาลที่แต่ละโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

การมอบหมายงานการพยาบาล ในแนวคิดของมาร์แรมและคณะ (Marram, et.al., 1974) กล่าวว่า เป็นการจัดแบ่งอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบทางการพยาบาลแก่ผู้ร่วมงาน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมุ่งประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การจัดบริการทางการพยาบาลในปัจจุบันมีหลายรูปแบบโดยมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับบริหารงานทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer –Lehmann, 1944 อ้างถึงในปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ 2541) มีดังนี้

1.1 การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Fuctional method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล จึงมีการฝึกบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาล เพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่าง ตามขอบเขตความสามารถ ข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ใช้บุคลากรน้อย สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี การมอบหมายงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าของงานและการประเมินผลงานทำได้ง่ายและสะดวก ข้อเสีย คือ พยาบาลไม่พึงพอใจในงาน เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงานและไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเนื่องจากขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการมีหลายคน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารที่ดีต่อกัน การพยาบาลถูกแบ่งเป็นส่วนๆ ไม่มีความรับผิดชอบโดยตรง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล

1.2. การมอบหมายงานแบบการพยาบาลเฉพาะราย (Case method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าที่สุด เริ่มใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1900 เป็นการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคลโดยพยาบาลจะได้รับผู้ป่วยครั้งละ 1 คนต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในหอผู้ป่วยหนัก ช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ มีข้อดี คือ สัมพันธภาพ

การดูแลผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ข้อเสีย คือ ลื่นเปื้อนเครื่องมือเครื่องใช้ และต้องใช้พยาบาลจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลง

1.3 การมอบหมายงานแบบทีม (Team method) เป็นการจัดบริการพยาบาลแบบกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อ ค.ศ. 1950 จากการพยายามแก้ปัญหาการทำหน้าที่เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาที่ต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับสมาชิกทีมโดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษา ติดตามและประเมินผลงาน รวมทั้งการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแลตลอดจนการสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน และการร่วมปรึกษารื้อ และอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาทีมงาน ข้อดี คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกตัวตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน เสริมสร้างความสามัคคี การกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ มีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ข้อเสีย คือ อาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน และใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม เมื่อสมาชิกทีมขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว

1.4 การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) เริ่มในปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกา คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกการมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพพยาบาล การค้นหาเอกลักษณ์วิชาชีพการพยาบาล เพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย จัดการดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายโดยไม่เปลี่ยนผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อไม่ขึ้นเวร ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นมีความชำนาญในการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเป็นการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ข้อเสีย คือ ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก (Marriner, 1996:237) ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์จะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ต้องใช้การประสานงานที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดการรักษายาบาลล้มเหลว

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น ได้มีการค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับการ

คาดการณ์ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นในช่วงปี ค.ศ.1990 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆจากความซับซ้อนของโรค การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย การรักษาที่มีคุณภาพเหมาะสมกับค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อค่ารักษายาบาล การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีข้อดีในด้านการดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงและความรับผิดชอบรูปแบบทีม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนของทีมที่มีผู้นำที่มีความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นการจกระบบการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งที่มีความสนใจและใช้กันในประเทศอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการดูแลที่มีคุณภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การนำมาใช้ในประเทศไทย ควรศึกษาเกี่ยวกับความหมาย แนวคิด หลักการ และการดำเนินงานของระบบการจัดการรายกรณีเพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมต่อไป

2.1 ความเป็นมาของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี (Case management) ได้เริ่มมีผู้นำมาใช้ในการปี ค.ศ. 1830 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มจากนักสังคมสงเคราะห์ชื่อ Jane Adams ช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนที่อพยพเข้ามาในประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาปี ค.ศ.1890 Lilianwald เป็นพยาบาลอนามัยชุมชน ได้นำแนวคิดการส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพยาบาลอนามัยชุมชนให้การพยาบาลและติดต่อประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อมาปี ค.ศ. 1920 นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช (จอม สุวรรณโณ 2541, Conti 1993, Sumer, 2008) และปี ค.ศ.1980 เริ่มต้นนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้อย่างแพร่หลาย แยกผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group : DRG) ควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล และควบคุมคุณภาพบริการการประกันคุณภาพทำให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพต้องทบทวนการรักษายาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อหาวิธีการประหยัดค่าใช้จ่าย และพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการหารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง

อย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า การติดต่อสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ การให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ คือ ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Zander,1993)

สตีเลอร์ (Steler,1988อ้างถึงใน Zander,1990) เช่นเดียวกับGuliano and Poiner(1991) เสนอเป้าหมายของการจัดการรายกรณี ดังนี้

1. ได้ผลลัพธ์ตามแผนการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
2. มีความร่วมมือและการประสานงานของทีมสุขภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นอย่างดี เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยและการบริการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. มุ่งเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียเวลา แรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่าย เกิดความสะดวกและการให้บริการรวดเร็ว
4. สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ใน DRGs หรือเร็วกว่าที่กำหนดไว้
5. ให้อุทิศเวลาในทีมสุขภาพมีการพัฒนาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย จำเป็นต้องเรียนรู้ เพิ่มทักษะการจัดการ การเจรจาต่อรอง การติดต่อสื่อสารการร่วมมือประสานการทำงานเป็นทีม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่องานที่ทำ (Cohen,1993)

โบเวอร์ (Bower,1992) กล่าวถึง ความสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า การที่ระบบการจัดการรายกรณีสามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายในการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากเหตุผลดังนี้ คือ

1. การจัดการรายกรณีมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. การจัดการรายกรณี เป็นการจัดการเชิงผลลัพธ์ มีเป้าหมายการดำเนินการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้ทำให้บริการมีความพยายามให้บรรลุเป้าหมายโดยไม่จำกัดขั้นตอนหรือรูปแบบการดูแล
3. การจัดการรายกรณี อำนวยความสะดวกและส่งเสริมการประสานงานที่ดีในการให้บริการลดการทำงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้เกิดการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและคุ้มค่า

4. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้บรรยากาศการทำงาน เชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

5. การจัดการรายกรณี ช่วยดูแลด้านงบประมาณ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน คือ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล การจัดการรายกรณี เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการ ได้มีการศึกษาค้นหา รูปแบบการจัดการบริการ รูปแบบการจัดการด้านการเงิน การคลัง การนำระบบ DRG มาเป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย การควบคุมการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอย่างจำกัด นโยบายการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการดูแล แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้หลายโรงพยาบาลพยายามจัดระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) และนำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) มาใช้ซึ่งช่วยให้การใช้ทรัพยากรต่างๆของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม มีการประสานงานที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หายจากภาวะเจ็บป่วยเร็วขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง (Zander,1998)ในปี พ.ศ.2542 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในประเทศไทย เพื่อให้เกิดการทำงานที่ดีร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ อันนำมาสู่การเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความหมาย แนวคิดและหลักการของการจัดการรายกรณี

