

การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี
สำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ

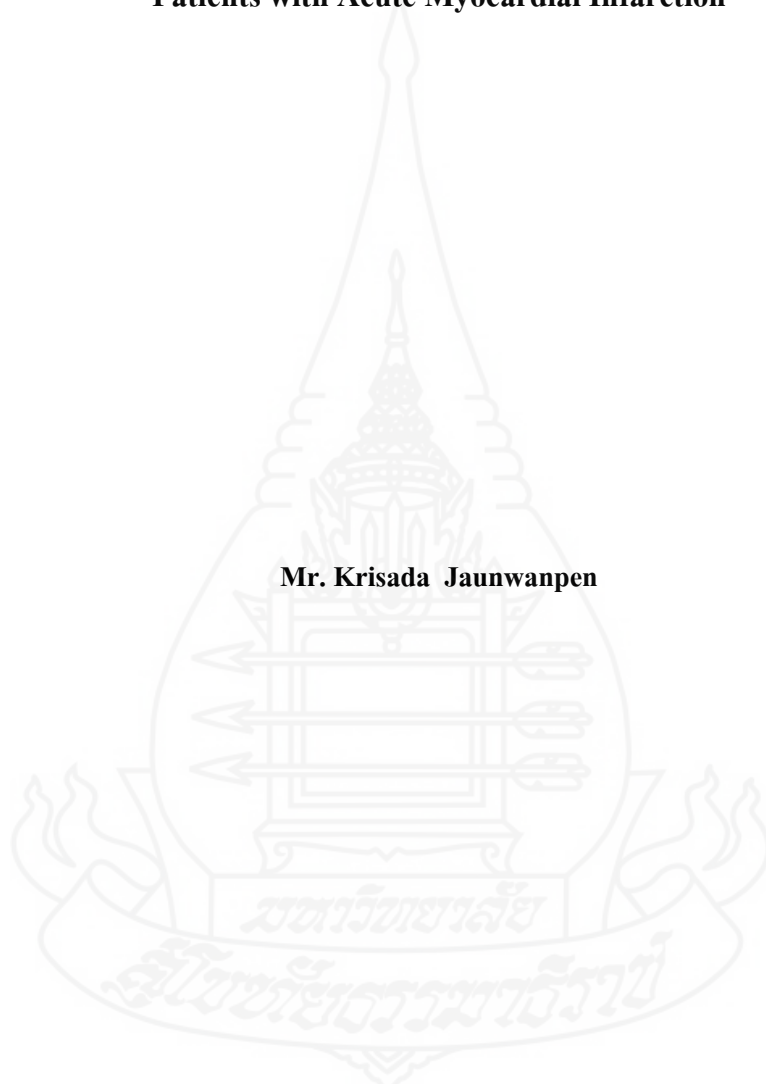


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2554

**The Development of a Case Management Model for
Patients with Acute Myocardial Infarction**

Mr. Krisada Jaunwanpen



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2011

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วย
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อและนามสกุล นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี
2. อาจารย์นายแพทย์บุญจง แซ่จิ่ง

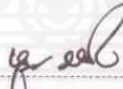
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2555

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



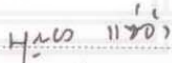
ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)




กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี)



กรรมการ

(อาจารย์นายแพทย์บุญจง แซ่จิ่ง)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)



ชื่อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้วิจัย นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ รหัสนักศึกษา 2505100392 ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2) อาจารย์นายแพทย์บุญจง แซ่จิ่ง
ปีการศึกษา 2554

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก (2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก (3) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นอนพักรักษาตัวในสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาดูแลผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 9 คน และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 12 คน 2) กลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น ไปใช้ ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเด็นการสนทนา ที่สร้างจากแนวคิดการจัดการดูแลเชิงระบบร่วมกับกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดเพาเวลล์ (Powell, 1996) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้ เครื่องมือทั้ง 2 ส่วนผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่า CVI 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า (1) สถาบันมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย แต่การดำเนินการยังขาดการประสานและส่งต่อ ระหว่างทีมสหวิชาชีพ (2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2) องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ 3) องค์ประกอบด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) องค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง (3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม กับบริบทของสถาบันโรคทรวงอก โดยมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติเท่ากับร้อยละ 90.19 ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ควรมีการนำสู่การทดลองปฏิบัติเต็มรูปแบบและมีการประเมินผลเป็นระยะ พร้อมทั้งนำผลที่ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Thesis title: The Development of a Case Management Model for Patients with Acute Myocardial Infarction

Researcher: Mr. Krisada Jaunwanpen; **ID;** 2505100392; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Mr. Boonjong Saejueng, M.D.; **Academic year:** 2011

Abstract

The objectives of this descriptive research were: (1) to analyze the situation of nursing care management for patients with Acute Myocardial Infarction at the Central Chest Institute of Thailand, (2) to develop the care management model for patients with Acute Myocardial Infarction at the Central Chest Institute of Thailand, and (3) to evaluate the appropriateness of the developed case management model for patients with Acute Myocardial Infarction.

The key informants comprised 2 groups. The first group developed the case management model and included 6 in-patients who were admitted with acute myocardial Infarction in the Central Chest Institute of Thailand, 9 caregivers, and 12 health care providers who took care of these patients. The second group evaluated the appropriateness of the developed case management model and included 12 specialists in acute myocardial Infarction. Two research tools were used: 1) a tool for developing the model of case management for patients with acute myocardial infarction based on a systemic approach and Powell's case management model and 2) an evaluation form for evaluating the developed case management model. The content validity index of the tools was verified by 5 experts, and it was 0.87 and 0.85 respectively. The data were collected by the researcher. Qualitative data were done by content analysis; whereas, quantitative data were analyzed by descriptive statistics (frequency, mean, and percentage).

The research findings are as follows. 1) The institute had case management guidelines for emergency patients with acute myocardial infarction and these guidelines could save life of patients but there was no co-operation among health care provider teams. 2) The developed model consisted of 4 factors: policy and strategy of the Institute, provider teams, patients and their relative, and communities or hospitals which were near patients' homes. 3) The developed model was appropriated for the context of the Central Chest Institute of Thailand, and its reliability scores were 90.19%. This model may be applied to other hospitals, and users must follow the instruction of the management process strictly and completely as well as evaluate the results regularly.

Keywords: The development model, Case management, Acute myocardial infarction patient

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และอาจารย์นายแพทย์บุญจง แซ่จิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการติดตามวิทยานิพนธ์นี้ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ หัวหน้าแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณอายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทีมสหวิชาชีพทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่น 3 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ พ่อ ญาติพี่น้อง ภรรยาและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

กฤษฎดา จวนวันเพ็ญ

มิถุนายน 2555

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ประเด็นปัญหาการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
ข้อจำกัดในการวิจัย	8
นิยามศัพท์	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายการจัดการดูแล	
ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	11
ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	19
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและการจัดการรายกรณี	
ของ Powell	25
แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการพยาบาล	33
แนวคิดการจัดการเชิงระบบ	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและผู้ให้ข้อมูล	47
เครื่องมือการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	60
ตอนที่ 2 สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เขียนพลัน (ร่าง).....	64
ตอนที่ 3 (ร่าง) รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เขียนพลัน.....	79
ตอนที่ 4 ผลประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วย ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเขียนพลัน.....	86
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปการวิจัย	89
อภิปรายผล	95
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	108
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	109
ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	111
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์.....	121
ง หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	123
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ฉ ผลการประเมิน.....	141
ช ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	147
ประวัติผู้วิจัย.....	183

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	61
ตารางที่ 4.2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	62
ตารางที่ 4.3 ลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน.....	63



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2.1 Flow Of ACS (STEMI) ในสถาบันโรคทรวงอก.....	16
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน (ร่าง).....	81



บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 5.8 เท่า โดยในปี 2549 เฉลี่ย 965 คนต่อวัน ในจำนวนนี้ปัญหาที่สำคัญคือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นถึง 9.5 เท่า หรือเฉลี่ย 363 คนต่อวัน (ร่างแผนยุทธศาสตร์ชีวิตวิถีชีวิตไทย, 2552) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction [AMI]) เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา เพราะเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิต และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณมากกว่า 800,000 คนต่อปี มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น Acute MI อย่างน้อย 300,000 คนต่อปีหรืออาจมากกว่านั้นเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ประมาณว่าคนอเมริกาจะเสียชีวิตจากโรค Acute MI ทุก 36 วินาที (American Heart Association AHA, 2007) และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งสูงขึ้นเรื่อยๆ (Health Care Financing Review: Medicare and Medicaid Statistical, 1998) ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีอายุน้อยลง สาเหตุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตประจำวันที่พัฒนาค่านิยมในการบริโภค เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันเป็นชีวิตสังคมเมืองมากขึ้น นำไปสู่การเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นด้วย เป็นเหตุให้ขาดการออกกำลังกาย และมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งปัญหาการบริโภคเกินแต่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่ไม่เพียงพอ (รวมพร นาคะพงศ์ และศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549)

จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ในปี 2554 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 33,307 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบรุนแรง ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ถึง 11,024 รายและจากการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์และหน่วยงานต่างๆทั่วประเทศ จำนวน 17 แห่ง พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดนี้ มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 17 โดยเฉพาะเพศหญิงมีอัตราการร้อยละ 23.6 เทียบกับเพศชายร้อยละ 13.9 ซึ่งสูงกว่าต่างประเทศซึ่งมีอัตราการตายเพียงร้อยละ 7 (Gusto, 1993 อ้างใน กรมการ

แพทย์, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยไทยได้รับการแก้ไขการตีบตันของหลอดเลือดน้อยกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไทยมีการเสียชีวิตสูงกว่า ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าและมีภาวะหัวใจวายมากกว่าตามมา นอกจากนี้ กรณีผู้ป่วยไทยมาถึงโรงพยาบาลช้าไปและระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพียงร้อยละ 32.15 และรักษาเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน ร้อยละ 14 (ปี 2553) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ร่วมกับสปสช. ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางและแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการเพิ่มศักยภาพการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจัดทำจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการบริการโรคหัวใจ เช่น การจัดทำโครงการ “10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ขึ้นเพื่อน้อมเกล้าฯ น้อมกระหม่อมถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับพระมหากรุณาธิคุณในการเข้ารับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการเปิดหลอดเลือดที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านโรคหัวใจของสถาบันโรคทรวงอก ตั้งแต่ปี 2550-2554 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเภท ST Elevation Myocardial Infarction เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2550 ถึง 2554 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 22 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 34 ราย 75 ราย 91 ราย และ 232 ตามลำดับ (ศูนย์คุณภาพ สถาบันโรคทรวงอก, 2554) ซึ่งกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการที่หลอดเลือดโคโรนารีเกิดการอุดตันจากลิ่มเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้หรือไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการสำคัญของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บหน้าอกอาจร้าวไปยังบริเวณใกล้เคียง ส่วนใหญ่จะร้าวไปที่หัวไหล่และท้องแขนด้านซ้าย (Antman et al., 2004) ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่หลอดเลือดอุดตันเกิดภาวะขาดเลือด และถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงเลยอย่างต่อเนื่อง 4-6 ชั่วโมง จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไป (Edwards, 1991) ส่งผลให้เกิดปัญหาวิกฤตและอันตรายถึงชีวิตได้หลายประการ เช่น ตายอย่างกะทันหัน (sudden cardiac death) ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) (อภิชาติ, 2551) วิธีการรักษา แบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 3 วิธี ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) การขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้บอลลูน Percutaneous Coronary Intervention (PCI) และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG) เพื่อให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง

รวดเร็วทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มเข้ามาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 – 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ (onset) จากการที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง (American Heart Association, AHA, 2009) จะมีอาการร่วมกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพราะยิ่งปล่อยเวลาให้ผ่านไปนานเท่าใด โอกาสที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนั้นการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวได้อย่างมีมาตรฐาน ทำงานเป็นทีมและมีความรวดเร็วเพียงใดจะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากเพียงนั้น

จากการศึกษาในสถาบันโรคทรวงอกเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยบางรายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการถ่ายยาหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (cardiac tamponade) ภาวะเลือดออกจากแผล (active bleeding) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียทรัพย์สินในการรักษาแล้ว ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการต้องดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และยังทำให้มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงด้วย (ศูนย์คุณภาพ สถาบันโรคทรวงอก, 2554)

ปัจจุบันสถาบันโรคทรวงอกมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยแต่ละวิชาชีพจะปฏิบัติงานในส่วนของตน ขาดการประสานงานที่ดี เป็นเหตุให้การทำงานซ้ำซ้อนหรือล่าช้า และมีปัญหาด้านการติดตามความก้าวหน้าหรือการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีแนวทางดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังมีขาดรูปแบบการจัดการที่ชัดเจน อาทิ ไม่มีผู้ประสานงานที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและระหว่างทีมสหวิชาชีพ ส่งผลถึงคุณภาพการบริการพยาบาลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ และ เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคข้อมูลข่าวสารประชาชนมีความรู้ตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วย ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดการแข่งขันและตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลภาครัฐ ส่วนใหญ่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลและมีการตรวจสอบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประกันคุณภาพให้กับผู้ใช้บริการ ดังนั้นการมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีความต่อเนื่องและประหยัดค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยและมีการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งหากมีรูปแบบที่เป็นการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะช่วยให้การบริการดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถาบันโรคทรวงอกที่ว่า เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคปอดและหัวใจระดับนานาชาติ

จากประเด็นปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานอายุรศาสตร์หัวใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้สูง และสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลได้อย่างครบวงจร ซึ่งรูปแบบความร่วมมือมีรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่สนใจในปัจจุบัน คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (Case Management) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี สามารถให้การดูแลแบบองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดค่าใช้จ่ายและประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ มีการจัดทำแผนการดูแลรักษา ตามแบบแผนที่กำหนดไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการ ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จโดยรวม (Total care) พิจารณาเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรวมทั้งการดูแลต่อที่บ้าน (ทัศนา บุญทอง,2543)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ครอบคลุมถึงการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานระบบให้บริการ การติดตามการให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าต่อทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งกระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (1996:241 – 291) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาใช้โดยได้กำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยไว้ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย การประเมินสภาพ การประสานงานการเฝ้าระวัง การดำเนินการ การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพการดูแลดีขึ้นผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ และยังเป็นการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cohen and Cesta, 1993 :33 อ้างใน จิราภรณ์ ศรีไชย,2543 :5) นอกจากนี้ระบบนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน (Clinical pathway) เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดการซ้ำซ้อนของการทำงานเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งเกิดการบริการที่สะดวกรวดเร็วอีกด้วย (Cabello, 1999 :39-40 อ้างใน จิราภรณ์ ศรีไชย,2543 :5)

การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยมาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเชื่อว่าจะเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการดูแลร่วมกันของสหวิชาชีพ โดยการประสานงานของพยาบาลผู้จัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการดูแลตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ญาติมีส่วนรับรู้และให้ความร่วมมือสามารถจำกัดจำนวนวันที่คาดว่าผู้ป่วยควรจะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน การปฏิบัติการพยาบาลที่จะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ มีการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลตนเองต่อที่บ้าน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล (More, P.K. & Mandell, S., 1997)

จากความสำคัญและความจำเป็นในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความสนใจในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของ Powell เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับโรงพยาบาลโดยให้ผู้ให้บริการซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันพัฒนา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น

3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

- 3.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ของเพาเวลดี้มีรูปแบบอย่างไร
- 3.2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถาบันเพียงใด

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษานโยบายยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและของสถาบันโดยใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการทบทวนวรรณกรรมรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเชิงระบบ (System Approach) ได้แก่ Input Process และ Output มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ซึ่ง Input ประกอบด้วยนโยบายและยุทธศาสตร์การนำการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในส่วน Process ได้นำแนวคิดของ เพาเวลล์ เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นส่วนประกอบของกระบวนการ มี 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ การสรรหา การประเมิน การประสานงาน การดำเนินความต่อเนื่อง การดำเนินการตามแผนขั้นสุดท้าย การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่าย โดยมี Output ที่คาดหวังว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องในโรงพยาบาลและสู่บ้าน ดังภาพที่ 1.1



กรอบแนวคิดการวิจัย

Input

นโยบายและยุทธศาสตร์การนำการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ให้บริการ

ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

ผู้รับบริการ

-ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
-ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Process

กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. กระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Powell, 1996)

ขั้นตอนที่ 1 การสรรหา case (Case Selection and Selection) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันแบบเฉพาเฉาะจงที่มารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินในสถาบันโรคทรวงอก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน (Assessment) โดยทีมสุขภาพร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม

ขั้นตอนที่ 3 การประสานงาน วางแผนการรักษา และแผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the treatment /discharge plan) จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายหลังจากประเมินทางด้านคลินิก จิตใจและสังคมของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินความต่อเนื่อง เฝ้าติดตาม การประเมินสังคม และการประเมินผลใหม่ (Continous Case Management, monitoring Re-assessing and Re-evaluating) ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย คุณภาพของการดูแลความต้องการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการตามแผนขั้นสุดท้าย (Implementation of the Final plan) ปัญหาจะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ซึ่งได้รับความเห็นชอบ และตกลงกันของทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่าย และปิด case (Final evaluation post discharge fallow up and case closure) เป็นการเยี่ยมชมติดตาม หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังบ้านหรือชุมชน ตามความจำเป็นก่อนปิด case

Output Expect

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอกได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเข้ามารับการรักษาด้วยสวนหัวใจ และผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติของผู้ป่วย) ที่เข้ารับการรักษาในช่วงช่วงวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555

ผู้ให้บริการ คือ ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของPowellและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างช่วง วันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555

6. ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัด เลือกได้เฉพาะผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องการความช่วยเหลือและดูแลอย่างเร่งด่วน บางรายอยู่ในภาวะซ็อกไม่รู้สติตัว มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษช่วยผู้ป่วยเป็นเวลานานหลายวัน เช่น ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จึงไม่สามารถเลือกผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าร่วมในการวิจัยได้

7. นิยามศัพท์

7.1 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉิน ในสถาบันโรคทรวงอก โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ทำหน้าที่ในการจัดการประสานความร่วมมือกับ ทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการจะเป็น

ศูนย์กลางในการติดต่อ ประสานงาน กำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical pathway ที่แสดงถึงกิจกรรมแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่รับไว้ดูแลจนจำหน่ายกลับบ้าน ตามกระบวนการจัดการรายกรณีของ Powell (1996) โดยครอบคลุมในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมครบวงจร กระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งผลลัพธ์และคุณภาพการบริการซึ่งกระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

7.2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลร่วมกับกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

7.3 ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง อาการเจ็บป่วยที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระหว่างพักรักษาที่โรงพยาบาล

7.4 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, MI หรือ Heart attack) มีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจคือ ST elevation MI (STEMI) ตรวจพบระดับ CK-MB และหรือ Troponin ในเลือดจะสูงขึ้นและ เข้ารับการรักษาตัวในสถาบันโรคทรวงอกเพื่อรับการรักษาด้วยการทำหัตถการสวนหัวใจเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉิน (Primary PCI) ในช่วงวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555

7.5 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี หมายถึง พยาบาลวิชาชีพโดยแต่งตั้งที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีแผนการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในสถาบันโรคทรวงอก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อเสนอรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก จ.นนทบุรี โดยใช้แนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 นโยบายและโครงสร้างของสถาบันโรคทรวงอก
 - 1.3 การจัดบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก
 - 1.4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อให้มีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและการจัดการรายกรณีของPowell
 - 3.1 ความหมายและรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.2 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 3.4 กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell
4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 4.1 รูปแบบการบริการพยาบาล
 - 4.2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

5. แนวคิดการจัดการเชิงระบบ (System Approach)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หลักการ

โรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนชาวไทย นอกจากจะทำให้เกิดความสูญเสียทางชีวิตแล้ว ยังก่อให้เกิดความเสียหายด้านทรัพย์สินที่ต้องนำมาใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2533 จำนวน 14 ล้านคน จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวน 5 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 9 ล้านคน และในอีก 30 ปีข้างหน้าสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นนี้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็นลำดับ จาก 14 ล้านคน ในปี 2533 เป็น 25 ล้านคน ในปี 2563 จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวน 6 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาจำนวน 19 ล้านคน (Global burden of Disease; Lancet: 1996 อ้างในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2555)

จากข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่าอัตราการป่วยและเสียชีวิตของประชาชนชาวไทย จากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2551- 2553 พบผู้ป่วยโรคหัวใจ 159,176 ราย (อัตราป่วย 276.83 ต่อประชากรแสนคน), 228,032 ราย (อัตราป่วย 359.34 ต่อประชากรแสนคน) และ 253,016 (อัตราป่วย 397.24 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ในช่วงเวลาเดียวกันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดปีละกว่าหมื่นรายเป็นประจำทุกปี โดยในปี 2551 พบผู้เสียชีวิต 13,395 ราย (อัตราตาย 21.19 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2552 พบผู้เสียชีวิต 13,124 ราย (อัตราตาย 20.68 ต่อประชากรแสนคน) และปี 2553 พบผู้เสียชีวิต 13,037 ราย (อัตราตาย 20.47 ต่อประชากรแสนคน) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 3885 อ้างในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2555)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) หมายถึงกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างรุนแรงหรือตัน โดยอาการเกิดขึ้นเฉียบพลันและมีโอกาสเสียชีวิตในระยะแรกสูง กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย กลุ่ม

อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงที่ยังไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Unstable angina) และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, MI หรือ Heart attack) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือ ST elevation MI (STEMI) หรือไม่มี ST elevation (Non ST elevation MI, NSTEMI) เมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับ CK-MB และหรือ Troponin ในเลือดสูงขึ้น จึงเป็นการตรวจเพื่อแยกแยะระหว่าง Unstable angina และ NSTEMI นอกจากนี้ยังเป็นการบอกปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายด้วยว่ามีปริมาณมากน้อยเพียงใด

จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ในปี 2554 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 33,307 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบรุนแรง (STEMI) ถึง 11,024 ราย และจากการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์และหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวน 17 แห่ง พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดนี้มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 17 โดยเฉพาะเพศหญิงมีอัตราร้อยละ 23.6 เทียบกับเพศชายร้อยละ 13.9 ซึ่งสูงกว่าต่างประเทศซึ่งมีอัตราตายเพียงร้อยละ 7 (Gusto, 1993 อ้างใน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยไทยได้รับการแก้ไขการตีบตันของหลอดเลือดน้อยกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไทยมีการเสียชีวิตสูงกว่า ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าและมีภาวะหัวใจวายมากกว่าตามมา นอกจากนี้ กรณีผู้ป่วยไทยมาถึงโรงพยาบาลช้าไปและระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพียงร้อยละ 32.15 และรักษาเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน ร้อยละ 14 (ปี 2553)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการ “10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ขึ้นเพื่อน้อมเกล้าฯ น้อมกระหม่อมถวาย เป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับพระมหากรุณาธิคุณในการเข้ารับบริการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการเปิดหลอดเลือดที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมมีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้รวดเร็ว มีมาตรฐานและเป็นธรรมโดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ภายใต้ต้นนโยบายกระทรวงในรูปแบบ “เขตสุขภาพ” โดยกำหนดพื้นที่บริการและระบบการส่งต่ออย่างชัดเจน เพิ่มศักยภาพครุภัณฑ์การแพทย์ด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทันสมัยให้หน่วยงานเครือข่ายในภูมิภาคสามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ทันที พัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลัน พัฒนาระบบบริหารจัดการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีมาตรฐาน เทียบเท่าสากล สร้างเครือข่ายกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารกับประชาชน เผยแพร่ ความรู้ผ่านสื่อ และผู้ให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สื่อสารให้ประชาชนรับทราบปัญหา เพื่อแก้ไข พฤติกรรมเสี่ยงและจูงใจรับบริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และ ต่างประเทศโดยมีผลผลิตที่เป้าหมายเพื่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาโดยวิธีการเปิดหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 10,000 ราย หน่วยบริการสาธารณสุขได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์บริการ โรคหัวใจครอบคลุมทุกภูมิภาคตาม แผนพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ทัวถึงเป็นธรรม

จากสาเหตุและปัญหาของโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมยังได้รับการแก้ไขและจัดการระบบบริการได้ไม่ดีพอ ส่งผล ให้อัตราการตายยังสูงอยู่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ปัญหาดังกล่าวจึงได้พยายามผลักดัน โครงการผ่านหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจ ขาดเลือดให้รวดเร็วมีมาตรฐาน ลดอัตราการตายโดยพัฒนาการบริหารจัดการทั้งทางวิชาการและการ บริการการรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเทียบเท่าสากล

1.2 นโยบายและโครงสร้างของสถาบันโรคทรวงอก

สถาบันโรคทรวงอกในฐานะสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบระบบบริการที่เป็นเลิศโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยมีนโยบายและเป้าหมายสอดคล้องกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

วิสัยทัศน์

สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะทางด้าน โรคปอดและหัวใจระดับนานาชาติ

พันธกิจ

พัฒนาวิชาการด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดโดย

1. ศึกษา วิจัย และพัฒนา และจัดทำฐานข้อมูล ข่าวสารและถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม
2. การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ เฉพาะทางที่มีคุณภาพ

3. ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยาก ซับซ้อน
อย่างได้มาตรฐานและสร้างเครือข่ายเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

วิสัยทัศน์การบริหารการพยาบาลของสถาบันโรคทรวงอก

เป็นผู้นำทางการแพทย์เฉพาะทางโรคปอดและหัวใจในระดับชาติ

พันธกิจ

1. จัดระบบให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดและปอด อย่าง
ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาโครงการด้านการศึกษา การถ่ายทอดเทคโนโลยี การวิจัย หรือให้
ผลงานวิจัยเพื่อแก้ไขปรับปรุงบริการพยาบาลโรคหัวใจ

3. สนับสนุนการศึกษาอย่างต่อเนื่อง อบรมเพิ่มพูนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
รวมถึงการให้ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาต่างๆ ในการฝึกอบรมคณาจารย์ของนักศึกษาพยาบาล
ด้านการพยาบาลโรคหัวใจและปอด ทั้งใน และต่างประเทศ

4. วางแผนอัตรากำลัง จัดหา และกระจายกำลังเจ้าหน้าที่ทุกระดับในสายงาน
การพยาบาลให้มีจำนวนเพียงพอ และเหมาะสม สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

5. นิเทศงานประเมินผลการบริการพยาบาล และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
ทางการแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

6. สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรม และ
ทั่วถึง

7. ควบคุมและดูแลให้มีการพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐาน และจรรยาบรรณ
วิชาชีพ

เป้าหมาย (Goal)

1. ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลด้าน โรคปอดและหัวใจ ระดับตติยภูมิที่มี
คุณภาพ

2. องค์กรมีความเป็นเลิศด้านการพยาบาล โรคปอดและหัวใจระดับตติยภูมิ

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีคุณภาพเอื้อต่อการดำเนินงานวิชาการ และ
บริการพยาบาลด้านโรคปอดและหัวใจ

จากวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายของสถาบันและการบริหารจัดการมุ่งที่จะให้
ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีระบบบริหารจัดการที่ดีมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มี
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดทั้งงานวิชาการและงานบริการพยาบาลด้าน โรคปอดและหัวใจ

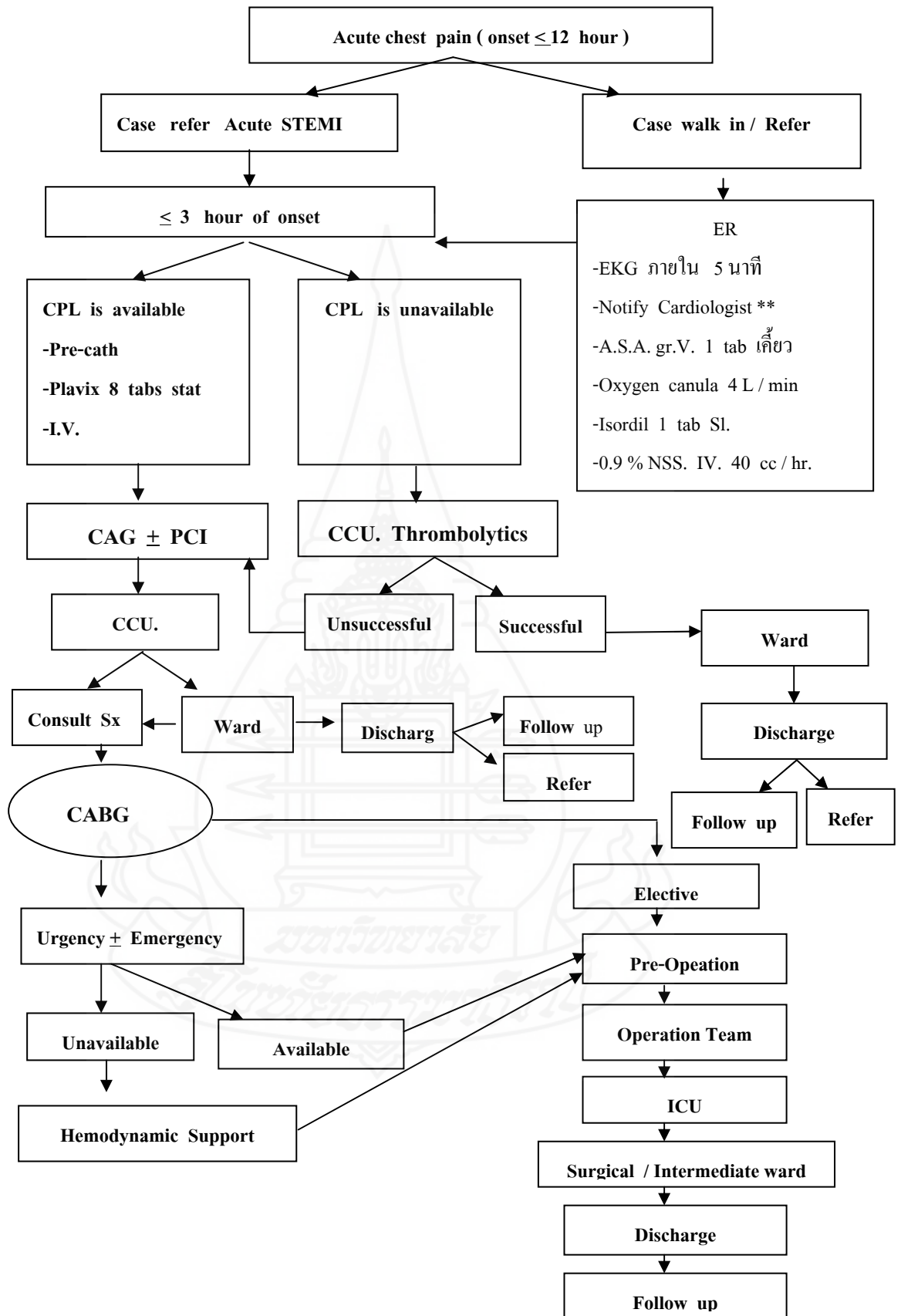
และบังเกิดผลต่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องในโรงพยาบาลและที่บ้าน

1.3 การจัดบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก

จากยุทธศาสตร์พันธกิจของสถาบันโรคทรวงอก กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจ และกลุ่มอายุรศาสตร์หัวใจ จึงร่วมตอบสนองยุทธศาสตร์และพันธกิจของสถาบัน โดยให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่รับ-ส่งต่อจากสถานพยาบาลใกล้เคียงหรือเครือข่าย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดให้การรักษา ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ที่มีเทคโนโลยีสูงทางการแพทย์ ใช้ทีมบุคลากรอื่นๆ (พยาบาล) ผู้ได้รับการอบรมเฉพาะด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ รวมทั้งกรณีฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาสถาบันโรคทรวงอกกรณีฉุกเฉิน ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะเดินทางมาโรงพยาบาลเองหรือถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้เคียงจะได้รับการวินิจฉัยยืนยันโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) โดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ พร้อมทั้งอธิบายความจำเป็นในการรีบด่วนเปิดหลอดเลือดหัวใจกรณีฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย ก่อนการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่างตามมาได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น หลังจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการในห้องสวนหัวใจแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจ (CCU) อีก 2-3 วันหากอาการกลับสู่ภาวะปกติจึงย้ายเข้าพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติหรือหออายุรกรรมต่อไป รวมพักรักษาตัวไม่ต่ำกว่า 6 วัน (อย่างน้อย 6 วัน) ซึ่งอธิบายตาม Flow Of Acute Coronary Syndrome ในส่วนของ

* (STEMI) ของสถาบันโรคทรวงอกดังภาพที่ 2.1 โดยอธิบายตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเข้ามาในโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยรวมทั้งการรักษาตามความจำเป็นจนมีอาการทุเลาหรือหายจึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

*ACS มีทั้ง STEMI และ non STEMI ซึ่งได้อธิบายรายละเอียดไว้ในข้อ 2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (P19)



ภาพที่ 2.1 Flow Of ACS ในส่วนของ STEMI ของสถาบันโรคทรวงอก

จาก Flow of ACS ในส่วนของ (STEMI) ข้างต้น จะอธิบายถึงกระบวนการทำงานในการรองรับบริการผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินสถาบันโรคทรวงอก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ภายใน 10 นาที รวมทั้งได้รับการซักประวัติและอ่านผล ECG โดยแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ พร้อมส่งเข้าหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ Coronary Care Unit (CCU) ทันที หลังจากรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและลงความเห็นว่ามีจำเป็นต้องทำหัตถการสวนหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจกรณีฉุกเฉิน จะตามทีมแพทย์และพยาบาลประจำห้องสวนหัวใจเพื่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) หลังจากเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการพักรักษาตัวต่อโดยมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ (CCU) ประมาณ 2 วัน จึงย้ายผู้ป่วยพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษหรือสามัญตามสิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะพักรักษาตัวประมาณ 4 วัน หรือในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว จะต้องให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวเพื่อเฝ้าสังเกตอาการนานขึ้น ซึ่งโดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 6 วัน

1.4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อให้มีคุณภาพ

เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาเฉพาะด้านโรคทรวงอก โรคหัวใจและหลอดเลือด ฉะนั้นผู้รับบริการของสถาบันโรคทรวงอกส่วนใหญ่จะมาจากกลุ่มอาการของโรคทรวงอก เช่น วัณโรคปอด มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคติดเชื้อในปอด เป็นต้น และกลุ่มอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ หัวใจวาย เป็นต้น ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเบื้องต้นที่สถานพยาบาลใกล้บ้านแล้วถูกส่งตัวมาวินิจฉัยและรับการรักษาต่อ มีเป็นส่วนน้อยที่เดินทางมารับการรักษาโดยตรง กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยจะมีการซักประวัติเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการที่มาโรงพยาบาล เอ็กซเรย์ปอด วัดชีพจร ความดันโลหิต รวมทั้งตรวจสอบสิทธิการรักษาในทุกๆ ราย หลังจากอ่านผลเอกซเรย์แล้วจะแยกผู้ป่วยตามอาการและผลของฟิล์มว่าเป็นโรคเกี่ยวกับทรวงอกหรือเกี่ยวกับโรคหัวใจ โดยจัดพื้นที่แยกรักษาเป็นการเฉพาะด้านๆ ไป ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการคัดกรองโดยแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคทรวงอกหรือโรคหัวใจ หลังจากตรวจวินิจฉัยและรักษาจนอาการหายหรือทุเลาแล้วส่วนใหญ่จะให้กลับไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายโรคหัวใจ เริ่มตั้งแต่เจ็บหน้าอกเล็กน้อย จนกระทั่งเจ็บหน้าอกมาก เห็นอวัยวะน้อยค่อยเป็นค่อยไป ใจสั่น เป็นลม จุกแน่นคอราวไปที่แขน อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกาย ที่มาสถาบันโรคทรวงอกนอกจากได้รับการเอกซเรย์ทรวงอกแล้วจะต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ด้วย หลังจากแพทย์วินิจฉัยด้วยการซักประวัติและตรวจ

ร่างกายขึ้นต้นแล้ว หากต้องการให้ตรวจเลือดหาความผิดปกติค่าต่างๆหรือส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น เดินสายพานออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) คลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) ก็สามารถส่งตรวจได้ทันทีหรือนัดมาตรวจใหม่อีกครั้งในวันต่อมาก็ได้ ซึ่งถ้าจำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการสวนหัวใจก็ต้องนัดมาอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากต้องมีการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อน

หลังการสวนหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับแนวทางการรักษาไปพร้อมๆกัน หรือทางใดทางหนึ่ง เช่น อาจต้องส่งไปผ่าตัดหัวใจ อาจรักษาด้วยยาอย่างเดียว หรือต้องรักษาโดยทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ขยายลิ้นหัวใจ ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจหรือจี้ไฟฟ้าหัวใจ แล้วแต่ชนิดของโรคที่พบสาเหตุ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายถึงขั้นตอนการรักษาของตนเองก่อนรับการรักษาต่อไป

จากยุทธศาสตร์และพันธกิจของสถาบันที่เป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ ได้กำหนดกลุ่มโรคเฉพาะทางในการรับผู้ป่วย ผู้รับบริการ ได้แก่โรคปอดและโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยส่วนมากจะรับผู้ป่วยด้วยการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น บางรายมารับการรักษาด้วยตนเอง มีทั้งการรับบริการตามนัดและกรณีฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยทุกๆ รายจะได้รับการประเมิน การคัดกรอง แยกโรค การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ การบำบัดรักษา การฟื้นฟูด้วยแพทย์และทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จนอาการทุเลาลง จึงได้มีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งตัวผู้ป่วยกลับรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ถึงแม้จะได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ แต่ไม่ได้รับประทานยาที่จำเป็นต่อเนื่อง บางรายไม่กลับมาพบแพทย์ผู้ทำการรักษาและขาดการรับยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีอาการเจ็บหน้าอกกลับเป็นซ้ำ มีอาการโรคหัวใจที่รุนแรงยิ่งกว่าเดิม บางรายกลับมาอนโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะหัวใจวาย เนื่องจากปฏิบัติตัวภายหลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ถูกต้อง ซึ่งในส่วนของผู้ให้บริการเองยังพบปัญหาการทำงานที่ขาดการประสานกันในทีมสหวิชาชีพหรือขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้บริการเป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งโดยรวมในสถาบันมีแนวทางใช้ร่วมกันอยู่แล้วแต่ยังไม่เห็นเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ถ้าสามารถพัฒนาการจัดการเชื่อมโยงประสานระหว่างสหวิชาชีพด้วยกัน เชื่อว่าจะทำให้รูปแบบการบริการชัดเจนขึ้น

2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1.1 คำนิยาม

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือบางที่เรียกว่า ฮาร์ทแอทแทค (heart attack) หมายถึง การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง พบมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดภายในชั่วโมงแรก โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะและส่วนใหญ่เป็น ventricular fibrillation (ผ่องพรรณ อรุณแสง 2551:196)

2.1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

(ผ่องพรรณ อรุณแสง 2551:196 - 197)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีอุดตันทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจนกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการแตกของคราบไขมันที่ตามด้วยการสร้างลิ่มเลือด ซึ่งสิ่งนี้กระตุ้นให้คราบไขมันแตก มาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาด ความคงรูปของก้อนไขมันและความหนาของเยื่อหุ้มไฟบรัส (fibrous cap) คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่าย (vulnerable plaque) คือคราบไขมันที่พบได้ในบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบไม่ถึงร้อยละ 70 เป็นคราบไขมันที่มีรูปร่างบิดเบี้ยว ขอบไม่เรียบมีก้อนไขมันขนาดใหญ่และเยื่อหุ้มไฟบรัสที่บาง

ปัจจัยภายนอก เช่น การออกกำลังกายอย่างหักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น โกรธ การเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจะเพิ่มความเครียดต่อระบบไหลเวียนและอาจทำให้คราบไขมันแตก นอกจากนี้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยังทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น แม้แต่ปัจจัยภายนอกบางอย่าง เช่น การอยู่ในที่อากาศที่เย็นจัดและช่วงเวลาของวันก็อาจทำให้คราบไขมันแตกได้ มักพบอาการของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ในที่มีอากาศเย็นและในตอนเช้าตรู่

2.1.3 อาการแสดงทางคลินิกของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการ

- เจ็บอกแบบ Angina pectoris หรือ เจ็บขณะพักผ่อน ≥ 20 นาที (พบร้อยละ 80) เจ็บอกครั้งใหม่ซึ่งเจ็บรุนแรง หรือเจ็บอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเจ็บ (พบร้อยละ 20)

- ตรวจร่างกายส่วนมากไม่พบความผิดปกติ แต่อาจตรวจพบอาการแสดงอื่นๆ ที่ผิดปกติได้ เช่น ฟังได้ Heart sound gallop หรือ Murmur เป็นต้น

ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มโรค ดังนี้

1. ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของ ECG เป็น ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มีการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันในหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (STEMI or Acute transmural MI, Q-wave MI)

2. Non ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation โดยพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific) เช่นพบ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หากมีอาการทุเลาลงก็จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina)

2.1.4 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว โดยการศึกษาหลายๆ การศึกษาพิสูจน์ว่าการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาต่างๆ สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก เช่น จากการศึกษาประสิทธิภาพกลุ่มยาเบต้าบล็อกเกอร์สามารถลดอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ถึงร้อยละ 20 – 25 (Brilaks, Reeder, & Gresh, 2003) และจากข้อมูลฟรามิงแฮม (Framingham study) รายงานว่าการลดลงของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาจากสาเหตุหลัก 3 ประการคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การพัฒนาการรักษาแบบใหม่ๆ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Stytkowski, Kannel, & Agostino, 1990) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพนั้น นอกจากการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอื่นๆ ตามมาตรฐานอย่างครอบคลุม ซึ่งปัจจุบัน ACC/AHA (2004) ได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แนะนำการรักษาด้วยยาและกิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรจะได้รับอย่างครอบคลุมซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยตามคำแนะนำของ ACC/AHA (2004)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาและยาตามระยะการดูแล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ (Antman et al., 2004)

2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.2.1 การดูแลระยะแรกหรือการรักษาที่หน่วยฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด เพื่อจำกัดบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจตายให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งมี 3 วิธี

1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (The Global Utilization of Streptokinase and Tissue plasminogen activator for Occluded coronary arteries [GUSTO] Investigators, 1993) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เป็นพลาสมิน (plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือด ประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่หลอดเลือดถูกเปิดออก ถ้ามีเลือดไหลผ่านกลับมาเร็วเท่าใดก็จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายถูกจำกัดให้มีขนาดเล็ก และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่เสียไปมาก ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย (Braunwald, 1993) จากการศึกษาพบว่ายาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์ในการรักษาเลย ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมานานกว่า 12 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังมมีอาการเจ็บหน้าอก (Levine, Ali, & Schafer, 2001) โดยผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับประโยชน์สูงสุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงสุด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายหน้าด้านหน้า (anterior wall myocardial infarction) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือ ผู้ป่วยที่มีชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door-to-needle time) (Armstrong, Collen, & Antman, 2003) อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาจะมีประโยชน์มาก แต่การให้ยาก็มีข้อห้ามของการใช้ยาที่บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาต้องประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา ข้อห้ามโดยเด็ดขาดได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีเลือดออกในสมอง ประวัติเคยตรวจพบก้อนเนื้องอกในสมอง มีภาวะของอวัยวะภายในอย่างรุนแรง หรือมีประวัติเลือดออกทางอวัยวะภายในในเวลาไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีประจำเดือน ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจมีโรคของผนังหลอดเลือดแดงแยกตัว นอกจากข้อห้ามเด็ดขาดแล้วยังมีข้อห้ามที่อาจพิจารณาให้ได้ในบางกรณี ได้แก่ ตรวจพบความดันโลหิตสูงรุนแรง มากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท เมื่อแรกรับโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ทราบชนิดแน่ชัดหรือโรคของสมองอื่นๆ กำลังใช้ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants)

ในขนาดยาที่ทำให้ผลการตรวจระดับยาละลายลิ่มเลือดมาตรฐาน (International Normalized Ratio [INR]) มากกว่า 2 – 3 เท่า มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ ประวัติได้รับการบาดเจ็บรุนแรงมากในช่วง 2-4 สัปดาห์ การถูกช่วยฟื้นคืนชีพที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือนานเกิน 10 นาที มีประวัติรับการผ่าตัดใหญ่มาไม่เกิน 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ (Ryan et al., 1999) ถ้าผู้ป่วยมีข้อห้ามเด็ดขาดของการใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่นการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยลูกโป่ง

2) การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยลูกโป่ง เป็นการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยลูกโป่ง โดยวิธีการทำแพทย์จะสอดใส่สายที่มีลูกโป่งอยู่บริเวณปลายสายเข้าไปยังหลอดเลือดโคโรนารี ลูกโป่งที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เกิดแรงดันและทำให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมันที่ลึกลงไปถึงชั้นกลางของผนังหลอดเลือดทำให้พื้นที่ของช่องว่างในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มการไหลของเลือด (ชนวัฒน์ เบญจนาวุธตรา และอภิชาติ สุขนครินทร์, 2543) โดยวิธีการนี้จะทำในกรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะช็อก ทั้งนี้ผู้ป่วยควรมีอายุไม่เกิน 70 ปี และอยู่ในภาวะช็อกมานานไม่เกิน 18 ชั่วโมง เวลาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ควรเกิน 60-120 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door-to-balloon time) (Antman et al., 2004)

3) การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยง (bypass) จากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่ได้ต่อการอุดตันนั้นๆ เพื่อให้สามารถนำเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้ หลอดเลือดที่นำมาเป็นทางเบี่ยงใช้หลอดเลือดจากบริเวณอื่นๆ เช่นหลอดเลือดดำที่ขาของผู้ป่วย (saphenous vein) การผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนทางโครงสร้างของหัวใจ เช่น ผนังกันหัวใจทะลุ หรือในรายที่มีลิ้นหัวใจจากเอ็นยึดลิ้นหัวใจขาด (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543) นอกจากนั้นการผ่าตัดยังทำในรายซึ่งไม่สามารถรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่งได้สำเร็จ หรือในผู้ป่วยที่ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดโคโรนารีไม่เหมาะสมกับการทำการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่ง เช่น มีการตีบตันอย่างมากของหลอดเลือดเส้นใหญ่ (left main) หรือมีการตีบตันอย่างรุนแรงของหลอดเลือดโคโรนารีทั้ง 3 เส้น

2.2.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาที่มีประโยชน์และให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาในระยะแรกได้แก่

1) ยาแอสไพริน (aspirin) จากการศึกษาการให้ยาแอสไพรินร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตผู้ป่วย

ได้ถึง 50 คนจากจำนวนผู้ป่วยที่รักษา 1,000 คน (Second International Study of Infarction Survival [ISIS-2, 1988]) แอสไพรินจึงถือเป็นยาสำคัญที่ ACC/AHA (2004) กำหนดให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกคนควรจะได้รับยานี้ที่ห้องฉุกเฉิน โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวแล้วกลืนในขนาด 160-325 มิลลิกรัมทันที ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการให้แอสไพรินซึ่งได้แก่ผู้ป่วยแพ้ยานี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค อาจพิจารณาให้คลอพิโดเกรล (clopidogrel) 300 มิลลิกรัม หรือ ทิโคลปีดีน (ticlopidine) 500 มิลลิกรัม แทน (Antman et al., 2004; อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์, 2552) ซึ่ง Clopidogrel เป็นยาด้านเกร็ดเลือดชนิดรับประทานใช้ loading dose อย่างน้อย 300 มิลลิกรัม อาจให้ถึง 600 มิลลิกรัมให้ร่วมกับ Primary PCI และรับประทาน 75 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องเป็นเวลา 9 – 12 เดือน ในรายที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยา (อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์, 2552)

2) กลุ่มยาเบต้าบล็อคเกอร์ (beta-blockers) การให้ยาเบต้าบล็อคเกอร์ทันที หลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลดีคือลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจากการกระตุ้นของระบบซิมพาเทติก และเมื่อมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงก็จะทำให้ผนังหัวใจมีความตึงตัวลดลง จึงมีผลต่อมาช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ (cardiac ruptured) และลดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์, 2552) โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยจะมีการทำงานของระบบซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและการที่มีอาการเจ็บปวดซึ่งจะทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้นด้วย จากประโยชน์ของยาดังกล่าว ACC/AHA (2004) ได้กำหนดให้ยาเบต้าบล็อคเกอร์เป็นยามาตรฐานที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับทุกรายถ้าไม่มีข้อห้าม โดยเริ่มให้ภายใน 12 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีชีพจรเร็วหรือความดันโลหิตสูงควรพิจารณาให้ยาเบต้าบล็อคเกอร์ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ แล้วเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทานในภายหลัง ข้อห้ามของการใช้ยาได้แก่ผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยที่กำลังมีภาวะหัวใจวายที่ต้องให้ยาขับปัสสาวะหรือยาเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดรุนแรง โรคหอบหืด (Antman et al., 2004)

3) กลุ่มยาขับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน หรือกลุ่มยาเอซีอีไอ (angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEi]) มีกลไกออกฤทธิ์ โดยยับยั้งการทำงานของเอนจิโอเทนซินคลอเวินดีงเอนไซม์ (angiotensin converting enzyme) ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนเอนจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นเอนจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ซึ่งมีการศึกษาในยาในกลุ่มนี้พบว่ายาสามารถลดและควบคุมการเปลี่ยนแปลงขนาดของหัวใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และนอกจากนั้นหลายการศึกษาที่ยืนยันว่าการให้ยาชนิดนี้สามารถลดอัตราตายและ

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ชัดเจน (The Acute Infarction ramipril Efficacy [AIRE], 1993) ในปัจจุบัน ACC/AHA (2004) จึงแนะนำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีข้อห้ามของการใช้ยา ควรได้รับภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle ejection fraction [LVEF]) น้อยกว่า 40 % และผู้ป่วยที่มีการตายกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้า ส่วนข้อห้ามของการใช้ยาชนิดนี้คือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่มีปัญหาประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงโดยครีตินิน (creatinin) มากกว่า 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และผู้ป่วยที่แพ้ยา (Antman et al., 2004)

4) ยาในกลุ่มไนเตรท (nitrates) ชนิดอมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโดยจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัวลงเป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัวและทำให้หลอดเลือดดำขยายตัวด้วย จึงเป็นเหตุให้เกิดเลือดไปสะสมที่หลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะทำให้ลดปริมาณเลือดที่จะเข้าสู่หัวใจ และลดแรงดึงตัวที่ผนังหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนน้อยลง ลดความไม่สมดุลของปริมาณการใช้ออกซิเจนและปริมาณที่เลือดไปเลี้ยงของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดไปเลี้ยงได้และสามารถให้ได้ทุก 5 นาทีจนกระทั่งครบ 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องให้พิจารณาใช้ไนเตรทชนิดหยดทางเลือดดำ การใช้ยาไนเตรททางเลือดดำนอกจากเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกแล้ว ยังใช้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และลดความดันเลือดดำในปอด ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาไนเตรททุกชนิดถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Antman et al., 2004)

5) ยามอร์ฟีน (morphine) นิยมนำมาใช้เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำและผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้มอร์ฟีน

2.2.3 การดูแลรักษาทั่วไป

การดูแลรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาที่สำคัญได้แก่การให้ออกซิเจนผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะในระยะแรก 2-3 ชั่วโมง กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหยุดออกซิเจนได้หลังจาก 6 ชั่วโมงแล้วหรือค่าอิ่มตัวในเลือดแดง (SaO₂) มากกว่าร้อยละ 90 (Antman et al., 2004)

2.2.4 การรักษาในโรงพยาบาล

การดูแลรักษาในระยะนี้จะเป็นการดูแลผู้ป่วยในช่วง 24 – 48 ชั่วโมง ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงต้องมี

การประเมินและวินิจฉัยอาการผู้ป่วยให้ทันทั่วทั้งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลดังต่อไปนี้

การดูแลรักษาทั่วไป

- 1) ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา (continuous ECG monitoring) จนกว่าอาการจะคงตัวและสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้
- 2) จะให้ออนพักกับเตียงใน 12 ถึง 24 ชั่วโมงแรกและในรายที่ไม่มีแทรกซ้อนสามารถให้เริ่มลงจากเตียง โดยให้ผู้ป่วยนั่งข้างเตียงได้ ในวันที่ 2 ให้ใช้เก้าอี้และรับประทานอาหารเองได้ จากนั้นให้ลุกนั่งในวันถัดมา ให้เดินประมาณ 200 เมตรได้ในวันที่ 3 ส่วนพวกที่มีหัวใจล้มเหลว ซ็อก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะมากให้ออนบนเตียงนานกว่านี้ และค่อยๆ เพิ่มการออกกำลังกายอย่างช้าๆ ตามสภาพของอาการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Antman et al., 2004)
- 3) ควบคุมอาการเจ็บหน้าอกด้วยยาไนเตรท ชนิดอมใต้ลิ้น ชนิดสเปรย์หรือชนิดหยดทางหลอดเลือดดำ และมอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- 4) การพยายามให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย โดยการดูแลให้ระบายแก่ผู้ป่วย
- 5) การให้ยาคลายกังวลและยานอนหลับในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีและการจัดการรายกรณีของ Powell

3.1 ความหมายและรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case Management Society of America (CMSA) (อ้างถึงใน เรวดี ศิรินคร และคณะ 2543) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

American Nurse Association: ANA (1991: 6 อ้างใน Powell, 1996: 5) ได้ให้ความหมาย Case management ว่าเป็นกระบวนการจัดการบริการพยาบาลด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย

Zander (1988:23) ได้กล่าวว่า Case management เป็นการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

Powell (1996) ให้ความหมายของ Nurse Case Management ว่าเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

จากความหมายทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการวินิจฉัยข้อมูล เพื่อวางแผนการรักษา เอื้ออำนวยความสะดวก โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นตัวเชื่อมประสานงาน ติดตามประเมินผลการบริการผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัย โดยให้ข้อมูลสื่อสาร ติดต่อกับหน่วยงานให้คำปรึกษา ช่วยในการตัดสินใจกับผู้ป่วยโดยใช้ช่องทางที่มีอยู่ในสังคมยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีการประเมินผลทุกระยะ เพื่อให้การทำงานดำเนินไปตามกฎข้อบังคับ ระเบียบและจรรยาบรรณทางวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรการและความต้องการของผู้ป่วย (พิณทอง กอพฟ้าเรียน,2547)

3.1.2 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย (Conti, R.M.,1993:18-21)

- 1) Private case management เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยบริการของรัฐ
- 2) Social case management เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดี ที่อยู่ในชุมชน และต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้รับบริการจนบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว
- 3) Primary care case management อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์และการควบคุมดูแลสุขภาพ
- 4) Insurance case management จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำ เป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้

5) การ Nursing case management เป็นการจัดการของพยาบาลต่อกระบวนการความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของ Nursing case management ที่นิยมในปัจจุบันมี 5 แบบ (Conti, R.M., 1993)

(1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของนิวยอร์ก (The New England Acute Care Hospital Model) มุ่งเน้น การจัดการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ clinical pathway ในการวางแผน กำกับติดตามผู้ป่วย

(2) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยของอริโซนา (The Arizona Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษา และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(3) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ์ (The Health Maintenance Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาล

(4) รูปแบบชุมชน (The Public Health Model) มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะ

(5) รูปแบบศูนย์ทางการแพทย์ (The Nursing Center Model) มุ่งเน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด

3.2 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี Case management มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543 : 7-8)

3.2.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Collaborative practice) รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งมีการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับรูปแบบ Case management เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

3.2.2 เครื่องมือที่สำคัญใช้ในรูปแบบ Case management ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลัก ๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามรูปแบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagnostic Related Group (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay: ELOS)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคนั้น ๆ หรือกลุ่มโรคนั้น ๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็นวัน หรืออาทิตย์ หรือสัปดาห์

3.2.3 Case Manager (ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี) ข้อสรุปจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆ พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ Case manager ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และ ทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี

3.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความรับผิดชอบในงานของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่ละคนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจุดเน้นของงาน เช่น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นองค์กรอิสระ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของโรงพยาบาล หรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยหลากหลาย แต่โดยทั่วไปแล้ว หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี Powell, 1996 : 24 คือ

3.3.1 เป็นผู้ประสานงานของแผนการดูแลและการบริการ (Coordination of Plan of Care and Services) ถ้าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถกระทำในบทบาทนี้ได้ดี จะทำให้ระบบการทำงานราบรื่นให้ประโยชน์แก่ทุกๆ ฝ่าย โดยต้องประสานงานและทำให้เกิดความร่วมมือของทีมผู้ให้การดูแล เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ การประสานงานการบริการนี้ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทางจิตสังคม การคุ้มครองของบริษัท ประกันและอื่นๆ

3.3.2 การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย (Patient Advocate) ประการหนึ่งของการปกป้องคุ้มครอง คือการช่วยให้ผู้รับบริการได้รับความมื่ออิสระในการคิดพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้พวกเขาเกิดพลังอำนาจ (Empower) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับข้อมูลต่างๆ อย่างชัดเจน ถูกต้อง และตรงตามความต้องการ และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกด้วยการให้คำอธิบายและให้บริการต่างๆ ตามที่ต้องการ

3.3.3 ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่น (Protector of Privacy and Confidentiality) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ภายใต้การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล

3.3.4 การกำกับการดูแลผู้ป่วย (Direct Patient Care) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อาจจะมีหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงก็ได้ บางคนอาจจะช่วยเหลือโดยการกำกับดูแลผู้ป่วย เพื่อกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานในสัปดาห์ ของพยาบาลคนอื่นๆ

3.3.5 สื่อนำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Conducting Multidisciplinary Patient Care Rounds) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมจากสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การตรวจเยี่ยมประจำวันกลุ่มแพทย์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมดของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประจำสัปดาห์และการประชุมปรึกษาดูแลผู้ป่วย (Patient Care Conference) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับทีมการตรวจเยี่ยม

3.3.6 การคัดกรองผู้ป่วย (Case Screening) ผู้ป่วยทั้งหมดไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่สมควรได้รับประโยชน์สูงสุด จากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.3.7 การประเมินและการประเมินซ้ำ (Assessing and Reassessing) ความต้องการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละวัน แม้แต่ภายในแต่ละชั่วโมงก็ตาม การประเมินใหม่อย่างสม่ำเสมอในด้านสภาพทางกายภาพของผู้รับบริการ การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในแนวทางที่กำหนด และเป็น การเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทันทีทันใดหรือเมื่อมีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

3.3.8 แนะนำข้อมูล (Informational Guide) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้เวลาเมื่อผู้รับบริการและครอบครัวไม่ทราบว่าสิ่งที่เขาต้องการคืออะไร เพราะในสถานการณ์ที่พวกเขาพบมักเป็นข้อมูลต่างๆ ไปซึ่งมีจำนวนมาก การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลให้เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวได้มาก

3.3.9 ผู้ให้การปรึกษาในภาวะวิกฤติ/เศร้าโศก (Crisis Intervention / Grief Counseling) ทักษะนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งสามารถพัฒนาทักษะนี้ จนกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นได้โดยการเข้าร่วมสัมมนาหรือการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

3.3.10 เป็นผู้ชำนาญในการลดความขัดแย้งและเป็นผู้ตัดสินความ (Conflict Resolution Expert and Referee) ความกล้าและความโกรธ เป็นอารมณ์ปกติที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออก บ่อยครั้งที่การรับรู้และรับฟังอย่างเอาใจใส่สามารถลดความโกรธได้ นอกจากนั้นความ

ข้อสัต์ย์และการตอบอย่างครอบคลุม เป็นสิ่งช่วยให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แต่ต้องมีการค้นหาแก่นของปัญหาจริงๆ ความขัดแย้งนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

3.3.11 ผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ์ (Intergrator) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ทำให้เกิดความสมบูรณ์ เป็นผู้ร่วมมือรวบรวมการแยกกระจายของการดูแลที่มีสาเหตุมาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีมนุษยสัมพันธ์น้อย

3.3.12 พัฒนาบุคลากร (Staff Development) การใช้เวลาในการพัฒนาบุคลากร จะช่วยให้แพทย์ พยาบาล เข้าใจว่าแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ลดการใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วย

3.3.13 ผู้รายงานกรณีผู้ป่วย (Case Presentation) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มักต้องเป็นผู้รายงานกรณีผู้ป่วย ที่ยากต่อการรักษาของแพทย์ฝึกหัด ในระหว่างที่มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อการศึกษา ซึ่งนับเป็นโอกาสที่ดีในการอธิบาย แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปจนถึงงบประมาณของผู้ป่วยรายนั้น และอธิบายแนวทางที่สามารถจะเป็นไปได้ในการปรับปรุงการวางแผนรายผู้ป่วย

3.3.14 ผู้ให้ความรู้ (Educator) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว หัวข้อที่ให้ความรู้เช่น การใช้จ่ายและอาการข้างเคียง ขั้นตอนการเกิดโรคและการรักษา การให้การดูแลที่ต่างๆ ที่ใส่ไว้ในร่างกาย และข้อมูลอื่นๆ ที่ช่วยให้เกิดความรอบรู้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้จัดการผู้ป่วยต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อสามารถให้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม

ทำให้เกิดการคุ้มทุนซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจมากขึ้น

3.3.15 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) การประเมินการรักษาทั้งหมด ภาวะจิตสังคม และการเงินของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามหลังการจำหน่ายด้วย

3.3.16 การต่อรองและนำมาซึ่งทรัพยากรและการบริการ (Negotiating and Procuring Resources and Services) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่เหมือนกับผู้แก้ปัญหา โดยทั่วไป พยายามจัดหาทรัพยากรและการบริการต่างๆ ที่เหมาะสมมาสู่ผู้รับบริการ

3.3.17 ผู้จัดการเอกสารของแผนต่างๆ (Documentor of Plans) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องรับผิดชอบในการกระทำของทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องบันทึกเอกสารเนื่องจากเอกสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหลักฐานทางกฎหมายที่สังเกตได้

3.3.18 ผู้ช่วยเหลือแพทย์ (Physician Support) ผู้จัดการผู้ป่วยบางคนร่วมกับแพทย์ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลในเรื่องสภาพและความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยนั้น บทบาทนี้อาจทำซ้ำตลอดวัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพบางอย่างของผู้ป่วย หรือผลการตรวจต่างๆ อยู่ในภาวะวิกฤต

3.3.19 ผู้ติดตามคุณภาพการดูแล (Monitors Quality of Care Issues) การติดตามเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทำให้การปฏิบัติมีแนวทาง และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้

3.3.20 การตรวจสอบประโยชน์ที่ได้รับ (Utilization Review) เป็นกระบวนการของการติดตามคุณภาพการบริการที่ได้รับและความรุนแรงของโรคความจำเป็นในการใช้ยา และระดับการดูแลที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดไปสู่การวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมหน้าที่ในการ Utilization Review เหมือนกับความสามารถในการตรวจสอบความเหมาะสมในประโยชน์ที่ได้รับจากบริการของโรงพยาบาล และทรัพยากรที่ได้รับระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3.4 กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell

กระบวนการของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี Powell (1996:241 – 291) ได้กำหนดขั้นตอนหรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย

ในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะพิจารณาผู้ป่วยที่จำเป็น ที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการจัดการรายกรณี เพราะว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ถูกเลือกหรือสมควรรับไว้ดูแล มักจะมีข้อบ่งชี้ในเรื่องของระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายและข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยมักจะมีข้อบ่งชี้หลายอย่างที่เป็ปัญหาในการเข้าสู่การพยาบาลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นที่ 2 การประเมินสภาพ

เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อกรเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ โดยรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วย

ครอบครัวประวัติการเจ็บป่วย ประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งสิทธิและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือสนับสนุน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาทิศทางกรให้บริการ โดยทีมสุขภาพร่วมกัน ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ขั้นที่ 3 การประสานงาน

วางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่าย หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ทีมสุขภาพจะต้องวางแผนในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จ ทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้บริการใช้ระยะเวลาานเท่าใด และทำที่ไหน ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วย โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นที่ 4 การเฝ้าระวัง

การประเมินสภาพซ้ำและการประเมินผลใหม่ เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการเฝ้าระวังและประเมินใหม่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคมที่เกิดจากความเจ็บป่วย คุณภาพของการดูแลความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งสุดท้ายที่จะต้องทำการประเมินใหม่ที่สำคัญก็คือ เป้าหมาย

ขั้นที่ 5 การดำเนินการ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและตามเวลาที่ถูกต้องที่ได้วางแผนการดูแลไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นแนวทางการดูแลรักษา และแผนการจำหน่ายที่วางไว้ถูกทำให้เป็นจริง

ขั้นที่ 6 การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล

เป็นการเยี่ยมติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ที่จำเป็นด้วยขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลใหม่ การเยี่ยมติดตามนี้อาจกระทำเพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งตามความจำเป็น

โดยสรุปการบริหารจัดการรายกรณีจะเน้นสุขภาพของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบริการ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาลของแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ ประกอบกับข้อมูลจากสภาวะแวดล้อมในสังคมของผู้ป่วยประมวลเหตุการณ์เพื่อวางแผนการ

รักษาพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสื่อในการติดต่อ มีการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลส่งต่อถึงชุมชนและติดตามจนเสร็จสิ้นกระบวนการดูแลรักษา มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการบริการพยาบาล

ระบบบริการพยาบาล คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้รับบริการ จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเองหรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความสามารถ และความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การดูแลหรือการพยาบาลเป็นวิชาชีพสุขภาพที่มีความรับผิดชอบในการป้องกัน ส่งเสริมให้การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนอย่างมีคุณภาพ จึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้การพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวมาเป็นผู้จัดการทางสุขภาพ ที่ขยายขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง สู่การจัดการระบบการดูแลให้มีความต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน สร้างความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับการใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแล สร้างความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ใช้บริการกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อให้การบริหารจัดการบริการพยาบาลมีคุณภาพควรมีความเข้าใจการจ้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมี 5 รูปแบบ (Spizer-Lehmann 1994 อ้างถึงใน ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) รูปแบบการบริการพยาบาลจัดได้เป็น 5 แบบดังนี้

4.1 รูปแบบการบริการพยาบาล

4.1.1 รูปแบบการจัดบริการตามหน้าที่ (Functional Method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นจึงมีการฝึกฝนบุคลากรที่มีใช้พยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยการเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่าง

ตามขอบเขตความสามารถ อย่างเช่นพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำและรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย วิธีนี้มีข้อดี คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็วไม่ช้าช้อน ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน และใช้บุคลากรน้อย สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี การมอบหมายงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าของงาน การประเมินผลงานทำได้ง่าย และสะดวก ข้อเสีย คือ พยาบาลไม่พึงพอใจต่องาน เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดแคลนความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงาน และไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจเนื่องจากขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการมีหลายคนทำให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกันการพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ ไม่มีความรับผิดชอบโดยตรงขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้บริการของพยาบาลและไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

4.1.2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเฉพาะราย(Case Method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มใช้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปีค.ศ.1900 เป็นการจัดการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคลโดยบุคลากรจะได้รับผู้บริการครั้งละ1คนต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในหอผู้ป่วยหนักหรือช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ มีข้อดี คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้บริการและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ข้อเสีย คือสิ้นเปลืองเครื่องมือเครื่องใช้และต้องใช้เวลาบุคลากรจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

4.1.3 รูปแบบทีม (Team Method) เป็นการจัดการพยาบาลเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อปี ค.ศ. 1950 จากการพยายามแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ตามหน้าที่เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยการนำพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่อย่างจำกัด มาทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ แบ่งงานตามความรู้ความสามารถ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาที่ต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับลูกทีม โดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษา การติดตามและการประเมินผลงาน และการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแล ตลอดจนการสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน การร่วมปรึกษาหารือและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาทีมงาน ข้อดี คือ ทำให้ สมาชิกในทีมรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานเสริมสร้างความสามัคคี การกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้บริการบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ข้อเสีย คือ

อาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงาน และใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม และเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล อำนวยชัย (2539) พบว่า ความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมมีความสำคัญในการปฏิบัติงานในรูปแบบทีม

4.1.4 รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเริ่มคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกรักการมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพการพยาบาล การค้นหาเอกสิทธิ์วิชาชีพการพยาบาลได้เริ่มขึ้นรวมทั้งการเพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย โดยไม่เปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการ เป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อขึ้นเวร เป็นรูปแบบที่ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล เป็นลักษณะการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่องผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่น ข้อเสีย คือ เนื่องจากต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก (Marriner, 1996: 237) ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และต้องใช้การประสานงานที่ดี เพื่อให้การรักษาพยาบาลลุ่มหลวม

4.1.5 ระบบการจัดการด้านผู้ป่วย (Case Management) เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดที่สุดซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Florence Nightingale เมื่อปี ค.ศ.1863 ว่าคุณภาพการดูแลจะขึ้นอยู่กับทำให้การดูแลในขอบเขตของเวลาที่เหมาะสมใช้จ่ายอย่างประหยัดและไม่ใช้ทรัพยากรมากเกินไป มีลักษณะการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และคนอย่างเหมาะสม มีแผนปฏิบัติการร่วม (Care MAPs) และแผนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีม จากทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมเนื่องจาก มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของทีมผู้ให้บริการ โดยมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และ

ใช้แผนการดูแลล่วงหน้าที่สร้างขึ้นเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร การประสานงานก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสะดวกรวดเร็วการทำงานไม่ล่าช้า แก้ปัญหาได้เร็ว การกำกับติดตาม และการประเมินผล จะทำ ให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ตามที่ผู้ป่วย ญาติและทีมสหวิชาชีพ คาดหวังไว้

4.2.1 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3 องค์ประกอบคือ

1) บุคลากรในทีม(Multidisciplinary Team) ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ป่วยรายกรณี นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และเป็นเครื่องมือสื่อสารข้อมูลต่างๆระหว่างบุคลากรในทีม ตั้งแต่รับใหม่ผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย และให้ความร่วมมือในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แพทย์เจ้าของไข้ ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา ตามแนวทางClinical Pathway ที่สร้างร่วมกัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆแก่ผู้ป่วย และญาติทราบ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี หรือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาหารือ อภิปรายปัญหาและวางแผนการรักษาพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เขียนใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์ เช่น ใบบันทึกแพทย์

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ และดำเนินการเตรียมผู้ป่วยเช่น ส่งตรวจ Lab ต่างๆ, X-ray ชักประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วย ประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ/พยาบาลห้องสวนหัวใจ/ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษารวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวต่างๆ

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยรับมอบหมายการดูแลผู้ป่วยจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยอยู่ในความดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลหัวหน้าเวร ร่วมรับส่งเวรกับทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ประเมินความต้องการของผู้ป่วยหากมีเพิ่มเติมจากแผนการดูแลล่วงหน้ารายงานพยาบาลผู้ป่วยรายกรณี ปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

ของทีมสหวิชาชีพ จดบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกความแปรปรวน ให้ความรู้, คำแนะนำ แก่ ผู้ป่วยและญาติตามแผนการดูแลล่วงหน้า, หรือความรู้อื่นตามความเหมาะสม ติดต่อประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี/หัวหน้าหอผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติงานทำหน้าที่แทนผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องออก ข้อคิดเห็นต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังในแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแก่ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่เข้ามาปฏิบัติงานในเวรถัดไป ประเมินแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และระบบการจัดการเพื่อปรับปรุงต่อไป

พยาบาลห้องสวนหัวใจและหอผู้ป่วยหนัก ชักประวัติ ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ให้การรักษาทำหัตถการร่วมกับแพทย์และให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวแก่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี หรือทีมสหวิชาชีพ ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น

เภสัชกร ปรึกษาร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ในเรื่องของการใช้ยาที่ สอดคล้องกับผู้ป่วย เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องชนิดของยา ขนาดยา ราคาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ กับผู้ป่วยร่วมอภิปรายปัญหาความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

นักกายภาพบำบัด ประเมินสภาพร่างกายพร้อมทั้งช่วยกระตุ้นฟื้นฟู สมรรถภาพทางกายตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง กายภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

นักโภชนาการ ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

นักสังคมสงเคราะห์ประเมินสภาพจิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา (Clinical Pathway) ที่วางไว้ ให้คำปรึกษาในเรื่องของปัญหาครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว แก่ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือทีมสหวิชาชีพ ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนว ทางแก้ไขปัญหา กรณีที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆที่จะ เอื้อประโยชน์ หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในเรื่องเศรษฐกิจได้

2) แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Clinical Pathway) เป็นเอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมหรือ แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน ที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่แต่ละ

วิชาชีพเป็นผู้กระทำโดยกำหนดผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดในแต่ละช่วงเวลาสำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรวมถึงกำหนดสิ่งที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลร่วมกันและมีทิศทางเดียวกัน

3) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse case manager) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและประสานงานในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่ ตั้งแต่รวบรวมข้อมูล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว และร่วมปรับแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical pathway) ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้อภิปรายถึงแผนการดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้นำ การประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์และทีมพยาบาลทุกวัน กำกับติดตามเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ที่กำหนดของแต่ละช่วงเวลา กรณีที่เกิดปัญหาไม่เป็นตามแผนหรือมีความแปรปรวนจะต้องรวบรวมข้อมูลแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไข ร่วมประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

คุณสมบัติของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 5 ปี มีความรู้และประสบการณ์ผ่านการฝึกอบรมในด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้ความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เนื่องจากมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและเพื่อขจัดข้อจำกัดเรื่องความเที่ยงของการปฏิบัติ

4) บทบาทหน้าที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงและจะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้นๆ ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้

ก. เป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินในสถาบันโรคทรวงอกเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

ข. เป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานะทางการเงินของผู้ป่วยและทำการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด

ค. อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

ง. เป็นผู้ริเริ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายหลังจากประเมิน ทางด้านคลินิก จิตใจและสังคมของผู้ป่วย

จ. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและต่อเนื่อง

ฉ. ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และทีมการพยาบาลทุกวัน

ช. ติดตามประเมินความก้าวหน้า และผลการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้ใน เรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย คุณภาพของการดูแลความต้องการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัว

ซ. เป็นผู้นำประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในกรณีเกิดความแปรปรวน ถ้าหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น เป็นผู้บันทึกความแปรปรวนที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ทีมสหวิชาชีพทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข

ฌ. เป็นผู้ประสานถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ ทีมการพยาบาลและ เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ

ญ. สรุปผลการดูแลและประเมินผลระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4.2.2 ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลัน

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็น กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบมีขั้นตอนในการจัดการ 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (Case Screening and Selection) หมายถึง การพิจารณาผู้ป่วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามคุณลักษณะที่กำหนดภายใต้ ความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี แพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความยินยอมที่จะรับการดูแล ด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) หมายถึง กระบวนการ รวบรวมวิเคราะห์ โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้จากการประเมินอาจมาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด เป็นต้นนำข้อมูลที่

ได้มาค้นหาปัญหาและเป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์วางแผนในการให้การพยาบาลพร้อมกำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/ แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment / Discharge Plan) หมายถึง กระบวนการหลังจากประเมินทางด้านและจิตสังคมของผู้ป่วย แล้วทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องมาวางแผนว่าจะทำอะไร อย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย แผนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยมีขั้นตอนการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนให้บริการและการใช้แหล่งทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

4) การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management, Monitoring, Reassessing and Reevaluating) หมายถึง ขั้นตอนที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดำเนินการ ฝ้าติดตามและประเมินใหม่ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทั้งด้านการเจ็บป่วย ความมั่นคงทางสังคม ความต้องการด้านความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินเป้าหมาย

5) การดำเนินการ (Implementation of the Final Plan) หมายถึง ขั้นตอนที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีกำกับแผนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและตามเวลาที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งส่งต่อ หรือแจ้งแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้รับช่วงการดูแลในเวรต่อไป เพื่อทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดเวลา จนถึงการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม สำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย

6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Final Evaluation, Post Discharge or Follow up, and Case Closure) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดำเนินการเยี่ยมชมติดตามโดยการใช้โทรศัพท์หรือไปด้วยตนเอง ที่จะเป็นสื่อในการตอบคำถาม โดยมีการติดต่อกับแพทย์ บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลที่บ้าน ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ การเยี่ยมชมนี้อาจกระทำ 1 ครั้งหรือหลายครั้งตามความจำเป็นก่อนปิดการดูแลรายกรณี

จากรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลที่ใช้อยู่ส่วนใหญ่มีการประยุกต์ใช้รูปแบบหลากหลายเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ โดยคำนึงถึงนโยบายของโรงพยาบาล ความพร้อมของบุคลากรทั้งในเรื่อง อัตรากำลังความสามารถและประสบการณ์ของพยาบาล ซึ่งการพยาบาลทุกรูปแบบมีขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การประสานในทีม การปรับแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่ายเพื่อให้

ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell เนื่องจาก เป็นการจัดการระบบบริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล โดยเฉพาะบทบาทของผู้ทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดการจัดการเชิงระบบ (System Approach)

ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบหรือเทคนิคเชิงระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการนำเอาความรู้เรื่องระบบเข้ามาเป็นกรอบช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและใช้แนวทางการคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา (อุทัย บุญประเสริฐ, 2539 : 20 อ้างใน ปฐติกา ปาโรจันต์, 2554)

วิธีระบบหรือวิธีระบบ (systems Approach) ความหมาย กระบวนการที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ที่กำหนดซึ่งอยู่บนพื้นฐานหลักการความต้องการเป็นรูปแบบหนึ่งของการแก้ปัญหาเชิงตรรกวิทยา เช่นเดียวกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เป็นกระบวนการที่ระบุความต้องการ หรือมีการเลือกปัญหา คำตอบ หรือข้อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และได้รับการเลือกจากตัวเลือกและวิธีการต่างๆ และใช้มรรควิธีต่างๆ ซึ่งได้รับการปรับใช้แล้วผลลัพธ์ที่ได้จะต้องมีการประเมินผล และการปรับปรุงแก้ไขตามที่กำหนดต่อส่วนต่างๆ ของระบบ ได้รับการดำเนินการจาสามารถบำบัดความต้องการ หรือความจำเป็นได้สิ้นเชิง โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม ทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์ สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการ โดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบเปิดเป็นพื้นฐานความคิด (ปฐติกา ปาโรจันต์, 2554)

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ (ปฐติกา ปาโรจันต์, 2554)

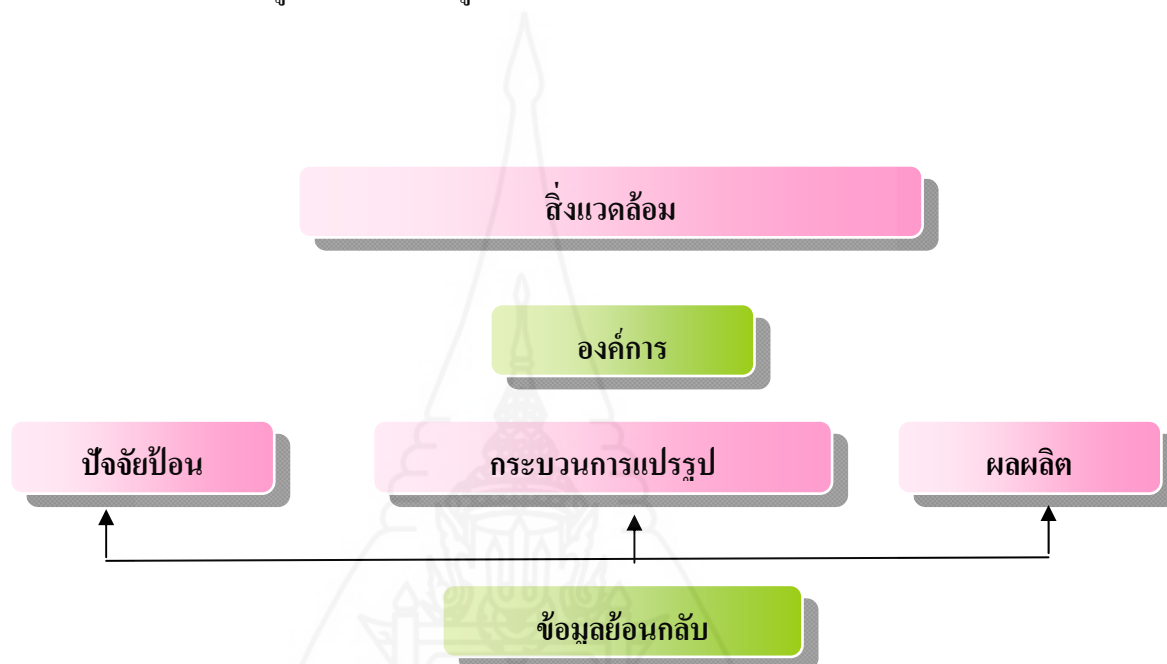
ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบสามารถสรุปได้ 4 ประการคือ

1. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นวิธีคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือส่งเสริมวิธีคิดของบุคคลทั่วไป
3. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาแขนงต่างๆ ทั้งวิทยาศาสตร์

4. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานในองค์กรหรือหน่วยงานด้านการวางแผน นโยบายและอื่นๆ

ทฤษฎีระบบพื้นฐาน (ปัฐติกา ปาโรจฉัตต์, 2554)

ทฤษฎีระบบพื้นฐาน (Basic Systems Theory) ขององค์กรซึ่งมี 5 ส่วน คือ ปัจจัยป้อน กระบวนการแปรรูป ผลผลิต ข้อมูลย้อนกลับ และสภาพแวดล้อม ดังภาพต่อไปนี้



1. **ปัจจัยป้อน (Inputs)** คือทรัพยากรที่เป็นบุคคล วัสดุอุปกรณ์ เงิน หรือข้อมูลที่ใช้ในการผลิตหรือการบริการ

2. **กระบวนการแปรรูป (Transformation Process)** จาการใช้เทคโนโลยีและหน้าที่ในทางการบริหารตัวป้อนนำไปสู่กระบวนการแปรรูป ในโรงเรียนปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับครูเป็นส่วนหนึ่งของการแปรรูปหรือกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งทำให้นักเรียนกลายเป็นพลเมืองที่มีการศึกษา ซึ่งสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป

3. **ผลผลิต (Output)** ได้แก่ ผลิตภัณฑ์และการบริการขององค์กร องค์กรทางการศึกษาผลิตและแจกจ่ายความรู้

4. **ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)** คือ สารสนเทศเกี่ยวกับผลผลิตหรือกระบวนการขององค์กร ซึ่งมีอิทธิพลต่อการคัดเลือกตัวป้อนระหว่างวงจรต่อไป ข้อสารสนเทศเช่นนี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งในกระบวนการแปรรูปและผลผลิตในอนาคต

5. **สภาพแวดล้อม (Environment)** สภาพแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบองค์กร ได้แก่ แรงผลักดัน (Forces) ทั้งด้านสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ ที่มาปะทะกับองค์กร

การจัดการเชิงระบบและเชิงกระบวนการ (System Approach) แนวความคิดเชิงระบบ มีความเชื่อว่า การจัดการมีลักษณะต่อเนื่องกัน และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของหน่วยงานย่อย ๆ ต่าง ๆ กับส่วนรวมทั้งหมด ความสำเร็จในการจัดการขององค์กรขึ้นอยู่กับจัดการของทุกระบบมิใช่ระบบหนึ่งระบบใด ความสำเร็จในการจัดการขององค์กรซึ่งถือว่าเป็นระบบรวม (Total system) ต้องอาศัยความสำเร็จของระบบย่อยทุกระบบ เพราะแต่ละระบบเกี่ยวข้องผูกพันกับระบบใหม่คือ องค์กร ระบบในสภาพที่เป็นทฤษฎีเรียกว่า ทฤษฎีระบบ (Systems theory) ต้องมีปัจจัยนำเข้า (Input) การนำกระบวนการ (Process) กับปัจจัยนำออก (Output) (กัลยาณี สูงสมบัติ, 2550) เป็นองค์ประกอบซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่กำลังศึกษา โดยใช้แนวคิดการจัดการเชิงระบบที่มีนโยบายและยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศในการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นปัจจัยนำเข้า และใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของเพาเวลด์ เป็นกระบวนการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี สำหรับ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 รายพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจที่ขาหนีบ โดยคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อ การแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ของพยาบาลวิชาชีพ โดยทำการทดลองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทย์ทหารบก จำนวน 19 คน พบว่าความสามารถในบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทางผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ความสามารถในการบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยราย

กรณี ด้านการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์และ 3 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรชนก จารุประกร (2547) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาล 6 คนที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2) กลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยา 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมด 6 คนมีความพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในด้านการร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความต่อเนื่องของการดูแล และการจัดสรรทรัพยากร

พัชรี คงปลอด (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลโดยปกติ และความพึงพอใจในบริการพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ราศรี ลีนะกุล (2550) ได้ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลหลักได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นรูปแบบที่อาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่ายคือ พยาบาลผู้จัดการการดูแล ทีมผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แบบแผนการดูแลที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการดูแล กระบวนการในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยการศึกษาปัญหาสถานการณ์ร่วมกับการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบลงมือปฏิบัติ พร้อมกับสะท้อนคิดปัญหาและแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ในรูปแบบดังกล่าวพยาบาลผู้จัดการมีความสำคัญ ในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการ ได้แก่การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ทั้งนี้ปัจจัยสนับสนุนที่

สำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ นโยบายและความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพบางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

Cohen (1991) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 128 รายโดยทำการทดลองทั้งหมด 4-5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test แบบ Two tailed ผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.8 วัน กลุ่มควบคุม 6 วัน
2. เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลทางตรงของพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 16.54 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 12.28 ชั่วโมง
3. ลดค่าใช้จ่ายได้ 930.40\$ ต่อราย โดยกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่าย 5,626.38\$ ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่าย 4,695.98\$

Topp R. และคณะ (1998) ได้ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วย Congestive heart failure ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 88 ราย โดยใช้ผู้จัดการผู้ป่วยและพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มจำนวน 403 คน ใช้การดูแลแบบปกติ พบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Silverein (1998) รายงานผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ St. Peter Medical Center ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย และสร้างสรรค์คุณภาพบริการ ที่ตอบสนองความต้องการ สร้างความพึงพอใจทั้งของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วย (Case Management) พบว่าหลังจากใช้ระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ทำให้เกิดผลในทางบวกหลายด้าน กล่าวคือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายลดลงอย่างเห็นได้ชัด อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงในด้านผู้บริหารการพยาบาลมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของบริการที่มีคุณภาพและค่าใช้จ่ายเหมาะสม และมีความเห็นว่าการร่วมมือของแพทย์ต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม จะช่วยให้การดำเนินการประสบความสำเร็จเร็วขึ้น

Wanda Anderson-Lofti (1999) ศึกษาเกี่ยวกับ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการสำรวจเกี่ยวกับกิจกรรมการรับรู้ผลลัพธ์ของผู้จัดการผู้ป่วย จำนวน 302 คน จากโรงพยาบาล 139 แห่ง ของ American Hospital Association เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็น Activity ในการทำงานการสอนงานวิจัย และการ

สนับสนุนในงาน จนเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศได้พบว่า เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย มีการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบนี้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในระบบนี้ โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ นโยบายและความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ บางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยCongestive heart failure สำหรับกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพียงการศึกษาเดียวซึ่งเป็นการศึกษาของราศรี ลีระกุล 2550 ที่ศึกษาเชิงระบบอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่มคือพยาบาล ผู้จัดการการดูแล ทีมผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแต่ยังไม่ได้ศึกษาถึงในส่วนของผู้ป่วยที่มาในภาวะฉุกเฉินและจำเป็นต้องรับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนตลอด 24 ชั่วโมง หลังจากพ้นระยะวิกฤติแล้วต้องอยู่พักรักษาตัวต่อในโรงพยาบาลโดยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการทั้งการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้กลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้ ซึ่งผู้วิจัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะผู้ให้บริการจึงสนใจที่จะศึกษาและใช้แนวคิดการจัดการเชิงระบบโดยมีผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ร่วมกับการดำเนินการตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของเพาเวลล์เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยนำข้อมูลจากผลการวิจัยดังกล่าวมาเป็นบทเรียนในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากร และผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติโดยมีขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 กลุ่มประชากร คือ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นอนพักรักษาตัวในสถาบันโรคทรวงอก 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นอนพักรักษาตัวในสถาบันโรคทรวงอก

