ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาล

นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2556

Effects of Case Management in Patients with Percutaneous Coronary Intervention on Length of Stay and Nursing Service Satisfaction

Wg. Cdr. Kanyanat Boon-long

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master ofNursing Science in Nursing Administration
School of Nursing
SukhothaiThammathirat Open University
2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ชื่อและนามสกุล นางอาภาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ – หลง

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรังศรี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2557

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรังศรี)

.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ผู้วิจัย นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง **รหัสนักศึกษา** 2515100259

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรังศรี **ปีการศึกษา** 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ (2) เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 36 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและจับคู่ตามอายุ เพศ และชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยง โดยแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0 .95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า (1) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ผู้ป่วยที่ได้รับบริการ โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การจัดการรายกรณี จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Thesis title: Effects of Case Management in Patients with Percutaneous Coronary Intervention on Length of Stay and Nursing Service Satisfaction
Researcher: Wg. Cdr. Kanyanat Boon-long; **ID:** 2515100259; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Premruetai Noimuenwai, Assistant Professor; (2) Dr. Boontip Sriritarungsri Associate Professor; **Academic year:** 2013

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: (1) to compare lengths of hospital stay and (2) to compare nursing service satisfaction between two groups: case management and traditional care.

The purposive sample was composed of 36 patients who had percutaneous coronary intervention. These subjects were grouped and matched based on their age, gender, and percutaneous coronary intervention type- an experimental group (18) and a control group (18). Research tools included the case management manual for providers in caring for patients with percutaneous coronary intervention, case management plan, the evaluation form for patients with percutaneous coronary intervention, and patients' satisfaction questionnaires. All research tools were examined for content validity and reliability. The Index of Item Objective Congruence and Cronbach's alpha reliability of the Patients' Satisfaction Questionnaire were 0.80 and 0.95 respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t-test

Research finding were as follows. 1) Lengths of stay of patients who were cared for by case management were significantly shorter than those who were cared for by traditional care ($p< 0.05$). 2) The former group rated their satisfaction on case management significantly higher than the latter group ($p < 0.05$).

Keywords : Case management, Length of stay, Patients' satisfaction, percutaneous coronary intervention

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความเมตตา กรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และติดตามตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จการศึกษาเรียบร้อยสมบรูณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในโอกาสต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณเจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ ทหารอากาศ ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม และผู้อำนวยการกองการพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยศูนย์โรคหัวใจ ผู้ตรวจการกอง อายุรกรรม พยาบาลประจำการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดการดำเนินการ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลในการวิจัยอย่างยิ่ง ประโยชน์ซึ่งเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ จะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมาในการวิจัยในครั้งนี้

กัญญาณัฐ บุญ-หลง

พฤศจิกายน 2556

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 7

นิยามศัพท์เฉพาะ 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 9

รูปแบบการมอบหมายงาน 10

แนวคิดการจัดการรายกรณี 12

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 25

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย 36

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 40

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 46

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 48

การเก็บรวบรวมข้อมูล 57

การวิเคราะห์ข้อมูล 57

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 58

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 59
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร หรือกลุ่มตัวอย่าง 59
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ 62
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 64
สรุปการวิจัย 64
อภิปรายผล 67
ข้อเสนอแนะ 70
บรรณานุกรม 71
ภาคผนวก 76
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย 77
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 87
ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย 89
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 91
ประวัติผู้วิจัย 118

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีทำการคัดเลือกโดยวิธีการจับคู่ 47

ตารางที่ 4.1 จำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 60

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีทำการคัดเลือกโดยวิธีการจับคู่ ที่มีความาคล้ายกันระหว่างกลุ่มโดยจับคู่รายคู่ (Match paired) ด้วย อายุ เพศ และ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ (n =36) 62

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี 63

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชาชนที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ระหว่างปี พ.ศ.2547-2551 พบว่ามีอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่าง 54.5 – 63.3 ต่อประชากร 100,000 ราย และพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) จำนวน 48,276 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 และมีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemia Heart Disease : IHD) จำนวนสูงถึง 13,395 รายคิดเป็นร้อยละ 21.2 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชาชนไทย รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง หากการรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด ในช่วงวิกฤตไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะหัวใจล้มเหลวแทรกซ้อนในระยะต่อมาได้ (ศิริอร สินธุ 2552) ซึ่งจากรายงานเดียวกันพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มหัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดในปี พศ 2551 สูงถึง 16,317,386 ราย คิดเป็น 283.778 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งพุ่งสูงขึ้นกว่า 10 ปีก่อนกว่า 3 เท่า (1) ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในหน่วยบริการสุขภาพ จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ในเชิงป้องกันและจัดการดูแลผู้ป่วยในช่วงภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ

สองทศวรรษที่ผ่านมาการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้มีวิธีการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้สายสวนและบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) กันอย่างแพร่หลาย โดยมีแนวทางปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยและเป็นมาตรฐาน ซึ่งต้องการการจัดระบบบริการการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลจึงต้องพัฒนาความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย นับตั้งแต่การประเมินค้นหาอาการแรกเริ่ม และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว และบริหารยาได้อย่างมี ประสิทธิภาพรวมทั้งจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ของโรคได้ สามารถวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องทันเวลา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นอกจากนั้นพยาบาลต้องพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ที่ทันสมัยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอีกด้วย (เสาวนีย์ เนาวพานิช 2552) แต่ด้วยจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องการควบคุมคุณภาพการบริการควบคู่ไปกับการควบคุมค่าใช้จ่ายในการประกอบการ ประกอบกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับลดอัตราจำนวนพยาบาลวิชาชีพลง ทำให้พยาบาลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากขึ้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องค้นหารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาควบคู่ไปกับการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้มีความคุ้มค่าและคุ้มทุน

การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นแนวทางหนึ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง 2543) เป็นรูปแบบการให้บริการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ พาวเวลล์ (Powell, 2000) ที่กล่าวว่าการจัดการรายกรณี จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลต่อที่บ้าน

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดการให้บริการแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่าย (American Nurse Association, 1998) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายการดูแล มีแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือ และมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมต่าง ๆ (Marrine, 1996) นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามต้องการภายใต้ระยะเวลาที่ตั้งเป้าหมายไว้และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Powell, 2000)

แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับซึ่งเขียนขึ้นโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (Zander, 1990; อารี ชีวเกษมสุข 2542) โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการดูแลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและมี

ความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลสั้นลง มีจำนวนวันนอนลดลง และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล (More, 1997) จากการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยโรคต่างๆ ในประเทศไทย พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีส่งผลทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง (จิราภรณ์ ศรไชย 2543; จิราพร สิมากร 2544; พัชรี คงปลอด 2549;) ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (จิราพร สิมากร 2544; พัชรี คงปลอด 2549) และเกิดความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (พัชรี คงปลอด 2549; ศุวัชรีย์ งูพิมาย 2543) การนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้จึงมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าทำให้เกิดเกิดผลลัพธ์ของการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และน่าจะมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กระทรวงกลาโหม เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับตติยภูมิ จำนวน 750 เตียง ได้เริ่มทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของส่วนเอสที Acute ST – elevated myocardial infarction fast track) ด้วยการใช้บอลลูน (PCI) ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2538 ในผู้ป่วยหญิงอายุ 78 ปี ซึ่งเป็นการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันด้วยบอลลูนโดยไม่ใช้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นครั้งแรกในประเทศไทย จากความสำเร็จดังกล่าวได้พัฒนามาสู่การเป็นโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกในประเทศไทยที่ให้บริการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง และให้การดูแลผู้ป่วยระดับศูนย์ตติยภูมิโรคหัวใจ (Cardiac Center of Excellence) การดำเนินงานของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจ ชั้น9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปจำนวน 16 เตียง ให้การบริการพยาบาล ด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้บริการเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การตรวจสวนหัวใจ การใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ การรักษาด้วยยา การรักษาผู้ป่วยกลุ่มหัวใจเต้นผิดจังหวะ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร การรักษาโรคไหลตายด้วยเครื่องกระตุกหัวใจ จากรายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 750 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) จำนวน 250 คน โดยมีอัตราการขยายหลอดเลือดหัวใจมากเป็นอันดับ 1 ของการรักษา (โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 2553) ซึ่งการจัดระบบบริการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจ ชั้น9/1 มีการจัดระบบบริการพยาบาลแบบทีม จากการสำรวจจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ พบว่ามีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 5 วัน ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสูงถึง 8 วัน และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลต่ำสุด 5 วัน โรงพยาบาลภูมิพล

อดุลยเดช จึงมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยกำหนดเป้าหมายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะเวลา 3 วัน จวบจนปัจจุบัน

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในปี พศ.2553 ของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น 9/1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้รับบริการจำนวน 12 คน ช่วงเดือนสิงหาคมถึง กันยายน 2553 โดยการพูดคุย ซักถามผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านเกี่ยวกับขั้นตอนของการเข้ารับการรักษา พฤติกรรมบริการของทีมผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และขั้นตอนการรักษาพยาบาล ผลจากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยและญาติเกิดความสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ไม่ทราบเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย แนวทางขั้นตอนในการรักษา และการเตรียมตัวก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาครองเตียงนาน จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยการเพิ่มการให้ยา หรือเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นผู้ใช้บริการยังประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลร้อยละ 78 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด

กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นคุณภาพงาน ความคุ้มค่า คุ้มทุน โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น สามารถควบคุมและกำกับดูแลการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่าย และสามารถควบคุมจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น 9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี เนื่องจาก การจัดการรายกรณี เป็นแนวคิดการจัดการดูแล ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลทำให้จำนวนวันนอนลดลงและเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ผลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจนำไปประยุกต์ใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

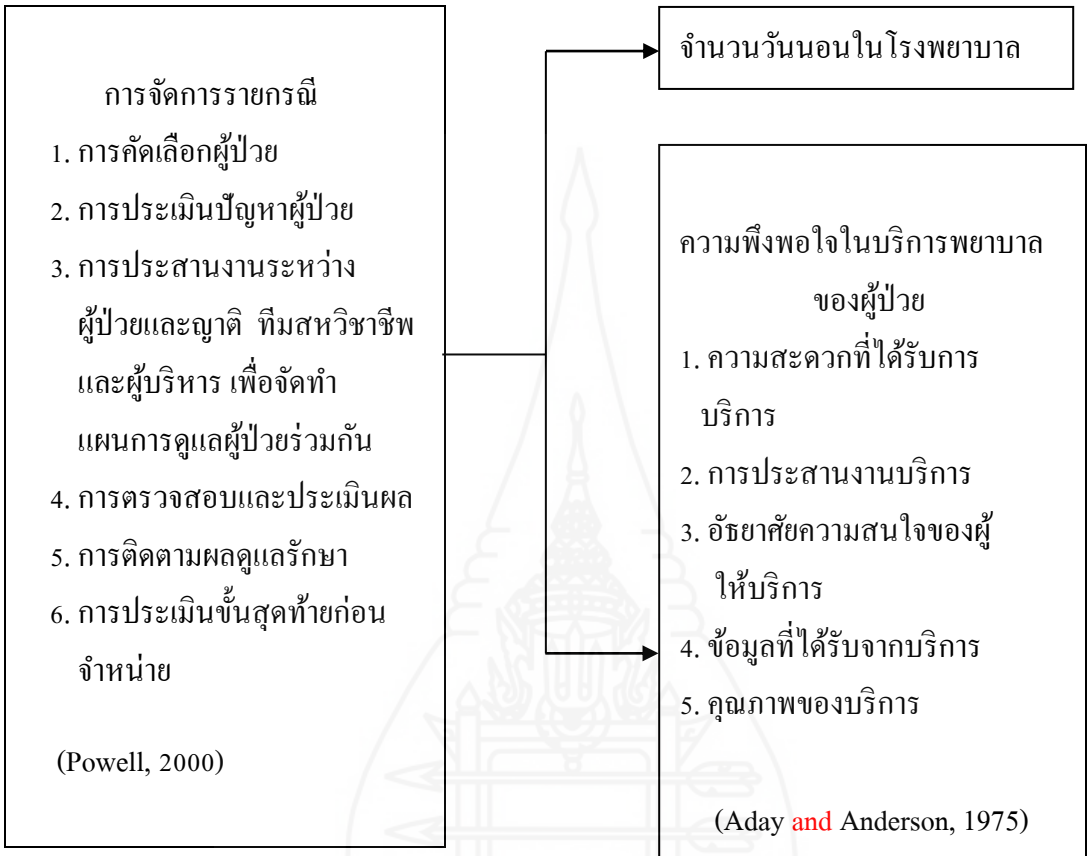
2.1 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

2.2 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell (2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการกำหนดแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนการดูแลภายในเวลาที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละรายจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผลจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ซึ่งครอบคลุมถึง จึงทำให้ลดจำนวนวันนอน และเพิ่มความพึงพอใจในบรีการพยาบาลของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวการจัดการรายกรณีของ อเดย์ และแอนเดอสัน (Aday and Anderson,1975) มาใช้ในการศึกษาความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยมี 5 องค์ประกอบ คือ ความสะดวกที่ได้รับบริการ การประสานงานบริการ อัธยาศัยของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพของบริการ ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell (2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดี มุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อคุณภาพที่ดี มีประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ประกอบ 6 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินปัญหาผู้ป่วย การประสานงานระหว่างผู้ป่วยและญาติ ทีมสหวิชาชีพและผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน การตรวจสอบและประเมินผล การติดตามผลการดูแลรักษา และการประเมินขั้นสุดท้ายก่อนจำหน่าย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีน้อยกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ

4.2 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

5.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น 9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. จำนวน 36 คน

5.2 ตัวแปรที่ศึกษา

5.2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

5.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ จำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาล

5.3 ระยะเวลาที่ศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2556

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การจัดการรายกรณี หมายถึง การดำเนินการต่าง ๆ ในการจัดการดูแลรักษา เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเขียนขึ้นโดยทีมบุคลากรเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน กำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการจัดการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนภายในเวลาที่กำหนด ครอบคลุมถึงมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน การจัดการรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย การประสานงานระหว่างผู้ป่วยและญาติ ทีมสหวิชาชีพและผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนการดูแลรักษาร่วมกัน การตรวจสอบและประเมินผล การติดตามผลการดูแลรักษา และการประเมินขั้นสุดท้ายก่อนจำหน่าย

6.2 การจัดบริการพยาบาลแบบปกติ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม ใช้กระบวนการพยาบาล การรวบรวมข้อมูล วาง

แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โดยประชุมปรึกษาบุคลากรพยาบาลในทีม

6.3 จำนวนวันนอน หมายถึง จำนวนวันนอนทั้งหมดของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งวัดได้จากตั้งแต่แรกรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน

6.**4 ความพึงพอใจในบริการพยาบาล** หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในทางที่ดี ที่มีความนิยมชมชอบในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับและความพึงพอใจในบริการผู้วิจัยศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี ประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยของ จิราพร สิมากร (2544) ที่วัดตามแนวคิดของ Aday และ Anderson (1975) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความสะดวกที่ได้รับ การประสานงานการบริการ อัธยาศัยความสนใจต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้รับ และคุณภาพการบริการ

6.5 ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น 9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการใส่สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบโดยใช้บอลลูนหรือขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลที่ดีแก่ผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

7.2 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในระดับปฏิบัติการ ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีคุณภาพ และเป็นแนวทางเดียวกัน

7.3 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้สนใจในการทำการวิจัยทางการบริหารการพยาบาล

7.4 ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณี

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนานวันนอนและความพึงพอใจในบริการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือวารสาร บทความ และงานวิจัยที่กี่ยวข้อง 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