2.2.1 ความหมายของการจัดการรายกรณี

ความหมายของการจัดการรายกรณี (Case Management) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ขึ้นอยู่กับนโยบายและมุมมองของแต่ละองค์กรดังนี้

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน มีผลลัพธ์ที่ต้องการภายในเวลาที่กำหนด ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ใช้กับการจัดการดูแลให้บริการสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ประสานงาน (รัชนิ ศุจิจันทร์รัตน์ 2545)

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และความร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การตรวจ การ

ประเมินผล การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ให้ทางเลือกและให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยการสื่อสาร และทรัพยากรที่หาง่าย ส่งเสริมคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการ (Rossi, 1999)

แซนเดอร์(Zander,1988) กล่าวว่า การจัดการรายกรณี เป็นการจกระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (AmericanNurse Association,1991) ให้ความหมายว่า การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพ ที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

โบว์เวอร์(Bower,1992) ให้คำจำกัดความว่า การจัดการรายกรณี หมายถึง ความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ในการประเมิน วางแผน ดำเนินการ ปฏิบัติ ประสานงาน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการจัดการตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย รับผิดชอบในการกำกับดูแล ติดตามการปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร และประสานงานการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่วางไว้

แคทลีน (Kathleen, 1992) ได้ให้ความหมายว่า เป็นแนวคิดในลักษณะรวม ต้องมีการประสานความร่วมมือ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และกลุ่มอื่นๆอย่างครอบคลุม ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

เพอร์เวล (Powell, 2000) ให้ความหมายว่า เป็นการจกระบบบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

มอร์ และแมนเดลล์ (More and Mandell,1997) กล่าวว่า การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพมีลักษณะคล้ายกระบวนการพยาบาล เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีการประเมินผู้รับบริการเพื่อการจัดการดูแลทั้งด้านสุขภาพและประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแล เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ มีการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ

สมาคมการจัดการรายกรณีประเทศสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of American, CMSA) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ประกอบด้วย การประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า(CMSA, 2002)

ซัมเมอร์ (Summer, 2008) กล่าวว่า การจัดการรายกรณี คือ กระบวนการประเมิน ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โดยสรุป การจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขา ในการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านภาวะสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และนำมาวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ ผู้ป่วย (Case manager) ทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ติดตามผลทั้งด้านภาวะสุขภาพ และ ค่าใช้จ่าย พิกัดสิทธิ์ของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสมในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการ กำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษานำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และคุ้มค่า

2.2.2 หลักการของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มี แนวคิดจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่าย ที่เหมาะสม มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความ ต้องการ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลา ที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานการ ดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกเริ่มหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วย บริการสุขภาพ ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบนี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจใน คุณภาพที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงานมีการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยการใช้ แผนการดูแล ที่กำหนดร่วมกันกำกับควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน ทำให้สามารถ ควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่าย ให้บริการสะดวก รวดเร็ว (เรวดี ศิรินครและคณะ 2545)

2.3 รูปแบบการจัดการรายกรณี

รูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า มีลักษณะดังนี้

1. เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การวางแผนการเงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม

3. เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท
4. เป็นรูปแบบที่เน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดแนวทางการดูแลทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆได้ (Spitzer – Lehmann, 1994)
5. เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case method) รูปแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional method) โดยปกติใช้ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้
6. การดำเนินการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการดูแลตามแนวทางที่กำหนด
7. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย จากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นแตกต่างจากแนวทางที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และปรับแนวทางการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่แนวทางการดูแลที่กำหนด (Spitzer – Lehmann, 1994)

2.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้ (Flarey, 1995)

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี
2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจสภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย รูปแบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย และสถานภาพทางการเงิน
3. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้

4. พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลผู้ป่วย
5. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม
7. ควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ
8. เป็นผู้นำที่ติดตามควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์การ

ดูแลที่ต้องการ

9. ประเมินผลการดูแล ประเมินรูปแบบการจัดการรายกรณี

เดวิส (Davis as cited in Cohen, 1996) กล่าวว่า ความสามารถที่ควรมีของผู้จัดการผู้ป่วย ควรขึ้นอยู่กับพื้นฐานความจำเป็นและผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้รับบริการ บทบาทของผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับการยอมรับ และควรได้รับการอบรมเพิ่ม คือ บทบาทผู้ดูแล (Caregiver's role) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator's role) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocate's role) และบทบาทตัวแทน (Broker's role)

ทาเฮน (Tahan, 2001) ได้วิเคราะห์และจำแนกบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไว้ 5 มิติ คือ

1. มิติด้านคลินิก หรือการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำการประเมินอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านจิตใจ สังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องควบคุมแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัย มีการทบทวนปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน วางแผนการจำหน่าย เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายวิธีปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน สามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้

2. มิติด้านการจัดการ หรือมิติภาวะผู้นำ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการ หมายถึง การรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เรื่องการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกทีมสุขภาพ

3. มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนสมบูรณ์ ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากร ค่าใช้จ่าย

อย่างเหมาะสม กำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล สามารถประเมินและจัดการกับความแปรปรวนได้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลา

4. มิติด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารเป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสมบูรณ์ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับ บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ หน้าที่ความรับผิดชอบขึ้นอยู่กับข้อมูล ข่าวสาร เน้นด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหรือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของข้อมูลข่าวสารอยู่ในกิจกรรมนั้นเพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลและประสิทธิผลขององค์กร

5. มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า การพัฒนาวิชาชีพ เป็นสิ่งจำเป็นของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการรายกรณีให้เป็นที่ยอมรับ และเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ เป็นผลดีต่อผู้จัดการรายกรณีในสถานะสมาชิกในองค์กร ด้านการพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจด้านจริยธรรมวิชาชีพ ถ่ายถอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่น

สมาคมการจัดการรายกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดบทบาทหน้าที่พื้นฐานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดังนี้ (CMSA, 2003)