1.2 ผู้ให้ข้อมูล มี 3 กลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจงตามที่กำหนดจนครบจำนวนที่ต้องการ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่มารักษาในสถาบันโรคทรวงอก ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรศาสตร์หัวใจและหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 6 คน วันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มาดูแลผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก และ ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรศาสตร์หัวใจ และหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ จำนวน 6 คน ช่วงวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555

กลุ่มที่ 3 ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ปฏิบัติงานในสถาบันโรคทรวงอก จำนวนอยู่ในช่วง 12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นตัวแทน จากวิชาชีพละ 1 คน โดยกำหนดว่าทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีบทบาท ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำคัญเท่าเทียมกัน โดยการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอยู่ 5 วิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และนักโภชนาการ โดยคัดเลือก มาหน่วยงานละ 1 คน และหัวหน้าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์อีก 1 คน ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์การทำงาน 5 ปี ขึ้นไปโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรืออยู่ในระดับหัวหน้าหน่วยงาน ผู้วิจัยยังมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยมีการระบุคุณสมบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	2 คน
2. พยาบาล (พยาบาลระดับปฏิบัติการจากหอผู้ป่วยละ 1 คน และหัวหน้าแผนก 1 คน)	7 คน
3. นักกายภาพบำบัด	1 คน
4. เภสัชกร	1 คน
5. นักโภชนาการ	1 คน

เกณฑ์คุณสมบัติผู้ให้บริการของกลุ่มวิชาชีพ 1 – 4

1) มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ต่ำกว่า 5 ปีหรืออยู่ในระดับหัวหน้าหน่วยงาน

2) ปัจจุบันยังปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำคอเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาใช้บริการ

3) เป็นผู้ที่สมัครใจ

เกณฑ์คุณสมบัติผู้ให้บริการของนักโภชนาการ

1) เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรโภชนาการ

2) มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ต่ำกว่า 5 ปีหรืออยู่ในระดับหัวหน้าหน่วยงาน

3) เป็นผู้ที่สมัครใจ

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมในการนำระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สร้างขึ้นไปใช้

2.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง กลุ่มประเมินความเหมาะสม ในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 ท่าน โดยเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ 9 ท่าน และผู้บริหารระดับสูงสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก 1 ท่าน รวม 3 ท่าน

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ ตัวผู้วิจัย และเทปบันทึกเสียงสำหรับตัวอย่างวิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูลเพราะจะเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitates) ในการสนทนา ระบายบุคคล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเก็บรายละเอียดต่างๆ ของข้อมูลทั้งหมด โดยใช้เทป สำหรับบันทึกการสนทนา

2.2 เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสนทนาสำหรับ ทีมสหวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เครื่องมือชุดที่ 3 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไปใช้ เป็นแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็น ต่อรูปแบบว่า มีความเหมาะสม ในการนำไปใช้เพียงใด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากเครื่องมือของ ศาสตราจารย์ ช่างไม้ (วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2549) ที่ได้พัฒนา The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Instrument) เป็นเครื่องมือที่ประเมินรูปแบบประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้ หรือไม่โดยมีความครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขต และเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้านความแม่นยำของการพัฒนา ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ ด้านความเป็นอิสระของทีมในการจัดทำรูปแบบ ด้านการประยุกต์ใช้/การนำไปใช้ โดยแบบประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ดังนี้

มิติ 1 ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	จำนวน	3	ข้อ
มิติ 2 ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	จำนวน	2	ข้อ
มิติ 3 ด้านความแม่นยำของการพัฒนา	จำนวน	3	ข้อ
มิติ 4 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ	จำนวน	2	ข้อ
มิติ 5 ด้านความเป็นอิสระของทีมในการจัดทำรูปแบบ	จำนวน	2	ข้อ
มิติ 6 ด้านการนำรูปแบบไปใช้	จำนวน	3	ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating seals) ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน เลือกตอบได้ 4 ระดับ และเป็นข้อคำถามลักษณะปลายเปิดมีข้อเสนอแนะ

คำถามแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 3 หมายถึง เห็นด้วย
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นมากที่สุด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบไม่ตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น

เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น เพราะข้อมูลที่มีอยู่ ยังไม่เพียงพอ หรือมีบางข้อเท่านั้น ที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็น ว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ขึ้นอยู่กับน้ำหนักว่าอยู่ในส่วนใด

ข้อเสนอแนะ หมายถึง ผู้ประเมินสามารถให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรายข้อของแบบประเมินได้ โดยเขียนไว้ท้ายข้อประเมินแต่ละมิติ

การคำนวณคะแนน ค่าคะแนน ผลการประเมิน แต่ละมิติ กระทำโดยใช้ค่าคะแนนรวม รายข้อในแต่ละมิติ จากผู้ประเมินทั้งหมด และนำมาเข้าสู่ตราเพื่อหาความเชื่อมั่น และต้องประเมินใน ภาพรวม ทั้งนี้ผลการประเมินจำแนก เป็น 4 ประการคือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่งในการนำไปใช้
- เห็นด้วยในการนำไปใช้ แต่ต้องมีการปรับบางส่วน
- ไม่แนะนำให้ใช้
- ไม่แน่ใจ

หากค่าคะแนนความเชื่อมั่น โดยรอบทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้ได้ (สากล ช่วงไม้, 2549) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{คะแนนความเชื่อมั่น} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}}{\text{ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้} - \text{ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้}} \times 100$$

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 4(คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน
 ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

2.3 วิธีการสร้างเครื่องมือ

2.3.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.3.2 สร้างเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) *เครื่องมือชุดที่ 1* ประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้การจัดการดูแลเชิงระบบและการประยุกต์ใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอกที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ร่วมกับ แนวคิดของเพาเวลล์เป็นกรอบในการร่างรูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของการจัดการดูแล องค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าว คือ

1. โครงสร้างของรูปแบบการดูแล

1.1 บุคลากร (การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลเป็นผู้จัดการและการเตรียมบุคลากร)

1.2 ทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณและเครื่องมือหรืออุปกรณ์) และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

1.3 องค์กร (นโยบาย การมอบหมาย)

1.4 มาตรฐานในการปฏิบัติ (Clinical Pathways)

2. กระบวนการของรูปแบบโดยใช้แนวคิดเพาเวลล์

2.1 การบริการที่มีความต่อเนื่อง

2.2 กระบวนการจัดการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ (1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนที่ (2) การประเมินภาวะสุขภาพ ขั้นตอนที่ (3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย ขั้นตอนที่ (4) การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ่าติดตาม การประเมินสภาพ และการประเมินผลใหม่ ขั้นตอนที่ (5) การดำเนินการ และขั้นตอนที่ (6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

3. ผลลัพธ์และคุณภาพบริการของรูปแบบที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าเวลาและคุ่มทุน

ผู้วิจัยได้สร้างประเด็นสนทนาในการทำสนทนาของกลุ่มตัวอย่าง ในทีมสหวิชาชีพ ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ)

2) *เครื่องมือชุดที่ 2* แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ของ ศาสตราจารย์ ช่างไม้ (วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2549) ที่ใช้ทำแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Collaboration 2001) ได้คำถามที่ใช้ใน

การประเมิน 6 มิติ มีทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในลักษณะประเมินค่า 4 ระดับ คือ 4,3,2,1 โดยที่คะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งซึ่งผู้ประเมินมีความมั่นใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นมากที่สุด ในขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ผู้ประเมินไม่แน่ใจว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น เพราะข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ หรือมีบางข้อเท่านั้นที่ตรงกับเกณฑ์ การลงความเห็น ว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ขึ้นอยู่กับน้ำหนักว่าอยู่ในส่วนใด (รายละเอียดดังภาคผนวก จ)

2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปและแพทย์ที่มีประสบการณ์ ในการทำวิจัยและมีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการรักษา 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวิจัยและเนื้อหาการพยาบาลอายุรศาสตร์หัวใจ 4 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 1 คน นักการศึกษา 2 คน และผู้ปฏิบัติ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของประเด็น การสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คือ แบบบันทึกการสนทนา ประเด็นการสนทนา และส่วนที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ ศาสกุล ช่างไม้ (วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2549) AGREE Instrument มาใช้ คือ แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไปใช้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาโดยมี rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถาม แต่ละข้อกับ Concept ที่ต้องการวัดเป็น 4 ระดับดังนี้

1	หมายถึง	เกี่ยวข้องน้อยที่สุด
2	หมายถึง	เกี่ยวข้องน้อย
3	หมายถึง	เกี่ยวข้องมาก
4	หมายถึง	เกี่ยวข้องมากที่สุด

เกี่ยวข้องน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาที่น้อยที่สุด

เกี่ยวข้องน้อย หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เครื่องมือที่สร้างขึ้นมาขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาที่น้อย

เกี่ยวข้องมาก หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เครื่องมือที่สร้างขึ้นมาขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาที่มาก

เกี่ยวข้องมากที่สุด หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เครื่องมือที่สร้างขึ้นมาขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหาที่มากที่สุด

การรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดเป็น 2 กลุ่มคือ

ความตรงที่ยอมรับได้ (ระดับ 3 และ 4) กับความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (ระดับ 1 และ 2) นำคะแนน 2 กลุ่ม จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณ CVI แต่ละข้อ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ ระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

ข้อคำถามที่ดีควรมี CVI มีค่า 0.7 ขึ้นไป (Waltz 1991:172-174)

2.4.1 เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในประเด็นการสนทนาในการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 8 ข้อ CVI เท่ากับ 0.80 จำนวน 14 ข้อ โดยมีค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.87 รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ วอลซ์ สตริกแลนด์และเลนซ์ (Waltz Strickland and Lenz 1991:2) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อ คือมีค่า 0.70 ขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงประเด็นสนทนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 27 คน ซึ่งได้ข้อมูลจากการสนทนาตามประเด็นที่ต้องการ รายละเอียดของเครื่องมือดัง ภาคผนวก

2.4.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ CVI เท่ากับ 0.80 จำนวน 11 ข้อ โดยมีค่า CVI เฉลี่ย เท่ากับ 0.85 (ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพของ วอลซ์ สตริกแลนด์และเลนซ์ (Waltz Strickland and Lenz 1991:2) ได้กำหนดค่าความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับในแต่ละข้อ คือ มีค่า 0.70 ขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยพิจารณาองค์ประกอบ การประเมินความเหมาะสมคงเดิมจำนวน 15 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 3.1 เสนอขอแบบจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- 3.2 ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
- 3.3 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยไปยังคณะกรรมการวิจัยของสถาบัน
- 3.4 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานหัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยโดยการร่วมกับ PCT อายุรศาสตร์หัวใจ โดยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มในการจัดการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงพัฒนา แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอก
- 3.5 สัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในและผู้วิจัยติดต่อนัดหมาย วัน เวลา สถานที่

3.6 ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ร่วมสนทนารายบุคคล ผู้ให้บริการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งร่วมกำหนดการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัน เวลา สถานที่

3.7 ดำเนินการกระบวนการในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามกระบวนการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยของเพาเวลในบริบทของสถาบันโรคทรวงอกแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

3.7.1 ระยะที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ โดยตรงซึ่งกันและกัน และนำรูปแบบสู่การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสม ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ส่วนในการสนทนาของแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมสนทนา จะมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาเอง และมีผู้จัดบันทึกการสนทนา ซึ่งได้รับการแนะนำเกี่ยวกับหลักการบันทึกก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทำหน้าที่จัดบันทึกอภิปราย ของผู้เข้าร่วมสนทนาตลอดจนบรรยากาศการสนทนา มีการบันทึกเทปการสนทนา กลุ่ม 3 ครั้งๆ ละ 6 คน จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเป็นที่น่าสนใจของกลุ่ม ไม่มีข้อมูลที่แตกต่าง ไปจากข้อเดิมที่รวบรวมไว้ให้ครอบคลุมในความอึดตัว ผู้ดูแลเป็นกลุ่มเดิมตลอดการสนทนากลุ่มทั้ง 3 ครั้ง และเมื่อจบการสนทนากลุ่มทุกครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ และความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการบันทึกขณะสนทนาแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดประเด็นความรู้ประสบการณ์ที่ได้ จากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ ลงรหัสข้อมูล (Coding the data) การลงรหัสข้อมูลประกอบด้วย

- Phy. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น แพทย์
- ER N. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น พยาบาลหน่วยฉุกเฉิน
- Cath lab N. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น พยาบาลห้องสวนหัวใจ
- Ward N. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ
- CCU N. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น พยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ
- Phar. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น เภสัชกร
- Nut. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น นักโภชนาการ

- Pt. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น นักกายภาพบำบัด
 Pt. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น ผู้ป่วย
 Pt.F. หมายถึง กลุ่มผู้ให้บริการ กำหนดเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วย

ตัวเลข หมายถึง ลำดับของผู้เข้าร่วมสนทนา เช่น

Ward N1 หมายถึง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ คนที่ 1

Pt.3. หมายถึง ผู้ป่วย คนที่ 3

Pt.F3. หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วย คนที่ 3

รวบรวมเก็บประเด็นความรู้ในแต่ละครั้งที่มีการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้พร้อม เชื่อมโยงการสนทนารวมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้าด้วยกัน และ ผู้วิจัยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุง แก้ไขการสนทนา ในการสนทนาครั้งต่อไป รวมทั้งสร้างเป็นรูปแบบ การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน และนำเสนอต่อกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย รายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทบถ้วนจนเป็นที่เข้าใจ และจัดทำเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันที่สมบูรณ์ เกิดเป็นความรู้ใหม่ คือรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของสถาบัน โรคทรวงอก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะการ พัฒนาด้วยทีม จะยังไม่ถึงขั้นที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติเนื่องจากเป็นมีข้อจำกัดเรื่อง ระยะเวลา

3.7.2 ระยะเวลาที่ 2 การประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สร้างขึ้นไปใช้

1) หลังจากได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบัน โรคทรวงอก แล้วนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 ท่าน เพื่อแสดงความเห็นต่อรูปแบบ ใน 6 มิติ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วน ร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน จำนวน 9 คน และผู้อำนวยการสถาบัน โรคทรวงอก รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ บริการวิชาการสถาบัน โรคทรวงอก และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายนอกสถาบัน 1 คน รวม 3 คน โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการจัดการ

ดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นไปพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลักเกณฑ์ การประเมินความเหมาะสม ต่อการนำรูปแบบการใช้ โดยชี้แจงเป็นรายบุคคล

2) ผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบผู้เชี่ยวชาญทั้ง 12 ท่าน มา รวบรวม และวิเคราะห์ ตามการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้ง

4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึก การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโขงทัยธรรมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ให้ข้อมูล โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับการ สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ว่าเป็นการศึกษาของผู้วิจัย และขอความร่วมมือ และให้การยินยอมในการวิจัยและการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ถูกปิดเป็น ความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูล จะเปิดเผยเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะ บุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

4.4 ผู้เข้าร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีสิทธิ ในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสนทนา มีสิทธิปฏิเสธการเล่า ประสบการณ์ของตนเอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึก และข้อเสนอแนะจากแบบประเมิน รูปแบบของผู้เชี่ยวชาญ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ค่าคะแนนผลการประเมิน จากแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ำเนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สร้างขึ้นโดยใช้โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ และประมวลสรุปเนื้อหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอก โดยใช้แนวคิดของ Powell ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้เข้าร่วมสนทนาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 3) ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในระหว่างช่วงเวลาเก็บข้อมูล (ช่วง วันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง 31 มีนาคม 2555) มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในสถาบันโรคทรวงอกจำนวน 41 รายเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลา 14 ราย นอกเวลา 27 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่คัดออกจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต 3 รายมีอาการเปลี่ยนแปลงมากและต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษจำนวน 14 ราย รวมทั้งเวลาที่เก็บข้อมูลไม่เหมาะสม บางรายเมื่อได้รับการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉินเรียบร้อยแล้วก็ถูกส่งตัวกลับไปรักษาต่อตามโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ส่งตัวมา ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจได้ 6 ราย ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 4.1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=6)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
อายุ	
ต่ำกว่า 50 ปี	-
50 – 60 ปี	3
60 ปีขึ้นไป	3
เพศ	
ชาย	4
หญิง	2
ศาสนา	
พุทธ	6
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	3
มัธยมศึกษา	-
ปริญญาตรี	3
ปริญญาโท	-
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	5

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 9)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
อายุ	
ต่ำกว่า 50 ปี	6
50 – 60 ปี	2
60 ปีขึ้นไป	1
เพศ	
ชาย	3
หญิง	6
ศาสนา	
พุทธ	9
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	3
ปริญญาตรี	3
ปริญญาโท	1
สถานภาพสมรส	
โสด	2
คู่	7

จากตารางที่ 4.2 การวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลมีทั้งหมด 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 6 คน
ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่จำนวน 7 คน

1.3 ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน

ตารางที่ 4.3 ลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=12)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
บุคลากรทางการแพทย์	
แพทย์	2
พยาบาล	7
เภสัชกร	1
นักโภชนาการ	1
นักกายภาพ	1
ประสบการณ์การทำงาน	
1-5 ปี	2
6-10 ปี	2
10-20 ปี	4
20 ปี ขึ้นไป	4
เพศ	
ชาย (แพทย์)	2
หญิง	10
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	7
ปริญญาตรี (ผ่านการอบรมแพทย์เฉพาะทาง โรคหัวใจและหลอดเลือด)	2
ปริญญาตรี (ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง โรคหัวใจและหลอดเลือด)	3
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ	
1-5 ปี	2
6-10 ปี	2
10-20 ปี	7
20 ปี ขึ้นไป	1

จากตารางที่ 4.3 การวิจัยครั้งนี้มีบุคลากรทางการแพทย์ เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งหมด 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 10 คน เพศชายจำนวน 2 คน มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน ปริญญาตรี (ผ่านการอบรมแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด) จำนวน 2 คน ปริญญาตรี (ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด) จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่ (จำนวน 8 คน) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี

ตอนที่ 2 สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการสนทนาถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า สถานการณ์จัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีทั้งความสำเร็จในการจัดการดูแลและปัญหาที่ยังพบอยู่ต้องการการพัฒนารูปแบบให้มีความสมบูรณ์ สรุปได้ 12 ประเด็น ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลจากผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สรุปประเด็นที่พบ 5 ประเด็นหลักโดยอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยและญาติดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยบางรายไม่มาคิดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่สวนหัวใจ ในภาวะฉุกเฉินเพราะขาดการเตรียมตัวมาก่อน

ประเด็นที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉินไม่สามารถรับรู้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษาได้อย่างดี

ประเด็นที่ 4 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสงค์รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาของผู้ป่วยถึงแม้จะเป็นกรณีฉุกเฉิน

ประเด็นที่ 5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วนยังไม่ได้รับข้อมูลด้านวางแผน การบำบัดรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวอย่างครบถ้วน

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยบางรายไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น

การประเมินครั้งสุดท้ายหลังจำหน่ายโดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งต้องคำนึงถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารับการรักษซ้ำ การส่งต่อหรือแจ้งแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้เกี่ยวข้องที่จะรับช่วงการดูแลต่อไปยังต้องพัฒนาต่อไป เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมาพบแพทย์ตามนัดหรือมารับยาต้านเกร็ดเลือด ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น บางรายต้องกลับเป็นซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“... คือส่วนใหญ่จะดูแลหลังคนไข้กลับบ้าน คือ กลับบ้าน ไปก็จะไม่มีการดูแลตนเองอีก คือ ต้องการติดตามดูแลผู้ป่วย คนไข้ส่วนมาก คิดว่าทำไปก็หายแล้ว ต้องให้คำแนะนำในการดูแลตัวหลังทำ PCI...(ER NI)” “... ไม่ได้พบเลย จะ ได้พบอีกทีเมื่อคนไข้กลับมาทำอีกครั้ง...(Cath Lab N)” “...ยังไม่ได้ แต่ตอนนี้สิ่งที่ CCU คิดคือ ตอนนี้อยู่ข้อมูลเยอะมาก ในกลุ่มคนไข้ ยังไม่สามารถติดตามได้...(CCU. NI)” “... ส่วนของห้องฉุกเฉิน จะรับคนไข้ที่เหนื่อยที่เจอที่พบคือ หลังคนไข้ที่ฉีดสีไปแล้ว ทำบอลลูนไปแล้วถ้ามีอาการ Chest pain มา... ซึ่งคนไข้จะฟังว่าใส่ stent แล้วฉันเหมือนคนปกติ กินอาหารอะไรก็ได้ตามปกติไม่ได้ดูแลตนเอง ไม่ได้ควบคุมดูแลตนเองเลย...(ER N.1)” “...เพราะถ้าคนไข้ไม่มารับยานี้ ขาดอาจจะตันได้ ส่วนใหญ่คนไข้ก็อยากจะมาพบแพทย์ที่ทำบอลลูนให้อยู่แล้ว สมมุติเขากลับมาได้ ไม่ขาดยา มาทำกายภาพตามกำหนด ทานยาสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่ คุมอาหารให้ได้ตามปกติน่าจะดี...(Phy.1)”

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่สวนหัวใจในภาวะฉุกเฉินเพราะไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน

โดยทั่วไปในการเตรียมตัวสำหรับ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการตรวจสวนหัวใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจสวนหัวใจ ประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก หรืออาการคลื่นไส้อาเจียนในระหว่างสวนหัวใจ แต่ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเจ็บหน้าอกในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนและมีความจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจอย่างเร่งด่วน จึงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

“...อืมไม่ได้เตรียมตัวอะไรเลย...ผมบอก ผมหนาวมาก เค้ก็พยายามเอาผ้าห่มมาให้ แต่ผมก็ยังสั่นตลอดเวลาเลย ในตอนนั้นยังคิดว่าถ้าได้กระตักน้ำร้อนก็คงช่วยได้เยอะ...และวันนั้นผมก็อาเจียนด้วย อาเจียนจนหมด ไม่รู้เป็นเพราะมันแพ้หรือเปล่า แพ้สีอะไรหรือเปล่าที่ฉีดเข้าไป... (Pt.1)” “... แบบว่าอยากให้เขาให้ข้อมูลเรามากกว่านี้...(Pt.4 F1)”

“... เรามีหน้าที่ที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยนะค่ะ ในเรื่องของการดูแลว่าเรามีความเสี่ยงอย่างไรบ้างให้ข้อมูลทุกสิ่งทุกอย่างที่จำเป็น เนื่องจากเวลาที่จำกัดมากนะค่ะ. เราก็จะให้ได้แค่ไม่มากเท่าไรห้ ความเครียดความกังวลในผู้ป่วยกับญาติต้องมีแน่นอนนะค่ะ เพราะเค้าไม่รู้ว่าจะทำอะไรให้เค้าบ้าง เราก็ดูแลโดยต้องให้ข้อมูลให้มากที่สุดค่ะ...(ERN.2)”

ประเด็นที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉินไม่สามารถรับรู้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษาได้อย่างดี

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉิน จะได้รับการตรวจวินิจฉัยรวมทั้งคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ได้รับตัวผู้ป่วยไว้ดูแลในเบื้องต้นหลังจากนั้นจะได้รับการประสานการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในสถาบันโรคทรวงอกเพื่อทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยต้องเร่งรีบทำในทุกขั้นตอน โดยมีเป้าหมายช่วยชีวิตผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันจะเกิดขึ้น ซึ่งตัวผู้ป่วยเองจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ความกลัวเสียชีวิตและกลัวการทำการฉีดสีซึ่งตนเองไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายจากแพทย์หรือพยาบาลได้ ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“...โดยมากผู้ป่วยผมจะให้คำปลอบใจเขามากกว่า ว่าเขาไม่ได้เป็นอะไรมาก และก็บอกเขาว่า เป็นโรคอะไร เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมีความจำเป็นต้องไปฉีดสีเร่งด่วน ไม่ได้บอกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแบบนั้น แบบนี้ จะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่ให้ความร่วมมือ ในกรณีญาติโดยส่วนตัวผมจะบอก เปอร์เซนต์ ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ว่าจะเป็น Stoke, MI, CHF หรือเสียชีวิตต้องบอกญาติไว้ก่อนเพราะว่าเรากำลังไปยุ่งเกี่ยวกับ MI ต้องการทำการหัตถการ มีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หมดไม่ใช่ปลอดภัย 100%...แน่นอนเขาไม่เข้าใจ 100 % เพราะเขาไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ไม่สามารถ

เข้าใจได้ลึกมาก...(Phy.1)” “...จริง เราคิดว่าในช่วงฉุกเฉิน เราคงต้องให้ กระชับที่สุดและสั้นที่สุด...(Phy.2)” “...เราก็จะให้การประเมินอาการ และภาวะจิตใจเบื้องต้นส่วนใหญ่คนไข้จะกลัวการฉีด เพราะว่าไม่เคย ไม่เคยมีประสบการณ์ ไม่เคยรู้ว่าการฉีดสีเป็นอย่างไรมันเสี่ยงอย่างไรตรงนี้ คนไข้ภาวะกลัวมาก อาจกลัวเสียชีวิต... (ER NI.)” “...มีคุณหมอ หรือ เจ้าหน้าที่ผมจำไม่ได้เหมือนกันตอนนั้นปวดมาก ก็มากล้ายมาพูดให้ฟัง เลยว่าอาการอย่างคุณเนี่ย คือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถ้าไม่รักษา อาจเสียชีวิต แต่ถ้าจะรักษาหรือมีอะไรที่ผมจำไม่ได้แล้วก็มีความเสี่ยง อยู่บ้าง 20 – 30% จะว่ายังไง ผมก็บอกว่าคุณก็ต้องรักษาแล้วละ แล้วหลังจาก นั้นก็ดำเนินการทุกอย่าง...(Pt.1)” “...จำไม่ได้...จำได้ว่าหมอเด็ก จึกคที่ หน้าอกอยู่ที่นั่นนะ ก่อนส่งมาที่โรงพยาบาลนี้ เขาก็บอกลูกชายว่า ถ้าไม่ ส่งมามันอันตราย...(Pt.2)” “...ก่อนผ่าผมเต็มที่แล้วครับ ไม่ได้ฟัง...ผม ว่ามี แต่ผมไม่ไหวแล้วครับคือมันปวดร้าวไปข้างหลัง...(Pt.3)” “...ผม จำไม่ได้ครับ สะลิมสะลือ...เค้าทำอะไรหลายอย่าง แต่ผมจำไม่ได้...ผม เจ็บหน้าอกมากครับ และปวดแน่นมาก...(Pt.4)” “...ตอนนั้นยัง สะลิมสะลือ เขาก็บอกว่าต้องทำอย่างนั้น อย่างนั้นนะ แต่ป้าก็รู้บ้างไม่รู้ บ้างมันแน่น...(Pt.6)” “...เหมือนกับว่าโรคนี้ถ้ามาไม่ทัน ก็หยุดเดิน ไป เลย ไข้...ก็เหมือนกับเป็นโรคที่เสี่ยงเยอะเหมือนกัน เกี่ยวกับหัวใจไข่มุห ค่ะ...(Pt.F5)”

ประเด็นที่ 4 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสงค์รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาของผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นกรณีฉุกเฉิน

จากการศึกษาพบว่า การสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายในเวลา 12 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกอย่าง รุนแรงและควรทำการเปิดหลอดเลือดให้ได้เร็วที่สุด หลังการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย (door to balloon time \leq 90 นาที ; ACC HA 2009) ทำให้ทีมบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ จำเป็นต้องสามารถ รับผิดชอบโรค เร่งดำเนินการขั้นตอนการรักษาความมาตรฐาน พร้อมทั้งอธิบายความจำเป็นในการ เร่งรีบดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติอย่างกระชับและเข้าใจให้ได้มากที่สุด เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ลด ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งขอความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากผู้ป่วย ซึ่งบางรายมีความ เข้าใจแต่บางรายประสงค์จะได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“...กระชั้นชิดมาก เพราะห้องฉุกเฉินเค้าก็รับทำอย่างด่วนจึ่เลยก็พอมาถึงชั้น 2 เนี่ยก็มีคุณหมอกอยอธิบายให้ฟัง ซึ่งผมก็คิดว่าผมพอเพียงแล้วละ...ถ้าอธิบายมากกว่านี้มันก็คงจะเสียเวลา เพิ่มความเสี่ยงแก่ชีวิตเข้าไปอีก...ข้อมูลแค่นี้ผมคิดว่ามันเคลียร์ ชัดมากเลย ตัดสินใจได้ทันที... (Pt.1) ” “...คุณหมอก็มาดูอาการมาซักประวัติอะไรต่างๆ บอกว่าจะต้องเข้าไปรับการฉีดสี เพื่อจะได้ดูภาวะหัวใจ ก้อได้รับรู้แค่นั้นเองครับ คือคิดว่าเพียงพอแล้วครับ...(Pt.5) ” “...ให้ข้อมูลเพียงพอดีนะและให้ข้อมูลก่อนที่จะทำครับ...(Pt.4 F3) ” “...คิดว่าดีมากเลย ที่เขาให้ความกระจ่างให้ว่าสาเหตุเกิดจากอะไร เพราะว่าหัวใจตีบตัน...(Pt.F6)” “...ตอนนั้นคนที่เข้ามาก็คือ นักกายภาพบำบัด ส่วนนักโภชนาการยังครับ แต่ผมก็อ่านเอกสารที่แจกให้...(Pt.3) ” “...คิดว่าผู้ที่สื่อหรือให้ความรู้ที่ว่า อาจจะเป็นหน่วยเฉพาะ โดยที่เจ้าหน้าที่เค้าทำประจำเนี่ย เค้าทำงานประจำอยู่ จะไม่มีเวลาทำ ไม่มีเวลาให้ความรู้ อาจจะเป็นหน่วยที่ความรู้ เป็นหน่วยที่สามารถจะให้ความรู้อย่างกระชับ รวดเร็ว ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย หรือว่ามีเรื่อง ทำเป็นวิดีโอ เหมือนกับทำเป็นเล่ม เพราะผมว่าถ้าแจกหนังสือเป็นเล่มนี่ดีมากครับแต่ถ้า ถ้าไม่ได้อ่านก็ไร้ประโยชน์ แต่ถ้าเรานั่งคุยกันอาจจะมีห้องเล็กๆ ทำพอได้เรื่องเป็น เป็นภาพเคลื่อนไหวอะไรอย่างนี้มาอธิบายกันว่า การปฏิบัติตัวอย่างนี้ยังไง โดยรวมโดยสรุปและก็คุยกันมีปัญหาอะไรยังไง...(Pt.5) ” “...นอกจากนี้ในเรื่องของความเสียง แพทย์จะอธิบายสั้นๆ แต่พยาบาลCCUรวมทั้งพยาบาลห้องCathด้วย เพราะfast tack เข้ามาในห้องสวนหัวใจจะเป็นคนให้ข้อมูลทั้งหมดเลย ว่าคนไข้จะต้องเตรียมตัวอะไรบ้าง สิ่งที่เค้าจะต้องเผชิญมีอะไรบ้างและอุปกรณ์ เครื่องมือเป็นอย่างไร ในระหว่างที่อยู่ห้องสวนหัวใจ ห้องCCU เค้าจะต้องทำอะไรบ้าง แต่ข้อมูลอันนี้ขอบอกว่า ข้อมูลที่ให้จะเป็นข้อมูลที่สั้นมาก เนื่องจากว่าต้องรับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด...บางที่อาจให้แค่เบื้องต้น ให้เค้ามีการปรับตัวหรือเตรียมใจก่อน...(CCU. N1) ”

ประเด็นที่ 5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วนยังไม่ได้รับข้อมูลด้านวางแผน การบำบัดรักษา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวอย่างครบถ้วน

ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการทำการหัตถการสวนหัวใจแล้ว จะได้รับการดูแลต่อในหน่วยผู้ป่วยหนักวิกฤติ เพื่อเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งพ้นระยะวิกฤติจึงจะย้ายผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยและรอการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5-7 วันและมีความต้องการการวางแผนการดูแลโดยสหวิชาชีพเกี่ยวกับคำอธิบายการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับโรคและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนไป เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้ยังต้องการคำแนะนำจากผู้ให้บริการเฉพาะด้านนอกจากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“...วันนั้นที่เจ้าหน้าที่กายภาพมา ผมยังไม่ดูแลเย็บนะครับ ท่านก็คงมีเวลาไม่มาก ก็อธิบายกันไป ผมก็ยังคิดไม่ถึงว่าถ้าเลยสัปดาห์นี้ไปจะทำยังไง... คุณหมอนี้อาจจะมาบ้างแบบ โฉบๆมา โฉบมาจริงๆเลย เค้าน่าจะมีน้อยใจ ใช่มั้ย...ผมคิดว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ข้อมูลเราน้อยเกินไป เพราะที่งานเยอะมาก เค้าน่าไม่มีเวลามาอธิบายให้กับเรา เค้าน่าจะให้ข้อมูลก็ต่อเมื่อเราถาม... ไม่มีครับ เออ พูดถึงนักโภชนาการนี่ผมก็ต้องการมาก เค้าน่าจะมาอธิบายกับผมว่า ชีวิตผมหลังจากนี้เป็นต้นไป ต้องทานอาหารยังไง ใช่มั้ยคะ เค้าน่าจะมาพูดนะ...(Pt.1)” “...ยังไม่รู้ ยังไม่มีใครบอกเลย...(Pt.2)” “... ยังไม่ค่อยเข้าใจว่า จะต้องดูแลแบบไหนบ้าง เรื่องอาหารจะต้องควบคุมยังไง...ก่อนจะออกจากรพ.อยากได้คำแนะนำการปฏิบัติตัว... (Pt.2F.1)” “...ก็บอกอยู่น้องชายก็บอกเหมือนกัน... เราก็อยากจะรู้เหมือนกันว่าอันไหนทานได้บ้าง ทานไม่ได้บ้าง...(Pt.4F2)” “...แต่อาหารนี้ยังไม่รู้ ยังไม่พูดเลยว่าต้องทานอะไรบ้าง...(Pt.F3)” “... น่าจะมีการให้ข้อมูลการทานอาหาร น่าจะเร็วกว่านี้ อย่างสมมติเราอยู่ CCU พอทานอาหารแบบเดิม เค้าน่าจะเข้ามาบอกว่าคุณต้องทานอาหารอย่างไร เราจะได้รู้บางที่เราไม่รู้ เราจะไปถามที่เคาเตอร์ เราก็เกร็งใจ กลัวว่าเค้าจะว่าเอา...(Pt.F3 (B))” “...แต่โดยรวมแล้วเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่หอผู้ป่วยนี้ นะครับจะพูดน้อยไปหน่อย การให้คำอธิบายน้อยไป...แต่ว่าจริงๆ มีหลายจุดตรงนี้คือ เนื่องจากว่ามีคนไข้หลายคน มีเจ้าหน้าที่อาจจะ

น้อยไม่เพียงพอ ...ตอนนี้คนที่เข้ามาคือ นักกายภาพบำบัด.....อย่างผมรออยู่ คิดว่าน่าจะเจอนักโภชนาการที่จะอธิบายมาคุยเรื่องอาหารการกิน(Pt.5) ” “...การให้ข้อมูลนะค่ะ ซึ่งว่าเป็นโอกาสพัฒนาของเราที่พยายามสั่งสม ฝึกฝนให้น้องๆ ได้รับการพัฒนาตรงนี้ต่อไป...(ER. N2) ” “...ในทางปฏิบัติ พยายามลงไปบางที่เค้าไม่ได้รับการอบรมส่วนนี้โดยตรงเราก็จะพูดแค่กินเค็มไม่ได้ กินของมันไม่ได้ แต่ว่ากินจำนวนมากน้อยบางที่เราจะให้ข้อมูลผู้ป่วยตรงนั้นไม่ได้ จะทำให้คนไข้ลำบาก...(Ward N.2) ”

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลจากผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ สรุประเด็นที่พบ 7 ประเด็นหลัก โดยอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

ประเด็นที่ 6 การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 7 การพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือประสบการณ์การดูแลรักษาให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ

ประเด็นที่ 8 พยาบาลบางคนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประสบการณ์น้อย

ประเด็นที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติด้านจริยธรรมในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีปัญหาเรื่องการตรวจสอบสิทธิคำรักษาผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจในบางราย

ประเด็นที่ 10 แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรีบทำการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทำให้มีเวลาในการพูดคุยปรึกษัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วยไม่ได้นานและละเอียด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา

ประเด็นที่ 11 ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในบางรายที่ส่งจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังหอผู้ป่วยอื่นยังไม่สมบูรณ์

ประเด็นที่ 12 ขาด case manager ในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

ประเด็นที่ 6 การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจเพื่อเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด (door to balloon time \leq 90 นาที) และควรทำภายใน 12 ชั่วโมงหลังที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากทั้งการเตรียมบุคลากรเพื่อจัดทีม ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ระหว่างเดินทาง refer ผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่การให้บริการมีความสะดวกรวดเร็วตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน แต่ยังมีบางส่วนที่เป็นปัญหาอยู่บ้าง ซึ่งยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“... ผมว่าการประสานงานในโรงพยาบาลเราใช้ได้ดีแต่การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล บางครั้งก็ไม่ทราบว่ามีปัญหาอะไร ตัวอย่างเช่น เหตุเกิดที่โรงพยาบาลที่ติดต่อมาตอน 4 โมงเย็น แต่มาติดต่อสถาบันโรคทรวงอก 2 หุ่ แต่คนไข้มาถึง 5 หุ่ที่ห่างจากโรงพยาบาลเราแค่ 2 ป้ายรถเมล์...(Phy.1)” “...บางครั้งคนไข้ refer มาแล้วยังติดปัญหาว่าห้องสวนหัวใจไม่ว่าง หรือว่าความพร้อมของทีมยังไม่พร้อม ก็มีรวมทั้งอีกกรณีหนึ่งเรารับคนไข้มาแล้วยังมีปัญหาเรื่องการวินิจฉัย...หรือว่าส่งคนไข้มาล่าช้าเกินไป อันนี้คือทำให้เราเอาผู้ป่วยไปทำ primary PCI...คนไข้คนนั้นเสียผลประโยชน์ไป...ปัญหาก็คือว่าคนไข้ได้รับรู้ถึงตัวโรคหรือเปล่า บางทีคนไข้มีอาการแต่เค้าไม่ได้รับรู้ว่าเป็นโรคหรือเปล่า อันที่สองคือว่า การเตรียมแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นคนแรก เค้ามีความตื่นตัวในการดูแลผู้ป่วยหรือเปล่า และก็รวมถึงขั้นตอนในการส่งตัว เพราะบางครั้งเราเสียเวลาในการดูแลนาน...(Phy.2)” “...ควรจะมีหมอ Cardio ประจำอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ก็จะทำให้ลดเวลา...น่าจะมีหมอ Cardio แทนที่หมอ GP...ถ้าเป็นรัฐบาลจะมีพยาบาล 2 คนนำส่ง ระหว่างทางคนไข้อาจจะเกิดปัญหา การตัดสินใจของพยาบาลก็จะสู้หมอไม่ได้...(ER N.1)” “...เนื่องจากว่า เค้ามีแพทย์น้อย ไม่มีนโยบายที่จะให้แพทย์มาด้วย ... บางเคสที่ผู้ป่วยมาถึงแล้ว arrest... (ER. N2)” “...ติดต่อเรามาเป็นโรงพยาบาลแรก แต่เราตอบกลับไม่ใช่โรงพยาบาลแรก แต่ไม่ได้มีการ

บอกยกเลิก แต่ทีมเรามาแล้วมาเตรียมพร้อมรอนจนต้องติดต่อกลับไปเพราะคนไข้ไม่มา กับอีกกรณี 1 คือ ก่อนส่งตัวมีอาการแบบหนึ่งแล้วระหว่างทางอาจมีอาการเพิ่มขึ้น จึงจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือใหม่...(Cath Lab N)”

“... โดยทั่วไปคนไข้ที่มาในภาวะอย่างนี้ก็จะอยู่ประมาณ 5-7 วัน โดยรวม ใกล้เคียงวันกลับบ้านพยาบาลจะมีแผนให้เภสัชไปพูดคุยกับคนไข้ใหม่ครับ...(ผู้วิจัย)” “...ส่วนตรงนี้คนไข้ MI ยังไม่มีนิชะครับ แต่ถ้าสมมุติแพทย์ต้องการ เราก็ยินดีค่ะ...มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ต้องทำในภาพกว้างก่อน...ควรที่จะมี โรงพยาบาลเราเน้น โรคหัวใจและโรคปอด เป็นสถาบันเฉพาะทางและก็มีกรส่ง case มาจากที่อื่น เราเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยจริงๆ แล้วควรจะมี...(Phar)”

“... เราก็มีเครือข่ายอยู่ต่างจังหวัด ออยุธยา อ่างทอง แล้วเราก็จะส่งต่อไปให้เขา อย่างใกล้ๆเราก็มีพระนั่งเกล้า คือสร้างเครือข่ายไว้ว่าจะส่งต่ออย่างไร ดูแลอย่างไร...(Ptr.)” “...ในเรื่องของการ refer คนไข้ที่มีปัญหา ที่เราต้องการดูแลแพทย์เฉพาะทางก็เป็นปัญหาของเราที่ใช้ระยะเวลาในการส่งต่อนาน แต่สำหรับคนไข้ที่ cardiogenic shock มาแล้ว post arrest มาแล้ว เราเปิดหลอดเลือดให้แล้ว แต่ยังมีปัญหาต้องการความดูแลต่อเนื่องพวก ไม่รู้สึกตัว unconscious คือปัญหาทางด้าน cardio ไม่มีแล้ว เราก็มีข้อตกลงกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อมาที่เราให้รับกลับไปดูแล...(CCU. N1)” “...ประสานงานหลาย รพ. แล้วในที่สุดก็ประสานมาสถาบันโรคทรวงอก...(Pt.3)” “... หมอก็จะส่งอ่างทองเพราะกลัวมานี้ไม่ทัน พี่สะใภ้ไม่ยอมขอไปทรวงอก ก็ติดต่อโทรศัพท์ ก็นาน กว่าทางนี้จะติดต่อกับมา ติดต่ออยู่หลายครั้งพูดอยู่นั้น...(Pt.6)” “... พยาบาลที่นั่นได้ติดต่อเรื่องสวนหัวใจ แต่คุณหมอก็คุยอยู่แล้วว่า มันติดต่อ Refer มาไม่ได้ เพราะมันเป็นช่วงกลางคืนด้วย และก็จะคอยผลเรื่องการติดต่อ ถ้าเกิดไม่ได้ก็จะให้ยาละลายลิ่มเลือดที่นั่น...(Pt.4F3)”

ประเด็นที่ 7 การพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือประสบการณ์การดูแลรักษาให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ

จากยุทธศาสตร์ของสถาบันโรคทรวงอก ที่จัดให้มีการบริการผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง โดยร่วมมือกับสำนักงานสุขภาพแห่งชาติเขต 4 รับผิดชอบผู้รับบริการ 10 จังหวัดในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ต้องรับ refer ผู้ป่วยจากเครือข่ายจึงต้องมีการประสานทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดูแล การส่งต่อ การรักษาเบื้องต้นรวมทั้งเป็นที่เล็งพัฒนาระบบบริการและวิชาการไปพร้อมๆกัน ซึ่งการอบรมเชิงปฏิบัติการให้มีความรู้ทางวิชาการในทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ทั้งเชิงป้องกันให้การรักษา ซึ่งจัดทำเป็นประจำปีละ 2 ครั้ง ซึ่งยังไม่เพียงพอและต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลสนับสนุนจากบุคลากรและผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลดังนี้