3.1โรคหัวใจขาดเลือด

3.2 การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

3.3 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบการมอบหมายงาน

การมอบหมายงาน มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับระบบบริการพยาบาลที่แต่ละโรงพยาบาลใช้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

การมอบหมายงานการพยาบาล ในแนวคิดของมาร์แรมและคณะ(Marram,et.al., 1974) กล่าวว่า เป็นการจัดแบ่งอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบทางการพยาบาลแก่ผู้ร่วมงาน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมุ่งประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การจัดบริการทางการพยาบาลในปัจจุบันมีหลายรูปแบบโดยมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับการบริหารงานทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer –Lehmann, 1944 อ้างถึงในปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน 2541) มีดังนี้

1.1 การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Fuctional method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล จึงมีการฝึกบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง1-2 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 คือสัมพันธภาพ

การดูแลผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ข้อเสีย คือ สิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้ และต้องใช้พยาบาลจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลง

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

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

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น ได้มีการค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับการ

คาดการณ์ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นในช่วงปี ค.ศ.1990 พบว่า ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆจากความซ้ำซ้อนของโรค การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย การรักษาที่มีคุณภาพเหมาะสมกับค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาล การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีข้อดีในด้านการดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 274 ชั่วโมงและความรับผิดชอบรูปแบบทีม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนของทีมที่มีผู้นำที่มีความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งที่ได้รับความสนใจและใช้กันในต่างประเทศอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นการดูแลที่มีคุณภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การนำมาใช้ในประเทศไทย ควรศึกษาเกี่ยวกับความหมาย แนวคิด หลักการ และการดำเนินงานของระบบการจัดการรายกรณีเพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมต่อไป

2.1 ความเป็นมาของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี (Case management) ได้เริ่มมีผู้นำมาใช้ในปี 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 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และควบคุมคุณภาพบริการการประกันคุณภาพทำให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพต้องทบทวนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อหาวิธีการประหยัดค่าใช้จ่าย และพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการหารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง

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

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

1. ได้ผลลัพธ์ตามแผนการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และครอบคลุมปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

2. มีความร่วมมือและการประสานงานของทีมสุขภาพระหว่างสาขาวิชาชีพเป็นอย่างดี เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยและการบริการที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. มุ่งเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียเวลา แรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่าย เกิดความสะดวกและการให้บริการรวดเร็ว

4. สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ใน DRGs หรือเร็วกว่าที่กำหนดไว้

5. ให้บุคคลากรในทีมสุขภาพมีการพัฒนาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย จำเป็นต้องเรียนรู้ เพิ่มทักษะการจัดการ การเจรจาต่อรอง การติดต่อสื่อสารการร่วมมือประสานการทำงานเป็นทีม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่องานที่ทำ (Cohen,1993)

โบเวอร์ (Bower,1992) กล่าวถึง ความสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่า การที่ระบบการจัดการรายกรณีสามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายในการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากเหตุผลดังนี้ คือ

1. การจัดการรายกรณีมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2. การจัดการรายกรณี เป็นการจัดการเชิงผลลัพธ์ มีเป้าหมายการดำเนินการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้ผู้ให้บริการมีความพยายามให้บรรลุเป้าหมายโดยไม่จำกัดขั้นตอนหรือรูปแบบการดูแล

3. การจัดการรายกรณี อำนวยความสะดวกและส่งเสริมการประสานงานที่ดีในการให้บริการลดการทำงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้เกิดการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและคุ้มค่า

4. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้บรรยากาศการทำงาน เชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

5. การจัดการรายกรณี ช่วยดูแลด้านงบประมาณ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้ง3 ด้าน คือ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล การจัดการรายกรณีเป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการ ได้มีการศึกษาค้นหารูปแบบการจัดบริการ 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

ความหมายของ การจัดการรายกรณี (Case Management) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ขึ้นอยู่กับนโยบายและมุมมองของแต่ละองค์กรดังนี้

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการประสานบริการสุขภาพที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน มีผลลัพธ์ที่ต้องการภายในเวลาที่กำหนด ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ใช้กับการจัดการดูแลให้บริการสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ประสานงาน (รัชนี ศุจิจันทรรัตน์ 2545)

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างสรรค์ และความร่วมมือกันในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การตรวจ การ

ประเมินผล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ให้ทางเลือกและให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยการสื่อสาร และทรัพยากรที่หาง่าย ส่งเสริมคุณภาพผลลัพธ์การให้บริการ (Rossi, 1999)

แซนเดอร์(Zander,1988) กล่าวว่า การจัดการรายกรณี เป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

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

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

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

เพาว์เวล (Powell, 2000) ให้ความหมายว่า เป็นการจัดระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

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

สมาคมการจัดการรายกรณีประเทศสหรัฐอเมริกา (Case ManagementSociety ofAmerican,CMSA) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ประกอบด้วย การประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า(CMSA, 2002)

ซัมเมอร์ (Summer, 2008)กล่าวว่า การจัดการรายกรณี คือ กระบวนการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โดยสรุป การจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขา ในการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และนำมาวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ติดตามผลทั้งด้านภาวะสุขภาพ และค่าใช้จ่าย พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสมในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษานำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และคุ้มค่า

2.2.2 หลักการของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการประสานความร่วมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพ ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบนี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงานมีการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยการใช้แผนการดูแล ที่กำหนดร่วมกันกำกับควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน ทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่าย ให้บริการสะดวกรวดเร็ว (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 ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดแนวทางการดูแลทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆได้ (Spitzer – Lehmann, 1994)

5. เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมได้ คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case method) รูปแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional method) โดยปกติใช้ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้

6. การดำเนินการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

7. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นแตกต่างจากแนวทางที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และปรับแนวทางการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่แนวทางการดูแลที่กำหนด (Spitzer – Lehmann, 1994)

2.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลีนิกพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้ (Flarey, 1995)

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี

2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจสภาวะทางอารมณ์ ความสามารถการคิด ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย รูปแบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย และสถานภาพทางการเงิน

3. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้

4. พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลผู้ป่วย

5. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

7. คาบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

8. เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตามควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์การดูแลที่ต้องการ

9. ประเมินผลการดูแล ประเมินรูปแบบการจัดการรายกรณี

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

ธาแฮน (Tahan, 2001) ได้วิเคราะห์และจำแนกบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไว้ 5 มิติ คือ

1. มิติด้านคลีนิก หรือการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำการประเมินซ้ำต่อเนื่อง 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 ด้านการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจด้านจริยธรรมวิชาชีพ ถ่ายถอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่น

สมาคมการจัดการรายกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดบทบาทหน้าที่พื้นฐานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดังนี้ (CMSA, 2003)

1. การประเมิน (assessment) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ประเมินสภาพผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย และประเมินผลข้อมูลที่ได้ว่าสัมพันธ์กับเป้าหมายแผนการดูแลหรือไม่เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมแต่ละราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินด้วย

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

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

4. การพิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ของผู้ป่วย (advocating) เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องเคารพความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน ควรให้การสนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พิทักษ์สิทธิ์ของตนเอง (Self-advocate) พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ามาสู่ระบบการจัดการรายกรณีตั้งแต่แรก เพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งคุณภาพการดูแลและค่าใช้จ่าย

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนั้นไม่มีกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับสถาบันที่นำระบบการจัดการรายกรณีไปใช้จะเป็นผู้กำหนดให้เหมาะสมกับความต้องการ นโยบาย วิธีปฏิบัติ สถานะทางการเงิน และเป้าหมายของการนำระบบนี้ไปใช้

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

2.5 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ(เรวดี ศิรินคร และคณะ2542)

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

2.5.2 แผนการจัดการรายกรณี (Case Management Plan) ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Variance analysis)เป็นเครื่องมือสำคัญ ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ

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

แผนการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละโรงพยาบาลจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ InternationCiassification of Disease (ICD)หรือ Diagnosis Reiate 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/การตรวจพิเศษยา อาหาร การให้ข้อมูล/คำแนะนำ การวางแผนจำหน่าย

การวิเคราะห์ความแปรปรวน(Variance analysis)คือ การติดตามกำกับและตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลาต่างๆที่ได้กำหนดไว้ใน Clinical pathway ว่าได้ปฏิบัติหรือบรรลุผลลัพธ์ตามนั้น

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

ก. สาเหตุจากผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น มีความเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพหรือภาวะสุขภาพที่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติไม่ยินยอมให้รับการรักษาหรือปฏิเสธการจำหน่าย เป็นต้น

ข. สาเหตุจากผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการทำหัตถการไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการทำหัตถการออกไป การปฏิบัติที่ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดอันตราย 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 ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้เป็นตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

จ. จัดการประชุมร่วมกับบุคลากรในทีมสุขสภาพ 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 กำกับแผนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่ได้วางไว้ พร้อมส่งต่อ หรือ แจ้งแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้รับช่วงการดูแลในเวรต่อไป เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดเวลา และการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย

6. การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง พยาบาลผู้จัดการดำเนินการเยี่ยมติดตามโดยใช้โทรศัพท์หรือส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

2.7 ข้อดีและข้อเสียของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใพสอดคล้องกับการเปลียนแปลงทางสังคม แต่ยังพบว่ามีข้อดีและข้อเสียหลายประการ (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 อาจทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่คาร

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

3. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

3.1 โรคหัวใจขาดเลือด

กลุ่มภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome:ACS)หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์อุดตันจากการแตกของคราบไขมัน ร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง ซึ่งอาจช็อคและหัวใจวายร่วมด้วย 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 maker positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. ST elevation MI (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment และพบCardiac biomaker positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกระทันหัน แต่ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

3.1.1 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การเกิดกลุ่มภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ACS) มีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์เสื่อมแข็ง และการปริแตกของคราบไขมัน จากการศึกษา แบ่งการเกิดคราบเลือดไขมันได้เป็น3 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 พอกติดเยื่อบุผิวชั้นในหลอดเลือดแดง หรือยื่นออกมาภายในน่องหลอดเลือด ซึ่งอาจก่อตัวมากขึ้นหรือหยุดชะงักได้ พบได้ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 20ปี

ระยะที่ 3 Ruptured plaque ระยะมีคราบไขมันขนาดใหญ่ที่มีการฉีกขาด หรือปริแตก กระตุ้นเกร็ดเลือดไปจับกับ fibrinogen ซึ่งจะทำให้เดิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างใยแหของเกร็ดเลือด และเกิดเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ นำไปสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ UA ,NSTEMI , STEMI ระดับความรุนแรงขึ้นกับลิ่มเลือดที่อุดตัน กรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อค

3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง

ปัจจัยที่ควบคุมได้

1. ความดันโลหิตสูง เกิดจากไขมันเริ่มจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจรวมตัวกันมากจนสะสมพอกตัวหนาจนหลอดเลือดตีบแข็ง ค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ140 /90 มิลิเมตรปรอทถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

2. ระดับไขมันในเลือดสูง ไขมันที่จับผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจรวมตัวกันมากขึ้นเป็นแผ่นค่อยๆสะสมพอกตัวหนาทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก

3. การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่จัดประมาณ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลาหลายปี นีโคติน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจบีบตัวเร็วและแรง ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น

4. เบาหวาน ทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ ไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบแข็ง

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

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

6. ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยลดไขมันในเลือดและเพิ่มระดับ HDL ต้องออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 10-30 นาที อย่างน้อยวันละ30นาที สัปดาห์ละ3-4 ครั้ง จะเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ

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

8. ความเครียด ทำให้ร่างกายขับ norepinephrine และ epinephrine มีผลทำให้ serum lipid สูงขึ้น

ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

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

2. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว

อาการ และ อาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก สัมพันธ์กับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลมหมดสติ และเสียชีวิต (Sudden cardiac death)

3. หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acutepulmonaryedema)ลักษณะ Chest pain หรือ Chest discomfortThe 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 อาการเจ็บหน้าอกอาจถูกกระตุ้นโดยการออกแรงหรือภาวะเครียด

4.3 อาการดีขึ้นเมื่อได้พักหรือใช้ยา nitroglycerine อมหรือพ่นใต้ลิ้น

5. Atypical angina มีลักษณะอาการ 2 ข้อของ Typical angina

6. Non-cardiac chest pain มีลักษณะอาการไม่เกิน 1 ข้อของ Typicalangin

3.2 การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

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

3.2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจ(Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังเข้ารูหลอดเลือดโดยเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบอาจต้องมีการคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันหลอดเลือดให้กว้างหรือค้ำยันไม่ให้หลอดเลือดหดกลับมาปิดใหม่ เช่นขดลวด(stent) จุดมุ่งหมายในการรักษาโดยการทำ PCI

1.เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิด recurrent MI

2.เพื่อลดการเจ็บหน้าอก

3. เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3.2.2 ตำแหน่งการใส่สายและการดูแล

*1) การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหขาหนีบ(Femoral artery)*หลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จะดึงสายสวนและท่อนำออกจากหลอดเลือด แล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10-15นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบบนเตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายหนักๆทับบริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะงอพับขาหนีบ ลุกนั่ง หรือเดินได้หลัง 4-6ชั่วโมง หลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดขาหนีบจึงต้องคาท่อนำไว้ในหลอดเลือดต่อเป็นเวลา 4 ชั่วโมงเพื่อรอให้ยาใช้ขณะทำการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลไว้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานกว่า 8-12ชั่วโมง หลังการถ่างขยายหลอดเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก จากหลอดเลือดขนาดใหญ่บริเวณขาหนีบ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดปริมาณมากจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2) การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ (Radial artery)

ปัจจุบันแพทย์สามารถที่จะใช้หลอดเลือดบริเวณข้อมือเพื่อทำการฉีดสีหรือสายนำเพื่อใช้ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดแดงที่ใช้ คือหลอดเลือดแดงที่ใช้คลำชีพจรใกล้กับ

ข้อมือทางด้านนิ้วหัวแม่มือ(radialarte ry)ซึ่งแพทย์ผู้ชำนาญสามารถสอดสายเข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดสีหรือถ่างขยายได้เช่นเดียวกับหลอดเลือดขาหนีบ หลอดเลือดข้อมือมีขนาดเล็กและอยู่ตื้น แพทย์สามารถดึงสายสวนและท่อนำออกจากหลอดเลือดได้ทันที โดยใช้ก๊อสปิดบริเวณที่แทงเข็มไว้ ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง ทำกิจวัตรได้ทันที แต่ไม่ควรพับงอข้อมือข้างที่ตราจเป็นเวลา 6-8ชั่วโมง พบว่าการใช้หลอดเลือดข้อมือ มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อหลอดเลือด หรือเสียเลือดน้อยกว่าการใช้หลอดเลือดขาหนีบมาก ข้อจำกัด คือ ขนาดของหลอดเลือดข้อมือ ผู้ป่วยทีมีหลอดเลือดข้อมือขนาดเล็กมากหรือมีหลอดเลือดแดงบริเวณแขนคดโค้ง อาจทำให้การแทงหลอดเลือดหรือสอดสายสวนเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดทำเส้นเลือดบริเวณแขนไว้เพื่อฟอกไต พบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบตันเหมาะที่จะใช้หลอดเลือดข้อมือ เพื่อสอดสายสวนในการฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

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 สายสวนนทั้งหมดจะถูกนำออกมานอกร่างกาย เหลือเพียงท่อเล็กๆที่เป็นทางเข้าของสาย จะถูกดึงออกเมื่อยาป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวหมดฤทธิ์ แพทย์จะกดแผลนานประมาณ 10-15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบไม่งอขาอย่างน้อย4-6ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น