1. การประเมิน (assessment) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ประเมินสภาพผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย และประเมินผลข้อมูลที่ได้ว่า สัมพันธ์กับเป้าหมายแผนการดูแลหรือไม่เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมแต่ละราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินด้วย

2. การวางแผน (planning) การพัฒนาความเหมาะสมของแผนการดูแล มีความสำคัญมากสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่จะทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพ การนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน เช่น การตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายแต่ละราย ระหว่างกระบวนการวางแผนควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง การให้ความรู้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้การตัดสินใจมีความเหมาะสม และแผนการดูแลผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้รับจากการประเมิน การประเมินได้

3. การให้การสนับสนุน (facilitation) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการประสาน และสนับสนุนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับสมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือในการประสานความร่วมมือ (Collaboration) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ยังมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการให้ความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยง ส่งเสริมสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

4. การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (advocating) เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องเคารพความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน ควรให้การสนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พิทักษ์สิทธิของตนเอง (Self-advocate) พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ามาสู่ระบบการจัดการรายกรณีตั้งแต่แรก เพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งคุณภาพการดูแลและค่าใช้จ่าย

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนั้น ไม่มีกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับสถาบันที่นำระบบการจัดการรายกรณีไปใช้จะเป็นผู้กำหนดให้เหมาะสมกับความต้องการ นโยบาย วิธีปฏิบัติ สถานะทางการเงิน และเป้าหมายของการนำระบบนี้ไปใช้

สรุป การจัดการรายกรณี หมายถึง การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารของทีมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยอาศัยแนวคิดการดูแลเชิงจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการ แก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี รับผิดชอบวางแผนการดูแล และประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการประเมินสภาพ การประสานงานและการวางแผนการดูแล การดำเนินการตามแผน การกำกับ การประเมินซ้ำ การประเมินครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล

2.5 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ(เรวดี ศิรินคร และคณะ2542)

2.5.1 *ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Collaboration of Multidisciplinary Team)* เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ มีการประสานงานหรือรายงานอาการของผู้ป่วย ร่วมมือกันวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อกำหนดแนวทางรูปแบบการดำเนินงานการเตรียมบุคลากรในทีมเพื่อดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

2.5.2 แผนการจัดการรายกรณี (Case Management Plan) ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance analysis) เป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพ ร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ

แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นเอกสารย่อๆ เพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาอาชีพตามช่วงเวลาต่างๆตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแผนการดูแลที่เขียนไว้ล่วงหน้าในรูปของมาตรฐาน (จิตร สิริธอมร, 2543) มีลักษณะเฉพาะคือ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยจะระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการกำหนดระยะเวลา (timeline) ตามลำดับของการดูแลที่เกิดขึ้น ซึ่งแผนการดูแลนี้เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลอย่างครอบคลุม มีรายละเอียดของวิธีการประเมินสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน

แผนการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละโรงพยาบาลจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ International Classification of Disease (ICD) หรือ Diagnosis Related Groups (DRGs) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay : ELOS)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นๆหรือกลุ่มนั้นๆในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็นวันหรือนาที หรือ สัปดาห์ ได้แก่ การประเมิน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษฯ อาหาร การให้ข้อมูล/คำแนะนำ การวางแผนจำหน่าย การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance analysis) คือ การติดตามกำกับและตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลาต่างๆที่ได้กำหนดไว้ใน Clinical pathway ว่าได้ปฏิบัติหรือบรรลุผลลัพธ์ตามนั้น

ความแปรปรวน (Variance) เป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยและอาจทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ถ้าพบต้องหาสาเหตุว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใด โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ

ก. สาเหตุจากผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น มีความเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพหรือภาวะสุขภาพที่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติไม่ยินยอมให้รับการรักษาหรือปฏิเสธการจำหน่าย เป็นต้น

ข. สาเหตุจากผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการทำหัตถการไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการทำหัตถการออกไป การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น

ค. สาเหตุจากระบบ ได้แก่ ความพร้อมของระบบต่างๆ ที่ให้บริการ มาตรการหรือขั้นตอนการทำงานที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์การตรวจพิเศษขัดข้อง ทำให้ต้องเลื่อนวันตรวจออกไป การมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ซับซ้อนทำให้เสียเวลาหรือเสียแรงงานมาก

2.5.3 พยาบาลผู้จัดการ (Nurse Case Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพต่างๆที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางการดูแล รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ผลลัพธ์การดูแลตามที่วางไว้ โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ คือ

ก. เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยเหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ระบบ Case Management ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลในระบบการจัดการรายกรณี คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และกลุ่มที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน

ข. เป็นผู้ประเมินปัญหาผู้รับบริการ วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และประสานงานระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

ค. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอธิบายแผนการดูแลตาม Clinical pathway เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ง. เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

จ. จัดการประชุมร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการรายกรณีเพื่อนำเสนอผู้บริหารระดับสูงต่อไป

2.6 รูปแบบการจัดการรายกรณี

ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดและรูปแบบการจัดการรายกรณีของ Powell (2000) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จโดยรวม (Total care) สามารถพิจารณาเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลต่อที่บ้านและเป็นการให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นเรื่องการสื่อสาร และการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามแผนการดูแลทางคลินิกที่ร่วมกันสร้างขึ้น ลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีและ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ

พาวเวลล์ (Powell, 2000) ได้กำหนดกระบวนการดำเนินการรูปแบบการบริการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลผู้จัดการเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการจัดการรายกรณีตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เมื่อมีผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาล แพทย์และผู้ป่วยให้ความยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. การประเมินภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ให้บริการ คือ บุคลากรในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วย แหล่งข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้ป่วยและครอบครัว บุคคลใกล้ชิด นำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหา และความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา
3. ประสานงาน หมายถึง การปรับแผนการรักษาและแผนการจำหน่าย การประเมินทางด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนกิจกรรมและเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนให้บริการ และการใช้แหล่งทรัพยากร
4. การดำเนินการต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการ ติดตามการประเมินสภาพและการประเมินผล ตามสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการเจ็บป่วย ความมั่นคงทางสังคม ความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การดำเนินการหมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี กำกับแผนการดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่ได้วางไว้ พร้อมส่งต่อ หรือ แจกแจงแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้รับช่วงการดูแลในเวรต่อไป เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดเวลา และการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย

6. การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง พยาบาลผู้จัดการดำเนินการติดตามโดยใช้โทรศัพท์หรือส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

2.7 ข้อดีและข้อเสียของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ยังพบว่าข้อดีและข้อเสียหลายประการ (Wise,1995; Bemhard and Walsh,1995)