“...ผมว่าผู้เชี่ยวชาญของเราควรจะทำหน้าที่เป็นวิทยากรให้ความรู้กับหมอทั่วไปด้วย ถ่ายทอดประสบการณ์...ผู้เชี่ยวชาญที่นี้ก็ควรจะบอกหมอทั่วไปว่า ถ้าคนไข้ของท่านทั้งหลายไม่สามารถควบคุม cholesterol ได้ คุณต้องให้ยาเค้า... ในฐานะเราเป็นแม่ข่ายหรืออะไรก็แล้วแต่ก็ตาม เราควรจะให้ความรู้จากประสบการณ์กับหมอกคนอื่น ๆ ทั่วไปด้วย อันนี้เป็นเรื่อง Recommendation... อันนี้ก็อาจจะจัดสัมมนาก็ได้ การสัมมนาเนี่ยมันทำให้รู้สึกว่าได้มาสอนกัน เรามาแลกเปลี่ยนความเห็นต่างๆ ผมอยากให้ทำมากๆ...(Pt.1)” “... คงต้องมีการสอนอบรม จัดอบรมกลุ่มย่อยว่ามี STEMI (ST elevation myocardial infarction) เป็นอย่างไร มี critical syndrome หรืออะไรดูเหมือน STEMI แต่ไม่ใช่ STEMI และ time lose ของคนไข้ ช่วงเวลาของคนไข้ บางทีเจ็บหน้าอก มา 3 วันแล้ว แต่ EKG ยัง STEMI อยู่ อย่างนี้ต้องให้ความรู้ต้องมาสอนกัน...(Phy.1)” “...เรามีการให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลการเตรียมทีม บางทีจะมีคนจากข้างนอกเข้ามาเรียนรู้วิธีการทำ การเตรียมทีมกับที่โรงพยาบาลเรานอกจากนี้เองเราก็มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายของเรา เกี่ยวกับว่าต้องดูแลผู้ป่วยนี้อย่างไร ก็มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกัน...(Phy.2)” “... ไข้ ค่ะ พยาบาลที่อยู่ในทีมต้องส่งเสริมความรู้ให้ตัวเอง ในด้านของภาวะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต ต้องมีการเตรียมตัวทั้งตนเองและทีม... (Cath Lab.N)” “...มีการประชุมวิชาการประจำแล้วก็มีทำให้ความรู้ จากที่ ward ว่าคนไข้กลุ่มนี้จะต้องดูแลอะไรบ้าง มีสมุดคู่มือ และ

ปฏิทินประจำวัน ward...(Ward N.1) “...จริงๆแล้วตรงนี้น่าจะให้พยาบาลไป น่าจะได้อบรม คือก็ได้อบรม แต่ไม่ครบ มันจำกัด มันน้อยในเรื่องการอบรมด้าน CVTส่งเสริมให้เรียนมากขึ้น...(Ward N.2)” “... มีการประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก็พยายามสนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง...ต้องมีการพัฒนาคน เขาก็ต้องมีความรู้...”(CCU.NI)”

ประเด็นที่ 8 พยาบาลบางคนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประสบการณ์น้อย

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานใหม่จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะได้รับการฝึกทักษะการให้การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการทักษะเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ระยะเวลา 4 เดือน การมอบหมายงานแบบมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มากกว่าในการดูแลผู้ป่วยช่วยสอนงาน ซึ่งระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละคนจะสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ถูกต้อง รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“...ก็จะใช้ประสบการณ์ กับ หน่วยงานส่งไปเรียน จะทำให้เรามีความรู้มากขึ้น...(ER N.1)” “...แต่น้องที่มาใหม่ จะต้องอาศัยประสบการณ์ด้วย ต้องมีทั้ง 2 อย่าง คือ ทั้งเรียน และประสบการณ์ น้องที่จบใหม่จะต้องมีรุ่นพี่คอย cover...(ER N.1)” “...จะมีเป็น Buddy เป็นพี่ Buddy สอนหน้างานนะคะ ก็ที่ผ่านมาก็จะมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆคะ ตอนแรกจะไม่ค่อยมั่นใจในการทำงาน พอระยะหลังๆมาเรามีประสบการณ์แล้วก็จะดีขึ้น...ระดับที่โตก็มีศักยภาพที่สูงสามารถประเมิน detect และสามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที แต่ในระดับที่เป็นน้องยังต้องอาศัยประสบการณ์...(CCU.NI)” “...พยาบาลที่อยู่ในทีมต้องส่งเสริมความรู้ให้ตัวเอง ในด้านของภาวะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤต ต้องมีการเตรียมตัวทั้งตนเองและทีม...(Cath Lab N)” “...แต่ที่นี้ว่า ถ้าความเชี่ยวชาญนะ...บางที่ต้องใช้ ประสบการณ์ในการดูเเลยะ...(Ward N.2)” “...ก็พยายามส่งน้องไปอบรมให้ครอบคลุม และก็มีการสอนหน้างานด้วยเวลามีพยาบาลเข้ามา

ใหม่ก่อนข้างจะเยอะ... ในการจัดเวรแต่ละเวร เราจะต้องมีพี่ที่เป็นอาวุโส และรุ่นระดับกลางต้องมีมากกว่าระดับน้องนะค่ะ... (ER. N2)”

ประเด็นที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติด้านจริยธรรมในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีปัญหาเรื่องการตรวจสอบสิทธิคำรักษาผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจในบางราย

จากรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ได้เน้นถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนและการให้ความสำคัญถึงการให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างทั่วถึงครอบคลุมและเข้าถึงได้สะดวก ซึ่งผู้รับบริการจะได้รับสิทธิและใช้ประโยชน์จากการให้บริการด้านสุขภาพ จากสถานพยาบาลตามระบบไม่ว่าจะเป็นโรคทั่วไป โรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งต้องการการดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามแม้จะต้องเร่งรีบให้การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินแต่ทีมบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเพื่อความสะดวกต่อการปฏิบัติงานสอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วย ไม่ล่วงละเมิดหรือละเลยในด้านสิทธิต่อผู้ป่วยและญาติ ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“...อย่างนี้ถ้าปล่อยเขาไว้ไม่ทำอะไรอย่างนี้ในแง่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยนี้ ที่ผ่านมาก็จะต้องอธิบายว่าหลักการและเหตุผลความจำเป็นว่าไปรักษาโดยการฉีดสี...คนไข้ไม่มีสิทธิ ไม่ได้อยู่หลักประกันสุขภาพ 30 บาท ไม่ได้อยู่ในประกันสังคม ไม่ได้อยู่ในต้นสังกัด อันนี้จะมีปัญหาในการรักษาต่างดาว...ชาวต่างประเทศ จะเป็นเรื่องสิทธิ เพราะว่าการรักษาพยาบาลต้องมีเจ้าภาพ ถ้าไม่มีเจ้าภาพแล้ว การรักษาจะมีปัญหาไม่รู้จะไปเบิกเงินกับใคร อย่างนี้เรื่องสำคัญ แต่ภาวะความเป็นความตาย จะปล่อยไว้ ไม่ทำอะไร หรือทำอะไรช้าก็สายไม่ทันการนี้ก็จะมียุติธรรมเรื่องช่วยเหลือคนไข้กับเรื่องสิทธิที่ต้องมาจ่ายเงินคำรักษาพยาบาลในคนไข้ที่ไม่มีสิทธิอะไร...เรื่องเช็คสิทธิบัตรหรือต้องมีการเช็คสิทธิบัตรให้เรียบร้อย ไม่ใช่ให้หมอทำ cath เป็นคนตัดสินใจ ถ้าเกิดคนไข้ไม่มีสิทธิบัตร เป็นไปได้ไหมมีระบบมูลนิธิ หรือหน่วยงานราชการมา support ไม่ใช่แพทย์ทำ cath มาติดต่อรายงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ติดต่อไปถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างนี้ทำให้เข้าไปใหญ่ ทำบอลดูชนิดสียิ่งเข้าไปอีก...(Phy.1)” “...ถ้าตามการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยแพทย์สภาก็ถือว่าผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทุกคน มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาเต็มที่ ซึ่งกรณีอย่างนี้เราถือว่าไม่ได้เป็นการล่วงละเมิด...(Phy.2)” “...

ตอนนี้ยังไม่เคยเกิดอุบัติเหตุการฟุ้งร้องหรือการล้วงละเมิดสิทธิของผู้ป่วย...(CCU.N1) “...ส่วนมากไม่ได้รับการร้องเรียน...(Ward N2)” “...ที่ผ่านมาก็ไม่พบนะค่ะที่ห้องฉุกเฉิน เราไม่ได้พบเรื่องการฟุ้งร้องใดๆ...(ER. N2)” “...คือลักษณะแบบนี้ ผมว่ามันเป็นส่วนซึ่งไม่ใช่แบบว่าการละเมิด มันเป็นส่วนที่ว่าบทบาทหน้าที่ของคุณหมอ หรือพยาบาล...(Pt3)” “... มีปัญหาด้านประกันสังคมคือ ต้นสังกัดโรงพยาบาลไม่ให้การรักษาโรงพยาบาลนี้ แต่คนไข้ขอรักษาโรงพยาบาลนี้...(ER N.1)” “...เรื่องของสิทธิการรักษา พยาบาลที่นี้เค้าก็จะแนะนำ...จะประสานงาน...(Pt.4F3)”

ประเด็นที่ 10 แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรีบทำการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทำให้มีเวลาในการพูดคุยปฏิบัติสัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วยไม่ได้นานและละเอียด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา

ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำแหม่นเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กระทบโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกัน โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาจะต้องสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลแรกเริ่ม การเจ็บป่วย การรักษา ความเสี่ยงและอธิบายถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการตรวจรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยและญาติยังต้องการคำอธิบายเป็นคำที่ง่ายต่อการเข้าใจและการพูดคุยจากแพทย์ผู้รักษาโดยตรงซึ่งการแนะนำตนเองของแพทย์ผู้รักษาและทีมบุคลากรก่อนการรักษาจะทำให้เกิดความมั่นใจในข้อมูลที่ได้รับ ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

“... เป็นหมอ ผมคิดว่าควรจะเป็นหมอและหมอก่อนที่จะมาให้ข้อมูล ควรจะแนะนำตัวหน่อย มันจะทำให้การให้ข้อมูลเนี่ยรู้สึกดีขึ้น... (Pt.1)” “... ก็ต้องเป็นคุณหมอแหละ...(Pt.4)” “...ลูกชายเข้าไปคุยกับหมอ...ก็หมอก็ามีแผ่น Chart ถ่ายเอกสารมาให้เราเลยค่ะ ว่าเป็นอะไรค่ะ...(Pt.4 F2.) ” “...นายแพทย์ครับ ที่เกี่ยวข้องกับเราโดยตรง...(Pt.3)” “...เค้าจะไม่เชื่อ สมมติเราบอก หรือคนอื่นบอก คนคนนั้นเป็นโรคหัวใจมาแล้วก็ตาม เค้าก็จะรู้สึกไม่ ถ้าหมอพูดอะไรก็จะเชื่อ...(Pt.1F.1)” “... คิดว่ามันเป็นศัพท์ทางการแพทย์มากกว่า น่าจะใช้คำอย่างสมมติ อย่างเมื่อนี้เป็นชาวบ้าน ขอสายคุณหมอ อาจจะไม่ใช่คำศัพท์ที่คุณหมอใช้อธิบายให้คุณดิคนไข้ฟังอะไรประมาณนี้... น่าจะเป็นคำง่ายๆ... ชาวบ้านเค้าไม่

เข้าใจ...(Pt.F3) ” “...ก็อยากคุยกับหมอเหมือนกัน... อยากจะถามคุณ หมออีกเรื่องหนึ่งที่ว่า ป้าเป็นหลาย โรคจะสามารถรับยาที่นี้ที่เดียวได้ ไหม...(Pt.6) ” “...คุณหมอยังชี้ให้ดูที่จอ ตรงนี้ละ หลังจากที่เรียบร้อย แล้ว เส้นเลือดมันไหลคล่อง มองเห็นชัดเจน...แต่ที่นี้เราก็อต้องทำตาม คำแนะนำ ทำตามคำแนะนำก็คืออยู่ เป็นสแต็ปตามเวลาที่กำหนดนะครับ ก้อทุกอย่างก็โอเคครับ ก้อพอใจครับ...(Pt.5) ” “... มีก่อนจะเข้าผ่าตัดจะ มาบอกก่อน...(Pt.F5) ” “...เรื่องของความเสียวที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่ คนไข้ได้รับการรักษา โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในส่วนนี้ แพทย์ จะเป็นคนให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจ เพื่อ พิจารณาว่า เขายินยอมที่จะรักษาหรือไม่...(CCU.N1) ” “...แพทย์จะ อธิบายคนไข้และญาติถึงความจำเป็นในการรักษาว่าคนไข้มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ต้องให้การพยาบาลการดูแลการ รักษาในภาวะฉุกเฉินหนึ่งอาจจะต้องฉีดสีหรือจะต้องขยายเส้นเลือด ฉุกเฉิน...(ER N1) ”

ประเด็นที่ 11 ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในบางรายที่ส่งจาก หอผู้ป่วยหนึ่งไปยังหอผู้ป่วยอื่นยังไม่สมบูรณ์

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัย การทำงานร่วมกันเป็นทีมจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทุกด้านถึงแม้สถาบันโรคทรวงอกจะมีรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้รวดเร็ว แต่เนื่องจาก ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง แต่ละคนทำงานในหน้าที่ของตน การขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วย เปลี่ยน ward ตามสิทธิการรักษาและการดำเนินของโรค ทำให้ขาดความต่อเนื่องอยู่บ้างเกี่ยวกับการ ประสานงานระหว่าง ward แต่ละ ward หรือระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกันกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งยัง ต้องการการพัฒนาคลังข้อมูลสนับสนุนจาก

“...มีรูปแบบดีมากแล้ว แต่บางทีอาจไม่ต่อเนื่อง ไม่ราบเรียบเพราะ คนไข้อาจมีการเปลี่ยนที่อยู่ เปลี่ยนตึกไปเรื่อยๆ หมอที่คุณแล ก็เปลี่ยนไป เรื่อยๆ... มีงานหลักอยู่ที่ไม่สามารถตามไปจนถึง CCU ตามไปจนถึง Ward ตามไปจนถึงEchoก่อนกลับบ้าน ตามไปจนถึงว่าเขาจะหยุดบุหรื...(Phy.1) ” “...ส่วนใหญ่จะส่งต่อไปบน วอร์ด เขาจะมีการให้ข้อมูลต่อเนื่องที่วอร์ด

อันนี้จะมีการส่งเวรในระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง... อันนี้คือข้อเสนอแนะว่าเราควรที่จะ มาคุยกันในแพทย์ พยาบาล ทุกอย่าง ควรจะมาคุยกันว่าเราควรจะทำตามเคสนี้อย่างไร ดูแลอย่างไร เพราะว่าการทำงานที่พยาบาลให้ข้อมูลอย่างเดียวก่อน discharge อาจยังไม่เพียงพอ...(CCU. N1) ”

“...ก็แสดงว่าเรามีรูปแบบอยู่แล้ว เขียนไว้เป็น protocol... แล้ว protocol นั้นประสบความสำเร็จแค่ไหน...(ผู้วิจัย) ” “...ประสบความสำเร็จมัย คือ บางอย่างก็ไม่ครบตามที่เค้าเขียนมาให้ เพราะบางทีก็มีข้อจำกัด ถ้าคนไข้มี complication ข้อนี้ก็ไม่ได้แล้ว...(Ward N.2) ” “ไม่ค่อยมีการพูดคุยเท่าไร ระหว่างพยาบาลกับนักโภชนา นักกายภาพ...(Ward N.2) ” “...เนื่องจากแพทย์ cardio ของเรามีท่านเดียวนอกเวลาราชการ นะคะ แล้วก็บางท่านจะติดเคสหรือมีเคสหนักที่ CCU ต้อง CPR ผู้ป่วย ใช้เวลาค่อนข้างจะนานนะคะ คนไข้ที่ห้องฉุกเฉินก็เลยเข้าไปด้วย...(ER. N2) ” “...ถามแต่ไม่ได้ถามตัวหมอธรรมรัฐ... หมออะไรอีกคนชื่อพัทวิศก... เขาก็มาดูแลแทนเมื่อเช้านี้ หมอธรรมรัฐไม่ได้ขึ้นมา... ป้ายยังคงใจตั้งแต่มา ยังไม่ได้กินยาเบาหวานเลย เขาไม่ได้ให้กินยาเบาหวานหลายวันเลย ป้าวิตกว่า เบาหวานจะขึ้น เมื่อเช้าก็บอกกับหมอเค้า แล้วหมอให้พยาบาลเจาะเลือดขึ้น สามร้อยกว่า เขาก็เลยมาฉีดยาให้เข็มหนึ่ง ก็ยังไม่รู้สึกเป็นอะไร แต่มันเจ็บตรงนี้ ไม่รู้มันเกี่ยวอะไรกันหรือเปล่า เจ็บมาก...(Pt.6) ”

ประเด็นที่ 12 ขาด case manager ในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่มากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแล โดยการจัดการแบ่งงานออกเป็น ส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ซึ่งการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ผ่านมายังไม่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบโดยตรง ทำให้ขาดการประสานการดูแลกับสหวิชาชีพอื่น ดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูล

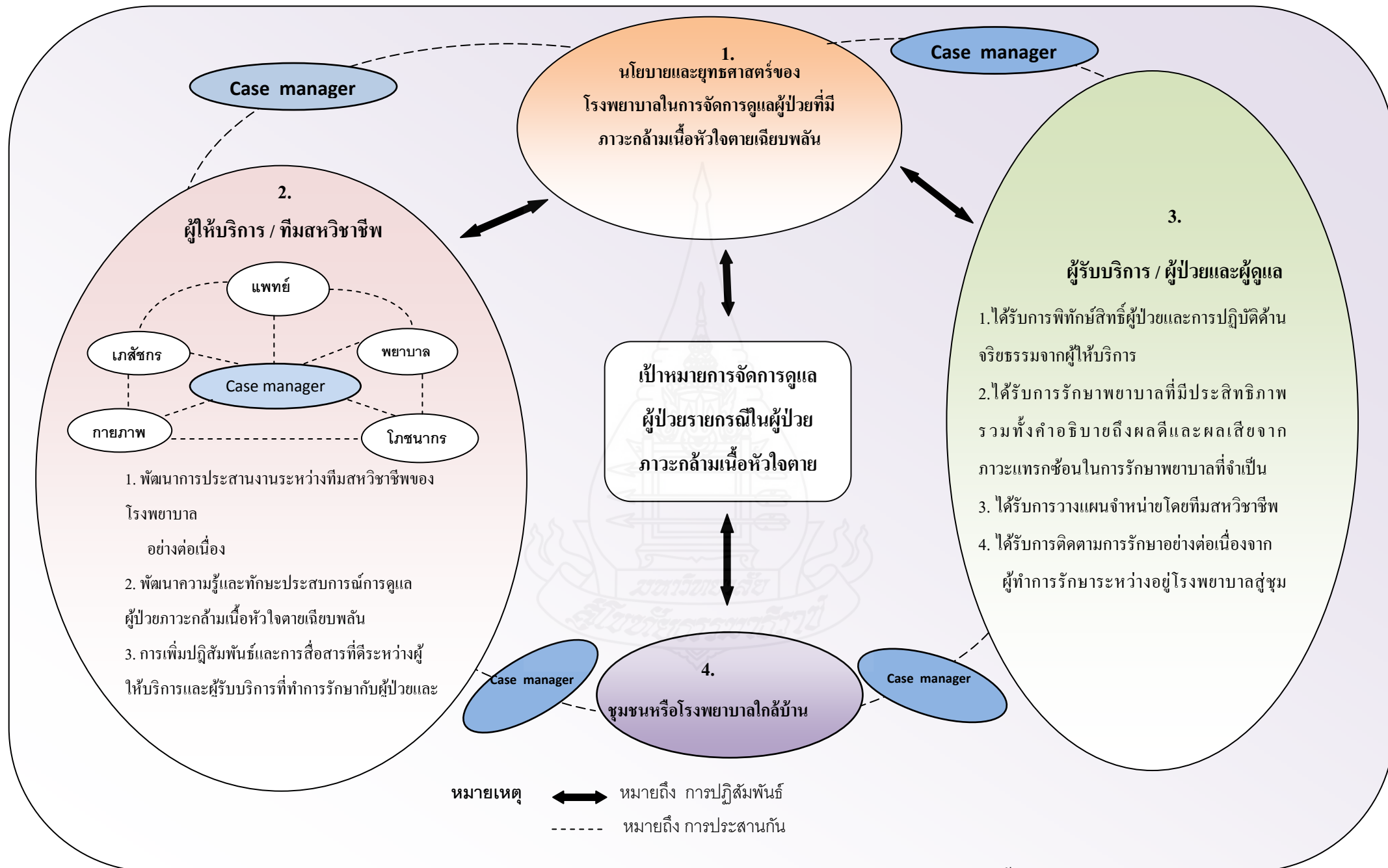
“...ทำ cath แล้ว อยู่ในโรงพยาบาลที่ยังขาดคือ case manager ถ้ามี case manager ก็จะช่วยให้เพื่อที่จะติดต่อกับสหสาขาวิชาชีพที่ติดต่อกับแพทย์ผู้ทำ cath ติดต่อกองานกร ช่วยกันดูแลคนไข้ มาช่วยสอนคนไข้ เพราะไม่รู้ว่าจะต้องกลับไปดูแลคนไข้อย่างไร หน่วยงานหยุดหรือก็ต้องมาสอน ต้องมี case manager เพื่อที่จะดึงพวกนี้เข้ามา ช่วงที่ 3 คือช่วงที่กลับบ้านไปแล้ว อาจจะต้องอาศัย case manager มาช่วย คือตามคนไข้ กลับมารับยา...(Phy.1)” “... ถ้ามีหน่วยเป็น key man คอยประสานงาน คิดว่าการให้คำปรึกษาของด้าน โภชนาการก็จะดีขึ้น เราก็จะได้ตามติดคนไข้ได้ตลอดเวลา...(Nut.)” “... เราควรที่จะมีโปรแกรม หรือจัดให้เขา มาดูแลเลย ถ้า case manager มีเวลาศึกษาวิเคราะห์คนไข้ในเชิงลึกเป็นคนที่มียุทธศาสตร์ความรู้ทุกด้านซึ่งเค้าจะต้องรู้ทั้งหมดเลย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง โภชนาการ กายภาพ และต้องเป็นคนตอบคำถามกับผู้ป่วยได้มากที่สุดและก็มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด...(CCU. N1)” “... ยังไม่มี case manager ...เนื่องจากว่ามีพยาบาลใหม่ด้วย ซึ่งตรงนั้นอาจไม่เพียงพอ ถ้ามี case manage น่าจะดี...(Ward N.2)”

ตอนที่ 3 (ร่าง) รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ จากทีมผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้บริหารที่มีบทบาทในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน 2) ผู้ให้บริการที่มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 6 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 9 คน ดังรายละเอียดอยู่ในตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ประมวลผลและนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell นำมาร่างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวน

หัวใจ โดยการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ยังได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ร่วมกับการศึกษาหลักการ แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจของสถาบันแห่งนี้ พบว่าในการจัดการดูแลผู้ป่วยมีเฉพาะแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยรูปแบบเดิมของการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่างมีองค์ประกอบ 3 ด้าน โดยมีเป้าหมายการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง





ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากแผนภาพ 4.1 รูปแบบการจัดการการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร่าง) มี 4 องค์ประกอบหลักแต่ละองค์ประกอบมีเป้าหมายการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการ องค์ประกอบด้านผู้รับบริการและองค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยอธิบายแต่ละองค์ประกอบได้ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

สถาบันโรคในฐานะสถานพยาบาลระดับตติยภูมิมียุทธศาสตร์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขต 4 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและของกรมการแพทย์รับผิดชอบพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากยุทธศาสตร์พันธกิจของสถาบันโรคทรวงอก กลุ่มภารกิจบริการวิชาการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจและกลุ่มอายุรศาสตร์หัวใจ จึงร่วมตอบสนองยุทธศาสตร์และพันธกิจของสถาบัน โดยพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่รับ-ส่ง จากสถานพยาบาลใกล้เคียง และเครือข่าย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลอย่างเร่งด่วน ต้องใช้แพทย์และทีมพยาบาลบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้งาน รับบริการผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งให้การบำบัดรักษาดูแลในระยะวิกฤติ กึ่งวิกฤติและระยะพักฟื้น จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรืออยู่ในภาวะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่ว่าการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีกระบวนการดูแลและผลลัพธ์การบริการเป็นอย่างไร ในองค์ประกอบนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลยังคงกำหนดเหมือนเดิมในระยะสั้นและระยะยาว

2. องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ

ในการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีเป้าหมายที่มุ่งที่ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการดูแลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์และต่อเนื่องนั้น ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร แต่ละคนทำหน้าที่ของตนเองในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคนเดียวกัน โดยส่วนใหญ่ใช้การประสานกับฝ่ายพยาบาลผู้ดูแลใกล้ชิดในรูปแบบเดิม และยังมีปัญหาอยู่บ้างจากความไม่ต่อเนื่องและเภสัชกรซึ่งยังไม่มีการเข้าร่วมในทีมเนื่องจากบุคลากรยังไม่เพียงพอรวมทั้ง

การเพิ่มความรู้ ทักษะของบุคลากรในทีมยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถอธิบายความแตกต่างไปสู่รูปแบบใหม่ได้ดังนี้

2.1 การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพปัจจุบัน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด ทำหน้าที่ช่วยประสานติดต่อบetweenทีมผู้ดูแลโดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษาดูแลเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้งทุกวัน ปรับแผนการรักษาและสั่งยาตามการดำเนินของโรค จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ประสานงานระหว่างนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ นักกายภาพบำบัดจะมีการติดตามผู้ป่วยเอง ส่วนนักโภชนาการและเภสัชกรจะมาเมื่อได้รับการติดต่อจากพยาบาล ซึ่งประเมินความต้องการจากผู้ป่วยแล้ว สำหรับนักโภชนาการและเภสัชกรเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอจึงยังไม่สามารถให้การดูแลโดยตรงได้ทำให้การประสานงานในทีมสหวิชาชีพไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่องและผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามปัญหาการเจ็บป่วย จึงมีการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นโดยจัดให้มีพยาบาลผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการดูแล (Case manager) ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน รวมทั้งการประเมินติดตามผู้ป่วยเป็นระยะในโรงพยาบาลและการติดตามภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว

2.2 พัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปัจจุบันเนื่องจากพยาบาลบางคนยังขาดประสบการณ์และทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มทักษะและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยมอบหมายงานแบบมีพยาบาลพี่เลี้ยงมีการสอนปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นรวมทั้งการให้ความรู้ทางวิชาแก่ทีมบุคลากร ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าปัจจุบันสถาบันได้มีการจัดประชุมวิชาการปีละสองครั้งแก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอก ซึ่งยังไม่เพียงพอกับความต้องการของทีมบุคลากรจึงจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งการพัฒนาตนเองและสถาบันร่วมกันพัฒนา

2.3 การปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ ทีมบุคลากรผู้ให้การดูแลบำบัดรักษา โดยเฉพาะแพทย์จำเป็นต้องเร่งรีบให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดอัตราการตายและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น หากดำเนินการรักษาไม่ทันท่วงทีหรือล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เป็นเหตุให้ขาดการ

ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแนะนำตัวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่สะดวกหรือน้อยเกินไป ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและขาดความเชื่อมั่นได้ ดังนั้นถึงแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่เร่งรีบต้องช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน แพทย์หรือพยาบาลควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่นการแนะนำตนเอง แนะนำทีมบุคลากรก่อนการรักษาเพิ่มขึ้น

2.4 การพัฒนาปัจจุบันกระบวนการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากพ้นระยะวิกฤติแล้ว จะได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยถึงวิกฤติและพักฟื้นต่อ รอกลับบ้านที่หอผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นๆ ขาดการเชื่อมโยงการให้ข้อมูลผู้ป่วย การติดตามประสานงานยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นเพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการพัฒนารูปแบบควรมีบทบาทและหน้าที่ขององค์ประกอบด้านทีมสหวิชาชีพแต่ละสาขาดังนี้

1) แพทย์ ในฐานะบทบาทผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ถึงวิกฤติ ระยะพักฟื้น จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทั้งยังให้ข้อมูลคำอธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อาการแสดง ขั้นตอนในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันและประสานงานกับวิชาชีพอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามระยะในการรักษา

2) พยาบาล ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน มีการจัดการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ถึงวิกฤติ ระยะพักฟื้น จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การให้ข้อมูลคำอธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล อาการและอาการแสดงของโรค ขั้นตอนในการรักษา การปฏิบัติตัวในระยะพักฟื้นและการเตรียมตัวในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน โดยการอธิบายอย่างเป็นขั้นตอนตามระยะของการรักษาทั้งยังมีหน้าที่ในการประเมินเพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอีกด้วย

3) เภสัชกร ทำหน้าที่ให้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆในการรักษา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ประสิทธิภาพหรือร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ในเรื่องของการใช้ยาที่สอดคล้องกับผู้ป่วย เป็นแหล่งข้อมูลเรื่องชนิดของยา ขนาดยา ราคายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย ร่วมอภิปรายปัญหาความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4) นักกายภาพบำบัด ประเมินสภาพร่างกายพร้อมทั้งช่วยกระตุ้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง

ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ ถึง วิกฤติ ระยะพักฟื้น จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5) นักโภชนากร ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการ ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ขณะผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้นรอจำหน่ายกลับบ้าน

3. องค์ประกอบด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านแล้วจำเป็นอย่างยิ่งที่จะ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด การมาพบแพทย์ครั้งแรก ตามนัดหลังการรักษาทำหัตถการสวนหัวใจเปิดหลอดเลือด เพื่อประเมินผลการรักษา ผู้ป่วยบางราย ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตีบกลับซ้ำของหลอดเลือด เป็น อันตรายต่อผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการติดตาม การบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันของรูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้นจะครบถ้วนสมบูรณ์และเป็นไปอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการการดูแลและ ได้รับการสนองตรงตามความต้องการเพื่อให้ได้ผลการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

3.1 ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและการปฏิบัติด้านจริยธรรมจากผู้ให้บริการตาม หลักจรรยาบรรณของวิชาชีพ

3.2 แพทย์ผู้นำทีมบุคลากรผู้ให้บริการควรอธิบายถึงผลดีและผลเสียจาก ภาวะแทรกซ้อนในการรักษาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายเพื่อความ ร่วมมือในการดูแลบำบัดรักษา

3.3 ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพซึ่งบุคลากรผู้ให้บริการแต่ละคน จะร่วมกันประเมินและวางแผนการดูแลรักษาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ ละรายในด้านการเจ็บป่วย การรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำของ โรคในระยะยาวก่อนออกจากโรงพยาบาล

3.4 ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากผู้ทำการรักษา ซึ่งแพทย์มีความ ประสงค์ที่จะตรวจประเมินผู้ป่วยภายหลังได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจและได้รับการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามผลการรักษา ปรับแผนการรักษาให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งอธิบายข้อมูลเพิ่มเติม หากพบปัญหาจากการปรับพฤติกรรม และการดูแลตนเอง

4. องค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินและได้พักฟื้นจนกระทั่งอาการทุเลา ได้รับการดูแลในภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แพทย์ผู้ทำการรักษาพร้อมทั้งทีมสหวิชาชีพพร้อมกันประเมินภาวะผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อพักฟื้นที่บ้านหรือรับการดูแลรักษาต่อยังชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านซึ่งจากคำแนะนำของผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีการประสานระหว่างสถาบันกับชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการทำหน้าที่ประสานงานและติดตามดูแลผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการติดตาม บางรายไม่มารับยาต่อเนื่อง รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติตัวถูกต้องภายหลังการได้รับเปิดหลอดเลือดหัวใจในระยะพักฟื้น เป็นเหตุให้หลอดเลือดหัวใจตีบกลับซ้ำ ซึ่งถ้ามีผู้รับผิดชอบโดยตรงจะทำให้การดำเนินงานเกิดความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมอบหมายให้พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานหลักเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางและทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยเพื่อให้การพัฒนาในรูปแบบมีความสมบูรณ์ขึ้น

ตอนที่ 4 ผลประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินรวมทั้งมีการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยการนำไปทดลองใช้ครั้งนี้ กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 9 คน และผู้บริหารของสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายนอกสถาบัน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ท่าน โดยส่งให้ประเมินแบบรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของแบบประเมินและองค์ประกอบของรูปแบบ ผลการประเมินพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรวมมีความเหมาะสมโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 92.64 โดยมีผลการประเมินรายละเอียดของแต่ละมิติดังนี้

4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลรายกรณี

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีค่าคะแนนร้อยละ 93.06 โดยมีข้อเสนอแนะว่า รูปแบบควรมีหน่วยงานรับผิดชอบประสานงานกับชุมชนหรือโรงพยาบาลในชุมชน

4.2 มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยทีมสุขภาพที่เป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีค่าคะแนน ร้อยละ 95.83

4.3 มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ มีการระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้าง รูปแบบตลอดจนวิธีการในการสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะและวิธีการที่ทำให้ รูปแบบมีความน่าเชื่อถือและได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในและนอกองค์กรก่อนนำมาใช้มีค่าคะแนนร้อยละ 92.36

4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางดำเนินการในการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ ได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม องค์ประกอบของรูปแบบมีกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจอย่างชัดเจนและสามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่าย มีค่าคะแนน ร้อยละ 86.46

4.5 มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำจากผู้อื่น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ซึ่งปรากฏในแบบวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนร้อยละ 92.71

4.6 มิติด้านการนำรูปไปประยุกต์ใช้ รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแห่งนี้ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และทำให้การใช้ทรัพยากรเหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นมีค่าคะแนน ร้อยละ 94.44

จากผลการประเมินข้างต้นจะเห็นว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นมีค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมโดยรวมทุกมิตี้อยู่ที่ร้อยละ 92.64 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับ รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันโรคทรวงอก และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีมิติ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนการประเมินความเหมาะสมมากที่สุด คือ ร้อยละ 95.83

และมีคดีความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้น มีคะแนนประเมินความเหมาะสมน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 86.46 ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ มาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์และพร้อมนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริง



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอก โดยมีรายละเอียดนำเสนอ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอก

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอกโดยการใช้กระบวนการจัดการรายกรณีของเพาเวลล์

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถาบันโรคทรวงอก

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell (1996) มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ แล้วจึงประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้

1.2.1 ผู้ให้ข้อมูล มี 3 กลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจงตามที่กำหนดจนครบจำนวนที่ต้องการได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารักษาในสถาบันโรคทรวงอก ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรศาสตร์หัวใจและหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 6 คน ช่วงวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2555

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มาดูแลผู้ป่วยในสถาบันโรคทรวงอก ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรศาสตร์หัวใจ และหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์หัวใจ จำนวน 9 คน ช่วงวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2555

กลุ่มที่ 3 ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ปฏิบัติงานในสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 12 คน และเป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทน จากวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน โดยกำหนดว่าทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำคัญเท่าเทียมกัน โดยการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอยู่ 5 วิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และนักโภชนาการ ได้จำนวนผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 12 คน

1.2.2 เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ แบบบันทึกการสนทนารายบุคคล ประเด็นการสนทนา กลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ของ สากุล ช่างไม้ (วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2549) เครื่องมือ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Instrument)

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ โดยวิธีการสนทนาตามประเด็นที่กำหนด ด้วยเทคนิคสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ กับ ผู้ให้ข้อมูลหลักแบบรายบุคคลคนละ 20 - 30 นาที ระยะเวลาเก็บข้อมูลในช่วงเดือนวันที่ 25 มกราคม 2555 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2555 ภายหลังจากได้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้กลับไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตลอดจนพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยผู้วิจัยแจกแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจและเก็บคืนภายใน 2 สัปดาห์ (พฤษภาคม 2555)

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึก และข้อเสนอแนะจากแบบประเมินรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ค่าคะแนนผลการประเมิน จากแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สร้างขึ้นไปใช้ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประมวลสรุปเนื้อหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 **ลักษณะผู้ให้ข้อมูล** ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1) ลักษณะของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึง ร้อยละ 66.67 อายุอยู่ในช่วง 50 – 60 ปีขึ้นไป

2) ลักษณะของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุอยู่ในช่วง 27- 68 ปี

3) ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 10 คน เพศชายจำนวน 2 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 8 คน และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 10-20 ปี จำนวน 7 คน

จากการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.3.2 **สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถานโรคทรวงอก** ปัจจุบันในขั้นตอนการดำเนินการของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถานมีแนวทางที่ใช้ในทางปฏิบัติร่วมกันแต่ยังไม่สามารถดำเนินการอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ที่จัดให้บริการขณะนี้ดำเนินการในลักษณะต่างตนต่างทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตนเองตามวิชาชีพ มีการประชุมทำข้อตกลงทำความเข้าใจในการลงมือปฏิบัติ เก็บรวบรวมปัญหาและอุปสรรคแต่ละงานแล้วกลับมาประชุมร่วมกันอีกครั้งเพื่อพัฒนาระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการดำเนินการที่ผ่านมาสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีความปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่ทำอยู่ยังมีความล่าช้า ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จากการขาดการเชื่อมต่อหรือประสานกันระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกันหรือระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย

1.3.3 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอกโดยการใช้กระบวนการจัดการรายกรณีของเพาเวลล์ จากการสนทนากับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สรุปได้ 12 ประเด็นดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลจากผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สรุปประเด็นที่พบ 5 ประเด็นหลักโดยอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยและญาติดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยบางรายไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่สวนหัวใจ ในภาวะฉุกเฉินเพราะขาดการเตรียมตัวมาก่อน

ประเด็นที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉินไม่สามารถรับรู้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษาได้อย่างดี

ประเด็นที่ 4 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสงค์รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาของผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นกรณีฉุกเฉิน

ประเด็นที่ 5 ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วนยังไม่ได้รับข้อมูลค่านางแผน การบำบัดรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวอย่างครบถ้วน

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลจากผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ สรุปประเด็นที่พบ 7 ประเด็นหลักโดยอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

ประเด็นที่ 6 การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 7 การพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือประสบการณ์การดูแลรักษาให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ

ประเด็นที่ 8 พยาบาลบางคนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประสบการณ์น้อย

ประเด็นที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติด้านจริยธรรมในผู้ป่วยภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีปัญหาเรื่องการตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจในบางราย

ประเด็นที่ 10 แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรีบทำการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทำให้มีเวลาในการพูดคุยปรึกษัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วยไม่ได้นานและละเอียด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา

ประเด็นที่ 11 ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในบางรายที่ส่งจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังหอผู้ป่วยอื่นยังไม่สมบูรณ์

ประเด็นที่ 12 ขาด case manager ในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

1.3.4 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 9 คน และผู้บริหารสถาบันโรคทรวงอกจำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายนอกสถาบัน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ท่าน ผลการประเมินพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรวมมีความเหมาะสมโดยมีคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 90.19 โดยมีผลการประเมินรายละเอียดของแต่ละมิติดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 90.74 โดยมีข้อเสนอแนะว่ารูปแบบควรมีหน่วยงานรับผิดชอบประสานงานกับชุมชนหรือโรงพยาบาลในชุมชน

2. มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยทีมสุขภาพที่เป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีคะแนนความเชื่อมั่น ร้อยละ 94.44

3. มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ มีการระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้าง รูปแบบตลอดจนวิธีการในการสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะและวิธีการที่ทำให้ รูปแบบมีความน่าเชื่อถือ และได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในและนอกองค์กรก่อนนำมาใช้มีคะแนนความเชื่อมั่น ร้อยละ 89.81

4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางดำเนินการในการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ ได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม องค์ประกอบของรูปแบบมีกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจอย่างชัดเจนและสามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่าย มีคะแนนความเชื่อมั่น ร้อยละ 81.94

5. มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชักนำจากผู้อื่น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ซึ่งปรากฏในแบบวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 90.28

6. มิติด้านการนำไปประยุกต์ใช้ รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแห่งนี้ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และทำให้การใช้ทรัพยากรเหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นมีคะแนนความเชื่อมั่นร้อยละ 92.59

จากผลการประเมินข้างต้นจะเห็นว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นมี ค่าคะแนนความเชื่อมั่น โดยรวมทุกมิติของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 90.19 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับรูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันโรคทรวงอก และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนความเชื่อมั่นมากที่สุด คือ ร้อยละ 94.44

และมิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้น มีคะแนนความเชื่อมั่นน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 81.94

2. อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็นสำคัญที่พบดังนี้

2.1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก

สถาบันโรคทรวงอกในฐานะสถานพยาบาลระดับตติยภูมิมีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากยุทธศาสตร์พันธกิจของสถาบันโรคทรวงอก กลุ่มภารกิจบริการวิชาการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจและกลุ่มอายุศาสตร์หัวใจ จึงร่วมตอบสนองยุทธศาสตร์และพันธกิจของสถาบันโดยให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่รับ-ส่ง จากสถานพยาบาลใกล้เคียงหรือเครือข่าย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมพยาบาลบุคลากร ผู้ได้รับการอบรมเฉพาะทาง มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้งาน รับบริการผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง (ACC/AHA ,2004)

ในขั้นตอนการดำเนินการของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันยังไม่สามารถดำเนินการอย่างมีรูปแบบ เนื่องจากการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน ที่จัดให้บริการขณะนี้ ดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำหน้าที่ ตามความรับผิดชอบของตนเองไว้ ซึ่งผลการดำเนินการที่ผ่านมาสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีความปลอดภัย (ศูนย์คุณภาพ สถาบันโรคทรวงอก, 2554) แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่ทำอยู่ยังมีความล่าช้าไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จากการขาดการเชื่อมต่อหรือประสานกันระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกันหรือระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย ซึ่งหากจะพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากเดิมโรงพยาบาลไม่มีการกำหนดนโยบายมีเฉพาะกลุ่มการพยาบาลที่รับนโยบายจากสำนักงานการพยาบาลให้จัดบริการด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จึงควรกำหนดนโยบายและเป้าหมายบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของกลุ่มการพยาบาลเพราะเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบสอดคล้องกับ

ราศรี ลีนะกุล (2550) ที่พบว่า ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ นโยบายและความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ บางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการทำงานเป็นทีมถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ที่พบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 4.23 และ 3.38 ส่วนในเรื่องควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง การทบทวนทำความเข้าใจในการใช้รูปแบบตามบริบทของสถาบัน ซึ่งหากมีการปรับเพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว คาดหวังจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุดสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายหลังการเจ็บป่วย

2.2 รูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก

2.2.1 จากการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สรุปได้ว่าควรจัดทำสื่อให้ความรู้ ให้คำแนะนำข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเกิดโรค การวินิจฉัย การดูแลบำบัดรักษา โดยอาจนำเสนอในรูปแบบวีดิทัศน์ หรือโปสเตอร์ขนาดใหญ่เพื่อคิดให้ผู้ป่วยได้อ่านหรือจัดฉายวีดิทัศน์หน้าห้องสวนหัวใจหรือจุดพักเยี่ยมผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจเพื่อเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ นอกจากการให้คำอธิบายข้อมูลโดยแพทย์และทีมผู้ทำการบำบัดรักษาทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินซึ่งอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เพราะทีมผู้ทำการบำบัดรักษาต้องรีบช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของวารภรณ์ อุทัยแพน (2547) ที่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดทำขึ้นประกอบด้วย การบรรยาย การซักถาม การใช้สื่อวีดิทัศน์ Powerpoint แผ่นพับและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เจตคติ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.2.2 ในส่วนของแพทย์ในฐานะผู้นำทีมสหวิชาชีพควรเป็นผู้ให้ข้อมูลคำอธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครั้งแรกก่อนทำหัตถการสวนหัวใจเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉิน เพื่อความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการรักษาโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจและห้องสวนหัวใจควรช่วยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวลในระหว่างสวนหัวใจด้วย ส่วนในขั้นตอนหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจและย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจอีกครั้งแพทย์ควรให้ข้อมูลผลการบำบัดรักษาและการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ใช่ศัพท์แพทย์หรือภาษาทางการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจหรือแปลความหมายผิดได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับปี พ.ศ. 2550 มาตรา 8 ที่กล่าวว่า ใน การบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

2.2.3 ในการติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาหรือรับยารักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยทั่วไปแพทย์ผู้ทำการรักษาต้องการตรวจประเมินผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อประเมินผลการรักษา ปรับยารักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาที่ควรจะได้รับตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด ซึ่งที่ผ่านมาผู้ป่วยบางรายไม่มารับการติดตามการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับยารักษาหรือขาดยาเอง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดขดลวดตีบตัน หลอดเลือดตีบกลับซ้ำ เกิดอาการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงต้องกลับมาเปิดหลอดเลือดใหม่หรือเสียชีวิตได้ ในการหาแนวทางแก้ไขในการพัฒนาควรจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงในการทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยรวมถึงประสานการติดต่อการรักษากับโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านที่ภูมิลำเนาผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการรับยาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2545) กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ การป้องกัน การรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ครอบคลุม ต่อเนื่อง จนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองและเพื่อ ต้องช่วยกันค้นหาวิธีการดูแลที่ดีที่สุด