Stent คือ ท่อที่มีลักษณะเป็นตาข่าย ทำจากโลหะ ประกอบด้วย nitinol,stainless steel และ cobalt chromiumซึ่งมีลักษณะคล้ายสปริงและมีความยืดหยุ่น วางในหลอดเลือด artery โดยวางอยู่บนบอลลูนที่อยู่ในลักษณะแฟบ เมือใส่บอลลูนเข้าไปในเส้นเลือดและขยายบอลลูนแล้ว stent จะขยายหรือเปิดออกและดันตัวเข้าไปในผนังด้านในของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะทำ

ให้หลอดเลือดขยายตัว หลังจากนั้นจะแฟบบอลูนลงและดึงบอลลูนออก ขณะที่ stent ยังฝังตัวและถ่างขยายหลอดเลือดอยู่

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

1. Bare- Metal Stents (BMS)เป็น stents ที่ไม่ได้มีการเคลือบยาไว้ มีการใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 เพื่อแก้ปัญหาการเกิดตีบซ้ำทันทีจากการเกิด elastic recoil แต่ยังพบปัญหาการเกิด instent 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 matrixที่จะทำให้เกิด instent 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 ทำให้หลอดเลือดตีบแคบผู้ป่วยประมาณร้อยละ30-40 มีโอกาสที่จะเกิดรอยตีบซ้ำในตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายด้วยบอลลูนภายในเวลา 6 เดือน การใช้ขดลวดค้ำหลอดเลือดหัวใจสามารถลดอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำของตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายได้เหลือประมาณร้อยละ10-15 ภายในเวลา 6 เดือน หลังทำ PCI ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin, Clopidogrelเพื่อป้องกันการเกิด stent thrombosis ขณะทำการฉีดสีหรือทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกที่ไม่คาดหมาย เช่น การฉีกขาดของผนังด้านในของหลอดเลือดหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดเฉียบพลัน พบได้น้อนกว่า 5 ใน 10,000 ราย และน้อยกว่า 2ใน100 รายของการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจฉุกเฉินการสอดสายสวนผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงอาจทำให้มีลิ่มเลือดเล็กๆหรือฟองอากาศหลุดไปอุดหลอดเลือดสำคัญ เช่น หลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดได้ไม่เกิน1ใน1,000 ราย หรือหลอดเลือดแดงที่แพทย์ใช้แทงเพื่อสอดสายสวนอาจเกิดการฉีกขาดมีลิ่มเลือดออกภายหลังการดึงสายสวนออกมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 0.5-3 โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ขาหนีบ

3.2.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) Cardiac arrhythmias เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้แก่หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที (Ventricular fibrillation) ภาวะหัวใจเต้นเร็วที่ไม่ตอบสนองต่อยา(Prolonged ventricular tachycardia) ที่ต้องทำการช็อคไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นด้วยไฟฟ้าหัวใจ (Defibrielation,Cardioversion)หรือภาวะหัวใจเต้นช้าน้อยกว่า60 ครั้งต่อนาที(Bradyarrhythmias)ที่มีอาการจน ต้องให้ยาหรือใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker)

*2) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น*ขณะคาสายสวนที่ขาหนีบและภายหลังนำออก

(1)ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน24ชั่วโมง(Early complication)เช่น เลือดออกบริเวณแผลที่ขาหนีบ(Groin bleeding) เลือดออกด้านหลังเยื่อบุช่องท้อง(Retroperitoneal bleeding) มีก้อนเลือดโตอยู่ใต้แผล(Hematoma)และเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า คลื่นไส้อาเจียน (Vasovagal reaction)

(2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง24ชั่วโมง (Late complication) เกิดขึ้นในช่วง1-30 วันหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) เช่น เลือดออกใต้แผลบริเวณขากนีบ(Femoral pseudoaneurysm)หลอดเลือดแดงที่ข่หนีบแข็ง อุดตัน (Femoral artery thrombosis) มีลิ่มเลือด (Embolism) และหลอดเลือดดำที่ขาหนีบแข็ง(Femoral vein thrombosis)

3)ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ

3.2.5. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลมีบทบาทสำคัญผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การประเมินความพร้อมก่อนทำหัตถการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลขณะและหลังการทำหัตถการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยรับการฉีดสีและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ผ่อนคลายความวิตกกังวล ส่งเสริมให้กำลังใจในการรักษา ปรับตัวได้เหสาะสม

2. มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังทำหัตการ

2) การพยาบาลผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เป็นการป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาได้ทันที พยาบาลสามารถวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินอาการผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง ภายหลังการฉีดสีขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ห้องสังเกตอาการหรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 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 และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดโดยเฉพาะช่วยให้การไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจเป็นปกติ

2. ให้ผู้ป่วยเข้าโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายครบ 6 ครั้ง

3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตนถูกต้องและ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

4. สามารถประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

5. ช่วยลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล

ในระบบการบริการพยาบาลงานอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เริ่มมีการนำรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management)มาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษาเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการต่อผู้ป่วยในเรื่อง การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การลดค่าใช้จ่าย สร้างความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยมีพยาบาลผู้จัดการ 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 Clopidogrelอย่างน้อย 1 ปี หลังใส่ stent อาการดีขึ้น ไม่มีอาการ เจ็บหน้าอก คิดว่าหายแล้วจึงหยุดยาเอง ทำให้เกิดผลเสียที่ร้ายแรงตามมาภายหลัง

4. ประเมินสภาพร่างกายจากสัญญาณชีพ สอนวิธีการจับชีพจรตนเองแก่ผู้ป่วย

5. สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าออก หอบเหนื่อย

6. คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน

7. ดูแลผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาจเกิดการตีบของเส้นเลือดเส้นอื่น หรือเกิดการตีบซ้ำ และการมาตรวจตามนัด

8. ร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพและประเมินการดูแลที่จัดให้

9. ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลหลังการดำเนินการ

4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการพยาบาลตามปกติและการจัดการรายกรณี

4.1) รูปแบบการจัดบริการพยาบาลตามปกติหรือแบบทีม เป็นการจัดบริการพยาบาลโดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ แบ่งงานตามความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาต้องแก้ไข หัวหน้าทีมมีการวางแผนร่วมกับสมาชิกทีม ติดตาม ประเมินผลและติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแล สื่อสารให้ผู้ร่วมทีมเข้าใจแผนการปฏิบัติงาน ร่วมปรึกษาและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนาทีมงาน

ข้อดี คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน เสริมสร้างความสามัคคี กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสีย คือหากเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน ใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถสูงในการเป็นหัวหน้าทีม เมื่อสมาชิกทีมขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว

4.2) รูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบที่พัฒนาคุณภาพการดแลผู้ป่วยที่ดีและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า โดยมีลักษณะดังนี้

1) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2) การวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม

3) เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท

4) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล มีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกำหนดแนวทางการดูแลโดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาล และประมาณค่าใช้จ่ายได้ (Spitzer- Lehma, 1994)

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

*4.4) การดูแลผู้ป่วย*ทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

4.5) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดูจากแนวทางการดูแลและปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย พบการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแตกต่างจากแนวทางที่กำหนด พยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีจะประสานงานกับบุคลากรที่เดี่ยวข้องปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลับเข้าสู่แนวทางที่กำหนด(Spitzer-Lehmann,1994)

ข้อดี คือ ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี รวดเร็ว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานสามารถลดค่าใช้จ่าย และมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง รู้วิธีการจัดการสุขภาพของตนเองไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล และมารับบริการตามนัดติดตามผล พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและการทำงาน

ข้อเสีย คือ รูปแบบการดำเนินงานมีมากมาย อาจเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรเป็นแบบใด ขาดการวิจัยผลลัพธ์ที่ชัดเจนของการดำเนินงาน และอาจซ้ำซ้อนกับการบริการของนักสังคมสงเคราะห์ หากพยาบาลผู้จัดการไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ หรือต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไปทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญทำให้งานขาดประสิทธิภาพ

3.3. จำนวนวันนอน (Length of stay)

จำนวนวันนอน เป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicator) ที่สำคัญตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลกระทบทางด้านลบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน อัตราการหมุนเวียนเตียงต่ำและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นเมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็ว จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลลัทธ์ต่างๆจากการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ พบว่าผลลัพทธ์ที่ได้จะเป็นผลการลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Cook, 1998)

ความหมาย จำนวนวันนอนหมายถึง จำนวนวันทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน

สุวรรณี มหากายนันท์ (2538) กล่าวว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลอันหนึ่ง นอกเหนือไปจากจำนวนของผู้อยู่รอด ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟู หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

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

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

จิราพร สิมากร(2544) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 30 คน ทีมและกลุ่มสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้แผนการดูแลทางคลีนิกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้แผนการดูแลทางคลีนิกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้แผนการดูแลทางคลีนิกสูงกว่าก่อนใช้แผนการดูแลทางคลีนิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดgปลี่ยนลิ้นหัวใจ หน่วยงานศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่มีแผนการดูแล เป็นเครื่อ'มือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11วัน ใช้เวลาสูงสุด 16 วัน และต่ำสุด 8 วัน ส่วนจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.73 วัน สูงสุด 11 วัน และต่ำสุด 7 วัน

สรุปว่า จำนวนวันนอนเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการบริการพยาบาลมีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง การสร้างมารตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธภาพ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยย่อมมีผลดี คือผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความสมใจ (Webster , 1996)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากพยาบาล ที่แสดงถึงคุณภาพของการจัดบริการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ดุษฎี ใหญ่เรืองศรี (2541:28) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกในทางบวกที่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ได้ตั้งความหวังไว้ หรือต้องการในเรื่องต่างๆเป็นผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข เกิดทัศนคติบวกต่อสิ่งนั้นๆที่ได้รับการตอบสนองและสังเกตจากความสุขที่แสดงออกจากทางสายตา คำพูดและการแสดงออก

เดอร์แดเรียน (Derdiarion,1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวกหรือการบรรลุความต้องการ และกระบวนการพยาบาลจะเป็นที่พอเพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การบรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลในกระบวนการดูแล

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

พรรณี บัลลังก์ (2551) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยย่อมรับรู้ในบริการพยาบาลที่พวกเขาจะได้รับแตกต่างกันไปตามความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Wants) และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ดังนั้นความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จะบอกว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ขอผู้ป่วยหรือไม่ผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยซึ่ง หมายถึง บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย แต่การรับรู้ของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากคุณภาพจากการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพเพียงอย่างเดียวแต่จะเกี่ยวข้องกับเชิงมนุษยสัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงการแสดงออกอัธยาศัยไมตรีให้มากขึ้นกว่าเดิมการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นการใช้แผนการดูแลทางคลีนิก จะเป็นการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เพราะเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการพยาบาล โดยการบริหารจัดการของ

พยาบาลผู้ประสานงานทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและวิธีการจัดการกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น

แนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยAday and Anderson (1975 อ้างถึงในกรรณิการ์ เย็นสุข2544) ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ(Conveniece)ได้แก่

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordinator)ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางร่างการและจิตใจ

2.3 แพทย์มีการติดตามการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy)ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและความสนใจ ห่วงใยของผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ(Quality of care)ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

ริสเซอร์ (Risser,1975) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วย (PatientSatisfactionInstrument,PSI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลกรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ เป็นกิจกรรมทางเทคนิคพยาบาลหรือการใช้ทักษะความรู้ความสามารถในงานที่พยาบาลทำอยู่ เพื่อให้การพยาบาลที่สมบูรณ์

2. ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นเรื่องที่รวมความเอื้ออาทรของพยาบาลซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยให้เกิดผลดีและความสุขสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3. ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมาย รายละเอียดของวิธีการพยาบาลหรือการสาธิตเทคนิคต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ

แวร์และสตีวอด (Ware and Steward, 1977 อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคุณะเศรฐ์ 2533) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยว่ามี 8 ประการและจากการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยของ แวร์และคณะ (Ware และคณะ1978) อ้างถึงใน กรรณการ์ เย็นสุข, 2544) สรุปลักษณะความพึงพอใจและความกังวลของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปองค์ประกอบความพึงพอใจในบริการพยาบาลดังนี้

1. ศิลปการดูแล (Art of care)หมายถึง ปริมาณและคุณภาพการดูแล ที่แสดงออกโดยความเป็นมิตร ความอดทนความจริงใจ และความห่วงใย

2. เทคนิคการดูแล (Technical quality of care) หมายถึง ทักษะต่างๆ ในการดูแล ความสามารถของผู้ให้การดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ความแม่นยำและการอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำ

3.ความสะดวกสบาย (Accessibility / Convenience) หมายถึง เวลาในการให้การบริการ 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 การให้บริการอย่างครบถ้วนโดยผู้ให้บริการคนเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน

8. ประสิทธิภาพ หรือ ผลลัพธ์ (Efficacy / Outcome of care) หมายถึง ประสิทธิภาพในการช่วยให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

กนกพร คุปตานนท์(2539) สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพของพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล กิจกรรมที่บรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรคความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกริยาท่าทาง อัธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมทางการพยาบาลที่ให้ความสนใจ การเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วยการรับฟังปัญหาและความนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย กิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลขณะอยู่โรงพยาบาล

4. สัมพันธภาพทีมุ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย เน้นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคองและสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริสสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

สรุป ผู้ป่วยรับรู้ในบริการพยาบาลที่ควรจะ ได้รับแตกต่างกันตามความจำเป็น ความต้องการ และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ช่วยบ่งชี้ได้ว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย หากผลที่ได้รับภายหลังการให้บริการก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย หมายถึง บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมนุษย์สัมพันธ์ การให้ความสนใจ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ผู้ป่วยพยาบาลควรตระหนักและสนใจ ปฏิบัติการพยาบาลโดยท่าทีการแสดงออก อัธยาศัยไมตรีให้มากการ ปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แจ่มจิตต์ เทพวงศ์และคณะ (2542) ได้ศึกษาถึงการใช้แนวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน12คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย และเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ศรไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ที่โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 คน พบว่า ทีมสุขภาพที่ใช้การจัดการายกรณี หรือกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำงานเป็นทีมของทีมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุวัชรีย์ งูพิมาย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคลากร ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนบุคลากรพบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ไตรภัทร์ (2544) ได้ศึกษาถึง การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยทางเดินอาหารเพื่อดำเนินการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทางเดินอาหาร โดยประเมินจากความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการภายหลังได้รับการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี และเปรียบเทียบความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับสูง ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราพร สิมากรและยุพิน อังสุโรจน์ (2546) ได้ศึกษาถึง ผลการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเผปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการดูแลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างกัน จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ดับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรชนก จารุปราการ (2547) ได้ศึกษา ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องของการดูแลและการจัดสรรทรัพยากร

พัชรี คงปลอด (2549) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจ

ของพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัย พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบปกติ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549)ได้ศึกษาการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่บ้านในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่า การใช้ระบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการทำงานเป็นทีมอย่างมีระบบ ผู้ป่วยที่ใช้การจัดการรายกรณีกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ใช้การจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

กูด (Goode,1995) ได้ทำการศึกษา ผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจ เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ เป็นการศึกษากึ่งทดลองโดยกลุ่มควบคุมจะใช้การดูแลผู้ป่วยแบบปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care map)มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย(Case manager)ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

ซิลเวอร์สเตียน (Silverstein,1998 (อ้างในศุวัชรีย์ งูพิมาย 2543) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St.Peter Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย และสร้างสรรค์

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

รินนี นิเมทธ์ (Lynne Nemeth,1999) ทำการศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพของแผนการดูแล(Clinical pathway)เพื่อใช้ในระบบการจัดการรายกรณี โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการจัดระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจ พบว่าการมีระบบการบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้บันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแล ลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยอมรับได้ในทีม ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและมีการเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้นและมีผู้จัดการผู้ป่วยรับผิดชอบในการติดต่อประสานการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพท์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