ข้อดี

1. ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน
2. สามารถลดค่าใช้จ่ายขององค์กรได้มาก มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
3. รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้วิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆและผู้ป่วยจะมารับบริการติดตามผลการรักษาเฉพาะเรื่องที่จำเป็น
4. พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและในการทำงานมากขึ้น และเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่

ข้อเสีย

1. การดำเนินการรูปแบบนี้มีมากมาย ทำให้บุคคลและองค์กรเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรเป็นเช่นใด
2. ขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่ได้ของการดำเนินงานรูปแบบนี้
3. การดำเนินงานบางเรื่องซ้ำกับนักสังคมสงเคราะห์
4. พยาบาลผู้จัดการ ไม่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

5. พยาบาลผู้จัดการ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไป ทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความดูแลของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ อาจทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

โดยสรุป การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการให้บริการ ที่มุ่งเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาบาลผู้จัดการ ทีมผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยใช้แผนการดูแลที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมาย เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีและการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ (ราศรี ลีนะกุล 2548)

3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

3.1 โรคหัวใจขาดเลือด

กลุ่มภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome:ACS)หมายถึงกลุ่มอาการที่มีลักษณะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมัน ร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง ซึ่งอาจช็อกและหัวใจวายร่วมด้วย เรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบ่งตามลักษณะทางคลินิกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Unstable angina (UA) มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram :ECG) ไม่มี ST Segment Elevation แต่มี ST Segment depression หรือ T Wave Inversion
2. Non ST elevation myocardial infarction (Non Q– wave MI หรือ NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นหัวใจไฟฟ้าไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depressionหรือ T wave inversion และพบ cardiac marker positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ST elevation MI (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment และพบCardiac biomarker positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกระทันหัน แต่ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

3.1.1 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การเกิดกลุ่มภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ACS) มีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัน และการปริแตกของคราบไขมัน จากการศึกษา แบ่งการเกิดคราบไขมันได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Fatty streak ระยะการรวมตัวเป็นเส้นไขมัน ลักษณะคราบไขมันสีเหลืองที่ประกอบด้วย macrophage และ smooth muscle cells ระยะนี้จะพบไขมันก่อตัวสะสมพอกในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงคราบไขมันนี้ไม่ทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก จึงไม่เกิดอาการแสดง สามารถพบคราบไขมันได้ในบุคคลที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque ระยะมีการรวมตัวเป็นแผ่นไขมัน ระยะนี้เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ระยะนี้จะพบคราบไขมันที่มีลักษณะเป็นแผ่นสีเหลืองเทา พอกติดเยื่อบุผนังในหลอดเลือดแดง หรือยื่นออกมาภายในช่องหลอดเลือด ซึ่งอาจก่อตัวมากขึ้นหรือหยุดชะงักได้ พบได้ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 20 ปี

ระยะที่ 3 Ruptured plaque ระยะมีคราบไขมันขนาดใหญ่ที่มีการฉีกขาด หรือปริแตก กระตุ้นเกร็ดเลือดไปจับกับ fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของเกร็ดเลือด และเกิดเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำไปสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ UA, NSTEMI, STEMI ระดับความรุนแรงขึ้นกับลิ่มเลือดที่อุดตัน กรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อก

3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง

ปัจจัยที่ควบคุมได้

1. ความดันโลหิตสูง เกิดจากไขมันเริ่มจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจรวมตัวกันมากจนสะสมพอกตัวหนาจนหลอดเลือดตีบแข็ง ค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

2. ระดับไขมันในเลือดสูง ไขมันที่จับผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจรวมตัวกันมากขึ้นเป็นแผ่นค่อยๆสะสมพอกตัวหนาทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก

3. การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่จัดประมาณ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลาหลายปี นิโคติน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจบีบตัวเร็วและแรง ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น

4. เบาหวาน ทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ ไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบแข็ง

5. ความอ้วน คนที่อ้วนลงพุง พิจารณาจาก ดัชนีมวลกาย (body mass index / BMI)

ค่าปกติในคนเอเชียและคนไทยไม่เกิน 22.9 เส้นรอบเอว ไม่เกิน 90 ซม. ในเพศชาย ไม่เกิน 80 ซม. ในเพศหญิง

6. ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยลดไขมันในเลือดและเพิ่มระดับ HDL ต้องออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 10-30 นาที อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง จะเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ

7. การรับประทานยาคุมกำเนิด มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานว่าในผู้หญิงที่มีอายุเกิน 40 ปีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูง 4-20 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่รับประทานยา

8. ความเครียด ทำให้ร่างกายขับ norepinephrine และ epinephrine มีผลทำให้ serum lipid สูงขึ้น

ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

1. เพศ และ อายุ จากสถิติ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2546) พบว่าเพศชายอายุ 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกันโดยทั่วไปเพศชายพบก่อนอายุ 40 ปี เพศหญิงพบอายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน

2. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว

อาการ และ อาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก สัมพันธ์กับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลมหมดสติ และเสียชีวิต (Sudden cardiac death)
3. หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema) ลักษณะ Chest pain หรือ Chest discomfort The ACC/ AHA guideline ปี 2007 แบ่งอาการเป็น 3 ระยะ ดังนี้
4. Typical angina มี 3 ลักษณะ คือ
 - 4.1 แบบเจ็บแน่นใต้อก อาจร้าวไปที่แขน ไหล่ คอ หรือกราม อาการเจ็บประมาณ 5-10 นาที
 - 4.2 อาการเจ็บหน้าอกอาจถูกกระตุ้นโดยการออกกำลังกายหรือภาวะเครียด
 - 4.3 อาการดีขึ้นเมื่อได้พักหรือใช้ยา nitroglycerine อมหรือพ่นใต้ลิ้น
5. Atypical angina มีลักษณะอาการ 2 ข้อของ Typical angina
6. Non-cardiac chest pain มีลักษณะอาการไม่เกิน 1 ข้อของ Typical angina

3.2 การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary

Intervention: PCI)

การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สายสวนชนิดพิเศษเป็นหัตถการเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบโดยใช้บอลลูน เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และอาจต้องใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด หรือเรียกว่า Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

3.2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจ(Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดโดยเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบอาจต้องมีการคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันหลอดเลือดให้กว้างหรือค้ำยันไม่ให้หลอดเลือดหดกลับมาปิดใหม่ เช่นขดลวด(stent) จุดมุ่งหมายในการรักษาโดยการทำ PCI