2.2.4 ในเรื่องการเพิ่มความรู้และสร้างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ซึ่งจัดให้มีการประชุมวิชาการปีละ 2 ครั้งอยู่แล้วอาจไม่เพียงพอ ควรใช้วิธีหมุนเวียนบุคลากรในสายงานใกล้เคียงกันในทีม PCT (Patients Care Team) เดียวกันเพื่อให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติ ถึงวิกฤติและระยะฟื้นฟูหรือจำหน่ายกลับบ้าน และการมอบหมายงานแบบมีพยาบาลพี่เลี้ยง

ช่วยสอนงานสำหรับบุคลากรใหม่หรือบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ส่วนในการอบรมสัมมนา ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทีมนำพัฒนาแม่ข่าย STEMI ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงจัดสัมมนา หรือนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยอาจลงพื้นที่โรงพยาบาลแต่ละจังหวัดในเขตที่รับผิดชอบเพื่อสรุป ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะการพัฒนาทั้งการบริการและทางวิชาการแต่ละจังหวัดด้วยอาจ นำเสนอในรูปแบบกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ผ่านมาที่มารับบริการในเครือข่ายก็ได้ ซึ่งจะทำให้การพัฒนา ความรู้ตรงตามความต้องการพัฒนาทักษะประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสตีพร เกษชนก (2550) ที่ได้ศึกษาผลของการ ให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองหลังการให้ความรู้ และข้อมูลย้อนกลับสูงกว่าก่อนการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองหลังการให้ความรู้และข้อมูล ย้อนกลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับทำให้การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ ของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดถูกต้องเพิ่มขึ้น

2.2.5 สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ทำหน้าที่ประสานการติดต่อระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ ประเมินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันจนกระทั่งจำหน่าย ในสถานการณ์ปัจจุบันที่อัตราไม่ เพียงพอซึ่งสามารถทำได้ อาจจะมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหลายคนทำหน้าที่ช่วยกัน อาจจะมี รับผิดชอบเป็นรายๆผู้ป่วยหรือจะแบ่งโซนรับผิดชอบตามระยะการบำบัดรักษาผู้ป่วยก็ได้ โดยมีการ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการตามปัญหามากขึ้น ทั้งนี้พยาบาลผู้ทำ หน้าที่ผู้จัดการรายกรณีดังกล่าวจะต้องได้รับการประกาศนโยบายและหน้าที่ภารกิจที่จะปฏิบัติโดย กลุ่มภารกิจบริการวิชาการรวมทั้งประชาสัมพันธ์การนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ให้ผู้ป่วยปฏิบัติในส่วนที่ เกี่ยวข้องต่างๆรับทราบเข้าใจเสียก่อน จะทำให้เอื้อต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยที่รับ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อนและเป็นไปเพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความพึง พอใจแก่ผู้ป่วยโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของราศรี ลินะกุล (2550) ได้ศึกษาถึงการพัฒนารู ปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าพยาบาลผู้จัดการมี ความสำคัญ ในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการ ได้แก่การลด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

2.2.6 ในเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มารับบริการในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันกรณีต้องเปิดหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ให้บริการทั้งทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้อง

คำนึงถึงการไม่ไปละเมิดศักดิ์และสิทธิของผู้ป่วยแต่ละรายสอดคล้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติด้วย การปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมซึ่งที่ผ่านมาไม่เป็นปัญหาทั้งกับผู้ป่วยและผู้รับบริการแต่อย่างใด ส่วนผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะสวนหัวใจเช่นมีอาการหนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการปกติที่อาจพบได้ เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ ไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินและจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิตเป็นอันดับแรก เพื่อลดอัตราการตายและลดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคให้มากที่สุด ทำให้สัมพันธ์กับช่วงเวลาที่ตัวผู้ป่วยเองมีอาการไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ความรู้สึกตัวลดลงซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษาได้อย่างละเอียด แต่ก็สามารถรับรู้ข้อมูลคำอธิบายเพิ่มเติมได้ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤติไปแล้ว ซึ่งผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล จำเป็นต้องให้ข้อมูลซ้ำหรือเพิ่มเติมได้ตลอดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สอดคล้องกับประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ข้อ 7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายและข้อ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

2.2.7 เรื่องการตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนทำหัตถการสวนหัวใจในภาวะฉุกเฉิน ยังพบปัญหาอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีสิทธิการรักษา บางรายเป็นผู้ป่วยต่างด้าว ซึ่งในการกำหนดภารกิจด้านบริการรับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินนั้นมีค่าใช้จ่ายสูงเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการสวนหัวใจจึงจำเป็นต้องระมัดระวังเรื่องการจัดเก็บรายได้จากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนั้นๆ รวมทั้งการประสานงานกับสำนักงานการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในการรักษาพยาบาลจะมีการกำหนดการเบิกจ่ายชดเชยขาดเหลือหลอดเลือดหัวใจตามสิทธิของผู้ป่วยแต่ละรายจึงจำเป็นต้องตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลให้ถูกต้องก่อนทำหัตถการสวนหัวใจทุกราย โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินที่ต้องเร่งรีบช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ทำให้บางครั้งเสียเวลากับการรับรองสิทธิรักษามากเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามทีมผู้ให้บริการยังจำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วยโดยไม่ให้เป็นการเสียเวลามากเกินไปในการช่วยชีวิตผู้ป่วย แม้จะเป็นผู้ป่วยต่างด้าวซึ่งไม่มีเลขบัตรประชาชน ซึ่งไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้โดยทุกครั้งหลังการให้บริการจะต้องทำหนังสือรายงานต่อผู้บริหารสถาบันเพื่อรับทราบถึงปัญหาและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแต่ละราย

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลรายกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 9 คน และผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการสถาบันโรคทรวงอก และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายนอกสถาบัน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ท่าน ซึ่งพบว่าโดยมิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนความเชื่อมั่นมากที่สุด คือ ร้อยละ 94.44 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ร่วมพัฒนามีส่วนร่วมและมีอิสระในการพัฒนารูปแบบ ทำให้มุมมองการให้บริการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี มีความครอบคลุมและสนองตอบความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการและมิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบที่สร้างขึ้น มีคะแนนความเชื่อมั่นน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 81.94 สามารถอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลยังไม่เคยมีรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนรวมทั้งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบเพียงบางส่วนทำให้ผู้ร่วมพัฒนาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่ทราบถึงความชัดเจนของรูปแบบ ในส่วนของผู้ประเมินที่ให้คะแนนน้อย 2 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้บริหารได้ร้อยละ 77.08 และเภสัชกรได้ร้อยละ 75 อธิบายได้ว่าแพทย์ผู้บริหารยังไม่เข้าใจถึงรูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าการดำเนินการพัฒนาที่สำคัญคือการรับทราบและถือเป็นนโยบายในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้โดยต้องประกาศและสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ปฏิบัติทุกคนให้รับทราบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harkleroad, A., Schirf, D., Volpe, J. & Holm, M., B. (Harkleroad, A., Schirf, D., Volpe, J. & Holm, M., B.(2000) อ้างใน ฉัฐพร ลิ้มรังสรรค์ 2554) ที่ศึกษาเรื่อง Critical Pathway Development: An Integrative Literature Review พบว่า การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกเกี่ยวกับการพัฒนา (Development Phase) ควรจัดทำโครงการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยให้ทุกคนมีส่วนร่วม มีการศึกษานำร่อง 3-6 เดือน มีการนำไปใช้รวมถึงการให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในส่วนของเภสัชกรที่ให้คะแนนทุกมิติน้อย อธิบายได้ว่าปัจจุบันจำนวนเภสัชกรยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงยังไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบโดยสมบูรณ์เป็นรูปธรรม แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิตี้อยู่ที่ร้อยละ 90.19 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับ รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันโรคทรวงอก และสามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจของสถาบันโรคทรวงอก ได้มาจากการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของแต่ละบุคคล รวมถึงแต่ข้อมูลจากผู้ดูแลและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ รวมถึงข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้มีการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ของตนออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยมีการรวบรวมความรู้ ประสบการณ์ของแต่ละคนออกมาเป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมเนื่องจาก มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของทีมผู้ให้บริการ โดยมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และใช้แผนการดูแลล่วงหน้าที่สร้างขึ้นเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร การประสานงานก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสะดวกรวดเร็วการทำงานไม่ล่าช้า แก้ปัญหาได้เร็ว การกำกับติดตาม และการประเมินผล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ตามที่ผู้ป่วยญาติและทีมสหวิชาชีพคาดหวังไว้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้น โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ แต่ควรมีการนำสู่การทดลองปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบ และมีการประเมินผลเป็นระยะพร้อมทั้งนำผลที่ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 ผลการศึกษาที่ได้คือรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอกหากโรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมถึงการมีส่วนร่วมตลอดจนความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นด้วย

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจที่พัฒนาขึ้นไปใช้

3.2.2 นำวิธีการวิจัยที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการสวนหัวใจ ไปพัฒนารูปแบบการ

จัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป เพื่อเป็นการสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จนพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) “โครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ม.ป.ท.
เกรียงไกร เสงี่ยมิ (2555) “มาตรฐานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน”

สุขุมวิทการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร

กัลยาณี สุธสมบัติ (2550) “สื่อการสอน วิชาเทคนิคการจัดการสมัยใหม่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
ราชมงคลพระนคร” ค้นคืนวันที่ 5 สิงหาคม 2555 จาก

<http://uhost.rmutp.ac.th/kanlayanee.so/L1/3-3.htm>

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ค้นคืนวันที่ 8 กรกฎาคม 2555 จาก

<http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/ET/ETth>

จิราภรณ์ ศรีไชย (2543) “ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐพร ลิ้มรังสรรค์ (2554) “การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยใช้แผนการดูแลทาง
คลินิก: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์” สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ทัศนาศ นุญทอง (2543) “ทิศทางการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการ
สุขภาพ” จดหมายข่าวสารการพยาบาล 3,1 4-9

ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) “การบริหารการพยาบาล” บุญศิริการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพมหานคร

ปัฐติกา ปาริฉัตต์ (2554) “วิธีการเชิงระบบ (System Approach) วิชา หลักและทฤษฎีการบริหาร”
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551) *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* พิมพ์ครั้งที่ 8
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับปี พ.ศ. 2550 ค้นคืนวันที่ 8 กรกฎาคม 2555 จาก

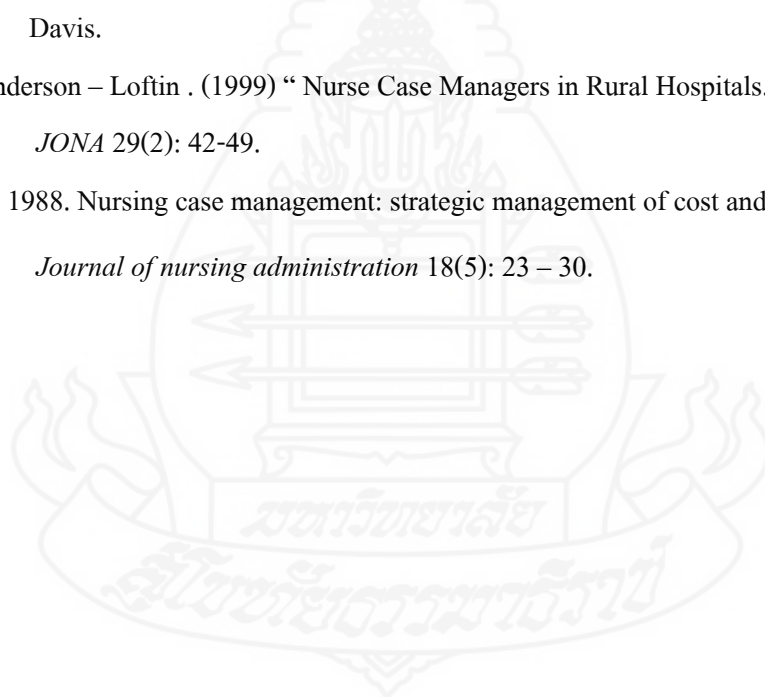
<http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538976177&Ntype=19>

พรชนก จารุประกร (2547) “ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัด
ด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย” สาขาวิชาการ
บริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- พิณทอง กอฟฟ้าเรียน (2547) “โฉมหน้าใหม่ของพยาบาลในระบบ case management ” *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช* 1,1 : 29-32
- พัชรี คงปลอด (2549) “ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล” *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- รวมพร นาคะพงศ์ และศิริกัลยาณี มีฤทธิ์ (2549) “สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2549” *ค้นคืนวันที่ 8 กรกฎาคม 2555 จาก*
http://www.thaiheartclinic.com/forum8.5/forum_posts.asp?TID=85&PN=1
- ราศรี ลีนะกุล (2548) “ การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เรวดี ศิรินคร, ยุวดี เกตสัมพันธ์, ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร (2543) “ CASE MANAGEMENT. หนังสือประกอบการประชุม 2nd national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23 – 25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล คิวินสปาร์ก กรุงเทพมหานคร ” J.S. การพิมพ์
- วราภรณ์ อุทัยแพน (2547) “ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” *ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*
- ศากุล ช่างไม้ (2549) “การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมิน” *วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทียณ* 12, 1 (มกราคม-เมษายน) : 15-24
- ศูนย์คุณภาพ สถาบันโรคทรวงอก (2554) “แบบประเมิน PCT อายุรศาสตร์หัวใจ ” *สถาบันโรคทรวงอก ม.ป.ท.*
- สดับพร เกษชนก (2550) “ ผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) “ ร่างแผนยุทธศาสตร์ดีวิถีชีวิตไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan)พ.ศ. 2550 – 2559 ” *สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข*

- สมจิต หนูเจริญกุล และพรจันทร์ สุวรรณชาติ (2545) “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติทางหัวใจและหลอดเลือด ใน เอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤติ
หน้าที่ 147-273 พิมพ์ครั้งที่ 15 นนทบุรี สุโขทัยธรรมมาธิราช
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2546) การนำ case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน
วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 17,1 : 13-24
- อภิชาติ สุกนธสรพ์ (2552) “แนวทางการรักษา Acute ST-Elevation Myocardial Infarction”,
Practice Guidelines in Cardiology โรงพิมพ์เชียงใหม่ ทรिक ซิงค์
_____. (2551) Selected Topics in Cardiac Emergency พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์เชียงใหม่ ทรिक ซิงค์
- อนงค์ อมฤตโกมล (2548) “ การประเมินผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อัญชัญ ไพบูลย์ (2545) “ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการแสดง
บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (2007)
“Statistic of Cardiovascular disease”.
- American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (2009) “ ACC/AHA
Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial
Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and
ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the
2005 Guideline and 2007 Focused Update)”
- Antman, E .M., Anbe, D.T., Armstrong, P. W., Bates, E.R., Green, L. A., Hand, M., et al.,
(2004). “ ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute ST
Elevation myocardial infarction. *Circulation*” 110, 588-636.
- Cohen, E. L.(1991) “ Nursing case management: Does it pay ” *Journal of Nursing
Administration.*21 (5): 20-25.
- Conti, R.M. (1993) *Role behaviors of nurse case manager Michigan* A Bell and Howell.
- Edwards, W. D. (1991). “ Pathology of myocardial infarction & reperfusion: Current topic in
cardiology acute myocardial infraction” Elsevier: Science publishing.

- Health care financing review: Medicare and medicaid statistical supplement. (1998). “ Health Care Financing Administration” Baltimore.
- More, P.K. & Mandell, S. (1997) *Nursing case management: An evolving practice* New York: McGraw-Hill.
- Powell, Suzuki.K. (1996) “ Nursing case management : A practical guide to success in Managed care” Philadelphia : Lippincott-Raven.
- Topp R. Tucker D.and Weber C. (1998) “ Effect of a clinical case manager/clinical nurse specialist on patients hospitalized with congestive heart failure” *Lippincott’s Case Management*. 3(4):140-147.
- Silverstein, W. (1998). “ Care management : the right balance of care and management? ” *Nursing Administration Quarterly*, 22(4), 66-75.
- Waltz ,Carolyn F. and others. (1991). “ Measurement in Nursing Research.” Philadelphia : FA Davis.
- Wanda Anderson – Loftin . (1999) “ Nurse Case Managers in Rural Hospitals.” *JONA* 29(2): 42-49.
- Zander, k. 1988. Nursing case management: strategic management of cost and Quality Outcomes. *Journal of nursing administration* 18(5): 23 – 30.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

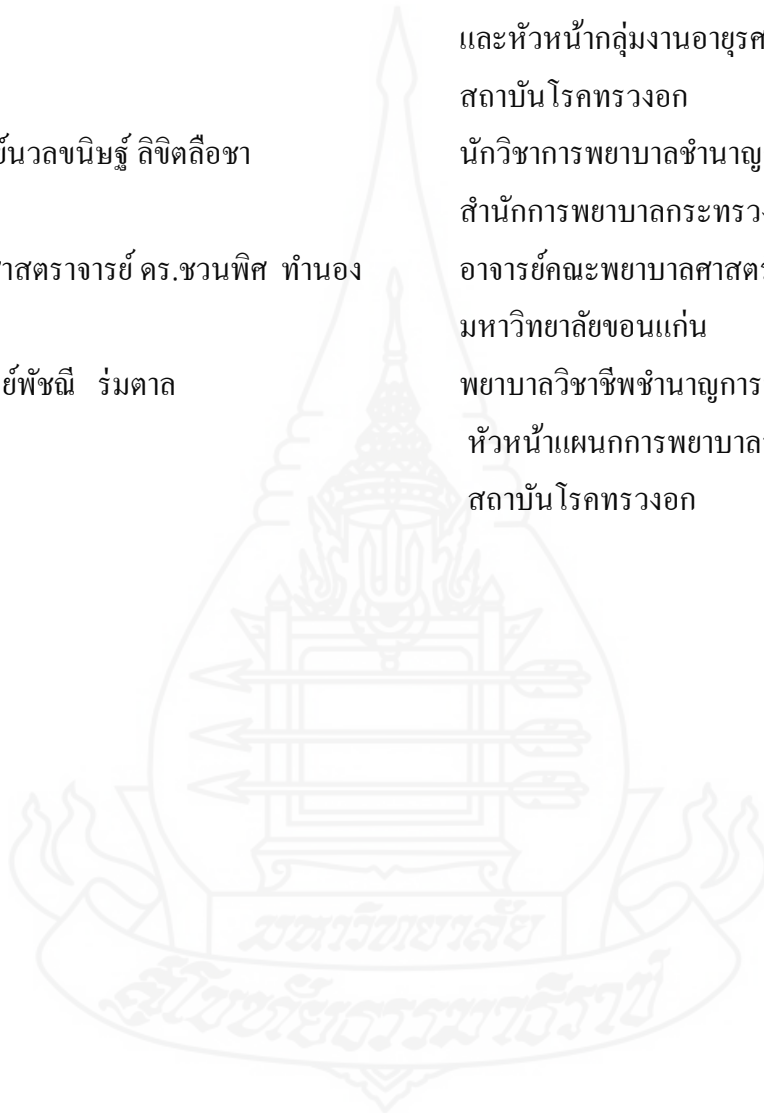
สืบช่วยธรรมมาภิบาล



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ นพ.เกรียงไกร เสงี่ยมศรี นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านอายุรศาสตร์หัวใจ
และหัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ
สถาบันโรคทรวงอก
3. อาจารย์ นวชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ
สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวณพิศ ทำนอง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. อาจารย์พัชณี ร่มताल พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์หัวใจ
สถาบันโรคทรวงอก





ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ ศษ 0522.26/ ๑ 1๐ 53

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 25 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ด้วย นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก” โดยมี รองศาสตราจารย์.ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาเห็นว่า นายแพทย์เกรียงไกร เสงร์ศรี เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ นวล สติติวิชานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 086-8947864 (นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ)

สำเนาเรียน นายแพทย์เกรียงไกร เสงร์ศรี

ที่ ศธ 0522.26/ 2105๓



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

24 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการ
 บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
 เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรค
 ทรวงอก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง
 การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล
 เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
 ตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
 เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ล สถิตวิธานันท์)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 086-8947864 (นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล

ที่ ศธ 0522.26/ 2109๓



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 086-8947864 (นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ที่ ศษ 0522.26/ ๑ 1๐๕๖



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

27 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นายกฤษดา จนวนันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก” โดยมี รองศาสตราจารย์.ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวนพิศ ทำนอง เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติดิวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 086-8947864 (นายกฤษดา จนวนันเพ็ญ)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวนพิศ ทำนอง

เลขที่ 059/2555



คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : “การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน”


ผู้ดำเนินการวิจัย : นายฤชดา จนวนันท์เพ็ญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก

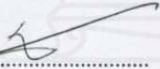
สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก

เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

1. แบบสรุปโครงการวิจัย
2. ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้


..... ประธานกรรมการ
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานต์)


..... เลขานุการกรรมการ
(นายแพทย์เฉลียว พุทธิศิริปัญญา)

รับรองวันที่ : 21 มีนาคม 2555

วันหมดอายุ : 21 มีนาคม 2556

สำเนาฉบับ

ที่ สธ ๐๓๑๔/ ๓๔๓

สถาบันโรคทรวงอก
๓๙ หมู่ ๙ ถนนติวานนท์
ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ มกราคม ๒๕๕๕

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๑๖๘๙ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ขอความอนุเคราะห์จากสถาบันโรคทรวงอกให้นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาและทดสอบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” ความละเอียดดังแจ้งแล้ว นั้น

สถาบันโรคทรวงอก ยินดีให้ความอนุเคราะห์ นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

กลุ่มภารกิจอำนวยการ
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๔๒๓
โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๙๙๗๒

ประกาศ/ร่าง/พิมพ์
...../ตรวจ

สิงหนะนิพนธ์

วิทยาภิบาล



กลุ่มภารกิจวิชาการ เลขที่ 035 วันที่ - 6 มี.ค. 2555 เวลา 16.00

ที่ ศธ 0522.26/ 1689

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

27 ธันวาคม 2554

เรียน 9 วันที่ - 4 มี.ค. 2555 เวลา 14.30

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ด้วย นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาและทดสอบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยใช้การสัมภาษณ์ในรูปแบบสนทนารายงานกับผู้ที่ให้บริการและผู้รับบริการ ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของสถาบันโรคทรวงอก ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ ดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก (ผ่านรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนาจการ)

เรียน ผอ.สรอ.(ผ่านรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนาจการ) เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ในพ.เห็นต่อผู้

เพื่อโปรดทราบ เห็นสมควร วันที่ 30 ธ.ค. 2554 วิทยาภิบาล

ขอแสดงความนับถือ

(นางพวงษ์ลดา สุพรรณชาติ)

ท.อ.จก

(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล) 10 มี.ค. 2555

(นายชนะ อินทสร) หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

- 4 มี.ค. 2555

เรียน ผอ.สรอ.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ โทร. 0-2504-8036-7 โทรสาร 0-503-2620

เพื่อโปรดทราบ เห็นควรเรียน รอง ผอ.กลุ่มงานวิจัย และ รอง ผอ.ศูนย์วิจัย และพิจารณา จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยเพื่อโปรดพิจารณา

ทราบแล้ว

นางพรพรรณ บุญเกียรติ

(นางพวงษ์ลดา สุพรรณชาติ) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ 9 มี.ค. 2555

(นายสุชุม กาญจนทิมาลัย) ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก 5 มี.ค. 2555

จึงผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนาจการ 13 มี.ค. 2555

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
ในสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณสมเด็จพระสังฆราช
ที่มอ. (มอ.เกษตร จอมจันทรเกษม)
พ.ศ.

นายชนะ อินทสร
นักวิชาการพิเศษชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนาจการ
11 ส.ค. 2555

อนุมัติ

(นางพวงมณี สุธรรณชาติ)

รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจวิชาการ

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

11 ส.ค. 2555





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) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... 008/2555

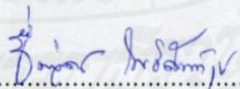
ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาและทดสอบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2505100392

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นายกฤษดา จนวนันเพ็ญ


ที่ทำงาน สถาบันโรคทรวงอก อ.เมือง จ.นนทบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 

(อาจารย์ ดร. ชันจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 24..... 66..... 55



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammarat Open University Bangpood, Pakkret,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5032620

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... 008 / 2555

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2505100392

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นายกฤษดา ขวณวันเพ็ญ

ที่ทำงาน สถาบันโรคทรวงอก อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
(อาจารย์ ดร.ชินจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เต็มสวัสดิ์ดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 24 มิ.ย 2555



ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว) นามสกุล.....
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน.....ตำบล
.....อำเภอจังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย และ วิธีวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่
ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้
เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผย
เฉพาะในภาพรวมที่สรุปเป็นผลการวิจัย หรือเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม ผู้รับผิดชอบการวิจัย
(นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ)



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1. ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการดูแลผู้ป่วย
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มี 3 ชุดได้แก่**

**เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสนทนาสำหรับทีมสหวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบ
การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอกที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ร่วมกับแนวคิดของเพาเวลล์ (Powell, 1996) ได้กล่าวถึงการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ว่าเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ที่มีสมรรถนะเชี่ยวชาญทางด้านคลินิกและการบริหารจัดการ เป็นผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการทางการแพทย์ให้มีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นทีมในระดับหน่วยงานหรือระดับแผนก โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลร่วมกัน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวจึงสรุปเป็นประเด็นในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการดูแลดังนี้</p>	

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>1. การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมครบวงจรต้องมีการจัดการ ดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกรายที่รอดชีวิตยังมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อเนื่องอยู่</p> <p>1.1 การจัดการบริการด้าน คลินิก (Clinical Management) การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การให้บริการทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านโภชนาการ และการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>1.2 การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) การบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้กำลังใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ</p>	<p>1. ที่ผ่านมากการจัจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในงานที่เกี่ยวข้องกับท่านต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน - งานผู้ป่วยใน คือ CCU , Cathlab , Ward - งานเภสัชกรรม - งานโภชนาการ - งานกายภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ <p>เป็นอย่างไร ประสบผลสำเร็จอย่างไรบ้าง และมีวิธีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างไร ในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>1.1 การจัดการเรื่องการส่งเสริมความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล</p> <p>1.2 การสนับสนุนด้านการจัดการด้วยตนเองของผู้ดูแล ในการให้การดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.3 การนัดและติดตามผู้ป่วยเพื่อการประเมินและติดตามการรักษา</p> <p>2. การจัดการด้านขั้นตอนการทำงาน ที่ผ่านมามีดำเนินการอย่างไร และมีสิ่งใดที่ต้องพัฒนาเพิ่ม และมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไร</p> <p>3. การจัดการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ที่ผ่านมามีเป็นอย่างไรบ้าง ประสบความสำเร็จอย่างไร และมีวิธีการในการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>3.1 การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>3.2 การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อต่างๆ เช่นความเชื่อทางศาสนา</p> <p>3.3 การจัดการด้านแพทย์ทางเลือกต่างๆ</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>1.3 ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านร่างกายมีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพและเศรษฐกิจในครอบครัว การดูแลบริการทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพ</p>	<p>3.4 การประสานงานกับหน่วยงานช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอาชีพ/แหล่งช่วยเหลือต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลในกรณีจำเป็น</p>
<p>1.4 การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (Legal and Ethical Service) เช่น การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชน</p>	<p>4. ที่ผ่านมาการจัดการใน ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการช่วยเหลือเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดที่ต้องพัฒนาเพิ่มหรือไม่และมีวิธีการในการพัฒนาอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น</p>
<p>1.5 การดูแลอย่างต่อเนื่อง(Continuum care) จะช่วยให้ ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของญาติ มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อเกิดคุณภาพระบบบริการ</p> <p>1.5.1 ความต่อเนื่องในโรงพยาบาล</p> <p>1.5.2 ความต่อเนื่องระหว่างสถานบริการสุขภาพและชุมชน สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่บ้านและ ในชุมชน</p>	<p>5. ที่ผ่านมาการจัดการดูแลต่อเนื่องดำเนินการอย่างไร ผลเป็นอย่างไร และมีสิ่งใดที่ต้องการเพิ่มเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ในด้านต่อไปนี้</p> <p>5.1 ความต่อเนื่องในการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>5.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล</p> <p>5.3 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย</p> <p>5.4 การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นยังบ้านหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>2. กระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิดของ powell</p> <p>2.1 การบริการที่มีความต่อเนื่อง หมายถึงการให้บริการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับการรักษามาจนถึงสิ้นสุดกระบวนการรักษาโดยมีการกำหนดแผนการดูแล(Clinical Pathways)ที่ชัดเจน</p> <p>2.2 กระบวนการจัดการดูแล 6 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (Case Screening and Selection) 2) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) 3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment/Discharge Plan) 4) การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพและการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management, Monitoring, Reassessing and Reevaluating) 5) การดำเนินการ (Implementation of the Final Plan) 6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี 	<p>6. การให้บริการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีรูปแบบในการดูแลหรือไม่อย่างไร</p> <p>7.การให้บริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหรือขั้นตอนในการจัดการดูแลอย่างไร และผลการจัดการเป็นอย่างไร ในเรื่องต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 การคัดเลือกผู้ป่วย 7.2 การประเมินภาวะสุขภาพ 7.3 การประสานงาน 7.4 การดำเนินการ และการประเมินผล 7.5 การประเมินผลลัพธ์ของขั้นตอนการจัดการรายกรณี

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>3. ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า</p>	<p>8 .การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านมามีผลลัพธ์และคุณภาพบริการเป็นอย่างไร สอดคล้องกับความคาดหวังของหน่วยงานของท่านหรือไม่ อย่างไรในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - ประสิทธิภาพของการบริการ (ความสะดวกรวดเร็ว)



เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสถาบันโรคทรวงอกที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ร่วมกับแนวคิดของPowell(1996) ได้กล่าวถึง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ว่าเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ที่มีสมรรถนะเชี่ยวชาญทางด้านคลินิกและการบริหารจัดการ เป็นผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการทางการแพทย์ให้มีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นทีมในระดับหน่วยงานหรือระดับแผนก โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลร่วมกัน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวจึงสรุปเป็นประเด็นในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการดูแลดังนี้</p> <p>1. การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมครบวงจร ต้องมีการจัดการ ดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ</p>	

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>หัวใจตายเฉียบพลันทุกรายที่รอดชีวิตยังมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อเนื่องอยู่</p> <p>1.1 ท่านได้รับการดูแล (Clinical Management) การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การให้บริการทางด้านร่างกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านโภชนาการ และการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>1.2 การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) การบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้กำลังใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ</p> <p>1.3 การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (Legal and Ethical Service) เช่นการคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชน</p> <p>1.4 การดูแลอย่างต่อเนื่อง(Continuum care) จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของญาติ มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อเกิดคุณภาพระบบบริการ</p> <p>1.4.1 ความต่อเนื่องในโรงพยาบาล</p> <p>1.4.2 ความต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ</p>	<p>1. ท่านได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและสังคมจากจากผู้ให้การดูแลในเบื้องต้นหรือไม่อย่างไร</p> <p>เช่น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่และขั้นตอนในการรักษาได้รับการช่วยเหลือเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการรับการรักษา</p> <p>2.ท่านได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคลจากทีมสุขภาพเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร</p> <p>3. ที่ผ่านมามีท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของท่านหรือไม่อย่างไรและมีสิ่งใดที่ต้องการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>สุขภาพและชุมชน สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่บ้านและ ในชุมชน</p> <p>2. กระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิดของ powell</p> <p>2.1 การบริการที่มีความต่อเนื่อง หมายถึงการให้บริการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับการรักษารักษาจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาโดยมีการกำหนดแผนการดูแล(Clinical Pathways)ที่ชัดเจน</p> <p>2.2 กระบวนการจัดการดูแล 6 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (Case Screening and Selection) 2) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) 3) ประสานงานและปรับแผนการรักษา/แผนการจำหน่าย (Coordinating and Developing the Treatment/Discharge Plan) 4) การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินสภาพและการประเมินผลใหม่ (Continuous Case Management, Monitoring, Reassessing and Reevaluating) 5) การดำเนินการ (Implementation of the Final Plan) 	<p>4. ท่านได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาหรือไม่อย่างไร ลองเล่าให้ฟัง</p> <p>5. เหตุใดท่านจึงทราบว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและท่านได้รับการตรวจอะไรบ้าง เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเจาะเลือด - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - การฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ <p>6. ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลแพทย์และทีมผู้ดูแลมาเยี่ยมท่านที่หอผู้ป่วยบ่อยครั้งเพียงใด</p> <p>7. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บหน้าอก ภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลวหรือไม่อย่างไร</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและปิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p> <p>3. ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า</p>	<p>8. ก่อนกลับบ้านท่านได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาจากทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาลหรือไม่อย่างไร</p> <p>9. ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรือที่ตึกผู้ป่วยนอก ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาหรือบริการที่ได้รับมากน้อยเพียงใด</p>

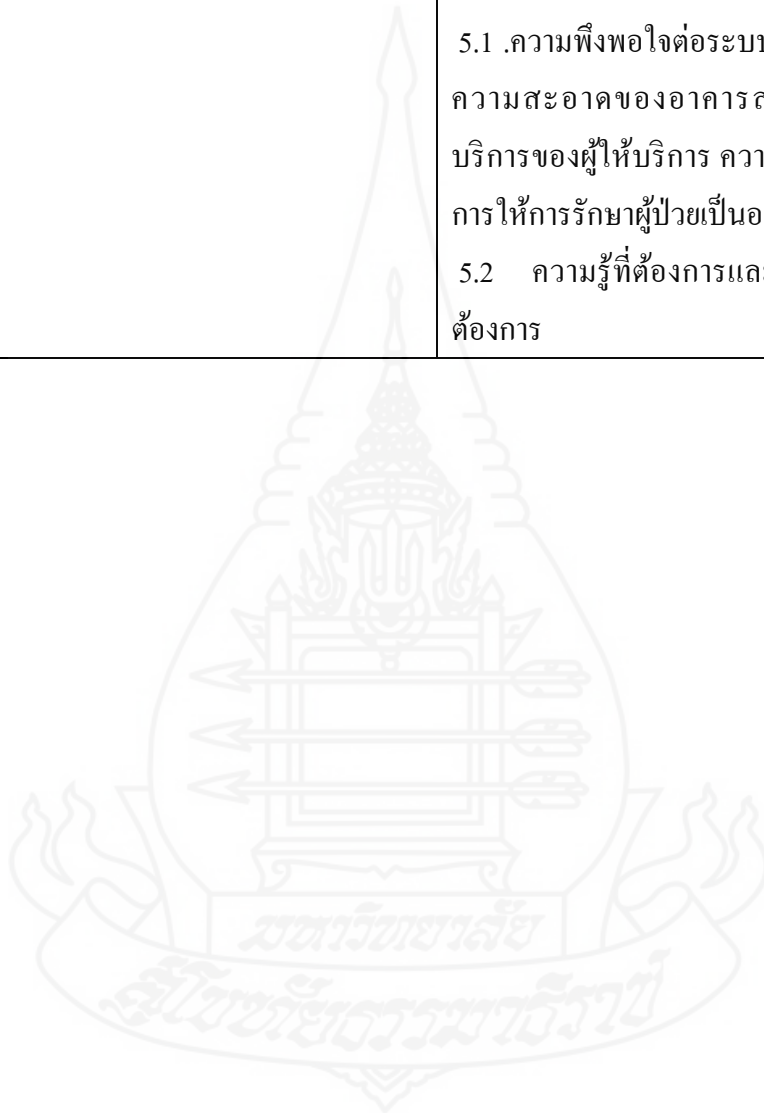


เครื่องมือชุดที่ 3 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>1. การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1 ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุจาก กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ง่าย ได้แก่</p> <p>1.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดฉุกเฉินและได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเป็นผลให้มีเลือดออกง่าย เช่น เลือดออกรอบๆท่อนำสายสวนบริเวณผิวหนัง</p> <p>1.3 ผู้ป่วยที่ปัญหาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นผลให้มีเลือดออกง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกบริเวณผิวหนังที่มีแผลต่างๆ</p> <p>1.4 การนอนนานทำให้เกิดแผลกดทับ ในรายที่จำเป็นต้องคาท่อนำสายสวนภายหลังการทำหัตถการสวนหัวใจไว้ก่อน</p> <p>1.5 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้มีอัตราตายสูง</p> <p>1.6 ทำให้มีความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติได้ บางรายจำเป็นต้องใส่เครื่องพุงหัวใจช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น</p> <p>1.7 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p>	<p>1.ที่ผ่านมามีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร</p> <p>1.1 การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ การมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ การมีเลือดออกบริเวณแผลเนื่องจากคาท่อนำสายสวนหัวใจ</p> <p>1.2 การดูแลด้านอาหาร</p> <p>1.2.1 การจัดเตรียมประเภทอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>1.2.2 การป้อนอาหารทางปาก (ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนราบเนื่องจากคาท่อนำสายสวนหัวใจ)</p> <p>1.3 การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วย</p> <p>1.4 มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือไม่ ใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>เจ็บพลัน มีผลทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้มีอัตราตายสูง</p>	
<p>2. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลัน บางรายมีอาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลซึ่งแสดงออกมาในรูปของความเครียด</p>	<p>2. ที่ผ่านมามีการดูแลด้านสุขภาพจิต อารมณ์ของผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลันอย่างไร ผู้ป่วยแสดงถึงภาวะเครียดอย่างไรบ้างและท่านให้การช่วยเหลืออย่างไร</p> <p>2.1 การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียด หรือซึมเศร้า</p> <p>2.2 วิธีการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี</p>
<p>3. จากความเจ็บป่วยและความพิการ ทำให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงและคุณภาพชีวิตลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวการถูกทอดทิ้ง ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจและกลับสู่สังคมได้</p>	<p>3. ที่ผ่านมามีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและชุมชนอย่างไรและมีข้อเสนอแนะอย่างไร</p>
<p>4. ชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในบริการที่มีความต่อเนื่อง การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ช่วยลดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งที่จะช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยคือ กายอุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ และการช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพที่เป็นอยู่</p>	<p>4. ที่ผ่านมามีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนอย่างไร ผลเป็นอย่างไรและมีข้อเสนอแนะอย่างไรในด้านต่อไปนี้</p> <p>4.1 แหล่งช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ</p> <p>4.2 แหล่งช่วยเหลือด้านคำปรึกษา</p> <p>4.3 แหล่งช่วยเหลือทางสังคมอื่นๆ เช่น องค์กร บริหารส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน</p>

แนวคิด/ทฤษฎี	ประเด็นการสนทนา
<p>5. การประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการว่ามีข้อควรปรับปรุงแก้ไข เพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตรงประเด็น</p>	<p>5.ที่ผ่านมามีท่านพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเมื่อพาสผู้ป่วยมารับบริการ ตั้งแต่แรกหรือไม่และมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในด้านต่อไปนี้</p> <p>5.1 .ความพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับ เช่น ความสะอาดของอาคารสถานที่ พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ ความสะดวกรวดเร็วในการให้การรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง</p> <p>5.2 ความรู้ที่ต้องการและวิธีการให้ความรู้ที่ต้องการ</p>



ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยราย
กรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไว้ใช้

- คำชี้แจง 1. กรุณาอ่านข้อความในหัวข้อต่อไปนี้อย่างละเอียดและพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อเป็นจริง
ระดับใด
2. ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่แสดงระดับความเป็นจริงเพียงช่องเดียว
โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

1	หมายถึง	เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด
2	หมายถึง	เกี่ยวข้องกับน้อย
3	หมายถึง	เกี่ยวข้องกับมาก
4	หมายถึง	เกี่ยวข้องกับมากที่สุด
สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา	เกี่ยวข้องกับน้อยที่สุด	หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่
	เกี่ยวข้องกับน้อย	หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่
สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา	เกี่ยวข้องกับมาก	หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่
สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา	เกี่ยวข้องกับมากที่สุด	หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่
สร้างขึ้นมีความตรงด้านเนื้อหา	เกี่ยวข้องกับมากที่สุด	หมายถึง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเครื่องมือที่

แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
1	ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) วัตถุประสงค์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นมานำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในสถาบันและชุมชนอย่างต่อเนื่องได้อย่างครบวงจร					
2	ประเด็นสนทนาในการสร้างรูปแบบครอบคลุมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบองค์รวม					
3	รูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
4	ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder involvement) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบมาจากกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
5	ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม					
6	ด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (rigor and development) การพัฒนารูปแบบใช้ผู้ร่วมพัฒนาที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	
7	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ จากตำรา และงานวิจัย นำมาสนับสนุนการสร้างรูปแบบ ได้อย่างเหมาะสม					
8	ประเด็นการสนทนาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เลียบพลันมีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ					
9	ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (clarity and presentation) รูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทาง ดำเนินการได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม					
10	องค์ประกอบของรูปแบบมีขั้นตอนชัดเจน สามารถเป็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ง่าย					
11	ด้านความเป็นอิสระของทีมในการจัดทำ รูปแบบ(editorial independence) ผู้ร่วมสร้างรูปแบบทุกคนมีอิสระในการให้ ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือ ชี้นำจากผู้วิจัยและผู้อื่น					
12	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลาย ของผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบ ซึ่งปรากฏใน แบบการบันทึกข้อมูลและความรู้					
13	ด้านการนำรูปแบบไปใช้(applicability) รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบัน โรคทรวงอกและสามารถนำไปปฏิบัติได้					
14	การนำรูปแบบไปปฏิบัติ ใช้ทรัพยากร เหมาะสมคุ้มค่ากับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น					
15	รูปแบบมีการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานได้ง่าย					



ภาคผนวก ฉ
ผลการประเมิน

ตารางที่ 1 แสดงการแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นสนทนาเพื่อศึกษา
สภาพการณ์และความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแล
ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (เครื่องมือส่วนที่ 1)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓			✓				✓				✓	
2				✓				✓			✓				✓					✓
3				✓			✓		✓						✓					✓
4				✓			✓				✓		✓							✓
5				✓				✓			✓								✓	✓
6				✓				✓	✓										✓	✓
7				✓				✓			✓								✓	✓
8				✓				✓			✓								✓	✓
9				✓				✓		✓					✓					✓
10			✓					✓	✓						✓					✓
11				✓				✓		✓									✓	✓
12				✓				✓		✓									✓	✓
13				✓				✓		✓									✓	✓
14				✓				✓			✓		✓							✓
15				✓				✓			✓				✓					✓
16				✓				✓			✓								✓	✓
17				✓				✓			✓			✓						✓
18			✓					✓		✓					✓					✓
19				✓				✓		✓									✓	✓
20			✓					✓			✓				✓					✓
21			✓					✓		✓					✓					✓
22				✓				✓		✓					✓					✓

ตารางที่ 2 แสดงการแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบประเมินความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (เครื่องมือส่วนที่ 2)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓			✓					✓			✓	
2				✓				✓			✓		✓							✓
3				✓	✓						✓					✓				✓
4				✓				✓			✓					✓				✓
5				✓	✓							✓				✓				✓
6				✓	✓							✓			✓					✓
7				✓				✓			✓					✓				✓
8				✓				✓			✓				✓					✓
9				✓	✓							✓				✓				✓
10				✓			✓				✓		✓					✓		
11				✓				✓				✓				✓				✓
12				✓	✓						✓				✓					✓
13				✓	✓						✓				✓					✓
14			✓		✓							✓			✓					✓
15			✓		✓						✓				✓					✓

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้สูตร (Walz, Strickland & Lenz, 1991: 2) ดังนี้