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

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

การศึกษาวิจัยผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแล โดยมีพยาบาลผู้จัดการได้กำหนดการพัฒนาคุณภาพการจัดการทางการพยาบาลโดยใช้แผนการดูแลทางคลีนิกและมีพยาบาลผู้จัดการประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำให้ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ชนิดการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Posttest only group design)เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ	X_1	0_1 ,	0_3
ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	X_2	0_2,	0_4

0_1 : จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ

0_2 : จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุมทดลอง ที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

0_3 : ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ

0_4 : ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

X_1 : การบริการพยาบาลแบบปกติ

X_2 : การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น 9/1 จำนวน 36 คน การเลือกเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยที่ทำหัตถการ ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มๆละ 18 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ด้วย เพศ อายุ และ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. อายุ ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยโรคไตวายเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง
3. เป็นผู้ป่วยที่อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การจับคู่ กลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุดดังนี้

1. เป็นเพศเดียวกัน
2. มีอายุแตกต่างกัน ไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากสภาพร่างกายมีความเสื่อมตามอายุ ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การหายของโรคและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น (นพรัตน์ เพชรหงษ์ 2545 ; Mayers et. al. 1992)
3. ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นชนิดเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างมี เพศ อายุ และชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจตรงกัน จะจับคู่กันก่อนถูกนำมาจับฉลากโดยผู้วิจัยเพื่อเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จนครบ 18 คู่

สรุปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 - สิงหาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpose sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาในครั้งนี้ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

ตารางที่ 3.1 ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี ที่ทำการคัดเลือกโดยวิธีการจับคู่ ตามอายุ เพศ และ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ					
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ			กลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณี		
	เพศ	อายุ	ชนิดการขยายหลอดเลือด	เพศ	อายุ	ชนิดการขยายหลอดเลือด
1	หญิง	64	PCI	หญิง	60	PCI
2	ชาย	48	PCI;DES	ชาย	52	PCI; DES
3	หญิง	55	PCI; DES	หญิง	58	PCI; DES
4	ชาย	67	PCI; DES	ชาย	72	PCI; DES
5	ชาย	70	PCI; BMS	ชาย	75	PCI; BMS
6	หญิง	65	PCI; DES	หญิง	70	PCI; DES
7	หญิง	55	PCI; DES	หญิง	58	PCI; DES
8	ชาย	50	PCI; DES	ชาย	55	PCI; DES
9	หญิง	58	PCI; BMS	หญิง	63	PCI; BMS
10	ชาย	45	PCI; DES	ชาย	50	PCI; DES
11	หญิง	60	PCI; DES	หญิง	63	PCI; DES
12	ชาย	43	PCI; DES	ชาย	47	PCI; DES
13	หญิง	70	PCI; BMS	หญิง	67	PCI; BMS
14	ชาย	49	PCI; DES	ชาย	53	PCI; DES
15	ชาย	69	PCI; BMS	ชาย	72	PCI; BMS
16	หญิง	50	PCI;BMS	หญิง	55	PCI; BMS
17	หญิง	53	PCI; DES	หญิง	56	PCI; DES
18	ชาย	63	PCI; DES	ชาย	66	PCI; DES

หมายเหตุ

*Percutaneous Coronary Intervention: PCIเป็นหัตถการที่กระทำการขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลงโดยการใช้บอลลูน

*Bare-Metal Stent: BMS เป็น stent ที่ไม่ได้มีการเคลือบยาเอาไว้ เพื่อแก้ปัญหาการเกิดตีบซ้ำทันทีจากการเกิด eiastic recoil

*Drug- Eluting Stent :DES เป็น stentที่มีการเครือบด้วยยาโดยใช้สาร polymer เป็นตัวกำหนดขนาดและระยะเวลาการซึมของยาเข้าสู่บริเวณที่มี injury ของผนังหลอดเลือด

จากตารางที่ 3.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีลักษณะดังนี้ คือ มีเพศหญิงและเพศชายจำนวนกลุ่มละ 9 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ทุกคนเป็นไปตามลักษณะการจับคู่ (matched pair) คือ มีเพศเดียวกัน อายุใกล้กันและชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจเหมือนกัน โดยทุกคนไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 ชุด ประกอบด้วย

1) คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล

2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

(1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

(2) กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือการจัดการรายกรณี จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการรายกรณี เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี ขั้นตอนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ บทบาทหน้าที่ของทีมผู้ให้บริการ และแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้ให้บริการ)

(3) เขียนรายละเอียดของคู่มือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

(4) นำคู่มือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ของคู่มือ โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่านปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงแนะนำ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จึงนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยต่อไป (ภาคผนวก ค)

2) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Clinical pathway in percutaneous coronary Intervention : PCI) ที่ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ

มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้า จากตำรา วารสาร บทความที่เกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) หนังสือ Clinical Practice Guideline: และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ในปัจจุบันจากฐานข้อมูลภายในและต่างประเทศมาเป็นแนวทาง

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 10 มิถุนายน 2556 (รายละเอียดตามโครงการในภาคผนวก ค) โดยเชิญวิทยากรที่มีความรู้เรื่อง แผนการดูแลผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มาบรรยายภาคทฤษฎี เพื่อให้ทีมมีความรู้ความเข้าใจ และจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรับปรุง Clinical Pathway ร่วมกัน โดยค้นหาปัญหาหรือแนวทางปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลร่วมกัน สรุปสาระสำคัญ ดังนี้ (ภาคผนวก ค)

วันก่อนทำหัตถการ

1. โทรแจ้งผู้ป่วยทราบล่วงหน้า 1 วัน ควรมาก่อนเวลานัดหมาย 2 ชั่วโมง
2. แพทย์ให้ข้อมูลกับผู้ป่าย แนะนำการเตรียมตรวจจากพยาบาลเจ้าของไข้
3. ลงชื่อในใบอนุญาตให้ทำการตรวจรักษาทุกครั้ง
4. สอบถามประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารทะเล แพ้สารทึบแสง และประวัติเลือดออกง่าย และรายงานแพทย์
5. แนะนำให้ผู้ป่วยงดยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin) อย่างน้อย 3 วัน ก่อนวันตรวจ
6. แนะนำ X – Ray ปอด เจาะเลือดเพื่อตรวจดูสภาพของไตและAnti HIV, Hepatitis ก่อนตรวจ

วันที่ทำหัตถการ

1.ทำหัตถการรายที่เท่าไร

2.งดอาหาร และน้ำ หลังเที่ยงคืน หรือ หลังอาหารเช้า

3.เริ่มให้น้ำเกลือผู้ป่วยเมื่อใด

4.ทำ EKG และ เจาะเลือด หลังทำหัตถการเมื่อใด

วันหลังทำหัตถการ

1. จะถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ หรือ ข้อมือออกเมื่อใด

2. จะเปิดแผลครั้งแรกเมื่อใด

3. จะเริ่มรับประทานยาละลายลิ่มเลือดเมื่อใด

4. แนวทางการสอนสุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัว และคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน

นำสาระสำคัญดังกล่าวมาสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยสรุป ประกอบด้วย 10 รายการ ดังนี้

1. ชื่อโรค หรือ หัตถการ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล

2. ผลที่คาดหวัง (Expected outcome)

3. การประเมิน (Assessment)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ / การตรวจพิเศษ (Investigation)

5. การรักษา / การพยาบาล (Treatment and nursing)

6. ยา (Medication)

7. อาหาร (Nutrition)

8. การดูแลเรื่องแผล (Wound card)

9. ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ (Education)

10. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning)

3) ผู้วิจัยส่งแผนการดูแลผู้ป่วย ที่ได้ร่วมกันสร้างโดยทีมสหวิชาชีพให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และรวบรวมข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข มีการประชุมกลุ่มย่อย ประกอบด้วย ผู้วิจัย อาจารย์แพทย์ 1 คนและ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนากร 1 คน หลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำ Clinical Pathway ที่สร้างขึ้น (ภาคผนวก ค) เสนอต่อหัวหน้าหน่วยงานอายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขอความร่วมมือทดลองใช้ในการทดลอง

4) นำแผนการดูแลผู้ป่วย ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ราย ผลที่ได้จากการทดลองใช้พบว่า กลุ่มแพทย์ประจำบ้านที่หมุนเวียนมาฝึกปฏิบัติงาน ขาดความเข้าใจวิธีใช้แผนการดูแลและการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ตามขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้วิจัยชี้แจง ทำความเข้าใจ และแจกคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซ้ำ

2.2.2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบบันทึกข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีใช้อยู่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น 9/1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ระยะเวลา ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ และบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย แสดงถึงผลการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย

2)แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

(1) ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

(2) กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Aday และAnderson (1975) ที่ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ การประสานงานการบริการ อัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ และคุณภาพการบริการ

(3) สร้างข้อคำถามโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลผู้ป่วยของจิราพร สิมากร (2544) ซึ่งวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยจากการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson 1975) เช่นเดียวกัน ได้แบบสอบถามความพึงพอใจรวม 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ โดยแบบสอบถามต้นแบบวัดความพึงพอใจใน 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ (รวมด้านค่าใช้จ่าย) ผู้วิจัยได้ตัดด้านค่าใช้จ่ายออก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีสิทธิการเบิกจ่ายจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรมบัญชีกลาง และไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนเกิน จึงไม่ได้ประเมินในด้านนี้ และพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการจาก 5 ข้อ เป็น 7 ข้อ ดังนี้

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 4 ข้อ

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ จำนวน 4 ข้อ

3) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ จำนวน 3 ข้อ

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 7 ข้อ

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ จำนวน 7 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Rating scale โดยมีเกณฑ์คะแนน ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับบริการพบาบาลที่ได้รับ
2	ไม่เห็นด้วย	ท่านไม่เห็นด้วยกับบริการพยาบาลที่ได้รับ
3	เห็นด้วยปานกลาง	ท่านเห็นด้วยปานกลางกับบริการพยาบาลที่ได้รับ
4	เห็นด้วยมาก	ท่านเห็นด้วยกับบริการพยาบาลที่ได้รับ
5	เห็นด้วยมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับบริการพยาบาลที่ได้รับ

(4) ตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) น้อยกว่า 0.66 ผู้วิจัยได้นำมารปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าเท่ากับ 0.85

(5) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงไปหาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มทดลอง (Try out) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุมตัอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.95 จึงนำไปใช้จริง

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง (1 เดือน)

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง (3 เดือน)

1. ระยะก่อนการดำเนินการทดลอง
2. การดำเนินการทดลอง
3. การรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. เตรียมตัวผู้วิจัย

1.1 ผู้วิจัยจัดทำแผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม กึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช นำเสนอหัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ และผู้อำนวยการกองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขอความเห็นชอบ

1.2 ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มาตรฐานการพยาบาล และคู่มือการปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับคณะกรรมการคุณภาพหน่วยศูนย์โรคหัวใจในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการให้เหมาะสม

2. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือเพื่อใช้ในการทดลอง

3. เตรียมสถานที่ โดยผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

4. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เขียนโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการและกำหนดเนื้อหาในการอบรม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำ พร้อมกับขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการกองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

5. เตรียมพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดังนี้

5.1 คัดเลือกพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจากพยาบาลอาวุโสในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น 9/1 จำนวน 4 คน

5.2 ให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5.3 ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้จัดการรายกรณีเข้าใจการใช้คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาท หน้าที่และทักษะต่างๆของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง

แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการดำเนินการทดลอง การดำเนินการทดลอง และการรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ดั้งนี้ คือ

1. ระยะก่อนการดำเนินการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการตอบให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนเก็บข้อมูลความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ป่วย

เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เก็บในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนกลับบ้านจนครบ 18 ราย โดยเริ่มตั้งแต่ 20 มีนาคม 2556 ถึง 21 เมษายน 2556

1.2 เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียนในกลุ่มตัวอย่าง 18 ราย โดยเริ่มตั้งแต่ 1พฤษภาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2556

1.3 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ (รายละเอียดโครงการ อยู่ในภาคผนวก ค) เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ ในวันที่ 10 มิถุนายน 2556 เวลา 08.00 - 16.00 น ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ อาคารคุ้มเกล้า ชั้น 3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารงานอายุรกรรมหัวใจ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น9/1 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ ร่วมกันปรับแผนการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ (Clinical pathway) ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัย นำตัวอย่างแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาให้ศึกษาเป็นแนวทาง ผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เข้าร่วมอบรม สหวิชาชีพ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการจัดการรายกรณี คือ สามารถร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการทบทวนขั้นตอนการดำเนินงานการให้บริการตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน และทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ถูกต้อง การจัดการประชุมครั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน ทีมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ ระดมความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้เข้าร่วมอบรมให้ความเข้าใจ อภิปราย และซักถามปัญหา เพื่อต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ แผนการดูแลผู้ป่วยได้จากข้อสรุปที่ร่วมกันสร้างขึ้น และเป็นที่ยอมรับของทุกคน

1.5 ผู้วิจัยจัดทำคู่มือ การจัดการรายกรณีและนำเสนอต่อที่ประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในคู่มือ เช่น ขั้นตอน กระบวนการจัดการรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วย และการใช้แบบฟอร์มต่างๆ เข้าใจตรงกัน ทำให้ทุกฝ่ายและทุกคนให้ความเห็นตรงกัน และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. การดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงการนำการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาใช้ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น9/1

2. แจกคู่มือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลผู้จัดการ พยาบาลประจำการ และทีมสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอน กระบวนการ บทบาทหน้าที่แต่ละสาขาวิชาชีพ การใช้แบบฟอร์มต่างๆ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้คู่มือนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน สามารถดำเนินการได้ถูกต้อง

3. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการดำเนินการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น 9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) นำการจัดการรายกรณีไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจตามกระบวนการของการจัดการรายกรณี เป็นเวลาดังนี้

3.1 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD ศูนย์โรคหัวใจ พยาบาลประจำห้องตรวจแจ้งให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี โดยการคัดเลือกวิธีจับคู่กับผู้ป่วยก่อนการทดลอง ที่มีความคล้ายกันระหว่างกลุ่มโดยจับคู่ (Matched)รายคู่ ด้วยตัวแปร เพศ อายุ และชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประเมินสภาพผู้ป่วยทันทีโดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3.2 ผู้จัดการรายกรณี ประสานงาน แจ้งทีมสหวิชาชีพทราบ และแจ้งผู้ป่วยหรือญาติเพื่อวางแผนให้การดูแลร่วมกัน

3.3 ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้ แต่ละวันโดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้รายกรณี ควบคุม กำกับ ติดตาม

3.4 จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ ทุกวันศุกร์ เวลา 08.30 - 11.00 น. เพื่อทบทวนปัญหาและอุปสรรคขณะดำเนินการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และร่วมประชุม Grand Round เวลา 11.00 - 12.00 น.