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิด recurrent MI
2. เพื่อลดการเจ็บหน้าอก
3. เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3.2.2 ตำแหน่งการใส่สายและการดูแล

1) การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านขาหนีบ(Femoral artery)หลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จะดึงสายสวนและท่อนำออกจากหลอดเลือด แล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10-15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบบนเตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายหนักๆทับบริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะงอพับขาหนีบ ลูกนั่ง หรือเดินได้หลัง 4-6 ชั่วโมง หลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดขาหนีบจึงต้องคาท่อเอาไว้ในหลอดเลือดต่อเป็นเวลา 4 ชั่วโมงเพื่อรอให้ยาใช้ขณะทำการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลไว้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานกว่า 8-12 ชั่วโมง หลังการถ่างขยายหลอดเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก จากหลอดเลือดขนาดใหญ่วิธีนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดปริมาณมากจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2) การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ (Radial artery)

ปัจจุบันแพทย์สามารถใช้หลอดเลือดบริเวณข้อมือเพื่อทำการฉีดสีหรือสวนนำเพื่อใช้ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดแดงที่ใช้ คือหลอดเลือดแดงที่ใช้คล้ายพวงไรกับ

ข้อมือทางด้านนิ้วหัวแม่มือ(radial artery)ซึ่งแพทย์ผู้ชำนาญสามารถสอดสายเข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดสีหรือถ่ายภาพได้เช่นเดียวกับหลอดเลือดขาหนีบ หลอดเลือดข้อมือนี้นั้นขนาดเล็กและอยู่ตื้น แพทย์สามารถดึงสายสวนและถอนออกจากหลอดเลือดได้ทันที โดยใช้ก๊อสบีบบริเวณที่แทงเข็มไว้ ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง ทำกิจวัตรได้ทันที แต่ไม่ควรพียงข้อมือข้างที่ตรวจเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง พบว่าการใช้หลอดเลือดข้อมือ มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อหลอดเลือด หรือเสียเลือดน้อยกว่าการใช้หลอดเลือดขาหนีบมาก ข้อจำกัด คือ ขนาดของหลอดเลือดข้อมือ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดข้อมือนี้นั้นขนาดเล็กมากหรือมีหลอดเลือดแดงบริเวณแขนคอโค้ง อาจทำให้การแทงหลอดเลือดหรือสอดสายสวนเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดทำเส้นเลือดบริเวณแขนไว้เพื่อฟอกไต พบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบตันเหมาะที่จะใช้หลอดเลือดข้อมือ เพื่อสอดสายสวนในการฉีดสีและถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

3.23 ชนิดและขั้นตอนการทำ PCI

1) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน

การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนมีขั้นตอนเหมือนกับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจแต่ใช้สายนำ (Guiding catheter) แต่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางด้านในใหญ่กว่าสายตรวจที่ใช้ในการฉีดสี (Diagnostic catheter) ปลายสายนำอยู่ในหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จะใช้เส้นลวดเป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษที่มีบอลลูนอยู่ตรงปลาย ใช้แรงดันทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวก จึงดึงบอลลูนออกจากตัวผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องใช้บอลลูนมากกว่า 1 ลูก

2) การขยายหลอดเลือดโดยการใส่ขดลวด (Stent)

กรณีที่แพทย์เห็นว่าควรใส่ขดลวดจากรอยตีบยังขยายได้ไม่กว้างพอหรือเป็นการลดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ จะนำสายสวนที่มีขดลวดอยู่ที่ปลายสายใส่เข้าไปยังบริเวณที่เคยตีบและขยายขดลวดกางออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด สายสวนทั้งหมดจะถูกนำออกมานอกร่างกาย เหลือเพียงท่อเล็กๆที่เป็นทางเข้าของสาย จะถูกดึงออกเมื่อยาป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวหมดฤทธิ์ แพทย์จะกดแผลนานประมาณ 10-15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบไม่งอขาอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น

Stent คือ ท่อที่มีลักษณะเป็นตาข่าย ทำจากโลหะ ประกอบด้วย

nitinol, stainless steel และ cobalt chromium ซึ่งมีลักษณะคล้ายสปริงและความยืดหยุ่น วางในหลอดเลือด artery โดยวางอยู่บนบอลลูนที่อยู่ในลักษณะแฟบ เมื่อใส่บอลลูนเข้าไปในเส้นเลือดและขยายบอลลูนแล้ว stent จะขยายหรือเปิดออกและดันตัวเข้าไปในผนังด้านในของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะทำให้

ให้หลอดเลือดขยายตัว หลังจากนั้นจะแฟบบอลลูนลงและดึงบอลลูนออก ขณะที่ stent ยังฝังตัวและถ่างขยายหลอดเลือดอยู่

Stent มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 2-4 มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือด และมีความยาวตั้งแต่ 8-38 มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับการตีบตันของหลอดเลือด การใช้ stent จะช่วยลดความเสี่ยงของการที่เส้นเลือดตีบตันทันทีขณะทำการหัตถการ และลดโอกาสที่เส้นเลือดตีบตันซ้ำได้เกือบร้อยละ 50 ปัจจุบัน stent มี 2 ชนิด คือ

1. Bare- Metal Stents (BMS) เป็น stents ที่ไม่ได้มีการเคลือบยาไว้ มีการใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 เพื่อแก้ปัญหาการเกิดตีบซ้ำทันทีจากการเกิด elastic recoil แต่ยังพบปัญหาการเกิด in-stent restenosis ในเวลาต่อมา จึงได้มีการผลิต stents อีกชนิดหนึ่ง คือ Drug-eluting Stents (DES) เพื่อช่วยแก้ปัญหา

2. Drug-eluting Stents (DES) บางครั้งเรียกว่า Coated หรือ Medicated Stent ลักษณะเคลือบด้วยยา โดยใช้สาร Polymer เป็นตัวกำหนดขนาด และระยะเวลาในการซึมของยาจาก stent เข้าสู่บริเวณที่มี injury ของผนังหลอดเลือด ซึ่งยาที่ใช้เคลือบอยู่เป็น Cytotoxin drug เช่น Actinomycin D, Paclitaxel หรือเป็น Cytostatic drug เช่น Dexamethasone, Sirolimus (Rapamycin) เพื่อให้ยาไปยับยั้งการแบ่งตัวของ smooth muscle cell และ extracellular matrix ที่จะทำให้เกิด in-stent restenosis ขดลวดชนิดเคลือบยา (Drug Eluting Stent) เป็นนวัตกรรมของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด ขดลวดชนิดนี้สามารถลด หรือยับยั้งกระบวนการแบ่งเซลล์ของผนังหลอดเลือดไม่ให้เกิดขึ้นมากเกินไปซึ่งจะนำไปสู่การตีบซ้ำได้เมื่อใส่ขดลวดเคลือบยานี้แทนขดลวดธรรมดาจะสามารถลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำลงได้จาก ร้อยละ 30-40 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 10-15