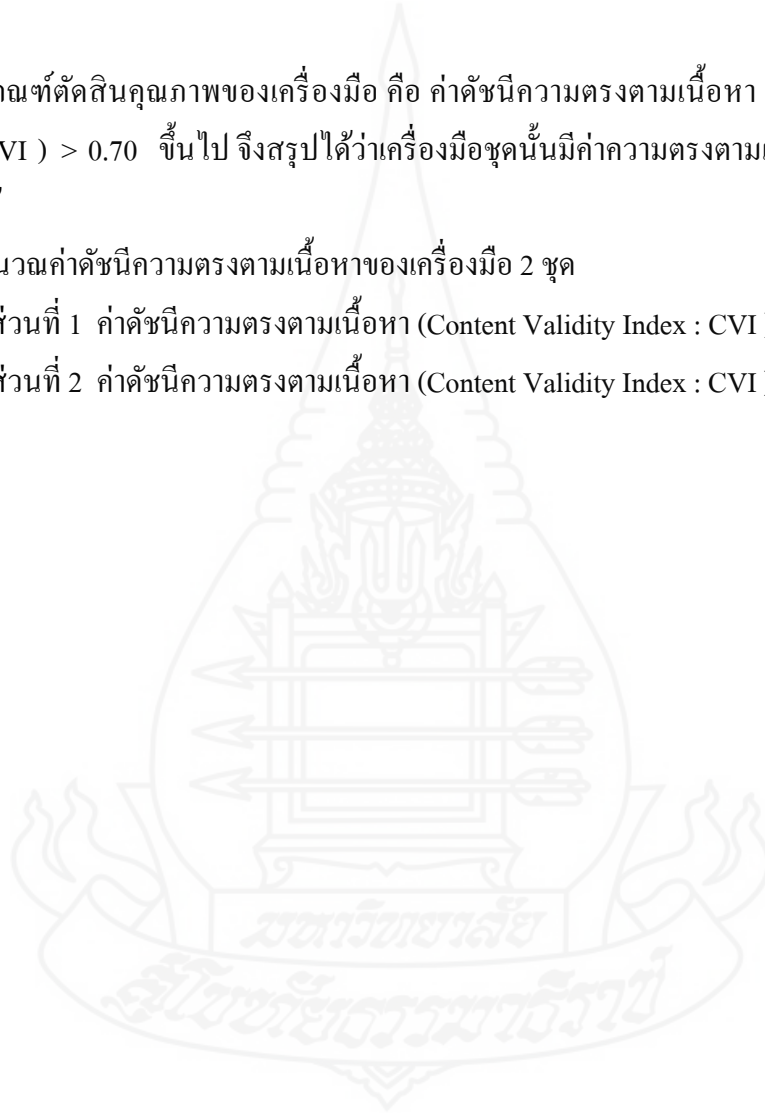
$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) > 0.70 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 2 ชุด

เครื่องมือส่วนที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) = 0.87

เครื่องมือส่วนที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) = 0.85



ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงคะแนนประเมินของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแบบประเมินความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ประเมิน คนที่	คะแนนประเมินรายข้อ														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
8	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3
2. มิติด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement) ได้แก่ ข้อที่ 4,5
3. มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (Rigor and development) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 8
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation) ได้แก่ ข้อที่ 9,10
5. มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ (Editorial independence) ได้แก่ ข้อที่ 11, 12
6. มิติด้านการนำไปประยุกต์ใช้ (Applicability) ได้แก่ ข้อที่ 13, 14, 15

การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores)

กระทำได้โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ (The Agree Collaboration, 2001)

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) x จำนวนข้อในแต่ละมิติ x จำนวนผู้ประเมิน

$$\text{ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} \times 100}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

ค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิตินี้มากกว่า 70% จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ โดยผลการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)	= 93.06 %
2. มิติด้านผู้มีส่วนได้เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement)	= 95.83 %
3. มิติด้านความแม่นยำของรูปแบบการพัฒนา (Rigor and development)	= 92.36 %
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)	= 86.46 %
5. มิติด้านความเป็นอิสระของการพัฒนารูปแบบ (Editorial independence)	= 92.71 %
6. มิติด้านการนำไปประยุกต์ใช้ (Applicability)	= 94.44%

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก



ตัวอย่างการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

Phy 1 (Physician) (แพทย์)

ผู้วิจัย: ขอบคุณมากครับ อันที่ 1 ก็คือว่า ที่ผ่านมาในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะ Acute STEMI ในส่วนที่เป็นของแพทย์ เราได้มีส่วนจะพัฒนาหรือมีส่วนร่วมในสถาบันเรา อาจารย์ลองเล่าให้ฟังสิครับ

Phy 1: คือ ถ้าเราดูแลคนไข้ผู้ป่วย Acute STEMI มีการพัฒนามาต่อเนื่องมาตลอด 10 กว่าปีที่แล้ว คนไข้ Acute STEMI ก็ Admit CCU ถ้าเจ็บหน้าอกมากก็ให้ NTG ให้อะไรไปแบบนั้น ให้ไซโลเคน แต่ระยะหลังมีการทำ Primary PCI มีเรื่องของการทำ door to balloon เข้ามาเป็นตัวกำหนดเพื่อให้เราพยายามเปิดเส้นเลือดที่อุดตันให้กลับมามีเลือดไหลมาเลี้ยงได้ตามปกติ เพื่อให้ลดอัตราการเสียชีวิตพิการของคนไข้ลงไป

ผู้วิจัย: ถ้ามีโครงการอย่างนี้อาจารย์คิดว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ ดีขึ้นอย่างไรบ้างเกี่ยวกับผู้ป่วย

Phy 1: ตั้งแต่สถาบันโรคทรวงอกมีการทำ Primary PCI ถ้าไปดูตัวเลขแล้วนี้ mobility, mortality ของคนไข้ STEMI ค่อนข้างต่ำมาก

ผู้วิจัย: ก็คือประสบความสำเร็จอย่างสูง แสดงว่าเรามีการพัฒนาเป็นถึงที่จุดสุดขอยังครับ

Phy 1: ยังหรอกครับ ทำอะไรก็ไม่ถึงที่สุด ต้องมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ

ผู้วิจัย: ย้อนถามในการเตรียมทีมของอาจารย์เองเป็นอย่างไรบ้างครับ

Phy 1: เวลาที่ผมถูกตามตัวโดยมากก็เวลาแพทย์ที่อยู่เวร ได้รับรายงานมาไม่ว่ามาจาก ER โรคทรวงอก หรือมาจาก Fax EKG ที่ Refer มาจากนอกสถาบันเขาก็แจ้งผม เขาจะเป็นคนดูก่อน

ผู้วิจัย: ก็คือแจ้ง staff

Phy 1: แจ้งผม แจ้ง staff แล้วก็ให้ผมดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่าเข้าได้กับ ST elevation MI หรือเปล่า ถัดมาก็ต้องดูเวลาผ่านมานานหรือยัง ยังอยู่ในเวลาทองที่จะทำได้หรือเปล่า อันที่ 3 นี้ดูว่าคนไข้มี critical syndrome ที่เค้า เป็น CHF หรือไม่ หรือว่าเป็น ole MI อะไรหรือเปล่า อันที่ 4 ต้องดูโรคร่วม เช่น โรคไตวาย Stoke หรือฟังกัดอะโรมา หรือมีเสพติดที่ไม่เหมาะสมมาที่สถาบันโรคทรวงอก ก็เพราะเราไม่มีหมอที่จะดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคพวกนี้

พอเห็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วไม่ได้มีข้อห้าม ข้อบ่งชี้ ว่าโรงพยาบาลเราไม่เหมาะ แต่การรักษาเราก็จะให้เขาส่งตัวคนไข้โดยเราแนะนำว่าโดยมาให้เร็วที่สุด เพื่อที่จะเปิดเส้นเลือดให้เร็วที่สุด เพื่อที่จะทำ Door to balloon time ให้น้อยที่สุด

ผู้วิจัย: อันนี้อาจารย์คิดว่าทีมของเรา คำว่าทีมไม่ใช่แค่ Cath lab ไม่ใช่ CCU อย่างเดียวอาจารย์คิดว่าทีมในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจหมดหรือยังครับ

Phy 1: ผมคิดว่าเข้าใจเยอะนะ เอาอย่างเช่น ห้องฉุกเฉินมี case เขาก็รับรายงานแพทย์ รายงาน staff ให้มีการ Follow เพียงไม่กี่นาทีก็รู้กันหมด ส่วนที่ Cath lab ก็ตั้งใจกันดี พอถึงเวลาก็มากันหมด

ผู้วิจัย: ก็แสดงว่าในโรงพยาบาลเราก็มีรูปแบบอยู่แล้ว ส่วนใหญ่เข้าใจกันดี ย้อนถามไปนิดนึงนะครับ การเตรียมทีมของเรา ทีมความรู้เราต้องส่งเสริมอย่างไร หรือต้องเตรียมตัวอย่างไรดี ให้พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

Phy 1: คงต้องมีการสอนอบรม จัดอบรมกลุ่มย่อยว่ามี STEMI เป็นอย่างไร มี critical syndrome หรืออะไรดูเหมือน STEMI แต่ไม่ใช่ STEMI และ time lose ของคนไข้ ช่วงเวลาของคนไข้ บางทีเจ็บหน้าอก มา 3 วันแล้ว แต่ EKG ยัง STEMI อยู่ อย่างนี้ต้องให้ความรู้ต้องมาสอนกัน

ผู้วิจัย: อยากให้พวกเรารู้คล้ายๆ กัน โกล้เคียงกัน ที่อยากให้รู้เพราะอะไรครับ

Phy 1: ที่อยากให้รู้เพราะ เราจะได้เลือกคนไข้มาทำ case ได้ถูกต้อง

ผู้วิจัย: ก็คือเข้ากับกรณีที่เราศึกษาอยู่ ก็คือ การเลือก case ต่อมาอยากถามอาจารย์ว่าไม่ว่า refer หรือ walk in เข้ามา ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลอย่างไร แล้วเราจะดูแลอย่างไร

Phy 1: โดยมากผู้ป่วยผมจะให้คำปลอบใจเขามากกว่า ว่าเขาไม่ได้เป็นอะไรมาก และก็บอกเขาว่าเป็นโรคอะไร เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมีความจำเป็นต้องไปฉีดสีเร่งด่วน ไม่ได้บอกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแบบนั้น แบบนี้ จะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่ให้ความร่วมมือ ในกรณีญาติโดยส่วนตัวผมจะบอก เปอร์เซนต์ ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ว่าจะเป็น Stoke, MI, CHF หรือเสียชีวิตต้องบอกญาติไว้ก่อนเพราะเรากำลังไปยุ่งเกี่ยวกับ MI ต้องการทำการหัตถการ มีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หมดไม่ใช่ปลอดภัย 100%

ผู้วิจัย: อาจารย์คิดว่าทำให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติมีความเพียงพอไหม หรือมีผลตอบกลับมายังไง

Phy 1: แน่แน่นอนเขาไม่เข้าใจ 100 % เพราะเขาไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข แต่ว่าเราก็อธิบายได้ว่า ถ้าไม่ทำ เช่นเป็น Inferior wall STEMI ถ้าไม่ทำก็มีตัวอย่าง เช่นคุณเอกชัย ที่เป็นนักข่าว ถ้าทำก็มีโอกาสช่วยได้ก็มีสูง 80-90 % ภาวะแทรกซ้อนก็มี 5-10% เขาคงพอจะเข้าใจคร่าวๆ แต่ไม่สามารถเข้าใจได้ลึกมาก

ผู้วิจัย: โดยสามารถจะโน้มน้าวให้ความร่วมมือตรงนี้ได้ เราได้มองถึงสิทธิผู้ป่วยและด้านจริยธรรมเพียงพอหรือไม่ หรือต้องละเมิดอะไรเขาไหม

Phy 1: โดยมากคนไข้ที่กำลังเจ็บหน้าอกมากๆ เขามักจะต้องการความช่วยเหลือ เขาจะไม่ค่อยปฏิเสธเท่าไร แต่ยกเว้นบางคนที่ เป็น MI แต่ไม่ค่อยเจ็บหน้าอก บางทีก็ V/S stable เขาก็คงนึกว่าทำไมเขาต้องทำ ทั้งที่ EKG ยัง STEMI อยู่ อย่างนี้เขายังไม่รู้ว่าเป็นมาก อาจจะมีภาวะแทรกซ้อน

ต่อไปได้ อย่างนี้ถ้าปล่อยเขาไว้ไม่ทำอะไรอย่างนี้ในแง่พิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยนี้ ที่ผ่านมาก็จะต้องอธิบายว่าหลักการและเหตุผลความจำเป็นว่าไปรักษาโดยการฉีดสี หรือความจำเป็นที่ไม่ต้องฉีดสี แต่เอาเขามาอยู่ใน CCU เพื่อสืบอาการ ส่วนมากไม่ค่อยมีปัญหา สิทธิผู้ป่วย คือ คนไข้ไม่มีสิทธิ ไม่ได้อยู่หลักประกันสุขภาพ 30 บาท ไม่ได้อยู่ในประกันสังคม ไม่ได้อยู่ในต้นสังกัด อันนี้จะมีปัญหาในการรักษา ชาวต่างด้าว ชาวต่างประเทศ จะเป็นเรื่องสิทธิ เพราะว่าการรักษาพยาบาลต้องมีเจ้าภาพ ถ้าไม่มีเจ้าภาพแล้ว การรักษาก็มีปัญหา ไม่รู้จะไปเบิกเงินกับใคร อย่างนี้เรื่องสำคัญ แต่ภาวะความเป็นความตาย จะปล่อยไว้ ไม่ทำอะไร หรือทำอะไรซ้ำก็สายไม่ทันการนี้ก็จะมิจริยธรรม เรื่องช่วยเหลือคนไข้กับเรื่องสิทธิที่ต้องมาจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในคนไข้ที่ไม่มีสิทธิอะไร

ผู้วิจัย: ตามกฎหมาย ในภาวะฉุกเฉินเราสามารถช่วยชีวิตคนไข้ได้ทันทีเลยไหมครับ

Phy 1: สามารถช่วยได้ แต่ผลลัพธ์ เราไม่รู้ ถ้าผลลัพธ์ออกมาดีก็เสมอตัว

ผู้วิจัย: อยากถามอาจารย์เรื่องการประสานงาน ขอความช่วยเหลือกับโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมาหรือในโรงพยาบาลเราเป็นอย่างไรบ้างครับ

Phy 1: ผมว่าการประสานงานในโรงพยาบาลเราใช้ได้ดีแต่การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล บางครั้งก็ไม่ทราบว่ามีปัญหาอะไร ตัวอย่างเช่น เหตุเกิดที่โรงพยาบาลที่ติดต่อมาตอน 4 โมงเย็น แต่มาติดต่อสถาบันโรคทรวงอก 2 ทุ่ม แต่คนไข้มาถึง 5 ทุ่มทั้งที่ห่างจากโรงพยาบาลเราแค่ 2 ป้าย รถเมล์ ความต่อเนื่องในสถาบันโรคทรวงอกเริ่มเห็นเค้าโครงบ้างแล้ว อย่างคนไข้ Emergency มาฉีดสีทำบอลูนเสร็จ กลับไปอยู่ CCU มีการส่งต่อคนไข้ทันตลอดเวลา อยู่ CCU เอาสายฉีดสี ออก off sheeth ก็มีการดูแลตลอดเวลา มีการให้สุขศึกษาหลังออกจาก CCU แล้วมีการให้คำแนะนำว่า คนไข้ที่ใส่ขดลวดไปต้องกินยา เป็นเวลา 1 ปี ห้ามขาดยา มีการให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ มีรูปแบบดีมากแล้ว แต่บางที่อาจไม่ต่อเนื่อง ไม่ราบเรียบเพราะคนไข้อาจมีการเปลี่ยนที่อยู่ เปลี่ยนตึก ไปเรื่อยๆ หมอที่ดูแล ก็เปลี่ยนไปเรื่อยๆ

ผู้วิจัย: อาจารย์คิดว่า การที่ขาดความต่อเนื่อง ขาดการประสานงาน อาจารย์คิดว่าเป็นเพราะอะไร เรายังไม่มีทีมที่ดูแลดีพอหรือครับ อาจารย์ คิดว่าอย่างไร

Phy 1: เป็นเพราะว่าแต่ละคนมีงานหลัก

ผู้วิจัย: คนที่ทำงานแต่ละ function แต่ละบุคคล

Phy 1: มีงานหลักอยู่ที่ไม่สามารถตามไปดูถึง CCU ตามไปดูถึง Ward ตามไปดูถึง Echo ก่อนกลับบ้าน ตามไปดูถึงว่าเขาจะหยุดสูบบุหรี่ไหม แบบนี้ ก็ขาดความราบเรียบราบรื่น และต่อเนื่องในแต่ละ case เพราะ ถ้าเราต้องการดีที่สุดในสิ่งที่ดีที่สุดที่จะทำได้ ก็จะต้องมีความต่อเนื่องตรงนี้

ผู้วิจัย: ก็อาจจะใกล้เคียงกับที่ผมศึกษาอยู่ การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คืออย่างนี้ครับ ใน case แบบนี้ ก็จะมี case manager ที่บอกแล้ว ก็จำเป็นต้องรู้เรื่อง

โรคนี้เป็นอย่างดี ก็จะต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้า โรงพยาบาล จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล คนไข้เหล่านี้มาจะมีกระบวนการไม่ราบเรียบจากจุดหนึ่ง จากหมอ ไปพยาบาล จากพยาบาล ไปคนไข้ หรือคนไข้ไปที่ญาติ ความต่อเนื่องตรงนี้ตัวประสานตรงนี้อาจเป็นพยาบาล คือ พยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณีทั้งหลาย ผู้จัดการคนนี้ทำหน้าที่ประสานงานทั้งเรื่องกับคน ไข้และญาติ กับทีมสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะ นักกายภาพ ที่มีการต่อเนื่องระหว่าง ward ถ้ามีการจัดการตรงนี้อาจารย์คิดว่าทำได้หรือไม่ และผลจะเป็นอย่างไร

Phy 1: เป็นความคิดที่ดีถ้าจะมีผู้จัดการราย case ซึ่งไม่จำเป็นว่าสถาบัน โรคทรวงอกจะมีผู้จัดการเพียงคนเดียว เพราะเดือนหนึ่งเรามี MI เข้ามาประมาณ 30 -40 ราย/เดือน ผู้จัดการมีหลายคนได้ อาจจัดเป็นเวรกันก็ได้

ผู้วิจัย: อาจารย์คิดว่าจะแก้ปัญหาได้หรือไม่

Phy 1: แก้ปัญหาได้เยอะ ทำให้คนไข้และญาติ อย่างน้อยก็มีที่พึ่งได้หนึ่งคน อาจจะมีขาดตกบกพร่อง หลงลืมไปตรงไหน ไม่เข้าใจจุดนั้นจุดนี้ ก็สามารถแก้ปัญหาได้โดยตรง อย่างนี้ก็ทำให้การบริการของเราจะเข้าถึงคน ไข้และญาติ จะมีความใกล้ชิดเคียงกับเอกชนมากขึ้น ผลลัพธ์ก็น่าจะออกมาดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัย: ผลลัพธ์ของคุณภาพการบริการกล่อมเนื้อหัวใจตาย อาจารย์คิดว่าเป็นอย่างไร

Phy 1: ด้านทรัพยากรที่เรามีจำกัด ทำได้ขนาดนี้ก็ยอดเยี่ยมแล้ว เราทำเกินคุ้มกับแรงที่เราลง

ผู้วิจัย: ถ้าเราจะให้เต็ม 10 ทีมตั้งแต่คนไข้เข้ามาจนถึงกลับบ้าน อาจารย์คิดว่าจะให้กี่เต็ม

Phy 1: ให้ 8

ผู้วิจัย: ส่วนที่ขาดไป 2 เต็มคือ การพัฒนาเรื่องอะไร

Phy 1: เรื่องแรก แบ่งเป็น 3 ระยะ 1 คือ ระยะการรับคนไข้เข้ามา 2 คือ ระยะคนไข้อยู่ในโรงพยาบาล 3 คือ ระยะที่คน ไข่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ระยะแรกคือ ระยะที่รับคน ไข้จากต่างโรงพยาบาล ปัญหาสำคัญคือเรื่องการติดต่อสื่อสารต้องลดระยะเวลาเดินทาง คน ไข้เจ็บหน้าอก ตั้งแต่กี่โมง ไม่ใช่ใช้เวลา 5 ชม. ถึงจะมาติดต่อสถาบัน 4 ชม. กว่าจะมาถึงห้องที่ห่างจากโรงพยาบาล 2 ป้ายรถเมล์ เรื่องที่ 2 คือเรื่องเช็กลิสทึบัตริ หรือต้องมีการเช็กลิสทึบัตริให้เรียบร้อย ไม่ใช่ให้หมอทำ cath เป็นคนตัดสินใจ ถ้าเกิดคน ไข้ไม่มีลิสทึบัตริ เป็นไปได้ไหมมีระบบมูลนิธิ หรือหน่วยงานราชการมา support ไม่ใช่แพทย์ทำ cath มาติดต่อรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล ติดต่อไปถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างนี้ทำให้ซ้ำไปใหญ่ ทำบอลดูนิจิตลียิ่งซ้ำไปอีก อันนี้คือคน ไข้ที่ยังไม่ได้มารักษา ระยะที่ 2 คือ ทำ cath แล้ว อยู่ในโรงพยาบาลที่ยังขาดคือ case manager ถ้ามี case manager ก็จะช่วยให้เพื่อที่จะติดต่อกับสหสาขาวิชาชีพที่ติดต่อกับแพทย์ผู้ทำ cath ติดต่อโภชนากร ช่วยกันดูแลคน ไข้ มาช่วยสอนคน ไข้ เพราะไม่รู้ว่าจะต้องกลับไปดูแลคน ไข้อย่างไร

หน่วยงานหยุดสูบบุหรี่ก็ต้องมาสอน ต้องมี case manager เพื่อที่จะดึงพวกนี้เข้ามา ช่วงที่ 3 คือช่วงที่กลับบ้านไปแล้ว อาจจะต้องอาศัย case manager มาช่วย คือตามคนไข้กลับมาปรึกษา เพราะถ้าคนไข้ไม่มาปรึกษานี้ ขาดควาอาจจะตันได้ ส่วนใหญ่คนไข้ก็อยากจะมาพบแพทย์ที่ทำบอลลูนให้อยู่แล้ว สมมุติเขากลับมาได้ ไม่ขาดยา มาทำกายภาพตามกำหนด กินยาสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ คุมอาหารให้ได้ตามปกติน่าจะดี

ผู้วิจัย: ส่วนนี้ก็จะเป็นการเก็บข้อมูล และนำมาสรุปประเด็นและนำเสนอต่อที่ทำการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็ทีมอายุรศาสตร์หัวใจ หรือทีมบริหารของโรงพยาบาลเพื่อจะเอาไปพัฒนารูปแบบให้มันเกิดขึ้นจริงๆ ในวันนี้ก็ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ข้อมูลนี้ นับว่าได้ประโยชน์มาก ขอขอบคุณครับ

Pt.₁ (Patient)..... (ผู้ป่วย Case 1)

ผู้วิจัย: สวัสดีนะคะ วันนี้ก็จะมาพูดคุยกันเป็นประเด็นสนทนาค่ะ เพื่อจะวิเคราะห์สถานการณ์ คือเป็นความต้องการการดูแลผู้ป่วย คือผมเองขอแนะนำตัวว่าผมชื่อ กฤษดา จนวนวันเพ็ญ นะครับ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พยาบาลศาสตร์ ซึ่งผมก็ขออนุญาตคุณประหยัดเพื่อจะเก็บข้อมูลตรงนี้ เพราะมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในภาวะฉุกเฉินที่เหมือนวิกฤติแล้วเราต้องมาดูแลตรงนี้ สรุปแล้วมันมีข้อบกพร่องอะไรนะคะ ที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล หรือญาติ เราต้องคุยกันอีกทีนึงนะคะ รวมทั้งส่วนหนึ่งผู้ให้บริการ ก็คือพวกเรากันเอง ก็จะมาพูดคุยกันใน 3 ส่วนตรงนี้ สรุปแล้วคุณประหยัดก็คือส่วนหนึ่งที่จะมีประโยชน์มากที่จะให้ข้อมูลตรงนี้ ต้องขอความอนุเคราะห์จากคุณประหยัด

Pt.₁: ยินดีครับ ยินดี

ผู้วิจัย: 1. ตอนที่มาได้รับการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาล ทางด้านร่างกาย และทางด้านโภชนาการ หรือเตรียมพร้อมการดูแล หมายถึงการเตรียมพร้อมจากบ้านมา มีการเตรียมพร้อมอะไรบ้าง ลองเล่าให้ฟังสิครับ

Pt.₁: ก็ตอบแบบกำปั้นทุบดินเลยนะคะ ก็คือ ไม่มีเลย ก่อนที่ผมจะมา รพ. 1 สัปดาห์ ผมก็คล้ายๆ เดินไป เดินด้วยความเร็วพอสมควรประมาณซัก 500 – 600 เมตร เพื่อจะไปรับของบางอย่างจากเพื่อนที่ทำงาน ปรากฏว่าอาจจะเหนื่อยหรืออะไรก็แล้วแต่เรารู้สึกเจ็บหน้าอก แต่พอพักสักกระยะหนึ่ง ซัก 10 นาที อะไรอย่างนี้ มันก็หายไป ก็เลยคิดว่ามันไม่เป็นอะไร แล้วหลังจากนั้น ผมก็เดินออกกำลังกายที่บ้าน ที่พักอยู่ แต่แค่เดินนะคะ เดินเร็วก็ไม่เห็นมันเจ็บหน้าอกอะไร ผมก็เลยใจเย็น ไม่ได้คิดว่าจะมีอะไรรุนแรง จนกระทั่งวันที่เป็นเนี่ย ผมไปเซ็นของ ก็คงจะเหนื่อยมากกว่า

ปกติที่เราเดินออกกำลังกาย ตอนนั้นผมก็เลยเหนื่อยมาก แล้วก็เจ็บหน้าอกรุนแรง ก็นอนพักเพื่อจะให้มันแรง คิดว่าเดี๋ยวพอหายเหนื่อย มันจะหาย ปรากฏว่ามันไม่หาย ก็เลยโทรบอกลูกว่าช่วยมาดูแลหน่อย พ่อเป็นลม ลูกก็มาดูแลซักประมาณ 1 ชม. ผมก็คิดว่าน่าจะพอมารพ. ได้แล้วละ ก็เลยให้ลูกขับรถมาส่งที่ รพ. นี้

ผู้วิจัย: คือในรายชื่อของคุณประหยัดเองไม่ได้ส่งมาจาก รพ.อื่น

Pt.1: ไม่ใช่ครับ

ผู้วิจัย: แต่มันเป็นการเกิดภาวะฉุกเฉินของเราเอง

Pt.1: ใช่

ผู้วิจัย: คราวนี้ก็จะมาตอบคำถามไม่ได้ตรงนักแต่มันก็เป็นภาวะฉุกเฉินที่เราไม่ได้เตรียมตัวอะไร ถูกไหมครับ

Pt.1: ไม่ได้เตรียมตัวอะไรเลย

ผู้วิจัย: คราวนี้คุณประหยัดคิดว่าได้รับการพิทักษ์สิทธิ หรือคุ้มครองด้านปกป้องสิทธิมนุษยชน จากทีมสุขภาพ เพราะทีมสุขภาพก็มีตั้งแต่หมอ พยาบาล ศูนย์แปล หรืออะไรทั้งหลาย ที่มาถึง รพ. เพราะว่าต้องบอกว่า รพ. เราแหละ เพราะ รพ.เราเป็น รพ.แรกใช้ไหม คิดว่ามี มีเรื่องที่ว่าได้รับการพิทักษ์สิทธิเต็มที่ไหม หรืออย่างไร

Pt.1: คำว่าพิทักษ์สิทธิอาจจะฟังเข้าใจยาก แต่พูดถึงการดูแล การบริการนี้ ผมถือว่าดีมากนะครับ ตอนที่รถจอดปั๊ม เจ้าหน้าที่ก็เซ็น Wheel chair ไปปรับ แล้วก็ถามทันทีเลยว่าอาการเป็นอย่างไร อะไรต่างๆ ก็เลยบอกว่า โอ้ย...เจ็บหน้าอกมาก เจ้าหน้าที่ถามว่าจาก 10 เนียให้เท่าไร ผมก็บอกว่า 8 - 9 เค้าก็กระตือรือร้นนะครับแสดงว่าผมเจ็บมากจริงๆ ก็รีบดำเนินการตามขั้นตอนของเค้านะครับ ผมเชื่อว่าเค้าทำรวดเร็วมาก ผมเคยดูหนังเรื่อง ER เนี่ย ยังคิดอยู่เลยว่า รพ.นี้ใกล้เคียง ไข้เลย ประมาณ 5 นาทีก็เซ็นผมขึ้นมาชั้น 2 แล้ว

ผู้วิจัย: ครับ ขอบพระคุณครับของคุณประหยัดนี่คือมาในเวลาไง ก็เลยจะได้บริการอย่างนี้ ดีแล้ว แต่ว่าในนอกเวลาก็ไม่ได้ต่างกันนะครับ

Pt.1: พอมมาถึงชั้น 2 ก็จะมีคุณหมอ หรือเจ้าหน้าที่ผมจำไม่ได้เหมือนกันตอนนั้นปวดมาก ก็มาคล้ายมาพูดให้ฟังเลยว่าอาการอย่างคุณเนี่ย คือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถ้าไม่รักษาอาจจะเสียชีวิต แต่ถ้าจะรักษาหรือมีอะไรที่ผมจำไม่ได้แล้วก็มีความเสี่ยงอยู่บ้าง 20 - 30% จะว่ายังไง ผมก็บอกาก็ต้องรักษาแล้วละ แล้วหลังจากนั้นก็ดำเนินการทุกอย่าง เค้าก็ปั๊มๆ

ผู้วิจัย: ก็แสดงว่าได้รับการบริการ หรือดูแลทางด้านการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มเลย เมื่อเหยียบถึง รพ. เลยถูกไหมครับ

Pt.1: ครับ อย่างดีและรวดเร็วเลย ผมชมไปเยอะแล้วนะ ใครมาเยี่ยมผม ผมชมไปเยอะแล้ว

ผู้วิจัย: ได้เจาะเลือดใหม่ มีไหม คำทำอะไรให้คุณประหยัดบ้าง พอจะจำได้มั๊ยครับ

Pt.: ตอนที่อยู่ห้อง ER ให้ทานยาเป็นกระปุกเลย มาป้ายลินด้วย

ผู้วิจัย: ทานยาเยอะเลย มีเจาะเลือด มีตรวจที่กล้ามเนื้อหัวใจมั๊ยครับ

Pt.: มา check หัวใจ คลื่นใจ เจาะเลือดก็คงมีเจาะนะครับ แล้วก็ให้เปลี่ยนชุด เป็นชุดคนไข้ แล้วก็..
 คำละเอียดมากนะครับว่าเดี๋ยวจะเข้าห้องผ่าตัดแล้วจะปัสสาวะก่อนไหม อะไรไหม ผมถือว่าเขา
 ละเอียด พอเขาพาผมเข้าไปห้องผ่าตัด ผมรู้สึกว่ามันหนาวจริงๆ ถ้าผมไม่ปัสสาวะก่อนเนี่ย
 ออกเป็นก๊อกเลย ผมเชื่อ Recommend นะ ส่วนนี้ก็ถือว่าระหว่างที่เขาทำ Operation อะไรอยู่นี้ ผม
 ก็บ่นตลอดนะที่ผมหนาวมาก ผมสั้นเลย ไม่ทราบว่ามันอยู่ด้วยเลยเปล่า ผมบอก ผมหนาวมาก คำ
 ก็พยายามเอาผ้าห่มมาให้ แต่ผมก็ยังสั้นตลอดเวลาเลย ในตอนนั้นเนี่ยยังคิดว่าถ้าได้กระดิกน้ำร้อนก็
 คงช่วยได้เยอะ

ผู้วิจัย: ยังมีช่องทางอะไรที่เราจะพัฒนาหรือจะดูแลคุณประหยัดได้มากขึ้นไหมครับ

Pt.: คือ ดีผมเป็นคนไม่ค่อยอดทน ผมจะบ่น เจ็บอะไรอย่างนี้เนะ ผมรู้ตัวดี

ผู้วิจัย: ไม่เป็นไรครับ คือ คนไข้ที่มาหาเรา ถ้าไม่ได้รับการดูแลก็คงไม่ใช่

Pt.: ต่างๆนี้ หมอก็จะอธิบายให้ฟังด้วย เป็นอะไรที่ดีเราก็ได้ความรู้ไปเพิ่ม แต่ผมจะบ่น
 เพราะฉะนั้นคุณหมออาจจะไม่มีช่วงเวลาที่จะมาออกมาอะไร และวันนั้นผมก็อาเจียนด้วย อาเจียน
 จนหมด ไม่รู้เป็นเพราะแพ้หรือเปล่า แพ้สั อะไรหรือเปล่าที่ฉีดเข้าไป

Pt.: ก็คืนะครับ พออาเจียนไปรู้สึกสบายขึ้นเยอะ

ผู้วิจัย: ไซ้ ไซ้ คืออันนี้มันเป็นเรื่องที่ปกติของเรื่องแบบนี้ แต่เหตุการณ์ที่ปกติของโรคผู้ป่วยอย่างนี้
 เป็นภาวะฉุกเฉิน มันต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีพิเศษจากทีมสุขภาพอย่างเรา ไม่ว่าจะเป็นหมอ
 ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทั้งหลาย อันนี้ถึงบอกว่ามันมี gab หรือช่องทางตรงไหนซึ่งจะพัฒนา
 ได้ อย่างเช่น เมื่อก็บอกว่าหนาวไป และถ้าเราจะทำยังไง อาจจะมีการ keep warm เอาถุงน้ำร้อนมา
 ให้ อันนี้ก็เป็นข้อ ได้ข้อหนึ่ง

Pt.: ผมว่ามันช่วยได้เยอะนะครับ เพราะผมสั้นมากไม่ใช่สั้นธรรมดา คือสั้นหนาว คิดในใจว่าออก
 จากห้องนี้ไป สงสัยจะเป็นไซ้แน่ๆเลย

ผู้วิจัย: ข้อมูลเกี่ยวกับที่ที่ต้องมาทำ มีใครช่วยชี้แจงอะไรอย่างนี้ นอกจากแพทย์ช่วยชี้แจงความ
 เสี่ยงที่คุณบอกก็เปอร์เซ็นต์ที่ต้องรักษาอย่างนี้ คนอื่นมีไหมครับ มีทีมคนอื่นอีกไหม ที่นอกจาก
 หมอแล้วมีพยาบาลมากอยให้ไหม

Pt.: ไม่มีนะครับ

ผู้วิจัย: หรือมันมีเวลาน้อยกระชั้นชิดเกินไป

Pt.1: กระชั้นชิดมาก เพราะห้องฉุกเฉินเค้าก็รับทำอย่างด่วนจึ่เลย ก็พอมาถึงชั้น 2 เนี่ยก็มีคุณหมอคอยอธิบายให้ฟัง ซึ่งผมก็คิดว่าผมพอเพียงแล้วละ ถ้าอธิบายมากกว่านี้มันก็จะเสียเวลา เพิ่มความเสี่ยงแก่ชีวิตเข้าไปอีก ไข้ไหมครับ แค่ว่าบอกว่าถ้าไม่ทำ โอกาสเสี่ยงถึงชีวิต ถ้าทำ โอกาสที่ไม่สำเร็จ 20-30% ข้อมูลแค่นี้ผมคิดว่ามัน Clear cut มากเลย ตัดสินใจได้ทันที

ผู้วิจัย: คิดว่าเพียงพอแล้ว

Pt.1: เพียงพอแล้วไม่ต้องอธิบายไปมากกว่านี้

ผู้วิจัย: คุณประหยัดคิดว่า คนที่ให้ข้อมูลควรจะเป็นใคร เป็นหมอ เป็นพยาบาล หรือจะเป็น...

Pt.1: เป็นหมอ ผมคิดว่าควรจะเป็นหมอ

ผู้วิจัย: น่าจะเป็นหมอมากกว่านะครับ

Pt.1: และหมอก่อนที่จะมาให้ข้อมูล ควรจะแนะนำตัวหน่อย ผมนายแพทย์นี่นะครับ ประจำห้องนี้นะครับ ดูจากอาการคุณแล้วจะเป็นอย่างนี้ ถ้าทำอย่างนี้จะเป็นอย่างนี้ ถ้าทำอย่างนี้จะเป็นอย่างนี้ แต่ตอนนั้นผมไม่ได้คิดอะไรมากนะครับ ผมเจ็บมาก แต่ถ้าพูดได้อีกซักครั้งนาที ก็เพิ่มอันนี้

ผู้วิจัย: แสดงว่าตอนนั้นขาดอันนี้ไป

Pt.1: อาจจะขาด แต่ผมไม่แน่ใจ 100% นะว่าหมอบอก อันนี้ผม นพ.ก. คุณเล่าเรื่องนี้นะ ผมดูจากอาการคุณประหยัดแล้ว คือ กล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน มีวิทยาศาสตร์ มีทางเลือกอยู่ 2 ทาง 1. คืออย่างนี้ 2. คืออย่างนี้ อะไรอย่างนี้ มันจะทำให้การให้ข้อมูลเนี่ยรู้สึกดีขึ้น

ผู้วิจัย: ดีขึ้น ไข้ไหมครับ ความน่าเชื่อถือมากขึ้นหรือเปล่า

Pt.1: ความน่าเชื่อถือแล้วก็ความมั่นใจด้วย

ผู้วิจัย: ก็เป็นไปได้หลายอย่าง คือ 1. ว่าคนไข้ที่อยู่ในภาวะอย่างนี้ที่อาการยังดี ยังนอนรู้สึกดีสูง บางคนบางทีความรู้สึกดีอาจจะลดลงตามความเจ็บปวด มีความแน่นหน้าอก ความเหนื่อยอย่างนี้ แต่ว่าอย่างไรก็ตามก็ต้องขอขอบคุณมาก นี่ก็เป็นข้อที่เรานำมาพิจารณาต่อไปปรับปรุงในทีมสุขภาพของเรา

Pt.1: น้องอาจจะ comment นิดหนึ่งก็ได้เนะ ตอนอธิบายที่ แนะนำตัวหมอหน่อยจะดีมาก

ผู้วิจัย: ก็มีครับ ก็ต้องยอมรับว่ามีจริงๆ เพราะว่าเราทำงาน ทีมหมอก็เร่งรีบ หมอจะเกร็งเตรียมหลายอย่าง เขาบอกเขาเกร็งไปหมดระหว่างที่มีคนไข้เข้ามา

Pt.1: แต่พี่ชื่นชมนะ พวกคุณทำงานกันรวดเร็วเนะ

ผู้วิจัย: ที่ผ่านมามีอาจจะตอบคำถามไม่ตรงประเด็นนัก ก็คิดว่าในรายชื่อของคุณประหยัดนี้ไม่ได้มาจาก รพ.อื่น ที่ส่งมาที่ผมเรียนให้ทราบในตอนต้น แต่มันมีที่เคสคุยกันเมื่อคราวก่อน ตอนที่ไปซักประวัติ ตอนที่ไปกดห้ามเลือดจำได้ไหมรักษาที่โรงไฟฟ้าไหม

Pt.1: อ้อๆ รักษาตัวที่โรงไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเค้ามีสถานพยาบาล ก็ไปรักษาความดันมาตลอดหลาย 10 ปี อธิบายอย่างนี้นะ ผมก็เลยมานี้มา discuss กับแพทย์ที่รพ.ทรวงอกนี้

บอกว่าเวลาผมไปตรวจร่างกายประจำปีทุกที คุณหมอก็การไฟฟ้า ก็จะบอกว่า Cholesterol คุณสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เรียบร้อยก็ไม่ต้องกินยาก็ได้นะ คุณก็ไปดูแลเรื่องอาหารการกิน อย่ากินของมันของอะไรอย่างนี้ เนื้อสัตว์อะไรก็กินให้น้อยลงแล้วก็ออกกำลังกาย อะไรอย่างนี้นะ ก็เป็นอย่างนี้มาหลาย 10 ปี จนกระทั่งผมชิน แต่พอมาฟังคุณหมอที่นี้พูดแล้ว มันยังไม่ดีพอ เพราะการที่ Cholesterol คุณเกินมาตรฐานมาเป็นเวลาสิบๆปีนี้ มันยอมไปเกาะที่ผนังเส้นเลือด มันจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตของคุณสูง พอความดันโลหิตสูง มันสูงเพราะว่าหลอดเลือดมันตีบลงไข้ใหม่ ความเข้าใจผมนะ

ผู้วิจัย: คือคำถาม ที่ถามย้อนไปมันเหมือนกับว่า ถ้าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ก่อนที่จะมาถึงรพ.เรานี้เพียงพอหรือยังประมาณนั้น อาจจะตอบว่ายัง อะไรประมาณนั้น

Pt.: ยังครับ ผมถือว่ายัง ผมพูดแบบตรงไปตรงมานะ ผมถือว่าแพทย์ที่ผมรักษามาก่อนหน้านั้น ไม่ใช่มีอาชีพ

ผู้วิจัย: แล้วก็ต้องมีสิ่งที่จะพัฒนาอย่างไร อันนี้ก็ถือเป็นบทเรียน หรือเป็นคุณก. ไข้ใหม่ อาจจะมีแปลต่อๆไป

Pt.: เพราะฉะนั้น ถ้าผมจะเสนอแนะก็คือว่า ตอนนี้นักไทยรวมทั้งคนทั่วโลกเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจมากที่สุดนะครับ เพราะฉะนั้นในเมื่อสถาบันเราเป็นศาสตราจารย์นะ เป็นบรมครูทางด้านโรคหัวใจ ผมว่า

ผู้วิจัย: อันนี้ไม่รู้ว่าจะจริงหรือเปล่า

Pt.: ไม่รู้นะ ผมได้ขบคิดตีศัพท์มานานแล้ว ผมว่าผู้เชี่ยวชาญของเราควรจะทำหน้าที่เป็นวิทยากรให้ความรู้กับหมอทุกๆไปด้วย ถ่ายทอดประสบการณ์ คืออาจจะไม่ใช่ไปสอนนะ หมอเค้าก็อาจจะบอกว่าผมจบแพทยศาสตร์บัณฑิตมา คุณไม่ต้องมาสอนผม แต่คล้ายๆมาถ่ายทอดประสบการณ์ อย่างเช่นว่าได้ case อย่างผมมา จะเล่าให้ฟังอย่างนี้ ไม่ได้ให้ยาลดไขมันในเส้นเลือดผม ทำให้หลอดเลือดผมเนี่ยสะสมไขมันมาเกาะ ซึ่งไม่ใช่วิธีที่ถูก ผู้เชี่ยวชาญที่นี้ก็ควรจะบอกหมอทั่วไปว่า ถ้าคนไข้ของท่านทั้งหลายไม่สามารถควบคุม cholesterol ได้ คุณต้องให้ยาเค้า จะไปบอกว่าให้ดูแลอาหารการกินเอง ออกกำลังกายเอง อาจจะทำให้คนไข้มันเสี่ยงชีวิตมาก อะไรอย่างนี้เป็นต้นนะ คือในฐานะเราเป็นแม่ข่ายหรืออะไรก็แล้วแต่ก็ตาม เราควรจะให้ความรู้จากประสบการณ์กับหมอคนอื่นๆทั่วไปด้วย อันนี้เป็นเรื่องRecommendation

ผู้วิจัย: อันนี้ทำอยู่แต่ว่าอันนี้ก็คงต้องเพิ่มความเข้มข้นให้มากขึ้น

Pt.: อันนี้ก็อาจจะจัดสัมมนาก็ได้ การสัมมนามันทำให้รู้สึกว่าได้มาสอนกัน เรามาแลกเปลี่ยนความเห็นต่างๆ ผมอยากให้ทำมากๆ

ผู้วิจัย: อันนี้ต้องอยู่ในแผนที่เราต้องเร่งทำ ถือว่าเป็น case ตัวอย่างอยู่แล้ว

Pt.1: เพราะหมอพออื่นเค้าอาจจะเชี่ยวชาญด้านอื่นให้เค้าถ่ายทอดประสบการณ์ให้พวกเราก็ได้ในสิ่งที่เค้า expert เมื่อเรา expert ในด้านนี้เราก็อถ่ายทอดประสบการณ์ของเราให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อื่นๆอะไรอย่างนี้ มันเป็นการป้องกันที่ต้นเหตุ ทำให้งานมันลดลง Work load ไม่ใช่ หนักขนาดนี้ใช่ไหม

ผู้วิจัย: ครับผม คราวนี้ขณะที่นอนอยู่ที่รพ. ก็คือเอาเฉพาะตอนที่อยู่ห้องที่ CCU ตึกวิฑิต จนถึงห้องพิเศษตรงนี้ คิดว่ามีทีมแพทย์ทีมพยาบาล ทีมดูแลทั้งหลายมาเยี่ยมท่านบ่อยครั้งเพียงไร