3.5 เมื่อพบความแปรปรวน คือ พบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการตามกระบวนการ ผู้จัดการรายกรณี แจ้งให้สมาชิกทีมสหวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขและดำเนินการตามแผนการดูแล หรือพูดคุยปรึกษาระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งคอยกำกับ ติดตาม และประเมินซ้ำ

3.6 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายผู้จัดการรายกรณี และสมาชิกทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันประเมินและสรุปผลการดูแลรักษาทุกราย

4. นำการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไปใช้ในการให้บริการพยาบาล โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการรายกรณีตามคู่มือปฏิบัติงาน

ผลของการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) พบว่า

1. ขณะทำการทดลองทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันด้วยความเต็มใจ ให้ความสนใจและปฏิบัติตาม Clinical pathway ความแปรปรวน คือ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ เช่น ความแปรปรวนที่เกิดจากบุคลากร ลืมนำคู่มือให้ผู้ป่วยอ่านก่อนเตรียมร่างกายเพื่อทำหัตถการ ลืมส่งกำหนดการทำหัตถการตามวันที่กำหนด ลืมทำแผลให้ผู้ป่วย

2. การจัดการรายกรณี พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการใช้การจัดการรายกรณีมาก่อน ได้พยายามศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราที่ผู้วิจัยจัดไว้ และปรึกษาผู้วิจัย ทักษะการบริหารจัดการ การติดต่อประสาน ผู้จัดการรายกรณีสามารถทำได้ดี เนื่องจากเป็นพยาบาลอาวุโส และเป็นหัวหน้าเวรที่ใช้ทักษะบริหารจัดการเป็นประจำและเป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยนัดมาทำหัตถการทางโรคหัวใจ รวมทั้งเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นในการทดลองนี้ จึงได้รับการยอมรับจากทีมสูง

การดำเนินการในครั้งนี้ ผู้จัดการรายกรณี เป็นองค์ประกอบที่สำคัญความสำเร็จของการใช้การจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังทำหน้าที่กำกับ ติดตามประสานงาน เพื่อผลลัพทธ์ที่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังให้ได้ ซึ่งต้องใช้ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ และการติดต่อประสานงานสูง

3.ทีมสหวิชาชีพมีการทำงานป็นทีมกันมากขึ้นมีสัมพันธภาพในทีมดีขึ้น มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลทุกวัน มีการทำ CAG Confereence ทุกสัปดาห์ คือ ทุกวันศุกร์ เวลา 09.00-11.00น.

4.กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจที่มีบุคลากรทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวอย่างละเอียด พอใจที่มีพยาบาลเข้าไปเยี่ยมถามอาการและปัญหาบ่อยๆ ให้โอกาสซักถามปัญหาและแนวทางการรักษา แม้ทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลตามแผนที่วางแผนทุกวัน ผู้ป่วยไม่สามารถจำได้หมด จึงนำแผนการดูแลที่เป็นเอกสารไว้เป็นแนวทางปฏบัติ แจกแผ่นพับการปฏิบัติตนหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาใช้ในหน่วยงานอายุกรรมหัวใจ แจกผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้านอนทุกคนพบว่า กิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ บางรายการปฏิบัติน้อย หรือไม่ได้ปฏิบัติ เช่น การสอนผู้ป่วยและญาติฟื้นฟูสภาพ ก่อนจำหน่าย เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนมากสูงอายุ ความจำสั้น หลงลืมง่าย ในส่วนของบุคลากรบางรายไม่ได้ทบทวนแผนการดูแล และลงบันทึกความแปรปรวน เนื่องจากเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ในระหว่างการทดลองคงใช้แบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้กันอยู่ตามเดิม จึงอธิบาย พูดคุย ความสำคัญ และความจำเป็นของการบันทึกในการปฏิบัติ และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี (ภาคผนวก ค)

5.กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือกลุ่มที่ได้รับบริการแบบปกติ มีการจัดระบบบริการพยาบาลแบบทีม มีการจัดบริการพยาบาลเป็นกลุ่มโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลสมาชิกทีม ทำงานร่วมกับพนักงานช่วยการพยาบาล หัวหน้าทีมมีการวางแผนร่วมกับลูกทีม ติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน ทำให้ไม่มีเวลาให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการรักษาจากพยาบาลและแพทย์ สาเหตุของโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้เรื่องโรค ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคช้า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

6. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้สรุปผลการทดลอง รายงานต่อทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าทุกคนเห็นประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ว่า เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการพยาบาลและโรงพยาบาลจะนำไปขยายผลในกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ และเห็นโอกาสพัฒนา Clinical pathway มุ่งเน้นลดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการดูแลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยแต่ละราย คือ เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 18 รายเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 31สิงหาคม 2556 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

2. สอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยได้รับบริการโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน และวิธีดียวกันกับก่อนระยะทดลองจนครบ จำนวน 18 ราย ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม 2556 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t - test)ให้ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร 2543)

คะแนนเฉลี่ย	1.0	- 1.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.50	- 2.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.50	- 3.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50	- 4.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.50	- 5.00	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูลการวิจัย การดำเนินการวิจัยเริ่มหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูล รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนสิทธิที่สามารถยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างและการนำเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการแจ้งข้อมูลและได้อ่านเอกสารคำชี้แจงจนเกิดความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมและตอบแบบสอบถามดังกล่าว หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือที่เหมะสมตามองค์ความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลและหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดเต็มความรู้ความสามารถของผู้วิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้อาจารย์ที่ปรึกษารับทราบทันที เพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

2.2 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี กลุ่มละ 18 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง และถูกจับคู่ (Matched pairs) ตาม เพศ อายุ และชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์โดยการหาค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละ (ดังตารางที่ 4.1)

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชาย 8 คน เท่ากับเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.55 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.44 ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแบบใช้บอลลูน (PCI) ร่วมกับการใส่ขดลวด เคลือบยา (DES) และใส่ขดลวดไม่เคลือบยา (BMS) คิดเป็น ร้อยละ 66.66

กลุมตัวอย่างที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีหรือกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 8 คน เท่ากับเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.66 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแบบใช้บอลลูน (PCI) ร่วมกับการใส่ขดลวดเคลือบยา (DES) คิดเป็นร้อยละ 66.66

ตารางที่ 4.1 จำนวน และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ (n2 = 18)		กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี (n2 = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	50.00	8	50.00
หญิง	8	50.00	8	50.00
อายุ				
40 – 50 ปี	5	25.00	5	25.00
51 – 60 ปี	5	25.00	5	25.00
61 ปี ขึ้นไป	8	50.00	8	50.00
สถานภาพสมรส				
คู่	10	55.55	12	66.66
หม้าย/หย่า	4	22.22	5	26.66
แยกกันอยู่	4	22.22	1	5.55

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ (n2 = 18)		กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี (n2 = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	8	44.44	9	50.00
อาชีวศึกษา	6	33.33	7	38.88
ปริญญาตรี	4	22.22	2	11.01
ชนิดการขยายหลอดเลือดหัวใจ				
PCI	1	5.55	1	5.55
PCI &DES	12	66.66	12	66.66
PCI& BMS	5	25.00	5	25.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับการบริการโดยใช้การจัดการรายกรณี

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนวันนอน				t	p
	Max	Min	$\bar{x}$	S.D		
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ	7	4	5.94	1.92	6.56	<.05
ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี	4	3	2.94	.23		

*p <.05

ผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ มีจำนวนวันนอนระหว่าง 4-7 วัน มีค่าเฉลี่ย 5.94 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี มีจำนวนวันนอน 3-4 วัน มีค่าเฉลี่ย 2.94 วัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอน โดยใช้ค่าทดสอบที (Idependent t- test) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี มีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) ดังตารางที่ 4.2

2.2 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

ผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติมีค่าคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 3.99 (SD = .73) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.57 (SD =.30)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

กลุ่มตัวอย่าง	ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย			t	p
	$\bar{x}$	S.D	ระดับความพึงพอใจ		
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ	3.99	.73	มาก	3.68	<.05
ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณี	4.57	.30	มากที่สุด		

*p <.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มด้วยค่าทดสอบที (Independent t- test) ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.57 (SD =.30) ผู้ป่วย ที่ได้รับบริการพยาบาลแบบรายกรณี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research)เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณี ต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

1.1.2 เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมกึ่งวิกฤตโรคหัวใจชั้น 9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 36 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และจับคู่ตามอายุ เพศ และชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 18 คน คือ ผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 ชุด ประกอบด้วย

1.1) คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.2) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.2) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล

1.3.3 การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัย มี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลองได้ดำเนินการเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง เตรียมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เตรียมพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

1. ระยะก่อนการดำเนินการทดลอง

1.1) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการตอบให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนเก็บข้อมูลความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามก่อนกลับบ้านโดยเริ่มตั้งแต่ 20 มีนาคม 2556 ถึง 21 เมษายน 2556 จนครบ 18 ราย

1.2) เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนและคอมพิวเตอร์ของแผนกเวชระเบียนในกลุ่มตัวอย่าง 18 ราย โดยเริ่มตั้งแต่ 1-31 พฤษภาคม 2556

1.3) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ ในวันที่ 10 มิถุนายน 2556 เวลา 08.00-16.00 น. ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ ชั้น 3 มีผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย

1.4) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการจัดการรายกรณี และนำเสนอต่อที่ประชุม เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจคู่มือ เช่น ขั้นตอน กระบวนการจัดการรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วย และการใช้แบบฟอร์มต่างๆ ให้เข้าใจตรงกัน

2. ระยะการดำเนินการทดลอง

2.1) ผู้วิจัยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเรื่องการนำการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาใช้ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ

2.2) แจกคู่มือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแก่พยาบาลผู้จัดการ พยาบาลประจำการและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจตรงกัน สามารถดำเนินการได้ถูกต้อง

2.3) พยาบาลผู้จัดการและพยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ นำการจัดการรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจตามขั้นตอนในคู่มือ

3. ระยะการประเมินผล

3.1) ติดต่อขออนุญาตผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการพยาบาล ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม หัวหน้าหน่วยศูนย์โรคหัวใจ และผู้ตรวจการสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อขอความเห็นชอบ และขอความร่วมมือในการวิจัย

3.2) เตรียมสถานที่ที่จะทำการทดลอง เตรียมสหวิชาชีพ เก็บข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการโดยการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย

3.3) จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจให้แก่บุคลากรทีมผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยอายุรกกมกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ บุคลากรหน่วยศูนย์โรคหัวใจและห้องสวนหัวใจ ประกอบด้วยแพทย์ 3คนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 12 คน พยาบาลหน่วยศูนย์โรคหัวใจและห้องสวนหัวใจ5 คน

1.2.**3 เก็บรวบรวมข้อมูล**

1. เมื่อสิ้นสุดการดูแลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจใน ผู้ป่วยแต่ละราย คือ เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1) จำนวนวันนอนโดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีใช้อยู่เดิม จำนวน 18 ราย เป็นการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 3 สิงหาคม 2556 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

1.2) สอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย เก็บข้อมมูลหลังจากผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน และวิธีเดียวกันกับก่อนระยะทดลอง ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 3 สิงหาคม 2556 จนครบจำนวน 18 ราย

2. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเริ่มใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในงานวิจัย ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการรายกรณีเป็นกลุ่มทดลองที่สามารถจับคู่ (Matched pairs) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้จำนวน 18 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. คำนวณค่าร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคลของจำนวนวันนอนและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

2. คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของจำนวนวันนอน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้วยสถิติ (Independent t-test)โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

1.3 ผลการวิจัย

*1.3.1 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับบริการพยาบาล*โดยใช้การจัดการรายกรณีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*1.3.2 ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*ที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผล

จากการศึกษา ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจในบริการพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. จำนวนวันนอนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณีมีจำนวนวันนอนน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของจิราภรณ์ ศรไชย (2543) จิราพร สิมากรและ ยุพิน อังสุโรจน์ (2546) พัชรี คงปลอด (2549) Cohen (1991) Crawley (1995) Leininger (1996) และ Ireson (1997) ทั้งนี้เนื่องจากทีมสหวิชาชีพได้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า มีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาลสมาชิกทีมมีการประสานงานกัน มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพร้อม เป็นผลให้จำนวนครั้งในการงด หรือ เลื่อนการทำหัตถการระหว่างทดลองน้อยลง ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงาน ติดตามและกำกับ ช่วยเหลือสมาชิกในทีมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลในหอผู้ป่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยทุกราย กิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล เช่น การสอนให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การเตรียมตัวก่อนและหลังการทำหัตถการ การดูแลแผลที่ทำหัตถการบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน การให้ความสำคัญของการรับประทานยา โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Aspirin และ Clopidogrel การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ Stent แต่ละแบบและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการผิดปกติหรือเกิดปัญหาสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพจะช่วยแก้ไขให้การดำเนินงานต่อไปได้ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนกับทีมงาน มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย และเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง สามารถกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่กลับมารักษาซ้ำ หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

จำนวนวันนอนใน เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการพยาบาล เมื่อการบริการพยาบาลมีคุณภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ฟื้นหายจากโรค กลับบ้านได้เร็วขึ้น ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง การกำหนดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในแผนการดูแลผู้ป่วย ช่วยทำให้พยาบาลมีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน ที่สามารถวัดหรือประเมินผลคุณภาพในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ เย็นสุข (2544) กฤษณา นราพันธ์ (2544) จิราพร สิมากร (2544) พรทิพย์ ไตรภัทร (2544) และ พัชรี คงปลอด (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ

ดูแลแบบปกติ แสดงให้เห็นว่าการใช้การจัดการรายกรณี ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างคลอบคลุมองค์รวมและต่อเนื่อง โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาแลความต้องการที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลของพยาบาล พยาบาลมีการตรวจเยี่ยม พุดคุยเพื่อประเมินปัญหาแลความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาและอำนวยความสะดวกด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ทำให้ช่วยลดปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น เข้าใจในแผนการรักษาที่ได้รับ ทำให้รู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ผู้จัดการรายกรณีในการทดลองครั้งนี้ แม้ว่าไม่มีประสบการณ์ในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาก่อน แต่ได้พยายามศึกษา ค้นคว้าด้วยตนองเพิ่มเติมจากเอกสาร ตำราที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้ และปรึกษาผู้วิจัยเป็นระยะๆ ด้านทักษะการบริหารจัดการ การติดต่อประสานงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถทำได้ดีมาก เนื่องจากเป็นพยาบาลอาวุโส และเป็นหัวหน้าทีม ซึ่งได้ใช้ทักษะการบริหารจัดการเป็นประจำ และมีตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานของทีมนำทางคลินิกหน่วยงานอายุรกรรมหัวใจของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นในการทดลองครั้งนี้ จึงได้รับการยอมรับจากทีมสูง

การดำเนินการครั้งนี้พบว่า ผู้จัดการรายกรณีเป็นองค์ประกอบมากในความสำเร็จของการใช้การจัดการรายกรณี นอกจากจะทำหน้าที่ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังทำหน้าที่กำกับติดตาม ประสานงาน เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งทักษะที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจำเป็นต้องมี คือ ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการติดต่อประสาน

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพทางการรักษาพยาบาลที่สำคัญตัวหนึ่ง เนื่องจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ทำให้อัตราการหมุนเวียนเตียงต่ำ ดังนั้นการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ใช้แผนการดูแล โดยการนำระบบบริการพยาบาลโดยใช้การจัดการรายกรณี มาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการพยาบาล ได้ช่วยทำให้โรงพยาบาลมีอัตราการหมุนเวียนเตียงเร็วขึ้นและยังช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแลครอบครัวได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้จำนวนวันนอนลดลง ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยสูงขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

3.1.1 โรงพยาบาลที่จะนำการจัดการรายกรณีไปใช้ ต้องมีการเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความพร้อมในด้านความรู้เข้าใจเกี่ยวกับหลักการและแนวคิดของรูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นการปฏิบัติตามรูปแบบใหม่ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกสหวิอชาชีพ

3.1.2 ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น

3.1.3 ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อเป็นการสำรวจความรู้และทัศนคติเกี่ยวการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในหน่วยงานที่จะมีการนำการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนา ด้านความรู้ ทักษะเพื่อสร้างคุณภาพการปฏิบัติงาน ให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมและการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

3.1.4 ผู้บริหารควรให้การสนันสนุนการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งภายในหน่วยงาน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการพัฒนา แผนการดูแลผู้ป่วย หรือรูปแบบของการจัดการรายกรณีให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

3.2.2 ควรมีการศึกษาถึงสมรรถนะที่จำเป็นของผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3.2.3 ควรมีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมเพื่อให้การบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งควรศึกษาถึงผลลัพธ์ของการบริการพยาบาลอื่นๆ ได้แก่ ความรู้ของญาติ ผู้ดูแลและความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรรณิการ์ เย็นสุข (2544) “ผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลรายกรณีความสำนึกในความ รับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

จอม สุวรรณโณ (2544) “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนางานคุณภาพ” *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา* 6(2) 27-32.