3) ข้อดีของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน

การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน มีข้อดี คือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการผ่าตัดทำบายพาส ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (1-2 วัน) ไม่ต้องพักฟื้นนานเหมือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นอย่างดี หลอดเลือดอาจตีบแคบได้อีกในอนาคตที่ตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ แพทย์สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดได้หลายครั้งด้วยความปลอดภัยสูงเหมือนการทำครั้งแรก

4) ข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด

ลักษณะการตีบของหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะกับการทำบอลลูนทำให้การขยายหลอดเลือดอาจไม่สำเร็จไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดี แต่ข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด คือ การตีบซ้ำในบริเวณเดิมที่ทำบอลลูนและใส่ขดลวดไว้

(Restenosis) เกิดจากการ “สมานแผล” ตามธรรมชาติที่หลอดเลือดสร้างเนื้อเยื่อใหม่ขึ้นมาคลุมขดลวดที่ถูกใส่เข้าไป ปริมาณเนื้อเยื่อใหม่มีมาก สะสมอยู่ในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-40 มีโอกาสที่จะเกิดรอยตีบซ้ำในตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายด้วยบอลลูนภายในเวลา 6 เดือน การใช้ขดลวดที่หลอดเลือดหัวใจสามารถลดโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำของตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายได้เหลือประมาณร้อยละ 10-15 ภายในเวลา 6 เดือน หลังทำ PCI ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin, Clopidogrel เพื่อป้องกันการเกิด stent thrombosis ขณะทำการฉีดสีหรือทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดหมาย เช่น การฉีกขาดของผนังด้านในของหลอดเลือดหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดเฉียบพลัน พบได้น้อยกว่า 5 ใน 10,000 ราย และน้อยกว่า 2 ใน 100 รายของการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจฉุกเฉินการสอดสายสวนผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงอาจทำให้มีลิ่มเลือดเล็กๆหรือฟองอากาศหลุดไปอุดหลอดเลือดสำคัญ เช่น หลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดได้ไม่เกิน 1 ใน 1,000 รายหรือหลอดเลือดแดงที่แพทย์ใช้แทงเพื่อสอดสายสวนอาจเกิดการฉีกขาดมีลิ่มเลือดออกภายหลังการดึงสายสวนออกมีโอกาสดังกล่าวได้ร้อยละ 0.5-3 โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ขาหนีบ

3.2.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) *Cardiac arrhythmias* เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้แก่หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที (Ventricular fibrillation) ภาวะหัวใจเต้นเร็วที่ไม่ตอบสนองต่อยา (Prolonged ventricular tachycardia) ที่ต้องทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นด้วยไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillation, Cardioversion) หรือภาวะหัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที (Bradycardias) ที่มีอาการจน ต้องให้ยาหรือใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker)

2) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะคาสายสวนที่ขาหนีบและภายหลังนำออก

(1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง (Early complication) เช่น เลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบ (Groin bleeding) เลือดออกด้านหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal bleeding) มีก้อนเลือดโตอยู่ใต้แผล (Hematoma) และเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า คลื่นไส้ อาเจียน (Vasovagal reaction)

(2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง (Late complication) เกิดขึ้นในช่วง 1-30 วันหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) เช่น เลือดออกใต้แผลบริเวณขาหนีบ (Femoral pseudoaneurysm) หลอดเลือดแดงที่ขาหนีบแข็ง อุดตัน (Femoral artery thrombosis) มีลิ่มเลือด (Embolism) และหลอดเลือดดำที่ขาหนีบแข็ง (Femoral vein thrombosis)

3) ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ

3.2.5. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลมีบทบาทสำคัญผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การประเมินความพร้อมก่อนทำการหัตถการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลขณะและหลังการทำหัตถการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยรับการวินิจฉัยและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ผ่อนคลายความวิตกกังวล ส่งเสริมให้กำลังใจในการรักษา ปรับตัวได้เหมาะสม
2. มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังทำ

หัตถการ

2) การพยาบาลผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลที่หอผู้ป่วยถึงวิกฤตโรคหัวใจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เป็นการป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาได้ทันที พยาบาลสามารถวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินอาการผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง ภายหลังการวินิจฉัยขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ห้องสังเกตอาการหรือหอผู้ป่วยถึงวิกฤตโรคหัวใจ เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยกขึ้นหรือลดต่ำลงของ ST Segment บทบาทพยาบาลภายหลังการตรวจ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก แพ้สารทึบรังสีอาจมีอาการคลื่นไส้ อาการคัน อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด เลือดออกจากตำแหน่งที่ใส่สายสวน พบบริเวณแผลมี bleeding , hematoma, echymosis รายงานแพทย์ทันที

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจมีความจำเป็นเพื่อประเมินความพร้อมและคุณภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีคลื่นหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะช่วยให้การไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจเป็นปกติ

2. ให้ผู้ป่วยเข้าโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายครบ 6 ครั้ง
3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตนถูกต้องและ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
4. สามารถประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
5. ช่วยลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล

ในระบบการบริการพยาบาลงานอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เริ่มมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษาเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการต่อผู้ป่วยในเรื่อง การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การลดค่าใช้จ่าย สร้างความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยมีพยาบาลผู้จัดการ เป็นผู้ประสานงานการบริการซึ่งมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ดังนี้

บทบาทของพยาบาลในทีมสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล โดยกำหนดแผนงานในการดำเนินงานด้านการพัฒนาขีดความสามารถของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบองค์รวม และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง
2. ดูแลการบริหารจัดการยา การรับประทาน ห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด
3. ให้ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ stent แต่ละแบบ ผู้ป่วยที่ทำ PCI ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด 2 ตัว คือ ผู้ใช้ stent แบบ BMS ต้องรับประทานยา Clopidogrel อย่างน้อย 1 เดือน ถ้าแบบ DES ต้องรับประทานยา Clopidogrel อย่างน้อย 1 ปี หลังใส่ stent อาการดีขึ้น ไม่มีอาการ เจ็บหน้าอก คิดว่าหายแล้วจึงหยุดยาเอง ทำให้เกิดผลเสียที่ร้ายแรงตามมาภายหลัง
4. ประเมินสภาพร่างกายจากสัญญาณชีพ สอนวิธีการจับชีพจรตนเองแก่ผู้ป่วย
5. สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย
6. แนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน
7. ดูแลผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาจเกิดการตีบของเส้นเลือดเส้นอื่น หรือเกิดการตีบซ้ำ และการมาตรวจตามนัด
8. ร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพและประเมินการดูแลที่จัดให้
9. ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลหลังการดำเนินการ

4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการพยาบาลตามปกติและการจัดการรายกรณี

4.1) รูปแบบการจัดบริการพยาบาลตามปกติหรือแบบทีม เป็นการจัดบริการพยาบาล โดยให้นำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาต้องแก้ไข หัวหน้าทีมมีการวางแผนร่วมกับสมาชิกทีม ติดตาม ประเมินผลและติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแล สื่อสารให้ผู้ร่วมทีม เข้าใจแผนการปฏิบัติงาน ร่วมปรึกษาและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนาทีมงาน

ข้อดี คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกรับผิดชอบเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจ ในความสำเร็จของงาน เสริมสร้างความสามัคคี กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสีย คือ หากเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน ใช้ หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถสูงในการเป็นหัวหน้าทีม เมื่อสมาชิกทีมขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว

4.2) รูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบที่พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีและ ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า โดยมีลักษณะดังนี้

- 1) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2) การวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม
- 3) เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท
- 4) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของทีมงานสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล มีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย และมีพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกำหนด แนวทางการดูแลโดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และประมาณค่าใช้จ่ายได้ (Spitzer- Lehman, 1994)

4.3) สามารถนำไปใช้ร่วมกับการดูแลแบบเดิมได้ คือ การดูแลแบบรายบุคคล (Case method) การทำงานแบบหน้าที่ (Functional method) โดยปกติจะใช้ร่วมกับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

4.4) การดูแลผู้ป่วยทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

4.5) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย จากแนวทางการดูแล และปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย พบการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแตกต่างจากแนวทางที่กำหนด พยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีจะประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลับเข้าสู่แนวทางที่กำหนด (Spitzer-Lehmann, 1994)

ข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี รวดเร็ว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานสามารถลดค่าใช้จ่าย และมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง รู้วิธีการจัดการสุขภาพของตนเองไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล และมารับบริการตามนัดติดตามผล พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและการทำงาน

ข้อเสีย คือ รูปแบบการดำเนินงานมีมากมาย อาจเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรเป็นแบบใด ขาดการวิจัยผลลัพธ์ที่ชัดเจนของการดำเนินงาน และอาจเข้าซ้อนกับการบริการของนักสังคมสงเคราะห์ หากพยาบาลผู้จัดการไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ หรือต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญทำให้งานขาดประสิทธิภาพ

3.3. จำนวนวันนอน (Length of stay)

จำนวนวันนอน เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicator) ที่สำคัญตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน อัตราการหมุนเวียนเตียงต่ำและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นเมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลลัพธ์ต่างๆจากการนำการจัดการรายกรณีมาใช้พบว่าผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นผลการลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Cook, 1998)

ความหมาย จำนวนวันนอนหมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน

สุวรรณี มหาภานันท์ (2538) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนของผู้อยู่รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟู หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

ลูซิส และคณะ (Lusis, et al. 1993 อ้างใน จิราภรณ์ ศรีไชย 2545) กล่าวว่า จำนวนวันนอนที่อยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ

มอร์ (More,1997) จากแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล โดยนำแผนการดูแลทางคลินิกมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและนำมาใช้ให้มีประสิทธิผล ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน โดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบในการทำงาน

จิราพร ลิมากร(2544) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 30 คน ทีมและกลุ่มสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้แผนการดูแลทางคลินิกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้แผนการดูแลทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้แผนการดูแลทางคลินิกสูงกว่าก่อนใช้แผนการดูแลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หน่วยงานศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีแผนการดูแล เป็นเครื่องมือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วัน ใช้เวลาสูงสุด 16 วัน และต่ำสุด 8 วัน ส่วนจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.73 วัน สูงสุด 11 วัน และต่ำสุด 7 วัน

สรุปว่า จำนวนวันนอนเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการบริการพยาบาลมีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยย่อมมีผลดี คือผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความสนใจ (Webster , 1996)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากพยาบาล ที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดบริการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

คุษฎี ใหญ่เรืองศรี (2541:28) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวังไว้ หรือต้องการในเรื่องต่างๆเป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

เดอร์แดเรียน (Derdarion, 1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสพการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอเพียงกับความความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

บราวน์ (Brown, 1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประสพการณ์ร่วมที่ผู้ใช้บริการได้จากการที่เข้ามาใช้บริการและสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการ

พรณี บัลลังก์ (2551) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยยอมรับรู้ในบริการพยาบาลที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกันไปตามความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Wants) และประสพการณ์เดิมของแต่ละคน ดังนั้นความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จะบอกว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือไม่ผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยซึ่ง หมายถึง บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย แต่การรับรู้ของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากคุณภาพจากการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพเพียงอย่างเดียวแต่จะเกี่ยวข้องกับเชิงมนุษยสัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงการแสดงออกอหฺยาศัยไมตรีให้มากขึ้นกว่าเดิมการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นการใช้แผนการดูแลทางคลินิก จะเป็นการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เพราะเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการพยาบาล โดยการบริหารจัดการของ

พยาบาลผู้ประสานงานทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและวิธีการจัดการกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น

แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย Aday and Anderson (1975 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เ็นสุข 2544) ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ได้แก่
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordinator) ได้แก่
 - 2.1 ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
 - 2.3 แพทย์มีการติดตามการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออริยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและความสนใจ ห่วงใยของผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทักษะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

ริสเซอร์ (Risser, 1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Instrument, PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลในงานซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลกรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ เป็นกิจกรรมทางเทคนิคพยาบาลหรือการใช้ทักษะความรู้ความสามารถในงานที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้การพยาบาลที่สมบูรณ์
2. ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นเรื่องที่รวมความเอื้ออาทรของพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกและมีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี
3. ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมาย รายละเอียดของวิธีการพยาบาลหรือการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

แวร์์และสตีวอด (Ware and Steward, 1977 อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคุณะเศรษฐ์ 2533) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยว่ามี 8 ประการและจากการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยของ เวิร์และคณะ (Ware และคณะ 1978) อ้างถึงใน กรรณการ์ เย็นสุข, 2544) สรุปลักษณะความพึงพอใจและความกังวลของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปองค์ประกอบความพึงพอใจในบริการพยาบาลดังนี้