Pt.1: ก็มี ที่ดูแลเป็นประจำก็มีทีมพยาบาล คุณหมอนี้อาจจะมาบ้างแบบโฉบๆมา โฉบมาจริงๆเลย เค้าอาจจะมึนน้อยใจ ใจไหม อันนี้มันก็แล้วแต่ข้อแตกต่างที่นี้ อย่างวันที่ เวลาประกอบ case ของคุณหมอมานะ พอปลดเครื่องมือเสร็จปั๊บ ไปเลย ปล่อยให้ห้องพยาบาลตามซึ่งแก่การไม่สำเร็จ ผมใจเสียเหมือนกันนะ ณ ตอนนั้น แต่พอน้องมาช่วย ผมชมไปเนี่ยถ้าไม่มา แยกเลย เลือดไหลไม่หยุดนี้ ทำ แต่ผมว่าเรื่องเหล่านี้มันเป็นเรื่องประสบการณ์ น้องพยาบาลคนนี้อาจจะประสบการณ์ยังไม่มากพอเท่ากฤษฎา ความจริงระหว่างที่กฤษฎาทำ ทุกคนก็มาขึ้นดูอย่างใกล้ชิด มาขึ้นดูเทคนิคจากเรา อันนี้เป็นการเรียนรู้ อันนี้คือ Knowledge Management นะ

ผู้วิจัย: แต่มันต้องอาศัยประสบการณ์ เรียนให้คุณประหยัดทราบว่าอาศัยประสบการณ์อย่างสูงในการที่จะอยู่ในห้องทำงานที่มีความเป็น Specific อย่างนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ด้วยนะครับ

Pt.1: ผมชมกับแฟนผมอยู่ ถ้าน้องกฤษฎาไม่มาผมจะเป็นยังไงบ้างก็ไม่รู้ เพราะเจ้าน้องพยาบาลคนนั้นบอก เลือดชุ่มเลย

ผู้วิจัย: ก็ดีครับ ก็ดีที่ได้ช่วยเหลือไว้ทันก่อนไม่เป็นอะไรนะครับ ตรงนี้ที่จะถามต่อไปนี้ ในการที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบนี้ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง Bleed เรื่องมีเลือดชุ่มก่อนอะไรทั้งหลายนี้ หรือมีเรื่องภาวะเจ็บหน้าอก หรือภาวะที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งหลายเหล่านี้ที่มันเกิดขึ้นกับคนไข้ หรือกับคุณประหยัดอย่างนี้ มีใครให้ข้อมูลมีใครอธิบายบ้างมัยว่าจะเกิดอย่างนั้น อย่างนี้ หลังจากที่ทำเสร็จแล้วนะครับ

Pt.1: ทำเสร็จแล้วหรือ หลังจากที่ทำเสร็จแล้ว

ผู้วิจัย: หรือแนวทางป้องกันมีใครบอกไหมครับ

Pt.1: ผมว่าน้อยมาก นอกจากผมจะถาม แต่ผมว่าเพราะเค้าคนไข้เป็นจำนวนมาก ก็สังเกตดูทุกคนก็รุ่นนะ ไม่มีเวลา ผมก็เลยพูดกับกฤษฎาว่า ประเทศไทยชอบบ่นนะ เราให้เงินเดือนข้าราชการผู้พิพากษาสูงสุดเป็นผู้พิพากษาใหม่เงินเดือนก็แสนกว่าใจไหม อัยการก็ได้เงินเดือนสูงสุดคล้ายๆจะไม่ต้องไปรับ อันนี้ไม่ต้องอัดก็ได้ครับ

ผู้วิจัย: ก็ดีครับ อันนี้เป็นช่องทางปรับปรุง อันนี้ก็คือเป็นข้อๆหนึ่ง ที่เราอาจจะพูดกันน้อยเกินไป ฟุ้งนี้ก่อนกลับบ้าน ฟุ้งนี้จะกลับบ้านแล้วใจมั้ครับ มีใครมาแนะนำอะไรหรือยัง

Pt.: ผมก็คาดหวังอยู่นะครับว่าจะมีคนมาแนะนำผมอย่างชัดเจน ผมคาดหวังอย่างสูงเลยนะครับ เพราะว่า

ผู้วิจัย: คือ ปกติแล้วทีมที่อยู่ที่นี่เป็นคนแนะนำอะไรทั้งหลายนะครับ

Pt.: วันนี้ร่างกายภาพก็มาให้ดูคร่าวๆ ของผมคุณยังรู้สึกว่าเป็นมันต้องละเอียดมากเลยในการ Follow วิธีปฏิบัติตัวของเขานะ ต้องเดินด้อมๆ ไขว่ไหม เดินมากก็ไม่ได้

ผู้วิจัย: ทีนี้ผมจะเรียนถามต่อว่าคุณประหยัดนะครับว่า นอกจากพยาบาลแล้วมีคนอื่นไหม เช่นเป็น เกสซ์ มีนักร่างภาพ นักโภชนากร มีมาคุยกับคุณประหยัดบ้างหรือยังครับ

Pt.: เกสซ์กร ไม่มีนะครับ นักร่างภาพมาเมื่อวานมาอธิบาย

ผู้วิจัย: อธิบายแล้วเข้าใจดีไหม ครับ

Pt.: ก็เข้าใจ พอดูตามนี้ผมก็โอเคนะ เพียงแต่ว่าสงสัย แต่คิดว่าน่าจะเข้าใจไม่ผิด เวลาเค้าทำตารางนี้ สัปดาห์ที่ 1 นะ เค้าออกกำลังกายอย่างนี้ เวลาเป็นกิโลที่ อันนี้ก็กรอกไปตามอันที่เค้าให้มา พอตอนเย็น จะเห็นว่าช่องเขื่อนนี้ มันไม่มีว่าให้ทำกิโลที่ทั้งหมดเนี่ยมันจะงงง ว่าตอนเย็นคุณให้ทำด้วยหรือเปล่า

ผู้วิจัย: มันไม่ตรง ไม่ว่าจะเป็แนวนี้ เป็นแนวเดียวด้วยหรือเปล่า เป็น 5 นาที ด้วยหรือเปล่าไขว่ไหม ครับ

Pt.: ไขว่ อันนี้ ไม่ Clear อันนี้ก็ถุกคิดว่าคุณต้องทำด้วยหรือเปล่า

ผู้วิจัย: ไขว่ ต้องทำครับ ไม่เป็นไรครับอันนี้ก็เป็แบบบันทึกซึ่งเดี่ยวเราจะไปพูดคุยกับนักร่างภาพ

Pt.: ไปบอกอย่างนั้น การทำแบบฟอร์มให้คนไข้ follow นี้ ต้องให้มันชัดเจน ขนาดผมมีการศึกษา ยังไม่เข้าใจเลย แล้วคิดว่าคุณปู่ คุณย่าตามหมู่บ้านจะเข้าใจหรือ ไขว่ไหม

ผู้วิจัย: ดีครับ อันนี้ก็เป็ข้อที่จะมาปรับปรุงพัฒนา อันนี้ดีครับ เพราะว่าจริงๆ ลูกค้าต่างหากเป็คน ไขว่ตรงนี้ ก็คือ คุณลุง คุณป้า นั้นแหละเป็คน ไขว่

Pt.: เฉพาะหน้าต่อไปนี้จะเห็นว่ามีแค่ครั้งเดียว มีครั้งเดียวอย่างนี้ก็เข้าใจชัดเจน หลังจากออก อุปกรณ์ให้ใครทำตาม นอกจากทำเสร็จแล้วให้คนที่ไม่อยู่ใน Field เราดู ดูแล้วเข้าใจไหม หลายๆ คนด้วย

ผู้วิจัย: ขอบพระคุณครับ ก็สรุปแล้วมีนักร่างภาพมา มีนักโภชนากรมาหรือยังครับ

Pt.: ไม่มีครับ พูดถึงนักโภชนากรนี้ผมก็ต้องการมาก เค้าควรมาอธิบายกับผมว่า ชีวิตผมหลังจากนี้เป็ต้นไป ต้องทานอาหารอย่างไร ไขว่ไหม เค้าควรจะมาพูดนะ

ผู้วิจัย: ครับผม แต่เรื่องยานี้ เกสซ์ทั้งหลายพรุ่งนี้เป็วันที่ต้องออกจาก รพ.

Pt.: เค้าจะมาอธิบายพรุ่งนี้หรือ

ผู้วิจัย: ไม่รู้ว่าเกสซ์จะมีเวลามากพอไหม แต่พยาบาลจะทำหน้าที่อธิบายเรื่องยา ยากลับไปที่บ้าน

Pt.: พยาบาล

ผู้วิจัย: แน่นอน มีแน่นอนครับ อย่างนี้นักกายภาพมาแล้ว อยากรู้ก็ตาม คุณประหยัดบอกว่ายังขาดเหลือตรงที่ไหนไหม

Pt.: นักโภชนาการ

ผู้วิจัย: นักโภชนาการใช่ไหมครับ เดี่ยวผมจะไปปรึกษาแล้วก็บอกว่าคุณประหยัดต้องการคำปรึกษา คือผมจะ consult ให้ คือมาวันนี้ไม่ได้เสียเปล่า อย่างน้อยเราก็คุยและพัฒนาในขั้นต้นไปเลย เดี่ยวผมจะบอกทีมตรงที่ office พยาบาลตรงนี้ และเขียนไว้เลยว่าคุณประหยัดต้องการพบนักโภชนาการด้วย เขียนว่าต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่อย่างนี้

Pt.: เดี่ยวนะ นักโภชนาการนี้ผมสงสัยมาตลอด อาหารที่เค้าจัดให้ผมนี้ เค้าจัดแบบคนไข้เฉพาะราย หรือแบบ General นะ เพราะมันมีเนื้อสัตว์ทุกมื้อก็เลยสงสัย มัน specific ให้เราโดยตรงเลยหรือเปล่า หรือว่ามัน General อยากจะถามเหมือนกัน เพราะเวลาผมไปอยู่ที่บ้านผมจะได้ทำถูก และการออกกำลังกาย พอครบสัปดาห์ที่เค้ากำหนดมาแล้ว เช่น สดท้ายคือสัปดาห์ที่ 12 ดังนั้นผมก็จะมีคำถามตลอดว่าสัปดาห์ที่ 13,14,15 เรื่อยไป ผมสามารถออกกำลังกายวิ่ง Jogging ได้มัย เห็นไหม ก็ยังอยากจะถามอยู่ ก็อยากปรึกษาเค้าต่ออีก อย่างนี้ ถ้าทางเจ้าหน้าที่พยาบาลตอบเราก็ไม่แน่ใจครับ ผมถือว่ามันเป็นความเสี่ยง

ผู้วิจัย: ก็ถือว่า ทั้งนักกายภาพบำบัด ทั้งนักโภชนาการพุงนี้ ถ้าเป็นไปได้พุงนี้ผมจะเรียนเชิญมาทั้ง 2 เจ้า นะครับ ให้เจอคุณประหยัดก่อนกลับบ้านดีไหมครับ

Pt.: ไซ้ๆหรือถ้าเค้าไม่มีเวลาพาผมไปก็ได้

ผู้วิจัย: ก็ทำได้ทั้ง 2 อย่างนะครับ

Pt.: คือ ถามได้ไม่นานหรือครับ ถามประเด็นเหล่านี้ไม่นานหรือ ใช้เวลาไม่กี่นาที เพราะผมก็อยากจะมีชีวิตอยู่นานๆ อยู่ไปอีกนาน

ผู้วิจัย: เป้าหมายตรงกันครับ ก็คือทางทีมบุคลากรของเรา ทีมให้บริการก็อยากให้คนไข้มีชีวิตที่ยืนนานอยู่แล้ว เราถึงได้ทำแบบนี้ คราวนี้ในส่วนที่บกพร่องไป ที่นี้ขณะที่ รพ.ที่เมื่อเทียบกับเราเป็นศาสตราจารย์ ผมก็ไม่แน่ใจหรือเพราะเนื่องจากว่า 1.work load มันเยอะถูกไหม เราก็มีส่วนกังวลทีมเยอะแต่คุณภาพมันต้องได้ด้วย คุณภาพคับแก้วทั้งหลาย หรือจะเป็นตามตรงตามมาตรฐานอะไรทั้งหลาย หรือตาม guide line ที่เค้ากำหนดมา ก็ยังไม่แน่ใจมีปัญหอะไรนะครับนะ ในส่วนที่เราคุยกันแล้วเป็นปัญหอะไรทั้งหลาย ในส่วนที่พัฒนาได้ ยินดีพัฒนาอยู่แล้วไม่ใช่ผมจะเป็น เป็นทวดาที่จะไปบอกหัวหน้าจัด ผมก็พยายามที่จะใช้วิธีการต่างๆอาจจะไปพูดคุยในทีมของเราอีก คำถามสุดท้ายแล้วครับ

Pt.: ครับผม

ผู้วิจัย: ก็คือ ขณะทีนอนอยู่สรุปเลย สรุปโดยรวมแล้วมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา หรือ บริการที่ได้รับผลรวม

Pt.: ขณะที่พักอยู่ที่นี้ใช่ไหมครับ

ผู้วิจัย: ใช่ เอาตั้งแต่ที่คุณก้าวมา รพ. จนถึงวันนี้เลยผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ครับ over all เลย ครับแล้ว เป็นยังไงครับ สามารถ comment ได้เลยครับ คือเต็มที่ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับเรื่องอะไร

Pt.: ผมให้น้ำหนักต่อการช่วยชีวิตมากที่สุด เพราะฉะนั้นผมให้น้ำหนัก over all 10 นี้ ผมให้ 9 ครับ ไอ้ที่หายไป 1 อยู่ที่การให้ข้อมูลอะไรต่างๆ ที่หายไป 1 อย่างเช่น ตั้งแต่ห้อง ICU ห้องวิกฤต อะไรพวกนี้ ผมคิดว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ข้อมูลเราน้อยเกินไป เพราะทีมงานเยอะมาก ถ้าไม่มีเวลา มาอธิบายให้กับเรา แล้วจะให้ข้อมูลก็ต่อเมื่อเราถาม แต่เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้ดีนะครับ ถามเค้าก็ จะต้องตอบได้ใช่ไหมครับ เข้าใจๆมันเหมือนกันทุกหน่วยงาน เข้าใจๆผมทำงานมา 40 กว่าปี แต่อันนั้นอธิบายได้ ว่างานเค้าล้น

ผู้วิจัย: ก็เป็นไปได้นะครับ แต่อย่างไรก็ตามเราเองก็คือ ผมทำงานอยู่ตรงนี้ในฐานะที่เป็นพยาบาล ซึ่งถ้ามีส่วนเพียงเป็นส่วนช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นนอกหน่วยงาน ในหน่วยงานราชการก็ตาม ก็ขอยืนยันว่าจะนำข้อที่เราได้พูดกันนี้มาพัฒนาในทีม ใน case ของคุณประหยัดอาจจะไม่ทัน แต่ครั้งนี้อาจจะเชิญอย่างที่เรียนให้ทราบว่าเชิญนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดมาคุยใน case นี้ แต่ในรายอื่นๆ ก็จะพัฒนาและรวบรวมปัญหาทั้งหลายนี้ส่ง อย่างที่บอกแล้วว่าที่คุณประหยัด แนะนำอาจจะเสนอท่านผู้บริหารเพื่อจะได้มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาทีมให้ยั่งยืนมากขึ้น

Pt.: อย่างเช่นการสนทนาเกี่ยวกับเรื่องโรคหัวใจผมว่ามันเป็นส่วนของการป้องกัน ดีกว่าการรักษา ปลายทางนะ จะได้แชร์ประสบการณ์นะ แต่พຽงนี้ถ้าเขาไม่มีเวลามาผมยินดีที่จะเดินไปคุยกับเขา นะ โภชนาการ หรือนักกายภาพนี้

ผู้วิจัย: ได้ครับๆ เอาอย่างนี้แล้วกันถ้าผมจะเอามาพบกัน 2 ทางแล้วกันนะ ถ้าเกิดเค้าไม่มีเวลา ผมเองผมกฤษฎา จวนจันเพ็ญนี้ ก็มีทางที่จะพาคุณประหยัดไปดีไหม มันจะได้ง่ายขึ้น ไปแล้วก็ไป link เค้าเลย คิด connect เค้าเลยโดยตรง ถือแบบฟอร์มนี้ทำให้การสื่อสารง่ายขึ้น

Pt.: หรือว่า ถ้าหาก เค้าให้ความรู้เจ้าหน้าที่พยาบาล ไว้อย่างชัดเจนแล้ว เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถ ให้ข้อมูลอย่างแม่นยำได้ ผมก็ยอมรับได้นะ

ผู้วิจัย: คือพຽงนี้จะต้องไปแล้ว คนไข้ต้องไปรับยาก่อนกลับบ้าน พยาบาลอธิบายเรื่องยาแน่นอน แต่เรื่องอย่างอื่นนี้ อย่างการนัดหมายครั้งต่อไป มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค เรื่องอาหารอยู่แล้ว แต่ถ้าเกิดว่า อย่งไรก็ตามถ้าเกิดว่าได้คุยกับบุคลากรที่เค้าทำหน้าที่โดยตรงน่าจะดีกว่านะครับ เพราะทีมสุขภาพไม่ได้มีแค่หมอ แคพยาบาล 2 คน ยังมีเภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ ทีมนัก สังคมสงเคราะห์ก็มีส่วนที่จะช่วยตรงนี้ได้้นะครับ แต่ดีในรายของคุณประหยัดนี้ไม่ได้มีปัญหา

เกี่ยวกับเรื่อง Social หรือเรื่องอาชีพต่างๆ บางคนมีปัญหาหนักออกใหม่ครับ แต่ที่นี้ รพ. เราเป็น รพ.เฉพาะโรค แต่ รพ.อื่นเค้าเป็นรพ.ที่มีทุกๆ ไปเค้าอาจจะมึนงงสับสนเพราะช่วยในเรื่องอาชีพอะไรก็ได้ นะครับตรงนี้

Pt.: วันนั้นที่เจ้าหน้าที่กายภาพมา ผมยังไม่ดูแลเลยนะครับ ท่านก็คงมีเวลาไม่มาก ก็อธิบายกันไป ผมก็ยังคิดไม่ถึงว่าถ้าเลยสัปดาห์นี้ไปจะอย่างไร

ผู้วิจัย: ไม่เป็นไรครับ ไม่เป็นไร คือตรงนี้เราสามารถจะพูดคุยกันได้ ดีแล้วท่านสามารถ feed back กลับมาได้ ถ้าเกิดมาแล้ว มาแจกอันนี้อย่างเดียวแล้วไม่ Clear cut มันก็เหมือนกับการได้แค่ครั้งนี้ ได้แค่เศษเสี้ยวเดียว ไม่ได้ทั้งหมดก็คงไม่มีประโยชน์อะไรมาก

Pt.: หรือไม่ถ้าครั้งต่อไปปรับปรุงอันนี้ก็ได้นะ อาจจะเพิ่มอีกแผ่นหนึ่งว่า หลังจากที่ท่านได้ออกกำลังกายตามที่กำหนดแล้วร่ารื่นดี ไม่มีปัญหา ชีวิตคุณหลังจากนี้ไปสามารถทำได้อย่างนี้ๆ โอ้โฮ Super สุขยอดเลย

ผู้วิจัย: ได้ครับ ไม่มีปัญหา

Pt.: ไม่ต้องเสียเวลาไปเจอเจ้าหน้าที่อีกก็ได้ ไซ้ใหม่ครับ

ผู้วิจัย: ดีครับ ทุกอย่างมันต้องมี 1 หลัง 0

Pt.: มันต้องพัฒนาไปเรื่อยๆ การทำงานมันต้องคิดตลอดเวลาจริงๆ

ผู้วิจัย: ครับผม ยังไงก็ต้องขอขอบคุณ คุณประหยัดเป็นอย่างสูง

Pt.: ความรู้สึกของเราใจ

ผู้วิจัย: ให้หายก่อน หายแล้ว มีคนอื่นที่ต้องดูแลต่อไป เพราะเราก็คงทำงานก็มีคนไหลมาเยอะ วันนั้นก็ 4 ราย อย่างนี้ที่เป็นคล้ายๆ อย่างนี้ 4 block 4 ราย เฉพาะฉุกเฉินอย่างเดียว นะ ไม่ได้เกี่ยวกับที่นัด M1 elective

Pt.: อย่างผมลงข้างล่างแล้วเจอคนไข้แน่นไปหมดเลย ผมก็เกิดความคิดในใจว่ามันแน่นอย่างนี้ทุกวัน ไหม ถ้าแน่นอย่างนี้ทุกวันนี้ คนที่นี้ทำงานหนักมาก

ผู้วิจัย: ไซ้ ทุกวันละครับ เป็นอย่างนี้ทุกวันครับ

Pt.: หรือ โอ้โฮ...หนักจริงๆ เลยนะ เพราะฉะนั้นมันจะมีกลยุทธ์ที่ดีกว่านี้มัย คือแต่หาทางป้องกัน ต้นทาง แทนที่จะมาอยู่ที่นี้แบบป่วยแล้ว

ผู้วิจัย: ก็สามารทำได้ แต่อย่างว่ามันจะ late มากๆ ในขณะที่เรากำลังนี้ก็มีคนเป็นอยู่ อย่างที่ ผมอยู่เวรตอนนี้ก็ยังมีคนไหลเข้ามาตลอดเวลา

Pt.: ได้ยินว่าทาง อบต. ตอนเย็นๆ เค้าได้มีการจัดให้ แอโรบิก อะไรอย่างนี้ก็มีชาวบ้านไปแอโรบิก อันนี้เป็นการป้องกันที่ต้นทางนะครับ

ผู้วิจัย: ไซ้ อันนั้นแหละ คือต้องเข้าไปสู่ชุมชนแบบนั้น

Pt.₁: ดีมากเลยนะครับ

ผู้วิจัย: อันนี้เข้าใจเรื่องของสุขภาพ สาเหตุของการนำมาแบบนี้ ถ้าคนที่เข้าใจก็จะทำให้การดำรงชีวิตมันง่ายขึ้น ก็ขอให้คุณประหยัด เอาไปดำรงชีวิตตัวเอง

Pt.₁: แน่นอน ผมเอาไปแนะนำแน่นอน ตอนที่คนโทมาหาผมก็แนะนำไปยาวเลย คือไม่อยากให้เป็นเหมือนผม

ผู้วิจัย: ขอบคุณครับ

Pt.₁ F (Pt.₁ Family) ญาติผู้ป่วย case 1

ผู้วิจัย: คุณ ฐาปณี นะครับ ผมแนะนำตัวนิดหนึ่ง ผม กฤษดา จนวนวันเพ็ญ นะครับ เป็นนักศึกษาพยาบาลมหาลัษฏาวิทยาลัยราชคณะพยาบาลศาสตร์นะครับ ก็กำลังทำวิจัยเก็บข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องขออนุญาตคุณฐาปณีซึ่งเป็นลูกสาวของคุณประหยัดใช่ไหม

Pt.₁ F: ใช่ค่ะ

ผู้วิจัย: ซึ่งมาเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาในภาวะฉุกเฉินในวันนั้นจำได้ไหม หลายวันมาแล้วใช่ไหม วันนี้คุณพ่อเป็นอย่างไรบ้างครับ

Pt.₁ F: ก็ดีขึ้นแล้วค่ะก็ปกติ ตอนนี้อยู่ในช่วงฟื้นฟู

ผู้วิจัย: คุณหมอบอกว่าจะให้กลับบ้านเมื่อไหร่ อันนี้คุณฐาปณีทราบไหม

Pt.₁ F: ก็ ถ้าไม่มีอะไรแทรกซ้อนก็อาจจะเป็นพรุ่งนี้

ผู้วิจัย: อันนี้ ขออนุญาตถามเรื่อยไป ถ้าเกิดว่า ในฐานะผู้ดูแล และอยากได้ข้อมูลจากผู้ดูแลด้วย ซึ่งเมื่อวานนี้เราได้คุยกับ คุณพ่อไปแล้ว คุณพ่อเป็นคนไข้เองก็ให้ข้อมูลค่อนข้างเยอะ ดีมากเลย เป็นประโยชน์ต่อทีมผู้ให้การพยาบาลเป็นอย่างยิ่งนะครับ อันแรกคือว่า ที่ผ่านมา คงไม่มีประสบการณ์คำถามคือว่า จะมีประสบการณ์ การดูแลแบบนี้ไหม นี่คงไม่ใช่เป็นครั้งแรก ถูกไหม

Pt.₁ F: ครั้งแรกกับโรคหัวใจ ญาติคนอื่นจะเป็นโรคอื่น

ผู้วิจัย: เป็นโรคอะไรครับ

Pt.₁ F: ก็เช่นโรคไต อย่างนี้ หรือ โรคเบาหวาน

ผู้วิจัย: แต่ไม่ใช่โรคหัวใจในภาวะฉุกเฉินอย่างนี้ เคยดูแลผู้อื่นไหม ในฐานะผู้ดูแลเคยมั๊ยครับ

Pt.₁ F: ไม่ถึงขนาดใกล้ชิดขนาดนี้ค่ะ

ผู้วิจัย: คราวนี้คงต้องใกล้ชิดเพราะเป็นคุณพ่อใช่ไหม ที่บ้านอยู่กันกี่คนครับ

Pt.₁ F: อยู่กัน 3 คน

ผู้วิจัย: แล้ว เวลาที่เป็นผู้ดูแลก็คือให้กับผู้ป่วย ตอนนี้เป็นผู้ป่วยอยู่ แต่ต่อไปเป็นผู้พักฟื้นถูกไหม ถือว่าเป็นคนไข้ที่ต้องดูแลต่อเนื่องอันนี้ทราบไหม มีใครให้คำอธิบาย คำบอกเล่าไหม ว่าโรคหัวใจ ต้องรักษาอย่างไร อะไรประมาณนี้

Pt.₁ F: คุณหมอก็พูด บางครั้งก็คุยกับเพื่อน หรือ รุ่นพี่ หรือใครที่มีญาติเป็น ก็อย่างนี้ ต้องทานอย่างไรบ้าง ต้องคุมอาหาร ต้องออกกำลังกาย ต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต นิดหนึ่งอะไรอย่างนี้ ก็คุยกับเขา แล้วก็หาความรู้เองด้วย

ผู้วิจัย: คุณฐาปนี คิดว่า ความรู้โดยทั้งหลายนี้ มันน่าเชื่อถือได้ขนาดไหน

Pt.₁ F: ก็ถ้าเป็นประสบการณ์ตรง จากคนที่เค้ามีญาติเป็นมาแล้ว หรือเจ้าตัวเอง ก็น่าเชื่อถือระดับหนึ่งเพราะเขาใช้ชีวิตนั้นมาแล้ว ส่วนถ้าหมอ หรือว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แนะนำ เราก็ออเค โอเค มันก็ควรจะน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัย: น่าเชื่อถืออยู่แล้วใช่ไหม ถามจริงๆเลยอยากจะได้รับคำบอกเล่าจากผู้ดูแลจาก ผู้ให้การดูแล, คุณหมอ

Pt.₁ F: ก็คุณหมอก็ทำบอลลูกสวนหัวใจให้คุณพ่อ น่าเชื่อถือ เพราะว่า ท่านอธิบายทั้งก่อนทำ ทำเสร็จก็อธิบาย วิธีขั้นตอนที่ทำไปแล้ว ให้ฟังด้วย ก็เลยรู้สึกดีมาก คือเราก็อธิบาย เราได้เห็นภาพด้วย แต่ว่าพอมาทักพื้น คุณหมอมายอธิบายน้อยไปหน่อย ว่าตอนนี้เป็นอย่างนี้ ต้องทำตัวอย่างไร

ผู้วิจัย: ก็อาจจะเป็นเรื่องของเวลา ประมาณนั้น แต่ว่าอยากจะได้ข้อมูลอะไรเพิ่มไหม

Pt.₁ F: ก็จริงๆ ถ้าเขาอธิบายเพิ่มอีกนิดหนึ่งคือ หมายถึงตอนนี้สภาพเป็นอย่างไร จากข้อมูล จากความดันที่วัดไป จากเลือดที่ตรวจไปผลเป็นอย่างไร ดีขึ้นไหม อะไรอย่างนี้

ผู้วิจัย: ยังต้องการอีกอยู่ โอเค อย่างนั้นถ้าเป็นไปได้ในฐานะผมเป็นผู้ประสานงานตรงนี้ เราจำเป็นต้องมาถาม เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นในอนาคต เพื่อไม่ให้สูญเปล่า อย่างที่บอกเมื่อวานได้คุยกับคุณพ่อไปแล้ว ก็ได้ติดต่อนักกายภาพมาคุยแล้ว นักโภชนากรได้มาคุย

Pt.₁ F: ดีมากค่ะ

ผู้วิจัย: อย่างนี้ก็จะทำให้ไม่ได้สูญเปล่าไป อย่างที่ถ้าเกิดมี ถ้ามีโอกาสได้คุยกับคุณหมอ ก็จะให้คุณหมอได้ให้ข้อมูลอะไรเพิ่มเติมที่คุณอยากจะทราบ ในฐานะเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะอย่างไรก็ตาม อย่างที่บอกสมมติคุณพ่ออายุเยอะ ก็อาจมีการหลงลืมไปบ้าง ถูกไหม ในฐานะเราเป็นผู้ดูแลรับประทานยาหรือยัง ใกล้ชิด ทุกวัน อันนี้น่าจะมีประโยชน์ เพราะเราก็คือครอบครัวก็อยากให้เห็นที่เรารักมีชีวิตยืนยาวอยู่แล้ว ถูกไหม

Pt.₁ F: ค่ะ

ผู้วิจัย: คราวนี้ ถามนิดหนึ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งหลายนี้ เราได้เห็นอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงอะไรกับคุณพ่อ

Pt. F: หมายถึง ทางร่างกาย เขาก็ทำอะไรช้าลง เพราะว่าปกติเค้าทำอะไรเร็ว หมายความว่าเดินเร็ว แต่ก็ต้องพยายามเดินเค้าให้ทำอะไรช้าลง เหมือนกับว่า ตอนนี้เขาไม่เจ็บหน้าอกแล้ว คือรู้สึกว่าจะไม่ได้เป็นอะไรแล้วมันก็จะมีการเปลว แบบเราเป็นปกติใช้ชีวิตแบบเดิม ก็ต้องคอยเตือนเขา ช้างใน มันมีสัญญาณแล้วว่า เรามีปัญหาตรงนี้ ก็ต้องทำอะไรให้ช้าลง

ผู้วิจัย: หมายถึงว่า คุณธราปณี ต้องไปเตือนคุณพ่อเอง

Pt. F: ก็คือ สมมติว่าเขาหันเร็วปั๊บ เราต้อง พ่อ หันช้าลงหน่อย

ผู้วิจัย: ในวันที่ออกมาวันแรก ได้มีใครป้อนข้าว ป้อนน้ำ หรืออยู่ใกล้ชิด มีไหม

Pt. F: ก็ป้อนค่ะ ตอนที่เค้ายังรับประทานเองไม่ได้ก็ป้อนค่ะ

ผู้วิจัย: ได้ดูแลเต็มที่ เผอิญว่าในเคสของคุณพ่อเป็นเคสอย่างที่บอกค่อนข้าง คลาสสิก ไม่ค่อยมีอะไรมาก ไม่ได้ใส่อุปกรณ์เช่น เครื่องช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ ไม่ได้ใส่

Pt. F: คือไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ก็เลยจำเป็นต้องใส่สายเข้าไป แล้วไม่อย่างนั้นเขาจะอึดอัดมาก เครียด ความดันขึ้น

ผู้วิจัย: แล้วช่วงที่ได้ดูแลคุณพ่อในช่วงภาวะวิกฤต คิดว่าเป็นความยากลำบากอะไรไหม

Pt. F: ไม่ค่ะ จริงๆ เป็นคนไม่ได้ panic กับเรื่องเท่านี้มากแล้วยังอาการเขา พอคุณหมออธิบายแล้วอย่างนี้ทำไปแล้วครึ่งชั่วโมง ก็เรียบริยดี คุณพ่อไม่ได้วางยาสลบ อาการ โดยทั่วไป อาการเจ็บอกหายแล้ว เขาดูหน้าตาสดชื่น แจ่มใส ดีก็ โอเค

ผู้วิจัย: รู้สึก Impress ไหมของคุณ

Pt. F: Impress นะค่ะ Impress กับขั้นตอนเมื่อก่อนเข้า Emergency จนถึงทำเสร็จ

ผู้วิจัย: หมายถึงตัวของคุณ ของญาติ ไข้ไหม หรือของตัวคนไข้

Pt. F: ค่ายทั้งคู่

ผู้วิจัย: รู้สึกได้เลย

Pt. F: ไข้ ทั้งที่เป็นโรงพยาบาล เราก็ดูไม่ได้ expect เร็วมากขนาดนี้

ผู้วิจัย: อันนี้ถามก่อนเลย ถามย้อนเลย ไม่รู้ว่าเราจะมามีปัญหาด้านการสื่อสารกับคุณพ่อหรือเปล่า มีไหม

Pt. F: ไม่ค่ะคือพ่อเขาจะหูเสียวข้างหนึ่ง ก็ต้องพูดเสียงดังนิดนึง

ผู้วิจัย: นี่เป็นคำถามพื้นๆ ไม่ได้คิดแบบนั้นต้องขอโทษด้วยที่ทำให้ คำถามแลดูไม่ค่อยจะเหมาะสม

เรื่องอารมณ์ล่ะ เขามีเครียดมี อะไรไหม

Pt. F: เครียดค่ะ เขากลับ เขากลับเลยแหละ ตั้งแต่เข้า emergency เข้า emergency เจ้าหน้าที่ก็ตรวจเช็กการเต้นของหัวใจ เช็กโน่นนี่ นั่นและเขาก็บอก แต่เขาก็พูดกับญาติ แต่คนไข้เขาคงรู้แหละ มีอาการก็เหนื่อย

ผู้วิจัย: เราารู้สึกได้เลยว่าคุณพ่อเครียด

Pt. F: เขาเครียดแน่นอนค่ะ คือ เขากลัวว่า จะตายค่ะ

ผู้วิจัย: ญาติก็เครียดไปด้วยช่วงนั้น

Pt. F: คือญาติจริงๆ อาจจะ คือเราก็แบบว่า เรารุ่นเกี่ยวกับจัดการเรื่องอื่นๆ ด้วยค่ะ แต่เจ้าตัวที่อยู่ดีๆ เชิญขึ้นมาแล้ว ไม่ได้เจอญาติอีกเลย เข้าห้อง

ผู้วิจัย: เราฐานะเป็นผู้ดูแล เราจะลดความเครียดเขาอย่างไร

Pt. F: จริงๆแล้ว อยากคุยกับเขาก่อนที่จะเข้าไปถาม ไข้ แบบว่าอยากให้เขารู้ก่อนว่า ไม่เป็นไรนะ เดี่ยว เรา อยู่รอดตรงนี้แหละ เข้าไปทำนิดเดียว คือ คนป่วยก็จะ Panic เขาก็จะกลัวมากอยู่ดีๆ เชิญเข้าไปในห้อง ไม่รู้เกิดอะไรขึ้น เรายังพอฟังจากคุณหมอ หมออธิบายแล้ว พ่อเราเป็นอะไร แต่อาจจะไม่ได้อธิบายขนาดนั้น

ผู้วิจัย: โทษที่วันนั้น ได้คุยกับคุณพ่อ ก่อนไหม สรุปแล้ว

Pt. F: คือพ่อเข้า emergency แล้ว ไม่ได้คุยอีกแล้ว ไข้ เราจัดการเรื่องประวัติไป แล้วเขาดูแลพ่อเสร็จก็พาขึ้น CCU เลย แล้วพ่อเข้าห้องไปแล้วเราก็ไม่ได้ไปคุยอีกแล้ว

ผู้วิจัย: ถ้าเป็นไปได้ คิดว่าเราควรอยากจะทำให้ญาติคุยก่อน ถูกไหม

Pt. F: คือ จริงๆ เหมือนกับว่า ถ้าเพื่อความรวดเร็วในการรักษา ก็โอเคนะ แต่ว่า ถ้าสมมติว่า ให้คุณนิดหนึ่ง แล้วให้เราไปทำประวัติต่อ หรืออะไรอย่างนี้ ก็อาจจะดีกว่า แทนที่จะ Panic

ผู้วิจัย: ย้อนถามไปนิดหนึ่ง ถ้ามีคนอื่น หรือใครมาคุยกับคุณก็ยัง ไม่ happy เท่ากับได้คุยกับคุณพ่อ หรือ หมายถึงว่า เมื่อที่ อธิบายมีคุณหมอมมาอธิบายให้ฟังแล้ว ทั้งคุณพ่อก็ส่วนหนึ่ง

Pt. F: ไม่แน่ใจว่าเค้าอธิบายกับคุณพ่อหรือเปล่า

ผู้วิจัย: มีอธิบาย แต่ว่า ถามคุณพ่อแล้วว่าจะอธิบายให้ละเอียดกว่านี้อีกนิดหนึ่ง แต่ว่าด้วยความเร่งรีบอย่างที่คุณบอก เค้าก็ต้องการช่วยชีวิตเอาไว้ส่วนหนึ่ง

Pt. F: ไข้ ไข้ คือจริงๆถ้าถามส่วนตัวนะ มีความรู้สึก ว่า จริงๆแล้ว โอเคแล้ว คือไม่ถึงกับรู้สึกแย่ เพราะว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องให้รอด ให้เซฟสุด เพราะฉะนั้นเรื่องตรงนี้ก็ ในความรู้สึกส่วนตัวก็ อธิบายดีระดับหนึ่ง ซึ่งนะจุดนั้นคุณพ่อเขาก็ คือเขาไม่ถึงกับหมดสติ เขาก็ไม่ได้ consciousness แบบรื้อเยอร์เซ็นต์ จริงแล้วให้แค่บอกเขาประมาณนั้นก็พอแล้วแหละ ถ้าอธิบายเยอะบางทีก็ panic เช่น สมมติบอกเขามาก แบบมีความเสี่ยง 30 % ที่จะเป็นอัมพาต โน่นนี่นั่น คนป่วยจะแบบ panic หรือเปล่า? ในความรู้สึกนะ

ผู้วิจัย: เรียนตรงๆเลย ในฐานะที่ไม่ได้อยู่ในวัยเดียวกันนะ แต่การทำงานนี้ต้องอาศัย ฟังดูเหมือน จะมีความรู้ด้านนี้ค่อนข้างดี พอจะรับอะไรได้ ในเคสบางเคสนี้ อย่างของในรายคุณพ่อ เป็น เคสที่ คลาสสิก ในรายที่ไม่ได้สวหยุดแบบนี้ เราจำเป็นต้องบอกอย่างนี้

Pt. F: คือบอกญาติ โอเค แต่บอกคนป่วย

ผู้วิจัย: ใช่แต่ต้องบอกญาติจริงๆ

Pt. F: ใช่ ญาตินี้ โอเค ไม่ได้ว่าอะไรแต่หมายถึงว่า คนป่วยอาจจะ เมื่อกี้ที่บอก พ่ออยากให้อธิบาย ให้ละเอียดมากขึ้นใช่ไหมคะ ตรงนั้นแหละที่บอกว่า ถ้าถามส่วนตัวอาจคิดว่าอาจไม่จำเป็นต้องบอก detail มาก เอาแค่แบบว่า คุณเป็นโรค แบบอาการแบบนี้ เราจะพาคุณเข้าไปทำอย่างนี้นะ อะไรอย่างนี้ แล้วก็ให้อธิบายรายละเอียดให้ญาติคุณทราบแล้ว อะไรอย่างนี้ อารมณ์แค่นี้พอแล้ว ส่วนรายละเอียดทั้งหมดโอเคมาอธิบายให้ญาติฟัง เพื่อไม่ให้คนป่วยเข้าไปแล้วแบบ panic มากมาย ตามความเสี่ยงที่เป็นข้อมูลเข้ามาในหัว

ผู้วิจัย: โอเค ก็อันนี้รับไว้ในการพัฒนาตรงนี้นะ คราวนี้ถ้าเกิดว่าหลังออกจากห้องละ

Pt. F: ก็โอเค นะ

ผู้วิจัย: คิดว่า ว่า สุขภาพจิตทั้งของญาติ ของผู้ป่วยเอง ในรายที่เราปฏิบัติอย่างนี้ โอเคไหม มีอะไร ที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมอีกไหมครับ

Pt. F: มันก็อาจจะมึนเล็กน้อย ตอนออกมาอยู่ห้อง ตอนแรกออกมาอยู่ห้อง CCU มาอยู่ห้องพิเศษ รวม ก็จริงๆ ถ้าอธิบายนิดหนึ่ง ตอนนี้อย่างต้องทำอะไรอยู่บ้าง จำเป็นต้องห้องพิเศษ

ผู้วิจัย: ตอนที่อยู่ข้างล่างที่อยู่ห้องวิกฤต ใช่ไหมครับ

Pt. F: ตอนที่ขึ้นมาเป็นชั้น แแปด ตอนที่ย้ายจาก CCU มาชั้น 8 ค่ะ เข้าให้เหตุผลว่า มันต้องใส่ เครื่องออกซิเจน และก็ให้ยา ก็เลยต้องอยู่ห้องโน้น แต่ที่นี้ในความเข้าใจของญาติ คือ จริงๆ ห้องพิเศษ ก็ทำได้ คือ ในความเข้าใจของญาติเฉยๆ แต่ก็คือ ถ้ามันไม่ได้ ก็ต้องอธิบาย ว่า ทำไมมันถึงไม่ได้

ผู้วิจัย: แล้วตอนนี้เข้าใจหรือยัง ถามก่อน

Pt. F: ถ้าเรื่องยานะจริงๆ ห้องพิเศษก็เห็นให้อยู่ ตอนออกซิเจน ห้องพิเศษก็มี เข้าใจการดูแลของ พยาบาลอย่างใกล้ชิดถึงให้อยู่ห้องโน้น

ผู้วิจัย: อันนี้ คือคำตอบที่ถูกส่วนหนึ่ง อันนี้ อธิบายเพิ่มเติม ขออนุญาต ตรงนี้ ที่เป็นผู้ให้บริการทีม สุขภาพตรงนี้ คือในการ flow ของคนไข้ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เราแบ่ง ที่บอกมาถึง ปู่เราได้ทำการสวนหัวใจ เพื่อรักษา เปิดหลอดเลือดเรียบร้อยแล้ว คนไข้ โอเค ได้รับการใส่ ขดลวด เหมือนคลองที่มันตัน แล้วเราเปิดน้ำให้ไหลได้อีกที คราวนี้กว่าที่ต้นหญ้า หรือต้นไม้ที่ ข้างๆ ที่เราเลี้ยง จะฟื้นสักพัก ต้องใช้เวลานิดหนึ่ง คนไข้อาจจะมึนงงได้ อาจจะมีภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะได้นะ เห็นไหม ปัสสาวะหรือมีความเครียดค่อนข้างสูง ช่วงแรก หรือว่า เฟสชั่วโมงแรก 24 ชั่วโมงแรกสำคัญมาก อาจจะมีอย่างนี้ คนไข้อาจจะมี หัวใจเต้นผิดจังหวะสำคัญมาก อาจจะมี เจ็บหน้าอกอย่างเฉียบพลันกลับมาอีก ก็ได้ จริงๆแล้ว ถ้าตามทุกๆไป โรงพยาบาลทั่วไปควรจะอยู่ CCU ลัก 2 วัน แต่เนื่องจากว่าเราจำกัดด้วยสถานที่ และมีคนไข้ค่อนข้างเยอะ อาจจะต้องให้คุณ

พอมายู่ที่งักฤต เรียกว่ากึ่งวิกฤตก่อน อาจจะคืนหนึ่งก่อน เสร็จแล้วค่อย ย้ายมาห้องพิเศษตาม สิทธิที่คุณอยากจะปรารถนาที่จะมาใช้

Pt., F: จริง ถ้าอธิบายอย่างนี้ก็ โอเคนะคะ ไซ้ ไซ้ เพื่ออะไร ทำอย่างนี้เพื่ออะไร เพื่ออะไร

ผู้วิจัย: อย่างนี้จะ โอเคขึ้นใหม่ครับ อันนี้กระจางขึ้น จะได้ไม่ค้างคาใจต่อไป

Pt., F: ไซ้ ไซ้

ผู้วิจัย: อันนี้คงไม่สงสัยแล้วว่า สุขภาพจิตค่อนข้างดีทั้งคุณพ่อ คุณลูก ลูกใหม่ ย้อนถามไปนิด หนึ่งที่ผ่านมาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน อบต. หรือที่โรงพยาบาลการไฟฟ้าที่คุณพ่อ รักษา หรือตัวคุณรักษาอยู่ มีส่วนช่วยเกี่ยวกับเรื่องการดูแลคุณพ่อไหม

Pt., F: คืออย่างไฟฟ้านี้ เค้าก็ดูถือว่ามันใกล้ ถ้าเป็นนิดๆหน่อยๆ มันก็ สะดวก ไม่ต้องไปรอคิว โรงพยาบาล ก็โอเค แต่ถ้าไปโรงพยาบาลเร็วกว่านั้น คือไป จุฬาฯ ที่แบบเป็นความคัน ก็จะมี ขึ้นตอนนิดหนึ่ง ช้าหน่อย นอกจากจะไปนอกเวลา ยังช้านิดหนึ่ง ใกล้นิดหนึ่ง อันนี้ คือ ก็ดี ใกล้ บ้าน