จิราพร สิมากร และยุพิน อังสุโรจน์ (2546) “ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อจำนวนวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา” *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,* 15(2), 31-42.

จิราภรณ์ ศรไชย (2543) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิตร สิทธิอมร , อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล , สงวนสิน รัตนเลิศ และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ (2543) Clinical Practice Guideline การจัดทำและนำไปใช้ กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ)

จุฬามณี คุณวุฒิ และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) “ ผลการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร” *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,* 15(2), 20-42.

ทัศนา บุญทอง (2543) ทิศทางการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ : จดหมายข่าวสารการพยาบาล 3(1), 4-9.

นิตยา พยุงธรรม (2548) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะต่อจำนวนวันนอนความพึงพอใจของผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ” โรงพยาบาลราชวิถี วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุหลั่น เปลี่ยนไธสง และ ติ้วหลั่น มิตรไธสง (2548) “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Un-complicate STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลบุรีรัมย์”

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน (2541) *การบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์

ปราณี ทู้ไพเราะ (2544) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยท่อยางลูกโป่ง การผันแปรออกซิเจนและการระบายอากาศ การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 197-200 กรุงเทพมหานคร ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย 2544

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2549) "แนวคิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด" พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 239-262 ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานา

ผาสุก แก้วเจริญตา (254 8) "การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลลับแล" รายงานสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ส. ส. ส.) และชมรมพยาบาลชุมชน

พัชรี คงปลอด (2549) " ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อ จำนวนวันนนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล "วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พัชรี เนียมศรี (2549) "แผนการดูแลรักษาทีมสหวิชาชีพ การบริหารการพยาบาลแนวใหม่ " (หน้า283-249) นนทบุรี สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์

พรรณี บัลลังก์ (2551) "การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ " สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พรชนก จารุประกร (2547) " ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย " วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรวดี ศิรินคร และคณะ (2542) Case Management หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 National forum on Hospital Accreditation. (23 - 25 กุมภาพันธ์) โรงแรมอิมพีเรียล ควีนสปาร์ค กรุงเทพมหานคร

ราศรี ลีนะกุล (2548) "การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย " วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รัชนี ศุจิจันทรรัตน์ (2545) ผู้จัดการดูแลและบทบาทขยายของพยาบาล ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัศดรวิเศษการจัดการทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 19-38

ศุวัชรีย์ งูพิมาย (2543) *"ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของบุคคลากร* "(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาการบริการการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศิริพร ชิตสูงเนิน (2549) "การจัดการรายกรณี: กรณีศึกษาผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่บ้านในโรงพยาบาลนครราชสีมา" (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิริวันต์ และคณะ (2548) "การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ระบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลพิจิตร" *วารสารการพยาบาล* 38 (1), 52-65.

สุดธิดา รั้วมั่น (2554) "การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เสาวนีย์ เนาวพาณิช (2552) " คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วนกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน" รายงานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2550) "แนวทางการปฏิบัติสำหรับ หัตถการรักษาโรคหลอด เลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวน"

อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์ (2540) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดหลอดเลือด พิมพ์ครั้งที่1 หน้า 147-154 กรุงเทพมหานคร ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย

อุไร ศรีแก้ว (2543) "*การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง*" สงขลา ลิมบราดอร์การพิมพ์

อารี ชีวเกษมสุข (2542) แนวทางการดูแลรักษา : ทางเลือกใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล *รามาธิบดีพยาบาลสาร 5* (กันยายน-ธันวาคม) : 251-261.

อรพรรณ โตสิงห์ Case Management : รูปแบบการพยาบาลแห่งยุคปฏิรูประบบสุขภาพ*เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ* ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 ณ โรงแรม เอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร

Aday.LA. & Anderson.R. (1975). *Development of indices of access to medical care* Ann Arbor Michigan Health Administration.

American Nurses Association. (1998). *Nurse Case Management* Missouri: American Nurses Association.

Bower K. (1992). *Case management by nurse. Washington DC*: American nurses publishing

Cohen. E.L. & Cesta. T.G. (1993). *Nursing case management* .From concept to evolution. St. Louis Mosby

Cohen E.L. & Cesta. T.G. (2001*). Nursing case management. From essential to advance Practice application. St. Louis : Mosby*

Chiu ,W.K, Newcome RA. A. *Systematic review to Nurse. Assisted Care management to improve hospital discharge Outcome for the elderly*, Prof care management 2007,

Crawley.W.D. (1995). *Case management. Mor population-based data. Clinical Nurse Specialist*. 9(2) 116-120.

Ireson. C.L. (1979) *Critical pathway: Effectiveness in achieving patient outcomes. Journal of Nursing Administration* 27 (6).16-23.

Powell. S.K. (1996). *Case managemen: A practice guide to success in managed care.* Philadelphia. Lippincott-Raven.

Powell. SK. (2000*). Advanced case management : Outcomes and beyond* Philadelphia Lippincott-Williams & Wilkins.

Silverstein,W. (1998). *Care management: the right balance of care and management*. Nursing Administration Quarterly 22 (4) : 66-75.

Zander, K. (1988). *Nursing case management: strategic management of cost and quality outcome.* Journal of Nursing Administration 18: 23-30.

Zander. K. (1993). *The impact of managing care on the role of nurse*. Series On Nursing Management 5 :65-82.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นาวาอากาศเอก นายแพทย์วรงค์ ลาภานันท์	หัวหน้าศูนย์พัฒนาการรักษาโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. นาวาอากาศเอกหญิง ดร.โสพรรณ โพทะยะ	ผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์(APN) หัวหน้าทีมนักวิชาการ กองการพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. นาวาอากาศเอกหญิง สมศิริ สายภัทรานุสรณ์	หัวหน้าแผนกตรวจการ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภุมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
5. นาวาอากาศโทหญิงวิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณอยุธยา	ผู้ตรวจการงานการพยาบาลศัลยศาสตร์โรคหัวใจ ผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาลโรคหัวใจ (APN) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
6. นาวาอากาศโทหญิง ศุวัชรีย์ งูพิมาย	หัวหน้าแผนกสารสนเทศ กองเทคโนโลยี โรงเรียนนายเรืออากาศ
7. นาวาอากาศโทหญิง เบ็ญจา วิไล	ผู้ตรวจการหน่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ประธานคณะกรรมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
8. นาวาอากาศโทหญิงดร.จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ	หัวหน้าแผนกสถิติ กองสถิติและประมวลผล โรงเรียนเตรียมทหาร
9. เรืออากาศเอก หญิง บุญชู หลิมทอง	นักวิชาการกองการพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๒๗๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศโทหญิง ดร. จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิงกัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๒๐๗๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๑๐๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศโทหญิง สุวัชรีย์ งูพิมาย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิงกัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๑๒๓๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวอากาศโทหญิง วิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๒๗๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศเอกหญิงสมศิริ สายภัทรานุสรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิงกัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๓๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วยนางาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๒๓๑

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการโรงเรียนนายเรืออากาศ

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านาวาอากาศโทหญิง สุวัชรีย์ งูพิมาย หัวหน้าแผนกสารสนเทศ กองเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงเรียนนายเรืออากาศ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)
สำเนาเรียน นาวาอากาศโทหญิง สุวัชรีย์ งูพิมาย

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๒๓๑

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการโรงเรียนเตรียมทหาร

ด้วยนาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านาวาอากาศโทหญิง ดร. จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ หัวหน้าแผนกสถิติ กองสถิติและประมวลผล โรงเรียนเตรียมทหาร เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรดังกล่าวเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)
สำเนาเรียน นาวาอากาศโทหญิง ดร. จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๒๖๑๑

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ด้วยนางาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านางาอากาศเอกหญิงสมศิริ สายภัทรานุสรณ์ และนางาอากาศโทหญิง วิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร ๐-๒๕๐๓-๘๐๙๖
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๒๐
โทรศัพท์ (นางาอากาศโทหญิงกัญญาณัฐ บุญ-หลง ๐-๘๑๖๑-๐๑๙๐๑)
สำเนาเรียน ๑. นางาอากาศโทหญิง วิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา
๒. นางาอากาศเอกหญิงสมศิริ สายภัทรานุสรณ์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120
Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5032620

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..พิเศษ/2556.....

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนและความพึงพอใจในบริการพยาบาล
เลขที่โครงการ/รหัส	ID 2515100259
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	นาวาอากาศโท หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง
ที่ทำงาน	หอผู้ป่วยอายุรกรรม 9/1 กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....
(อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วันที่รับรอง.....5 กรกฎาคม.....2556.....

ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงของ แบบวัดความพึงพอใจของบุคลากร แบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และแบบวัดความพึงพอใจในงานของทีมผู้ให้บริการ ใช้สูตรหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟ่า(Cronbach's Alpha Coefficient)

จากสูตร 1

$$\mu \quad \infty \quad = \frac{n}{n-1}\left\{1 - \frac{\sum Si^2}{St^2}\right\}$$

μ = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงแอลฟา

n = จำนวนข้อคำถาม

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

จากสูตร 2

$$S^2 = \frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}$$

N =จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

X = คะแนนของแต่ละคน

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่		หน้า
1	คู่มือการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทีมผู้ให้บริการจัดการรายกรณีผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ	86
2	แผนการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	102
3	แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ	105
4	แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย	106

ชุดที่ 1 คู่มือการปฏิบัติสำหรับทีมผู้ให้บริการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

คู่มือการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

Case Management in percutaneous coronary intervention patient

นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง ผู้จัดทำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ 10 มิถุนายน 2556

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ ชั้น3 อาคารคุ้มเกล้าฯ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

คำนำ

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโครงการวิจัยเรื่องผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องของทีมสุขภาพที่ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ คู่มือนี้ผู้จัดทำ ได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ และบทความทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการรวบรวมความรู้ ประสบการณ์และข้อเสนอแนะจากแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลได้รับความปลอดภัย ได้รับบริการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล

ผู้จัดทำมีความมุ่งหมายเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสามารถนำคู่มือนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและเป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ให้มีความเข้าใจแนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มีแนวทางปฏิบัติงานเป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะก่อให้ก่อเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการด้านคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

น.ท. หญิงกัญญาณัฐ บุญ-หลง ผู้จัดทำ

เมษายน 2556

การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความสำคัญ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้รับบริการที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผลกระทบจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจและการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549)และเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค ทำให้โรงพยาบาลต้องบริหารงานระบบสุขภาพในปัจจุบัน ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ไม่สมดุลกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร และมีภาระงานที่มากเกินอัตราบุคลากร พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนกระบวนการ พัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ค่ารักษาพยาบาลลดลง สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยตามระบบสุขภาพ เกิดการสอดคล้องกับนโยบายหลักด้านสุขภาพ สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะเปรียบเทียบ ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยจัดทำโครงการนำร่องขึ้นในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น9/1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ดังนั้นบุคลากรในทีม จำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

วิธีการใช้คู่มือ

1.อ่านคู่มือนี้ให้เข้าใจ ก่อนปฏิบัติจริง

2. คู่มือนี้ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ทีมสุขภาพร่วมกันสร้าง(Clinical Pathway) ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือ กำกับ สื่อสารการดูแลของทีมสุขภาพให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ผู้มีส่วนร่วมในการใช้คู่มือนี้ ประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์โรคหัวใจ พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. แนวคิด หลักการพื้นฐานของการจัดการรายกรณี

1.1 **ความเป็นมาของการจัดการรายกรณี**

การจัดการรายกรณี(Case management) เป็นแนวคิดการให้บริการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มุ่งเน้นการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในบริการที่เหมาะสม แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้ มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงการจัดการ (Manage care) มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มนำระบบนี้มาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1920 โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้นำมาใช้กับกลุ่มที่ถูกทารุณกรรม กลุ่มทหารผ่านศึกและครอบครัว กลุ่มสีผิว และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช (จอม สุวรรณโณ, 2541; Conti 1993 summers, 2008) และ ปีค.ศ.1980 ได้เริ่มมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมากำหนดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มการวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group - DRG) ระบบดังกล่าว ควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งควบคุมคุณภาพการบริการ สำหรับประเทศไทย หลังจากมีการตื่นตัวจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยค้นหารูปแบบการจัดการด้านการเงิน การคลัง การนำระบบ DRG มาเป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่าย หรือ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้จัดการดูแล

1.2 **วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี**

การจัดการรายกรณี ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์2 ประการ คือ ลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูและผู้ป่วยภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Cohen, 1993) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

1. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวม

2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และการประสานงานของทีมสุขภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อความ ต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และการบริการที่เป็นไปแนวทางเดียวกัน

3. เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ลดความซ้ำซ้อนของงาน หรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่าย เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

1.3 **ความหมายของการจัดการรายกรณี**

การจัดการรายกรณี(Case Management)เป็นระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ในผู้ป่วยประเภทต่างๆแต่ส่วนใหญ่จะให้ความหมายที่คล้ายกัน คือ

Zander(1988) กล่าวว่า เป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

AmericanNurse Association (1991) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพเพื่อให้การจัดการดูแลที่มีคุณภาพ ลดการให้บริการแบบแยกส่วนเพิ่มคุณภาพชีวิต

Case Management Society of America (1994) ให้คำจำกัดความว่า การจัดการรายกรณีเป็นความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การจัดการรายกรณี หมายถึงการดำเนินการต่างๆของพยาบาลวิชาชีพบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย การกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วย โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมร่วมกันวางแผนการจัดการรายกรณี คือ แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย และใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติตาม ประสานงาน กำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลการจัดการตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่วางไว้ภายในเวลาที่กำหนด

1.4 ลักษณะสำคัญของการจัดการรายกรณี

Quinn (1998) กล่าวว่า การจัดการรายกรณี เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการบริหารจัดการโดยเน้นคุณลักษณะสำคัญของการจัดการต่างๆ ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่ประสบความสำเร็จและส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน 5 ประการ

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผน การปฏิบัติกิจกรรม ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือของทีม ยอมรับความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน รับผิดชอบผลที่เกิดจาก การปฏิบัติงานร่วมกัน

2. การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบ วิธีการปฏิบัติงาน กำหนดขึ้นตอนการทำงานชัดเจน กำหนดขอบเขตของงานไม่ซับซ้อน ปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกัน มีการจัดประชุมปรึกษาภายในและภายนอกแผนก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

3. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารขององค์กร การบันทึกต่างๆมีความเหมาะสม เป็นข้อมูลตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างอิสระ

4. ความต่อเนื่องของการดูแล หมายถึง มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน แก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยรวดเร็ว

5. การจัดสรรทรัพยากร หมายถึง การจัดการให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย มีความพร้อม เพียงพอในการใช้งาน เหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

1.5 องค์กระกอบหลักของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพ (Collaborative Multidisciplinary Team) หมายถึง ความร่วมมือวิเคราะห์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานเพื่อกำหนดแนวทาง รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างสำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน การประเมินผลสำเร็จ การเตรียมบุคลากรในทีม เพื่อให้การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และกำหนดแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกัน

2. แผนการจัดการรายกรณี (Case ManagementPlan) หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยที่เขียนขึ้นล่วงหน้าโดยบุคลากรในทีมร่วมกันกำหนดขึ้น (Clinical pathway) หรือเห็นชอบเพื่อนำมาเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหรือกลุ่มอาการ ลักษณะของแผนจะแตกต่างกันไปแต่ละสถาบัน

3. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงาน และกำกับดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามเวลาที่กำหนดไว้หรือเร็วกว่า

1.6 ขั้นตอนการปฏิบัติในระบบการจัดการรายกรณี

การนำระบบการจัดการรายกรณีไปปฏิบัติแต่ละสถาบันมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามนโยบาย กลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์และลักษณะของการนำไปใช้ ลักษณะของผู้จัดการผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน(Bower, 1992)

1. การคัดเลือกผู้ป่วย(Interaction)

2. การประเมิน (Assessment)

3. การวางแผน (Planning)

4. การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementationn)

5. การประเมินผล (Evaluateion)

2. การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลมีจำนวนมากกว่าจำนวนเตียงในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะรับไว้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจชั้น9/1 บางส่วนต้องย้ายกลับจากห้องตรวจสวนหัวใจเร็วขึ้นในขณะที่อาการโดยทั่วไปยังไม่คงที่เนื่องจากขาดการส่งต่อที่ดี ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงบพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษาพบว่าแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(CaseManagement) ซึ่งเป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์(Outcome Management)โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway)มีผู้จัดการผู้ป่วย(Case Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ตลอดจนการติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้คือสามารถลดอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นยังเป็นระบบการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพของงานที่ทำ

คำจำกัดความ

การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องเข้ารับการรักษาและทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลของทีมสุขภาพให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย(Clinical Pathway) ที่ทีมสุขภาพร่วมกันสร้าง ซึ่งผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ติดตาม กำกับ ให้เป็นไปตามแผนการดูแล

ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้ที่มีการศึกษาปริญญาตรี มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเฉาะทางสำหรับผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ หมายถึงบุคลากรวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย

ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพพยาบาลเทคนิค แพทย์เจ้าของไข้ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลศูนย์โรคหัวใจและห้องตรวจสวนหัวใจ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) หมายถึง แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างต่อเนื่อง ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการดูแล ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้บันทึกการดูแล หากพบความแปรปรวนเกิดขึ้นแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดจำนวนวันนอน และเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลล่วงหน้า(Clinical pathway)สำหรับผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 องค์ประกอบสำคัญของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. บุคลากรในทีม (MultidisciplinaryTeam) ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์โรคหัวใจและหน่วยตรวจสวนหัวใจ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ และเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลต่างๆระหว่างบุคลากรในทีม ตั้งแต่เริ่มขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงการถอดสายสวนหลอดเลือดแดงหัวใจ ให้ความร่วมมือในการประชุมปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแล เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม และมีแผนการดูแลทางคลินิกในแนวทางเดียวกัน ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่มีความชำนาญเฉาะทางที่อยู่ในวิชาชีพหรือในสาขาเดียวกันแต่มีความแตกต่างในระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานและความสามารถที่รับผิดชอบ (พัชรี เนียมศรี, 2549)

2.แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinicalpathway) เป็นเอกสารย่อๆเพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในทีมตามช่วงเวลาต่างๆตลอดระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นแผนการปฏิบัติเน้นเป้าหมายของการดูแลตามมาตรฐานการดูแลของแต่ละวิชาชีพสร้างขึ้นโดยความเห็นชอบร่วมกันของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีเป้าหมายในการดูแลร่วมกันและมีแนวทางในการให้บริการไปในทางเดียวกัน มีส่วนประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แสดงชื่อโรค หรือทำหัตถการ และระยะเวลานอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2. แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1. วันก่อนทำหัตถการ

ระยะที่ 2. วันที่ 1. ทำหัตถการ

ระยะที่ 3. วันที่ 2. หลังทำหัตถการ เตรียมจำหน่าย

ส่วนที่ 3. แสดงกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse Manager)เป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง โดยรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและอยู่ในเกณฑ์พิจารณาว่าสมควรใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับบุคลากรในทีมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง

คุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
2. มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. มีความรู้และประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมในด้านการบริหารจัดการ
4. มีความรู้ความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย มีดังนี้ คือ

1. เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานในกาดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากฟอร์มปรอท แบบประเมินแรกรับผู้ป่วย การซักประวัติและการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ (Clinical pathway)เป็นเครื่องมือในการประเมิน และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน โดยร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย เริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

2. ประสานงานในการประชุมปรึกษาเพื่อปรับและพัฒนาแผนแผนการดูแลผู้ป่วยป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีความเหมาะสม จัดการประชุมทีมสุขภาพทุกครั้งที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น ทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่บรรลุตามเป้าหมายกำหนดไว้

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยการจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้มั่นใจได้ว่า บุคลากรในทีมมีความเข้าใจตรงกัน มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของระบบการจัดการรายกรณีได้ มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

4. จัดทำบันทึกรวบรวมสถิติและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับการบริการ และศึกษาวิจัยต่อไป

กระบวนการจัดการสาขารายกรณี ประกอบด้วย

1. การคัดเลือกผู้ป่วย หมายถึง การพิจารณาผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดภายใต้ความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี แพทย์ และผู้ป่วยให้ ความยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. การประเมินสภาพปัญหา หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะเจ็บป่วยและความต้องการช่วยเหลือ นำมา วิเคราะห์วางแผนการพยาบาล กำหนดแผนการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละเวลา

3. การประสานงาน หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผน กำหนด บทบาทหน้าที่ดูแลรักษา วางแผนการจำหน่าย จัดบริการพยาบาลและจัดลำดับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีความยินยอมและร่วมการตัดสินใจ

4. การตรวจสอบประเมินผล หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำการตรวจสอบ ประเมินสภาพซ้ำและประเมินสภาวะผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการและคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาแก้ปัญหา ประสารการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง บันทึกความก้าวหน้าของแผนการดูแล

5. การติดตามดูแล หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ควบคุมแผนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่เหมาะสมตามเวลาที่วางแผนไว้ ส่งต่อปัญหาหรือแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลที่รับการดูแลต่อเนื่องในเวรต่อ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

6. การประเมินก่อนสิ้นสุดการดูแล หมายถึง การประเมินแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประเมินความพร้อม และความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วย แนะนำแหล่งประโยชน์เพื่อการประสานการดูแลให้พร้อมก่อนจำหน่าย

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง การดำเนินการต่างๆของบุคลากรในทีมสหาสขาวิชาชีพหลายสาขาพร้อมกับวางแผนการดูแล มีการสื่อสารในทีมสุขภาพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานการดูแล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แผนการดูแล (Clinical

pathway) ที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เป็นเครื่องมือในการวางแผนปฏิบัติ กำหนดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้ป่วย และประเมินผลการดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี

พิจารณาตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่มีประวัติเจ็บป่วยโรคอื่น

2. เพศชาย อายุ 35 ปีและเพศหญิงอายุ 55 ปี อ่านหนังสือได้

3. แพทย์ลงความเห็นว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจโดยไม่มีอันตราย

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่แรกรับนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้การจัดการยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ ให้การดูแลรักษาพยาบาลตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ นอนโรงพยาบาลนาน 3 วัน และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

3. ขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ (Interact) เมื่อมีผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะติดต่อพยาบาลผู้จัดการ และพยาบาลผู้จัดการจะทำการคัดกรองผู้ป่วยว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องใช้ระบบการจัดการรายกรณีหรือไม่โดยดูจากปัญหาและแหล่งสนับสนุนต่างๆของครอบครัวและญาติ ตลอดจนติดต่อประสานให้บุคลากรในทีมสาขาต่างๆทราบ

2. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการดูแล (Assessment) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดจากบันทึกประวัติและรายงานต่างๆ ทำการประเมินสภาพทางระบบหัวใจของผู้ป่วยตามแบบบันทึกที่สร้างขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาปรึกษาร่วมกับทีม วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาต่างๆของบุคลากรทีมสุขภาพ

3. วางแผนปฏิบัติ (Plan) พยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่ติดต่อประสานกับบุคลากรในทีม กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับ ร่วมกับปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นและสื่อสารให้ทีมทราบ

4. ปฏิบัติการดูแล (Implement) พยาบาลผู้จัดการและบุคลากรในทีมจะใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางกำกับดูแล การปฏิบัติพยาบาล การตรวจรักษา การให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือคู่มือของแต่ละวิชาชีพให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

5. ประเมินผลการปฏิบัติ(Evaluate) เป็นการประเมินรายบุคคลได้แก่ การเฝ้าระวัง ติดตามกิจกรรมการดูแลและอาการผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากไม่เป็นไปตามแผน ต้องบันทึกไว้วิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อหาทางแก้ไขทันที

การดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจของทีมผู้ให้บริการที่ใช้ระบบการจัดการรายกรณี

1. ผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD หรือ ER ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ ห้องตรวจพิเศษ เช่น X-Ray EKG
3. รอฟังผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ห้องตรวจพิเศษ
4. มีปัญหาแทรกซ้อน ส่งปรึกษา ให้การรักษา
5. นัดนอนโรงพยาบาล พยาบาล OPD ประสานกับหอผู้ป่วยและแจ้งผู้จัดการรายกรณี
6. นำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) มาใช้กับผู้ป่วยโดยการพิจารณาจากผู้จัดการรายกรณีและแจ้งทีมสุขภาพทราบ
7. ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผน(Clinical pathway โดยผู้จัดการรายกรณี
8. มีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพและผู้จัดการรายกรณี ปรึกษาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
9. ไม่มีความแปรปรวน ผู้จัดการสรุป และประเมินผลการดูแล แจ้งทีมสุขภาพ

4. บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพผู้ให้บริการ

แพทย์เจ้าของไข้ เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัย ค้นหาปัญหา สั่งการบำบัดรักษา การทำหัตถการต่างๆ ติดตามประเมินผลการรักษา และเป็นผู้ตัดสินสั่งการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในความดูแล โดยใช้แผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นแนวทาง

อายุรแพทย์โรคหัวใจ เป็นผู้ให้คำปรึกษา กำหนดนโยบายและควบคุมมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ให้การบริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและบันทึกความเปลี่ยนแปลงหรือความแปรปรวน(variance) ที่เกิดขึ้น และตรวจสอบหาสาเหตุที่เกิดขึ้นร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจตามแผนการดูแลผู้ป่วย(Clinical pathway)และประสานงานในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว คือเมื่อรับผู้ป่วยใหม่แจ้งผู้จัดการรายกรณีทราบ มอบหมายงานแก่พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยการพยาบาล ซักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยรับใหม่และลงบันทึกใบบันทึกแรกรับผู้ป่วย รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ รับมอบหมายงานจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ให้การพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ทีมสุขภาพประจำหอผู้ป่วยและผู้จัดการผู้ป่วยทุกวัน ไปรับผู้ป่วยกลับจากห้องตรวจสวนหัวใจหรือเมื่อรับย้ายจากหออภิบาลโรคหัวใจให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาหลังขยายหลอดเลือดหัวใจเฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังขยายหลอดเลือดหัวใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ(Early Ambulation) หากพบความแปรปรวนร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพหาแนวทางแก้ปัญหาและแผนการรักษา วางแผนจำหน่าย ประเมินสภาพ แนะนำเรื่องการดูแลแผล ยากลับบ้าน การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรม มาตรวจตามนัด ลงบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

เภสัชกร เป็นผู้ให้คำปรึกษาร่มกันในทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลทางคลินิกร่วมกัน (Clinical pathway) ร่วมอภิปรายปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นแหล่งข้อมูลชนิดของยา ราคายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย หากพบความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและแผนการรักษา

นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเพื่อรับการฝึกกายภาพหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมโครงฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทุกราย สอนให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการออกกำลังกาย สอน อบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องกิจกรรมการดูแลตนเองหากพบความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ ให้แนวทางแก้ไขปัญหาและแผนการรักษา

นักโภชนาการ เป็นที่ปรึกษาร่วมกันในทีมสุขภาพ เรื่องของอาหารเฉาะโรคทีผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวันประสานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลทางคลินิก หากพบความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและแผนการรักษา

พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ ประเมินและรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการ สภาพความพร้อมของร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ลงบันทึกก่อนทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารลงนามยินยอมรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการตรวจร่างกาย รายงาน การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคลก่อนการทำหัตถการ ตรวจสอบแฟ้มประวัติ เอกสารการผ่าตัดถูกต้อง ใบยินยอมของผู้ป่วยและญาติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฟิล์มเอกซเรย์ ผลการตรวจคลื่นหัวใจ ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างปลอดภัย ลงข้อมูลการขยายหลอดเลือดหัวใจในใบบันทึกห้องผ่าตัดของพยาบาล ประสานงานกับผู้จัดการ ทีมสุขภาพผู้ให้บริการ หากพบความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและแผนการรักษา

เทคนิคการแพทย์ รับบริการสิ่งส่งตรวจแต่ละอย่างเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจเป็นแหล่งข้อมูล ราคา ค่าตรวจหน่วยรับสิ่งส่งตรวจ และประสานงานกับทีมผ่านทางผู้จัดการ

นักสังคมสงเคราะห์ รับปรึกษาจากทีมสุขภาพกรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น สิทธิการรักษาว่าง ไม่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก แรงงานต่างด้าวไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจตามนัด ไม่มีค่าใช้จ่ายเดินทางกลับบ้านเมื่อแพทย์จำหน่าย ไม่มีญาติมารับกลับ ไม่สามารถกลับบ้านเองได้ ซักประวัติและประเมินสภาพจิตใจ สังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการเพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประสานให้ข้อมูลผู้ป่วยกับผู้จัดการรายกรณีและทีมสุขภาพ หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น ร่วมประชุมกับทีมสุขภาพหาแนวแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาและแผนการรักษา

จากบทบาทหน้าที่ของทุกสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆเกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการดีขึ้น

5. แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Clinical pathway)

เป็นเอกสารสื่อสารเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพ คือ แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นเอกสารย่อๆ เพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจของทีมสุขภาพตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือด เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีแนวทางการให้บริการทางเดียวกัน ประกอบด้วย

1. การส่งตรวจ ประเมินสภาพผู้ป่วย การส่งปรึกษาหน่วยงานอื่น การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเจาะเลือด และการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ

2. แนวทางและแผนการรักษาของแพทย์ เน้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับใหม่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการขยายหลอดเลือด เช่น งดอาหาร งดยาละลายลิ่มเลือด งดยาเบาหวานบางตัว แนะนำการปฏิบัติตัวขณะทำการขยายหลอดเลือด หลังถอดสายสวนหลอดเลือด มีการปฏิบัติตัวถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการขยายหลอดเลือด

3. การให้สุขศึกษา ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลให้ความรู้แนะนำระเบียบ ข้อปฏิบัติต่างๆ เมื่ออยู่โรงพยาบาล แนะนำสถานที่ ให้ความรู้การปฏิบัติตนก่อน และหลังการขยายหลอดเลือดเพิ่มและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

4. ฟื้นฟูสภาพหลังทำการขยายหลอดเลือด เตรียมความรู้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย โดยพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้การดูแลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนวันจำหน่ายกลับบ้าน

5. ดูแลด้านโภชนาการ อาหารเฉพาะโรค อาหารอ่อน เค็มน้อย งดมัน โดยนักโภชนาการ

ประโยชน์ของ Clinical pathway

1. ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ มีการประสานงานที่ดี โดยพยาบาลผู้จัดการ ช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ

2. ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของบริการ ได้แก่ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช่จ่ายในโรงพยาบาล

3. มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดี โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้แบบแผนการดูแลมีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. เป็นเครื่องมือวางแผนปฏิบัติ และประเมินผลการดูแล โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบลงมือปฏิบัติ สะท้อนปัญหา และแนวทางแก้ไข้อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง

ความแปรปรวน (Variance)หมายถึง สื่อต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และแตกต่างจากที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway อาจเกิดจากพยาธิสภาพ ตัวผู้ป่วย ตัวผู้ปฏิบัติ และความแปรปรวนในระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุจากผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย และครอบครัว เช่น มีความเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ หรือภาวะสุขภาพที่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติไม่ยินยอมให้รับการรักษา หรือปฏิเสธการจำหน่าย

2. สาเหตุจากผู้รับบริการ ได้แก่ บุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการทำหัตถการไม่ถูกต้องทำให้ต้องเลื่อนการทำหัตถการออกไป การปฏิบัติที่ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดอันตรายหรือโรคแทรกซ้อนที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มเติม

3. สาเหตุจากระบบ ได้แก่ ความพร้อมของระบบต่างๆที่ให้บริการ มาตรการหรือขั้นตอนการทำงานที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์การตรวจพิเศษขัดข้อง ทำให้ต้องเลื่อนวันตรวจออกไป การมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ซับซ้อน ทำให้เสียเวลาหรือเสียแรงงานมาก

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นผู้รับบริการที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด และจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของระบบการเงิน การคลังสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ไม่สมดุลกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร และมีภาระงานที่มากเกินอัตรากำลังบุคลากร ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 85ในหออภิบาลโรคหัวใจ (CCU) จะรับไว้ได้ ดังนั้นผู้ป่วยบางส่วนจึงต้องกลับมาถอดสายสวนหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ 9/1 บางส่วนต้องย้ายออกจาก CCU เร็วขึ้น ในขณะที่อากาโดยทั่วไปยังไม่คงที่ ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ร่วมกับแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway) ที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้คือสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานพร้อมกันเป็นทีม ส่งผลต่อความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้วิจัยร่วมกับหน่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจให้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ เข้าใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. พัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ
3. สามารถนำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการจัดการรายกรณี

ผู้รับผิดชอบโครงการ

น.ท. หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

วิทยากร

นท. หญิง ศุวัชรีย์ งูพิมาย

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน
2. ผู้บริหารทางการพยาบาล กองการพยาบาล จำนวน 10 คน

กำหนดวันจัดอบรม

วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2556 เวลา 08.00 – 16.00 น.

สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุมเย็นสุดใจ ชั้น 3 อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วิธีการอบรม สื่อการอบรม

วิธีการอบรม บรรยาย

สื่อการอบรม คอมพิวเตอร์

เอกสารคู่มือ เรื่อง การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

งบประมาณ

หมวดรายจ่าย

ค่าตอบแทนวิทยากร	1, 000 บาท
ค่าอาหารผู้เข้าร่วมประชุม	3, 000 บาท
ค่าเอกสารการประชุม	1, 000 บาท
รวม	5, 000 บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมสาขาวิชาชีพ
3. ได้แนวทางการดูแล (Clinical pathway)

ประเมินผล

1. สังเกตความสนใจเข้าร่วมการอบรมของพยาบาล

2.พยาบาลมีส่วนร่วมอภิปรายและเสนอความคิดเห็น

3. แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม

(นาวาอากาศโท หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง)

ผู้รับผิดชอบโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2556.

ณ ห้องประชุมเย็นสุดใจ ชั้น 3 อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กำหนดการ

08.00-08.20	ลงทะเบียนรับเอกสาร
08.20-08.45	แนะนำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดย นท.หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง
08.45-09.00	พิธีเปิดการประชุม โดย ผู้อำนวยการ กพย. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
09.00-10.00	เสนอแนวคิด หลักการสำคัญของการจัดการรายกรณี โดย นท.หญิง ศุวัชรีย์ งูพิมาย
10.00-10.20	อาหารว่าง
10.20-12.00	บทบาทและทักษะสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดย น.ท.หญิง ศุวัชรีย์ งูพิมาย
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30	บรรยายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วย ขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. โดย น.ท. หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง
14.30-14.45	อาหารว่าง
14.45-15.15	แจ้งกำหนดการทำโครงการวิจัย แนะนำการใช้คู่มือ โดย น.ท. หญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง
15.15-15.45	ตอบข้อซักถาม อภิปรายและสรุปผล การจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
15.45-16.00	พิธีปิดการประชุม โดย ผอ.กพย. รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ชื่อ-สกุล.....
HN.....
Ward……

ชุดที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ
A Clinical pathway in Percutaneous Coronary Intervention Patients: PCI.
Expected LOS 3 วัน รับ...../...../.....จำหน่าย...../...../.....รวม.....วัน

แผนการดูแล	วันก่อนตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ วดป...../...../.....	วันที่ 1 วดป...../...../.....	วันที่ 2 วดป...../...../.....
1. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected outcome)	☐ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ☐สิทธิการรักษาถูกต้อง ☐ได้รับข้อมูล และเซ็นใบยินยอมทำหัตถการเรียบร้อย ☐ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเป็นในการสวนหัวใจถูกต้อง ☐แพทย์รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	☐ผู้ป่วยได้รับการเตรียมด้านร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้อง ☐ผู้ป่วยปลอดภัยจากการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ☐ผู้ป่วยและญาติทราบผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ☐ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง ☐เอกสารต่าง ๆ ครบถ้วน ถูกต้อง	☐ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมกลับบ้าน และมั่นใจสามารถดูตนเองได้ ☐ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ☐ผู้ป่วยได้รับการนัดเข้าโครงการ Cardiac Rehabilitation
2. การประเมิน (Assessment)	☐ประวัติแพ้ยาและอาหารทะเล ☐ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ☐เอกสารสิทธิการรักษา ☐เอกสารยินยอมรับการรักษา/ หัตถการ ☐ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ☐EKG ☐CXR ☐Echo	<u>ประเมินก่อนสวนหัวใจ</u> ☐Nursing assessment form ☐Pre-cath form ☐เอกสารสิทธิการรักษา ☐เอกสารยินยอมทำหัตถการ ☐Distal pulse O Dorsalis pedis Lt……..Rt……. O Radial Lt……..Rt……. O Other……. Lt……..Rt……. <u>ประเมินหลังสวนหัวใจ</u> ☐Conscious , V/S , pulse ☐Bleeding , hematoma ☐Chest pain ☐Arrhythmias ☐Cardiac tamponade <u>ประเมินขณะ-หลังOff sheath</u> ☐V/S ☐Vasovagal reflex ☐ bleeding , hematoma	☐ประเมินภาวะแทรกซ้อน O Bleeding O Hematoma O Infection O Bruit O AV fistula ☐ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

แผนการดูแล	วันก่อนตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ วดป...../...../.....	วันที่ 1 วดป...../...../.....	วันที่ 2 วดป...../...../.....
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ (investigation)	☐CXR , EKG , Echo ☐ CBC , Platelet count ☐ FBS , BUN ,Cr , Electrolyte , LFT , Lipid ☐ HBsAg , anti-HIV PT , PTT Group Matching	☐ เจาะ Lab ซ้ำ (ถ้าปกติ) ☐ ACT ก่อน off Sheath ☐ EKG เช้า ☐ EKG (post PCI) ☐ Check DTX เช้า	☐ BUN/Cr, electrolyte, Hct ☐ Plt.count.ในรายที่ได้รับยา GPIIbIIIa
4. การรักษา/ การพยาบาล (Treatment and nursing)	☐ ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง ☐ เตรียม Lab , CXR ,EKG และติดตามผล ☐ แพทย์ตรวจสอบผล Lab ที่เกี่ยวข้อง ☐ การเตรียมบริเวณผิวหนัง	☐ IV. fluid แขนซ้ายในรายที่ทำ radial artery ☐ แขนขวาในรายที่ทำ femoral artery <u>หลังทำหัตถการ</u> ☐ Check V/S post-op ☐ วางหมอนทรายทับบริเวณที่ทำ 2 ชั่วโมง ☐ เยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ☐ Off sheath (ถ้ามี)	☐ Dressing แผล
5. ยา (medication)	☐ ตามการรักษาครบถ้วน ○ Diazepam(5mg)1 tap ○ Ranidine (150) 2 tab ○ CPM 1 tab	☐ ยาเช้าของผู้ป่วย (ยกเว้นยาเบาหวาน) ☐ ยาก่อนส่งห้อง Cath lab ○ Diazepam (5mg) 1 tap ○ Ranidine (150) 2 tab ○ CPM 1 tab	☐ ข้อมูลห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ☐ ใส่stentแบบBMS รับประทานยา Clopidogrel 1 เดือน ☐ ใส่stentแบบDES รับประทานยา Clopidogrel 1 ปี และยา ASA ตลอดชีวิต ทั้ง 2 แบบ
6. อาหาร (Diet)	☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค	☐ NPOหลังเที่ยงคืน ในรายที่สวนหัวใจเช้า ☐ NPOหลังอาหารเช้าในรายที่สวนหัวใจบ่าย ☐ จิบน้ำได้หลังทำถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ☐ หลังการสวนหัวใจ 1 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเริ่มรับประทานอาหารได้	☐ ให้ข้อมูลอาหารเหมาะสมกับโรค ☐ วิธีการปรุงอาหาร ☐ บริโภคเนื้อปลา หลีกเลี่ยงอาหารไขมัน และอาหารจานด่วน ☐ งดอาหารประเภทไส้กรอก แฮม เนยและกาแฟ

แผนการดูแล	วันก่อนตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ	วันที่ 1	วันที่ 2
	วดป...../...../.....	วดป...../...../.....	วดป...../...../.....
7. ข้อมูล	☐ แนะนำ Ward ☐ การปฏิบัติตัวก่อน-ขณะ และหลังการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ☐ ดู Video เกี่ยวกับการสวนหัวใจ และ Cardiac Rehabilitation (ในรายการที่ต้องการ)	☐ การปฏิบัติตนขณะและหลังการสวนหัวใจ ☐ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ เช่น เลือดออก , เหนื่อย , เจ็บหน้าอก เป็นต้น ☐ ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ	☐ การรับประทานยา ☐ ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่ อาหาร การออกกำลังกาย ☐ การสังเกตอาการผิดปกติ ☐ การมาตรวจตามนัด ☐ การนัดเข้าโครงการ Cardiac Rehabilitation
8. การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning)	☐ ให้ข้อมูล ○ ระยะเวลานอนรพ. ○ ค่ารักษาพยาบาล ○ อุปกรณ์พิเศษที่ใช้กับผู้ป่วย	☐ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวข้องกับโรคการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องรวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ	☐ การประเมินความพร้อมและความมั่นใจของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ☐ ส่งต่อการดูแลผู้ป่วย..... ☐อธิบายยาต้องรับประทาน
ลงชื่อ	☐……..	☐……	☐……

สิ่งที่คลาดเคลื่อนจากแผน (variance)……

……..

ผู้ประเมิน……ว.ด.ป. ...../...../.....

ชุดที่ 4 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....ปี. HN……. AN…….

- วันที่รับไว้ใน ร.พ..... การวินิจฉัยโรค……..
- สิทธิการรักษา ( ) กรมบัญชีกลาง ( ) ประกันสังคม ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) อื่น ๆ.....

2. ระยะเวลาการขยายหลอดเลือดหัวใจ

-ข้อบ่งชี้ / สาเหตุ .....

- วันที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ .....ชนิด ( )Balloon ( ) Stent
- ตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ ( ) ต้นขา..... ( ) ข้อมือ.....
- เวลาเริ่มการขยายหลอดเลือดหัวใจ เริ่มเวลา.....น. สิ้นสุดเวลา.....น.

3. ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ

- เวลาทำการถอดสายสวน วัน/เดือน/ปี..... เวลา.....น.
- เปิดแผลบริเวณที่ทำหัตถการคาสาย Sheath วัน/เดือน/ปี..... เวลา.....น.

1.Bleeding around the sheath.....( )No ( ) Yes Treatmentinitialed.....…

2. Hematoma around the sheath ( ) No ( ) Yes Length.....cm.X Width.....cm.

3. Bruising around the sheath ( ) No ( ) Yes Length.....cm X Width.....cm

4. Chest pain/EKG changes noted ..... …….....

5. Vasovagal reaction ( ) No ( ) YesIV Fluid..... Atropine.....

6. Pain scale……Anxiety/Fear scale……..Discomfort able scale

7. OtherComment……...

Nursing intervention Psychological support :touch/relationship Patients education

Medicationmanagement ……..

8. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนับตามแบบฟอร์มปรอท

- ผู้ป่วยรายที่.....
- หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา.....
- วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
- วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....
- รวมวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมด.....วัน

ผู้บันทึก.....RN

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดให้ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดโดยเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย √ ในช่องว่างของแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. เพศ [ ] หญิง [ ] ชาย
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส [ ] โสด [ ] คู่ [ ] หม้าย/หย่า [ ] แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา [ ] มัธยมศึกษา [ ] อาชีวศึกษา [ ] ปริญญาตรี [ ] อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด 1 ข้อ

ข้อความที่แสดงลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วย	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
ด้านความสะดวก 1.ท่านเห็นว่าขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสะดวกดี 2.ท่านได้รับการเอาใจใส่ให้การดูแลทันทีเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย 3.หอผู้ป่วยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เสื้อผ้า ผ้าห่ม ไว้ให้ท่านอย่างเพียงพอ 4.เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ท่นได้รับบริการพยาบาลอย่างรวดเร็ว						
ด้านการประสานบริการ 5.พยาบาลสามารถติดต่อกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆที่ท่านต้องการพบได้สะดวกรวดเร็ว 6.พยาบาลตรวจเยี่ยม พูดคุยกับท่านเพื่อทราบปัญหาและความต้องการของท่าน 7.พยาบาลติดตามผลการรักษาและแก้ปัญหาท่านได้เป็นที่พอใจ 8.พยาบาลให้ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษา						
ด้านอัธยาศัยของผู้ให้บริการ 9. พยาบาลให้ความเป็นกันเอง พูดจาไพเราะขณะให้การดูแลท่าน						
10. พยาบาลแสดงความเป็นมิตร ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใสและทักทายทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยม						
11. พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมที่สุภาพ นุ่มนวล แสดงถึงความเอื้ออาทรท่าน						
ด้านข้อมูลที่ได้รับ						
12. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และขั้นตอนการรักษาจากแพทย์และพยาบาล						
13. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย						
14. พยาบาลแนะนำท่านทราบแผนการรักษาและกิจกรรมการดูแลบริการพยาบาลที่ท่านได้รับอย่างต่อเนื่อง						
15. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเรื่องการปฏิบัติตนตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ตั้งแต่แรกรับจนวันจำหน่ายกลับบ้าน						
16. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่นการเตรียมร่างกาย ขณะทำคารตรวจและภายหลังตรวจ ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ						

ข้อความที่แสดงลักษณะการจัดการดูแลผู้ป่วย	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
ด้านคุณภาพบริการ						
17. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลเรื่องการใช้ยา วิธีการรับประทานยา ข้อควรระวัง ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงของยา						
18.พยาบาลให้เวลากับท่านเปิดโอกาสให้ท่านพูดคุยซักถามปัญหาและเสนอความต้องการได้						
19. ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจและอาการที่เป็นอยู่อย่างดีจากแพทย์และพยาบาล						
20. ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมผู้ให้บริการเป็นอย่างดี						
21. พยาบาลตอบสนองความต้องการและปัญหาของท่านตามคาดหวัง						
22. การดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของท่านได้						
23. ทีมการพยาบาลมีความสนใจ เอาใจใส่และความมามิตรไมตรีต่อท่าน						
24. ทีมการพยาบาลมีความอ่อนโยน ยินดีรับฟังความคิดเห็นของท่าน						
25. ถ้ามีปัญหาสุขภาพ ท่านจะกลับมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้อีก						

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาอากาศโทหญิง กัญญาณัฐ บุญ-หลง
วัน เดือน ปีเกิด	12 เมษายน 2500
สถานที่เกิด	อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ และอนามัยชั้น 1
	โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2522
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2531
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 9/1
	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ตำแหน่ง	หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด ชั้น 9/1