1. ศิลปะการดูแล (Art of care) หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแล ที่แสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทนความจริงใจ และความห่วงใย
 2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่างๆ ในการดูแลความสามารถของผู้ให้การดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสิทธิภาพ ความชำนาญ ความแม่นยำ และการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำ
 3. ความสะดวกสบาย (Accessibility / Convenience) หมายถึง เวลาในการให้บริการ การรอคอย ระยะทางความสะดวก เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
 4. ค่าใช้จ่าย (Finance) หมายถึง ความคุ้มค่าระหว่างรายจ่ายและการบริการที่ได้รับ ความยืดหยุ่นของค่าใช้จ่ายและความครอบคลุมของการประกัน
 5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความสะดวกทางด้านสถานที่ ความสะอาด และแสงสว่าง
 6. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) หมายถึง การให้บริการที่พร้อมทั้งด้านบุคลากร การบริการ มีปริมาณเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแลและความพร้อมที่จะให้บริการ
 7. ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หมายถึง การให้บริการอย่างครบถ้วน โดยผู้ให้บริการคนเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน
 8. ประสิทธิภาพ หรือ ผลลัพธ์ (Efficacy / Outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ
- กนกพร คุปตานนท์(2539) สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล กิจกรรมที่บรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรคความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกริยาท่าทาง อารมณ์ขัน ใจดี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมทางการพยาบาลที่ให้ความสนใจ การเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วยการรับฟังปัญหาและความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย กิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลขณะอยู่โรงพยาบาล

4. สัมพันธภาพที่มุ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคองและสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

สรุป ผู้ป่วยรับรู้ในบริการพยาบาลที่ควรจะได้รับแตกต่างกันตามความจำเป็น ความต้องการ และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ช่วยบ่งชี้ได้ว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย หากผลที่ได้รับภายหลังการให้บริการก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย หมายถึง บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมนุษย์สัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ป่วยพยาบาลควรตระหนักและสนใจ ปฏิบัติการพยาบาลโดยทำให้การแสดงออก อธิบายชี้แจงให้มากกว่าการ ปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แจ่มจิตต์ เทพวงศ์และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงการใช้นาแนวทางดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายประชากรเคราะห์จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย และเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ที่โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า ทีมสุขภาพที่ใช้การจัดการรายกรณี หรือกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำงานเป็นทีมของทีมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุวัชรีย์ ฐูพิมาย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนบุคลากรพบว่า มีความพึงพอใจต่อการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ไตรภักดิ์ (2544) ได้ศึกษาถึง การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยทางเดินอาหารเพื่อดำเนินการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทางเดินอาหาร โดยประเมินจากความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี และเปรียบเทียบความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง ความสำคัญในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราพร สิมการและยุพิน อังสุโรจน์ (2546) ได้ศึกษาถึง ผลการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการดูแลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างกัน จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรชนก จารุปรการ (2547) ได้ศึกษา ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องของการดูแลและการจัดสรรทรัพยากร

พัชริ คงปลอด (2549) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจ

ของพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัย พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบปกติ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) ได้ศึกษาการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยดิ่งถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่บ้านในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล พบว่า การใช้ระบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการทำงานเป็นทีมอย่างมีระบบ ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการรายกรณีกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมเยอร์และคณะ (Mayeret al, 1992) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือด จำนวน 113 คน ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดมากกว่า 6 เดือนในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการซ่อมแซมเส้นเลือดอุดตัน 65 คน ติดเชื้อ 11 คน เส้นเลือดโป่งพองหรือมีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือ 10 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลเพื่อต่อเส้นเลือดใหม่ ซึ่งมีผู้ป่วย 45 คน มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยด้านอายุเป็นตัวทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยที่มีอายุนานจะอยู่โรงพยาบาลนาน

กูด (Goode, 1995) ได้ทำการศึกษา ผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจ เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ เป็นการศึกษาถึงทดลองโดยกลุ่มควบคุมจะใช้การดูแลผู้ป่วยแบบปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care map) มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ผลการศึกษาคความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มิชิสและคณะ (Micheeis et al., 1995) ได้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ 78 ราย โดยศึกษาย้อนหลังภายใน 10 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 35 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการรายกรณี 43 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการรายกรณีมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การจัดการรายกรณี

ซิลเวอร์สไตน์ (Silverstein, 1998 (อ้างในศุวัชรีย์ ฐปิมาย 2543) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St. Peter Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย และสร้างสรรค์

คุณภาพบริการ ที่ตอบสนองความต้องการ สร้างความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณีพบว่าหลังจากใช้ระบบการจัดการรายกรณีและใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (CareMap) ทำให้เกิดผลในทางบวกหลายด้าน คือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง มีผลลัพธ์ของบริการที่มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และมีการร่วมมือของแพทย์ต่อการดูแลผู้ป่วยช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จเร็วขึ้น

รินนี นิเมธ (Lynne Nemeth, 1999) ทำการศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพของแผนการดูแล (Clinical pathway) เพื่อใช้ในระบบการจัดการรายกรณี โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการจัดระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจ พบว่าการมีระบบการบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยบุคลากรที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้บันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแล ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยอมรับได้ในทีม ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและมีการเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้นและมีผู้จัดการผู้ป่วยรับผิดชอบในการติดต่อประสานการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

กูดวินเจย์เอส และคณะ (Goodwin et al, 2003) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมในรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ความร่วมมือในการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาโดยรับยาเคมีบำบัด และรังสีรักษาในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบปกติภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบปกติและพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการนำระบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีทั้งรูปแบบการดูแลในโรงพยาบาลและที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคลากรมีความพึงพอใจระบบการดูแลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลในระบบนี้ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการทางหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีการศึกษาเฉพาะในขั้นตอนของการดูแล เช่น การเตรียมผู้ป่วยการดูแลก่อน / ขณะ / หลังการทำหัตถการ ยังไม่พบแพร่หลาย และยังพบว่ามีจำนวนไม่มากนัก

การศึกษาวิจัยผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลโดยมีพยาบาลผู้จัดการ ได้กำหนดการพัฒนาคุณภาพการจัดการทางการพยาบาลโดยใช้แผนการดูแลทางคลินิกและมีพยาบาลผู้จัดการประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