ผู้วิจัย: ก็คือ สรุปแล้วพอใจส่วนหนึ่งในเรื่องใกล้บ้าน

Pt., F: ไซ้

ผู้วิจัย: ได้รับการดูแลพอสมควร แล้วเรื่องความช่วยเหลือจากแหล่งเหล่านี้ละ เราพอใจ เช่น พอใจ คือ ได้รับความสนับสนุนการรักษา การพยาบาลอย่างนี้ การดูแลอย่างนี้ พอไหม

Pt., F: ก้อ โอเค เพราะว่าเคยเข้า การไฟฟ้าก็ถือว่าเป็นรัฐวิสาหกิจที่ เขาก็ดูแลระดับดี ด้วย ราชการยากหมดเลย ไฟฟ้ายังมีสถานพยาบาล อยู่กระทรวงไม่มี

ผู้วิจัย: โอเค คิดถูกแล้ว ราชการ แย่กว่ารัฐวิสาหกิจ ลูกใหม่อันนี้เป็นคำถามใกล้สุดท้ายแล้วคือ ว่า โดยรวมแล้ว ที่นี้เป็นอย่างไรบ้าง ความพึงพอใจ

Pt., F: เอารวมเลยเหอ

ผู้วิจัย: พูดทีละอย่างก็ได้ ให้เล่า ลองเล่า เป็นอย่างไร

Pt., F: ถ้าสเกล ตักสิบนะ ถ้าการบริการครั้งนี้ ทางแพทย์ เอาตั้งแต่พ่อเข้ามา จนถึงทุกวันนี้ ก็ ต้องถือว่าดีกว่าที่คาดไว้ อาจจะตั้งไม่ได้สูงอะไรอย่างนี้ อาจจะตั้งไม่มาก แต่ถ้าเทียบกับที่ตั้งไว้ก็ ตัก 8 ก็เยอะ ทั้งพยาบาลทั้งหมด ที่จริงแล้วเป็นอะไรที่ประทับใจมาก เพราะพ่อเข้า emergency และ ภายในครึ่งชั่วโมง ขึ้นผ่า ผ่าเสร็จขึ้น ครั้งซึ่งโมงออกมา ถือว่าดีมาก ส่วนอื่นความสะดวกก็ โอเค นะในระดับของโรบบาลรัฐบาล การดูแลของพยาบาล ก็ โอเค เคยเจอโรบบาลรัฐบาลที่แยกว่านี้ พูด แยกว่านี้ อันนี้ถือว่า โอเค ที่บางคนอาจจะพูดดีมาก บางคนอาจจะพูดดีน้อยแต่ก็ไม่ถึงขนาดแบบ ขัดใจ แต่อาจจะนิดหนึ่ง อย่างวันนี้เพิ่งเจอเรื่องทำ echo ซึ่งจริงๆ แล้ว ตอนแรกเมื่อวาน พยาบาล หรือหมอบอกแม้ว่าจะกลับวันนี้ ที่นี้พอมาววันนี้ เมื่อเช้าบอกว่า หมอมาดูแลแล้วบอกไม่มีข้อมูลใน

echo ให้อยู่ทำก่อนอะไรอย่างนี้ พอเราถามพยาบาล ว่ายานี้ ยาอะไร ให้ไปถามหมอ ซึ่งในความเข้าใจ บางทีเขา เขาควรจะอธิบายได้ ก็เม็ด คือ อะไร ให้ไปถามหมอ ถ้ากินแล้วมันเกิดผลอะไรขึ้น มันก็ไม่มีทางที่จะทันถามหมอ อันนี้คือต้องตอบให้ได้ นิดหนึ่ง เพราะมันเป็นยา ส่วน echo จริงๆ แล้ว ญาติอาจจะไม่เข้าใจ โอเค ทำแหละดี แต่ทำเมื่อวาน ได้ใหม่ อะไรอย่างนี้ ถ้าหมอไม่ Mention ขึ้นมาก็จะไม่ทำ ถ้ามีการวางแผนนิดหนึ่งว่า คนไข้ตัววันนี้ อาการดีขึ้นวันนี้ วันที่สองที่สามต้องทำ echo วันที่สี่ ต้องดูแลนักโภชนาการ คือถ้ามีแผนไว้ วันที่ห้า ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน ก็ให้หมอพิจารณาจะกลับบ้านได้ อย่างนี้ เพราะบางที บางบ้านก็ไม่ได้มีคนดูแลได้ทุกวัน เราก็ต้องผลัดกัน ถ้าเราสามารถมี plan ได้ ก็จะได้

ผู้วิจัย: ก็ถือว่าความสะดวกจะลดลงไป ในเรื่องต้องมารับคุณพ่ออีกในวันพรุ่งนี้ อีกวัน

Pt., F: และอย่างวันนี้ลาพักผ่อนมาเพราะเข้าใจว่าคุณพ่อจะออกวันนี้ ก็คงลาไม่ได้แล้ว

ผู้วิจัย: แล้วใครจะมารับคุณพ่อ

Pt., F: ก็คงจะเป็นคุณแม่

ผู้วิจัย: คุณแม่รับ แล้วคุณแม่ทำงานอยู่ไหมครับตอนนี้

Pt., F: เล่าก็ทำอยู่แต่เค้า early แล้ว ทำข้างนอก

ผู้วิจัย: แล้วเค้าสะดวกไหมที่จะมารับ

Pt., F: ถึงว่าไม่สะดวกก็ต้องมา ต้องมีสักคนมา

ผู้วิจัย: โอเค สรุปแล้วก็คือ ตรงนี้ยังบกพร่องอยู่ คือ น่าจะปรับปรุงตรงนี้

Pt., F: ใช่ ใช่ ถ้าถามว่าให้ปรับปรุง คือ ถ้ามีตรงนี้ก็โอเค กลับบ้านด้วยความรู้สึกเฟออร์เฟก ระดับหนึ่ง ได้แบบไม่แพ้อะไร อย่างเมื่อกี้ที่เขามา อธิบายโภชนาการก็ดีมาก เมื่อกี้นั่งฟังอยู่ หรือถ้าอันนี้มาเมื่อวานก็จะดี หมายถึงว่าอันนี้มาดีนะ ให้เค้ามาแหละดี ภายภพมาเรื่อยๆ เพราะอย่างคุณพ่อ เค้าเป็นคนช่างจดช่างอะไรอย่างนี้ด้วย และเค้าจะไม่เชื่อคนอื่นยกเว้น บุคลากรทางการแพทย์ อย่างเรื่องน้ำหวานนี้ เราพูดมาเป็นห้าหกเจ็ดแปดปีเค้าก็ไม่เชื่อ ให้น้องคนเมื่อกี้มาพูด เค้าก็เริ่มแบบ เริ่มเชื่อถือมากขึ้น ถ้าหมอพูดอีกคนนี่ รับรอง หยุดกินแน่นอน

ผู้วิจัย: คือในส่วนตรงนี้ ก็ขอบคุณมากในตรงนี้ แต่ว่าในตรงนี้ก็ค่อนข้างยากว่าไม่ได้แก้ตัว แต่เรียนให้ทราบว่า เสด็จบางเคส หรือคนไข้ที่มาเยอะขนาดนี้ นักกายภาพมีบางส่วน ก็ต้องกระจายกันไปทำ เกสเซอร์ กระจายกันไปทำ หมอเองจะมีภาระค่อนข้างเยอะ อันนี้ก็พูดเพื่อเอาไว้ก่อน บางราย ความประทับใจอาจไม่เข้าเป้าตามนั้น รวมทั้ง เกสเซอร์คนนั้นด้วย อาจจะมีอีกคนหนึ่งรับผิดชอบเคสมากมาย ก็มีงานประจำอีก ส่วนนี้ต้องขอโทษตรงนี้ ทีมสุขภาพที่อาจจะบริการไม่ทั่วถึง แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ขาดหายไป ช่วงที่มา F/U เพราะต้องมา F/U ที่นี่อยู่แล้ว ก็หวังว่าในส่วนที่ขาดหายไปอาจจะสามารถสอบถามจุด โมบายต่างๆ เช่น สมมติว่า กลุ่มของกายภาพ ซึ่งอาจจะมียุ

ตาม ตรงหน้าตึก OPD หรือกลุ่มของโภชนาการตรง OPD ถ้าเกิดสงสัยอะไรสามารถสอบถามได้ รวมทั้งเภสัชกรด้วย คุณหมอก็เหมือนกัน คุณหมอก็มาตรวจในพรุ่งนี้ หรือจะกลับบ้านอะไร ทั้งหลาย ถ้ามีโอกาสได้อยู่สามารถที่จะพูดคุยได้เลย ซักถามเพิ่มเติมได้เลย

Pt., F: ไม่ได้อยู่ที่การแสดงออก คือถ้าเกิดเค้า ตรงนั้นด้วย เค้ารีบ เราก้อ เราเข้าใจว่าเค้ามีคนไข้ เยอะ

ผู้วิจัย: เค้าไม่ได้อยากพูดด้วยใช่ไหม ตรงนี้ก็ส่วนหนึ่งที่ ผมคิดว่าเราน่าจะไปปรับปรุงทีม เหมือนกันเพราะว่าอย่างของคุณพ่อ เค้ามีการ comment เรื่องคุณหมอ เยอะ อาจจะเรื่องแนะนำตัว น้อยไปหน่อย ก็มีพูดจากับคนไข้หรือญาติ น้อยไปหน่อย ก็ถ้าเกิดพูดมากกว่านี้ คำว่าพูดมากคือ เรื่องสุขภาพนะ ไม่ได้พูดเรื่องอื่น ทำให้การดูแล มันกระชับ หรือ ดีมากขึ้นกว่านี้

Pt., F: เพราะประเด็น คือ คนไข้ก็จะเชื่อถือ หมอ อันนี้คือจริงๆ คนเฝ้าไม่เท่าไรหรอก เพราะเราก็ เข้าใจ แต่ว่าพอเราเป็นคนป่วย และยิ่งโรคหัวใจเขาจะรู้สึก ว่า ต้องทำอะไร ต้องเดินเท่าไร ต้อง กินอย่างไร กลับบ้านแล้วต้องอย่างไร ต้องนอนยังไง กินอันนี้ได้ไหม อะไรอย่างนี้ คือ เขาจะไม่เชื่อ สมมติเราบอก หรือคนอื่นบอก คนคนนั้นเป็น โรคหัวใจมาแล้วก็ตาม เค้าก็จะรู้สึกไม่ ถ้าหมอพูด อะไรก็จะเชื่อ

ผู้วิจัย: โอเค ส่วนเรื่องขั้นตอนที่บอกพร่องไปแล้ว

Pt., F: ก็ไม่ถือว่าบกร่อง เป็นการพัฒนา

ผู้วิจัย: ใช่ ก็ต้องขอขอบคุณตรงนี้ด้วย และหวังว่าเคสต่อไปจะได้พัฒนามากขึ้น ต้องขอบคุณมาก เลย สำหรับข้อมูลที่ให้ในวันนี้ จริงๆแล้ว เมื่อวานก็พลาดไป เลยมาไม่ทัน ช่วงนั้นมาเย็นค่ำ

Pt., F: มาตอนค่ำ

ผู้วิจัย: ค่ำใช่ไหม ผมก็มีเคส เมื่อวานฉุกเฉินอย่างนี้มาอีกราย

Pt., F: หรือคะ

ผู้วิจัย: ตอน สอง สาม หุ่ม กลับดึกเหมือนกัน ก็จะรบกวน คุณฐาปณีมากเกินไปที่ต้องขึ้นมา สัมภาษณ์ในคำคืนนะ ก็ขอบคุณน้องด้วยที่มาช่วย record ขอขอบคุณอย่างสูงเลยที่ให้ข้อมูลตรงนี้ ขอขอบคุณมากครับ

Pt., F: แล้วโอเค ขอขอบคุณค่ะ

CCU. N1.....พยาบาล CCU

ผู้วิจัย: สวัสดีครับ ผม นายกฤษดา จนวนวันเพ็ญ เป็นนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ เอกการบริหารพยาบาล ขออนุญาตขอข้อมูล

ผู้ให้บริการที่ผมทำการวิจัย เรื่องการพัฒนาการจัดการรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในส่วนของผู้ให้บริการ ขออนุญาตบันทึกเทป ยินยอมไหมครับ

CCU. N1: ยินยอมค่ะ

ผู้วิจัย: สิ่งที่จะพูดมี 2-3 ประเด็นนะครับ เกี่ยวกับผู้ให้บริการ น้องก็มีส่วนตรงนี้ เป็นพยาบาล ccu ไข้ไหมครับ และก็มีอีกส่วนหนึ่ง เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ก็ต้องไปหาข้อมูลตรงนี้เพิ่มเติม ประเด็นแรกที่จะพูดก็คือว่า เกี่ยวกับโครงการ acute MI หรือคนไข้ที่มา fast track ที่เราเข้าใจ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้างครับ น้องลองเล่าให้ฟังเป็นอย่างไร

CCU. N1: ค่ะ ก็คือในช่วงของการดำเนินการในระยะแรก ผู้ป่วย MI มีค่อนข้างน้อย ก็เป็น case walk in เข้ามาในโรงพยาบาลมาเป็นส่วนใหญ่ นะคะ ในช่วงแรกที่เรารักษาส่วนใหญ่เราจะให้ thrombolytic นะคะ ทั้งในเวลาราชการจะทำ primary PCI แต่ถ้าเวลาออกราชการก็จะให้ thrombolytic นะคะ แต่ระยะหลังเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์พร้อมมากขึ้น เราก็มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ก็คือเริ่มมีการทำ primary PCI นอกเวลา ราชการนะคะ ประกอบกับว่าเรามีโครงการเข้าไปในเครือข่าย สปสช. เขต 4 ก็มีการรับส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในเครือข่ายต่างๆเพิ่มจำนวนมากขึ้น ฉะนั้นจำนวนผู้ป่วยที่เราให้การดูแลเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่นเดียวกัน ในส่วนนี้เรามีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะหลังมีการทำ primary PCI ทุกสายทั้งในเวลา นอกเวลา ราชการนะคะ ช่วงแรกจะเป็นการพัฒนาอยู่แค่สองวิชาชีพ คือแพทย์ กับพยาบาล ส่วนของพยาบาลก็จะมีห้องสวนหัวใจ พยาบาล ccu. พยาบาลบวอร์ดต่างๆ นะคะ และก็รวมถึง discharge ไปแล้วก็เป็น พยาบาล OPD ที่ f/u ต่อ แต่ในระยะหลังก็มีสหสาขาวิชาชีพ อื่นมาร่วมดูแลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเข้ามาช่วยดูแล ก็ทำให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการประเมินก่อนที่จะเริ่มโปรแกรม rehab. นะคะ นอกจากนี้ก็มี นักโภชนาการ ที่เขามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้เรายังมีคลินิกอดบุหรี่ ถ้าชักประวัติแล้วคนไข้มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการความดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เราก็จะส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลคลินิกอดบุหรี่เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และก็ครอบคลุมความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น

ผู้วิจัย: ในส่วนของ CCU ส่วนของน้องที่รับผิดชอบอยู่ได้มีการเตรียมทีมเตรียมคนอย่างไรบ้างครับ

CCU. N1: อันนี้เป็นประเด็นที่ทำท้าย เนื่องจากว่าในสภาพของ CCU เอง ประกอบจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการและการขยายเตียงของ CCU เป็นไปอย่างรวดเร็วเพราะฉะนั้นพยาบาลก็จะมีเวียนเข้ามาอยู่เรื่อยๆ เป็นระยะ แล้วก็เป็นสิ่งท้าทายอันหนึ่ง ต้องมีการพัฒนาคน ในการพัฒนาคนเริ่มแรกก็มี

การปฐมพยาบาลเจ้าหน้าที่ใหม่ รวมทั้งทบทวนความรู้ของเจ้าหน้าที่เดิมเกี่ยวกับความรู้วิชาการอะไรที่ update หรือ guideline ต่างๆที่ทันสมัยมากขึ้นเราจะมีการปรับเปลี่ยนอย่างไรให้สอดคล้องกับความรู้หรือวิวัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้น นั่นก็คือ มีการเตรียมคน เตรียมความรู้ให้เจ้าหน้าที่ใหม่ เจ้าหน้าที่เก่า นอกจากนี้มีระบบของพี่เลี้ยง ในคนที่เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่เอง ในช่วงแรกจะมีระบบ training 2 เดือน โดยให้น้องปฏิบัติงานในเวรเช้า ซึ่งจะมีประสบการณ์ในการดูแล มีผู้ช่วย หลากหลายกว่าในเวรดึก โดย train เวิร์เช้า 1 เดือน บ่ายดึกอีก 1 เดือนรวมระยะเวลา training 2 เดือน และจะมีหัวข้อปฐมพยาบาล หรือการประเมิน น้องตามหัวข้อความจำเป็นในการดูแล ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และนอกจากนี้เรามีพี่เลี้ยงประกบให้เค้าด้วยทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ที่เค้าปฏิบัติงานที่อยู่ในระบบ training อยู่ นอกจากนี้ต้องมีการประเมินผล ว่าเค้าสามารถดูแล ผู้ป่วยได้ดีมากน้อยเพียงใด ข้อใดที่เค้าเป็น โอกาสพัฒนา ข้อใดที่เค้าคืออยู่แล้วก็ควรจะส่งเสริมให้ เค้าทำดีต่อไปเรื่อยๆนะค่ะ เพราะฉะนั้นเราจะมีระบบการประเมินและก็ประเมินผลทุก 3,6 และก็ 12 เดือน ถามว่าเค้าจะทราบได้อย่างไรว่า เค้าจะได้รับการประเมินหัวข้อไหนบ้าง เราจะมี วัตถุประสงค์ให้เค้าทราบในแต่ละครั้งที่ได้รับการประเมินเพื่อ หนึ่งเขาจะได้เตรียมตัวที่จะรับการ ประเมิน สองเขาจะได้ทบทวนตัวเองด้วยว่าเค้ายังขาดหรือพร่องอะไรบ้าง อันนี้คือระบบ training ที่เราทำอยู่ สองเรามีการพัฒนาศกยภาพของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น นั่นได้แก่สนับสนุนให้เรียนต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ เรียนเฉพาะทางหลักสูตร CVN ซึ่งสถาบันได้จัดขึ้น หรือหลักสูตรภายนอกที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่ผ่านมาก็ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เรายังมีการเข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นการประชุมวิชาการ อายุรศาสตร์หัวใจประจำปีก็พยายามหมุนเวียนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ผลัดเปลี่ยนกันเข้ารับการ อบรม หรือมีการประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก็ พยายามสนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องนะค่ะ

ผู้วิจัย: ตรงนี้เพียงพอไหมกับการที่น้องต้องบริการผู้ป่วย

CCU. N1: ถามว่า ตรงนี้ ยังไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแค่องค์ ความรู้ก็ไม่เพียงพอ จะต้องมีการบริบทอย่างอื่นร่วมด้วย เพราะฉะนั้นก็จะมี competency ที่จำเป็นของ CCU ได้แก่ในเรื่องของการประเมินผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด การใช้ยา บริหารยาในระบบหัวใจ และหลอดเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ เพราะจะพบว่าผู้ป่วยที่ MI มาด้วย cardiogenic shock ก็มีไข้ ใหม่นะ หรือมาด้วยภาวะอื่นๆ ซึ่งเป็นภาวะอันตรายฉุกเฉิน arrhythmia เป็นต้น ก็ต้องสามารถ ประเมินอาการและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วย MI ถ้าหลายๆวันไปแล้ว จำเป็นต้องทำหัตถการต่างๆ เช่นใส่สาย IABP ในพยาบาล CCU ก็ต้องสามารถดูแลได้ หรือ monitor hemodynamic เขาก็ต้องมีความรู้ นอกจากนี้ที่สำคัญคือ การ empowerment ให้คนไข้

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานะของโรคที่เคาเป็นอยู่ อันนี้ competency หรือ ศักยภาพพื้นฐานที่เขาจะต้องมีในการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัย: นื่องคิดว่าประสบการณ์ของน้องๆ ผู้ร่วมงานในทีมเพียงพอไหมที่จะดูแล

CCU. N1: ประสบการณ์ในการดูแลของน้องๆ ในปัจจุบัน ถามว่ามีต่างระดับ ระดับที่โตก็มี ศักยภาพที่สูงสามารถประเมิน detect และสามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและ ทันท่วงที แต่ในระดับที่เป็นน้องยังต้องอาศัยประสบการณ์ เราจะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไรให้ รวดเร็วปลอดภัย ก็จะต้องมีการจัด criteria ในการขึ้นเวรให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานนั้น หมายความว่า ในเวรเช้าต้องมีระดับ CVN ขึ้น cover ป้ายดึก ก็เช่นเดียวกันอย่างน้อยต้องมีคนที่ ผ่านการจบ CVN ขึ้นปฏิบัติงานนะละ อย่างน้อย 1 คน แต่ตอนนี้ เราบอกได้เลยว่าตอนนี้เรามี ปัญหาเจ้าหน้าที่ลาออก โอนย้าย ช่วยเหลือหน่วยงานอื่น ทำให้ในบางเวรอาจมี CVN ไม่ cover ทุก เวร แต่อย่างไรก็ตามเราจะมีพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 5 ปี ขึ้น อย่างน้อย 1 คนในเวรนั้นนะละ ถามว่าจริงๆ แล้วเราจัดเวรมาถ้าในอัตราปกติมี CVN cover ทุกเวรนะละ แต่ถ้า เป็นป้ายดึกแล้วมีการ off เวร บางครั้งอาจจะไม่มี CVN cover แต่จะมีพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี 2 คน ขึ้นปฏิบัติงาน และเราจะจำกัดคิดหนึ่งว่า ถ้าเป็นกลุ่มที่เป็น high risk , high risk ของเราคือคนที่ ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 1 ปี ต้องขึ้นเวรไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวรนั้น เพื่อที่จะให้คนเป็น senior cover ได้

ผู้วิจัย: cover ตลอด คงแก้ปัญหาได้ในบางส่วน นื่องลองเล่าขั้นตอนโดยรวมของคนไข้ มาอย่างไร บ้าง ลองเล่าให้ฟังสิครับ

CCU. N1: ก็ เริ่มแรกตั้งแต่หลักเกณฑ์ ที่จะรับคนไข้เข้ามา ถามว่าถ้าเป็นคนไข้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ากับบริบทของเรา เราก็จะรับมา ก็เริ่มตั้งแต่การดู ถ้าเป็นคนไข้ walk in แพทย์ที่ ER จะเป็นคนประเมิน ประเมินจากไหน จากอาการผู้ป่วย EKG ประเมินจาก ผล lab หลังจากนั้น ถ้าเข้ากันได้กับคนไข้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก็จะรับไว้ใน CCU แต่ก็มีอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ กลุ่มใหญ่ของเราคือ คนไข้ที่ refer มาจากในเขตรอบๆ ปริมาณที่เราจะจำกัดไว้ว่าควร จะให้ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วไม่เกิน 90 นาที ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ถ้าเกินจากนั้นเราควรจะให้ยา thrombolytic มากกว่า ดังนั้นการจะ refer ส่งมาที่เราได้ อันที่หนึ่งเขาจะต้องมีประวัติอย่างคร่าวๆ สอง จะต้องมีการ EKG ในขณะที่ระบบแพทย์ที่ ER จะเป็นคนประเมินในช่วงต้น และจะมีระบบ consult แพทย์ fellow ซึ่งผ่านการ training ที่เราเป็นคน ประเมินอาการซ้ำ หลังจากนั้นก็มี การ consult ถ้าเป็นเวลาราชการ มีการ consult ให้แพทย์ primary PCI ประเมินอีกทีหนึ่ง แต่เมื่อเป็นเวลาราชการ เมื่อเราได้รับ fax ประวัติ EKG เบื้องต้น จะส่ง consult ให้แพทย์ intervention ประจำวันนั้นเป็นคนประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้า

มาอยู่ในเกณฑ์ที่จะอยู่ ccu แล้ว รับผู้ป่วยเข้ามาในช่องทางด่วนพิเศษเรียกว่า fast track คนไข้ STEMI ในกรณีที่ห้องสวนหัวใจพร้อมสามารถรองรับได้เลย ก็สามารถ fast track เข้ามาได้เลย แต่เนื่องจากว่าอาจจะมีข้อจำกัดที่ว่า ปริมาณคนไข้ที่เราทำ CAG ,PCI หรือ intervention ของ cardiac ค่อนข้างเยอะ และประกอบกับห้องของเรายังมีจำกัด ขยายการบริการของห้องไม่เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนที่ห้อง CCU นะคะ ในเรื่องของ การเตรียมเมื่อเรารับมาแล้ว เราจะมีการเตรียม ก่อนที่จะรับคนไข้เข้ามา อาจข้ามขั้นตอน คือต้องมีการเตรียม เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ในการที่จะรับผู้ป่วยเข้ามานะคะ ให้พร้อมก่อน หลังจากที่คนไข้เข้ามาแล้ว เราเตรียมการ ไม่ว่าจะเป็นเตรียมด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งเอกสาร ข้อมูลสิ่งที่สำคัญอันหนึ่งก็คือ เรื่องของความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่คนไข้ได้รับการรักษา โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในส่วนนี้ แพทย์จะเป็นคนให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจ เพื่อพิจารณาว่า เขายินยอมที่จะรักษาหรือไม่ อันนี้ก็เป็นสิ่งที่สำคัญอันหนึ่ง นะคะที่เราปฏิบัติอยู่

ผู้วิจัย: ประเมินจาก EKG มีพยาบาล CCU เข้าไปร่วมให้ข้อมูลตรงนี้ไหมครับ

CCU.N1: พยาบาล ccu ก็จะเป็นหัวใจสำคัญ ขาดเราไม่ได้เลย เนื่องจากว่าเวลาที่แพทย์ให้ข้อมูลแล้ว แพทย์มักจะไม่ได้ document ในเอกสาร แต่พยาบาล CCU ส่วนใหญ่เป็นคน document ด้วยเพื่อยืนยันว่าเรามีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติจริง อันที่สองก็จะเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วยว่า เรามีการให้ข้อมูลแล้ว ญาติมีการตัดสินใจรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ นะคะ นอกจากนี้ในเรื่องของ ความเสี่ยงแพทย์จะอธิบายสั้นๆ แต่พยาบาล CCU รวมทั้งพยาบาลห้อง cath ด้วย เพราะ fast track เข้ามาในห้องสวนหัวใจจะเป็นคนให้ข้อมูลทั้งหมดเลย ว่าคนไข้จะต้องเตรียมตัวอะไรบ้าง สิ่งที่เราจะต้องเผชิญมีอะไรบ้าง และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือเป็นอย่างไร ในระหว่างที่อยู่ห้องสวนหัวใจ ห้อง CCU เราจะต้องทำอะไรบ้าง แต่ข้อมูลอันนี้ขอบอกว่า ข้อมูลที่ให้จะเป็นข้อมูลที่สั้นมาก เนื่องจากว่าต้องรีบรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด สิ่งที่คุณไข้จะได้รับข้อมูลต่อมา หลังจากที่ทำการหัตถการเรียบร้อยแล้ว อยู่ในภาวะที่รับรู้ด้วยนะค่ะ เราถึงจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ หลังจากนั้นจะให้พยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และก็มี การให้เรื่องของ education ไปเรื่อยๆ ซึ่ง ระหว่างที่ admit อยู่ที่ CCU แต่ในส่วนนี้เราอาจจะให้ไม่หมดไม่ครอบคลุม เนื่องจากปริมาณการหมุนเวียนเตียง ความต้องการใช้บริการใน CCU เป็นอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้นโดยส่วนใหญ่จะส่งต่อไปบน วอร์ด เขาจะมีการให้ข้อมูลต่อเนื่องที่วอร์ด อันนี้จะมีการส่งเวรในระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง

ผู้วิจัย: แสดงว่า หมายถึงว่าเรามีการ OK กันต่อเนื่อง ระหว่างทีม

CCU.N1: ใช่

ผู้วิจัย: ข้อมูลบอกแล้วว่าสั้น แต่คิดว่าเข้าใจใหม่กับคำอธิบายตรงนี้

CCU. N1: จะมีบางคนขึ้นกับ (อันนี้ไม่ได้โทษคนไข้) การศึกษาด้วยนะ ถ้าคนไข้ education ดีๆ ความต้องการด้านข้อมูลจะเยอะมาก และก็ให้ในสิ่งที่คนไข้สามารถรับได้ แต่เป็นคนไข้ที่ยังไม่เข้าใจ ยิ่งงงๆ กับเหตุการณ์ บางคนยังอยู่ในภาวะตกใจ ฉะนั้นโรคนี้อาจให้แค่เบื้องต้น ให้เค้ามีการปรับตัวหรือเตรียมใจก่อน หลังจากที่เค้าปรับตัวได้แล้ว off sheath พร้อมทั้งจะรับข้อมูล เรายังจะให้ข้อมูลเค้าได้เต็มที่ เพราะฉะนั้นสิ่งที่ CCU plan ที่จะทำต่อไปก็คือว่าจะทำอย่างไรให้คนไข้ได้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เข้าใจตรงกัน ตอนนี้เราเลยวางแผนว่าน่าจะมีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ MI แจกเค้าเป็นรายบุคคล ก็คล้ายๆ กับสมุดคู่มือห้องสวนหัวใจที่ทำ แต่อันนั้นเป็นเพียงผลการรักษาเค้าทำ PCI ว่าคนไข้ CAG แล้วมีกี่เส้น PCI ไปแล้วจุดไหนบ้าง ยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอะไร แต่ข้อมูลที่เราวางแผนทำเป็นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของ โรคพยาธิสภาพ อาการ หรือสิ่งผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งยา การปฏิบัติตัวต่างๆ ที่ได้รับ อันนี้คงต้องผ่านผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่านช่วยกันพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะจัดทำ นอกจากนี้ถ้าเราทำได้ คนไข้ที่ education ดีๆ อันนี้ ถ้ามีแรงสนับสนุนดีๆ หมายถึง computer อาจจะทำเป็นภาพยนตร์ หรือเป็นสไลด์ให้เค้าดู ก็จะศึกษาทำให้คนไข้มองเห็นภาพและก็ชัดเจนมากขึ้น อันนี้คือแผนต่อไป

ผู้วิจัย: ในส่วนตรงนี้ ประสิทธิภาพของน้องๆ หรือผู้ให้ข้อมูลเพียงพอไหม โดยเฉพาะเรื่องการให้ health education

CCU. N1: ก็น่าจะเพียงพอ เพราะว่าตอนนี้เรามีแบบการให้ข้อมูล กับน้องๆ อยู่แล้ว แต่ว่าเป็นสมัยโบราณ แผ่นพับ ที่จะพัฒนาต่อไปจะเป็น power point

ผู้วิจัย: มี animation เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ง่ายขึ้น

CCU. N1: ง่ายขึ้นเป็นวิดีโอ

ผู้วิจัย: อันนี้เป็นสิ่งที่คิดที่จะพัฒนา ขอสนับสนุนเต็มที่ตรงนี้ คราวนี้ต่อมาคือว่าคนไข้ที่มาภาวะฉุกเฉินนี้มีไหมในยามวิกฤติไม่ว่าจะเป็นห้องสวนหัวใจหรือ CCU เองที่ต่อเนื่องกันมีไหมที่ถูกเขาฟ้องร้อง ร้องเรียนหรือถ่วงละเมิดผู้ป่วยเขา

CCU. N1: ยังไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นนะค่ะ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ในอนาคต สิ่งหนึ่งคือว่าเราให้โอกาสญาติและผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษา ว่าเขาสมัครใจหรือไม่ รวมทั้ง ก็คือว่าให้ข้อมูล ให้ข้อมูลเค้าอย่างเพียงพอแก่ความต้องการ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็คือว่าอย่างที่บอก คือจะมีเวลาคิดตัดสินใจได้ไม่นาน เนื่องจากว่าโอกาสรอดชีวิตจะสูงขึ้นถ้าเราสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ภายใน 90 นาที นะคะนี่ก็เป็นปัจจัยสำคัญ การที่จะช่วยเขา

ผู้วิจัย: คราวนี้ต่อมาคือว่า การประสานงานจากหน่วยงานข้างเคียง หรือออร์ดหรืออะไรทั้งหลายนี้ ในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาลมีบ้างไหมที่เกี่ยวกับหน่วยงานของท่าน

CCU. N1: ที่ผ่านมามีคนไข้เป็นบริหารจัดการในหน่วยงานของเรา ก็จะมีติดขัดบ้างในเรื่องของถ้าเรารับ MI มาหลายๆ เคส หรือมีเคสที่ต้องการความดูแลผู้ป่วย CCU ก่อนข้างเยอะทำให้เราหมุนเวียนเตียงย้ายคนไข้ออกไปไม่ได้ นี่ก็เป็นข้อจำกัดเหมือนกันที่ทำให้เรารับคนไข้ MI ที่ผ่านได้ทั้งหมด แต่อัตราการรับคนไข้ของเราอยู่ที่ 85 up ขึ้นไปในการรับส่งต่อผู้ป่วยเข้ามาในสถาบันโรคทรวงอก นะคะ แต่ถ้า refer out refer out มีปัญหาที่ผ่านมาก็จะน้อยมากที่พบว่า clinical risk ของเราที่เกี่ยวกับการดูแล post STEMI ก่อนข้างน้อยนะค่ะ ที่ไม่พบเลยคือ เรื่องของ renal failure ไม่เคยเกิดขึ้นเลยหลังทำ PCI แล้วก็เรื่องของ stroke หลังทำ PCI ไม่เกิดขึ้น แต่มีอยู่รายหนึ่งคนนี้เป็น day 6 แล้วก็ไม่ได้ทำ PCI แต่ได้ SK จากที่อื่น แล้วเกิด Stroke แต่ที่นี้คนนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นอันนี้ ก็ในเรื่องของการ refer คนไข้ที่มีปัญหา ที่เราต้องการดูแล แพทย์เฉพาะทางก็เป็นปัญหาของเราที่ใช้ระยะเวลาในการส่งต่อมานาน แต่สำหรับคนไข้ที่ cardiogenic shock มาแล้ว post arrest มาแล้ว เราเปิดหลอดเลือดให้แล้ว แล้วยังมีปัญหาด้านการดูแลต่อเนื่อง พวกไม่รู้สติตัว unconscious คือปัญหาทางด้าน cardio ไม่มีแล้ว เราก็มีข้อตกลงกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อมาให้เราให้รับกลับไปดูแล ตอนนี้จะมีคนไข้รายหนึ่งที่ได้รับจากโรงพยาบาลอ่างทอง ว่าเป็น post arrest แล้วก็แก้ไขดูแลให้แล้ว คนไข้ยังไม่ตื่นไม่ฟื้น และญาติมีปัญหาในการเดินทางมาโรงพยาบาลโรคทรวงอก ก็ทำอะไรไม่มากกว่านี้แล้วก็เลยมารับกลับไป อันนี้ก็มีหนึ่งรายที่เค้ามารับกลับไป ได้รับความช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลเหมือนกัน

ผู้วิจัย: ที่ผ่านมามีคนไข้อย่างที่น้องพูดถึงปัญหาบริหารจัดการเรื่องเตียงในคราวที่รับคนไข้หลายๆ รายในเวลาใกล้เคียงกัน สมมุติว่าเราต้องรับเคสใหม่มา เราต้องย้ายผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะวิกฤตหรือพ้นระยะวิกฤตแล้ว ในตึกวิกฤตขึ้นไปอย่างรวดเร็วหรือคิดว่า ประเมินดูซิว่าคนไข้กลุ่มเหล่านั้นมีความพร้อมความปลอดภัยเพียงพอไหมครับตรงนี้

CCU. N1: ความปลอดภัย คือในส่วนนี้เราก็ดีที่เรามี step down มี CCU2 หรือสมัยก่อนเราเรียก intermediate care ถ้าคนไข้กลุ่มนี้ได้รับการเปิดหลอดเลือดแล้วไม่จำเป็นต้องได้ยาละลายเลือดต่อ เราก็สามารถย้ายไปที่วอร์ดได้เพราะว่า คนไข้เหมือนไปฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายข้างบนต่อได้ แต่ถ้าคนไข้ยังจำเป็นที่ได้ยา inotrop หรือว่ายังจำเป็นได้ยาในกลุ่ม thrombolytic ต่อเนื่องก็จะย้ายไปที่ step down คือ CCU ซึ่งมีทั้งหมด 6 เตียง จะมีปัญหาบ้างในเรื่องของการหมุนเวียนเตียง ที่ผ่านมาก็ได้รับการร่วมมือหรือประสานงานเป็นอย่างดี

ผู้วิจัย: ที่ผ่านมามีคนคอยประสานงานใหม่อยู่ในทีมสหวิชาชีพระหว่างพยาบาล หมอ และผู้ป่วยมีไหมครับตรงนี้

CCU. N1: ส่วนใหญ่คนที่ประสานงานบริหารจัดการเรื่องเตียง จะเป็นพยาบาลส่วนใหญ่ เนื่องจากแพทย์ก็เป็นคนประเมินอาการก่อนในเมืองต้นสมควรที่ย้ายเคสไหนไปได้บ้าง ถ้าเป็นคนไข้ MI ก็

จะต้องถามว่าสามารถย้ายหรือให้ไปดูแลต่อเนื่องที่วอร์ดได้บ้าง ต้อง monitor ไหม อุปกรณ์ใดบ้างที่จำเป็นต่อเนื่อง และเลือกวอร์ดที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ตามสิทธินั้นด้วยต้องคำนึงถึงความปลอดภัย วอร์ดนั้นมี monitor พร้อมไหม หรือควรที่จะอยู่ใกล้ counter พยาบาล เพื่อที่เค้าจะเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างดี แต่ที่ผ่านมาส่วนใหญ่คนไข้ MI ของเราจะอยู่ใน CCU ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อยนะค่ะ แต่ส่วนใหญ่แล้วจะอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง ยกเว้นในรายที่ต้องใส่อุปกรณ์พิเศษ ที่ใส่เข้าไปในร่างกาย เครื่องช่วยหายใจ หรือ MP หรือคาสาย sheath ดูแลกันนานหน่อย ก่อนที่จะย้ายไป

ผู้วิจัย: ตามสิทธิ คราวนี้ในการติดตามประเมินผู้ป่วย หลังจากนั้นเราจะรู้ได้อย่างไรว่าดีหรือไม่ดี

CCU. N1: ดีหรือไม่ดีตอนนี้ เรายัง ต้องพูดความจริง สมัยก่อนเรามีโครงการที่จะติดตามผู้ป่วย acute MI จนถึงผู้ป่วย discharge กลับบ้าน หัวหน้าทีมที่เป็น PCT เรื่องของ KM, MI, ACS ท่านไม่เห็นด้วย เราก็เลยล้มเลิกโครงการนั้นนะค่ะ

ผู้วิจัย: สรุปแล้วตอนนี้ยังไม่สามารถติดตามได้

CCU. N1: ยังไม่ได้ แต่ตอนนี้สิ่งที่ CCU คิดคือ ตอนนี้ข้อมูลเยอะมากในกลุ่มที่คนไข้เป็น MI และจะทำอย่างไร จะทราบได้ว่าคนนี้มีชีวิตรอดกลับไปถึงบ้าน ตอนนี้กำลังเริ่มทำเก็บข้อมูล กำลังสร้างแบบเก็บข้อมูลมา แล้วจะใช้ร่วมกันอีกที ก็เหมือนกับการใช้ pre cath เช่นมาที่ CCU เวลาทำไหว อุปกรณ์อะไรที่ต้องใช้บ้าง คนไข้อยู่ที่วอร์ดกี่วัน จนถึงไปวอร์ด เหมือนใบ Clinical path way

ผู้วิจัย: ใช่ Clinical path way

CCU. N1: ก็คล้ายๆ อย่างนั้นเพียงแต่เก็บข้อมูลละเอียดมากขึ้น รวมถึง clinical risk ด้วย ว่าระหว่างที่คนไข้ admit ครั้งนี้ clinical risk อะไรเกิดขึ้นบ้าง และคนไข้ discharge กลับบ้านไปเมื่อไหร่ สภาพเป็นอย่างไร มีชีวิต เสียชีวิต หรือ refer out ไปด้วยสาเหตุอะไร อันนี้เริ่มจัดทำ รอให้หัวหน้าแผนกพิจารณา และนำเสนอเข้า PCT ทีม ก็จะลดขั้นตอนในการเขียนเอกสารลง สมุดเก็บข้อมูลคนไข้เยอะมาก พยายามลดตรงนี้เพื่อติดตามดูแลของเรา final แล้วดีก็วัน อยู่โรงพยาบาลกี่วัน

ผู้วิจัย: ตอนนี้ส่งไปที่วอร์ดเหมือนกับหายต่อม ไม่รู้เรื่องรูราว

CCU. N1: ใช่ คนไข้ส่วนใหญ่ คนไข้ MI ถ้าเสียชีวิต ก็เสียชีวิตใน CCU

ผู้วิจัย: คราวนี้แสดงว่ายังไม่มีใครที่จะช่วยประสานงาน เกี่ยวกับเรื่องการดูแลก็ยังไม่ มี ยังไม่ด้วย

CCU. N1: หวังว่าพี่แก้วจะเป็นในอนาคตหรือเปล่า ไม่แน่น จบ ป.โท อาจเป็นผู้ติดตามเคส แต่อันนี้พี่ที่ห้อง cath ห้องสวนหัวใจจะประเมินอาการติดตามเคสด้วยว่า เคสมี complication hematoma มากน้อยขนาดไหน และก็ไม่น่าจะจะเป็นส่วนหนึ่งก็คือ เป็นแค่ past หนึ่งในการประเมินว่าคนไข้มี complication อะไร แต่คนที่จะดูแลในภาพกว้างยังไม่ประสานงานในรูปของ ทีม ที่จะเกิดขึ้นได้ อันนี้คือข้อเสนอแนะว่าเราควรที่จะ มาคุยกันในแพทย์ พยาบาล ทุกอย่าง ควร

จะมาคุยกันว่า เราควรจะติดตามเคสนี้อย่างไร ดูได้อย่างไร เพราะว่ากรณีที่พยาบาลให้ข้อมูลอย่าง เดียวก่อน discharge อาจยังไม่เพียงพอ หรือ rehab ตามโปรแกรมก็จบแต่ไม่การประสานงานหรือ คุยกันว่า

ผู้วิจัย: คือ ยังไม่มีการประเมินขั้นสุดท้าย

CCU. N1: ใช่ ว่า result ของคนไข้เป็นอย่างไร

ผู้วิจัย: อันนี้ขออนถามอีกข้อหนึ่งก็คือว่า ในก่อนที่คนไข้จะขึ้นทั้งหลายคนไข้ในภาวะวิกฤติ มี ความเครียดบ้างไหม ทั้งผู้ป่วยและญาติทางหน่วยเรามีส่วน support อย่างบ้างครับ

CCU. N1: ทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายคนไข้จะตกใจก่อน และยังปรับสภาพร่างกายไม่ ทัน มีความกังวลหลายๆด้าน โดยเฉพาะนักธุรกิจต่างๆจะมีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องงาน และที่นี้ ถามว่าเราปฏิเสธ ศึกษาเรื่องเดียวตลอดหรือ complete อะไรไม่ได้ เราก็เปิดโอกาส คือ การให้ ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ คือการประเมินปัญหาและสิ่งที่เค้าต้องการ คืออะไร อย่างเช่นเขาต้องการ บริหารจัดการเรื่องนี้ เราดูว่าเหมาะสมกับเขาหรือไม่ เขาสามารถทำได้ไหม ถ้าเค้าสามารถ ประเมินว่าเค้าทำได้ เราก็ให้โอกาสเค้าทำ ให้ผู้ประสานงานส่งต่อ ข้อมูลเป็นคนจัดการให้เค้า ก็ ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ แต่ใน หรือเปิดโอกาสให้ญาติ คนที่ใกล้ชิดกับเค้าเข้า มาเยี่ยมนอกเวลามีการอะลุ่มอล่วยกัน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน หรือสิ่งที่เค้าชอบ แต่เราไม่ เปิดช่องทีวี แต่มีข้อจำกัด ทีวีก็เสีย ไม่นอนมดให้ เนื่องจากราคาแพงไม่สมเหตุผลผลและในส่วนนี้ ไม่สามารถให้เค้าดูอะไรหย่อนใจได้ แต่สิ่งหนึ่งที่เรามีให้ คือ ในเรื่องของเพลง เรื่องของเทป ซีดี อะไรอย่างนี้ สามารถที่จะให้เค้าช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ หรือให้ผ่อนคลายมากขึ้น

ผู้วิจัย: ให้มีส่วนร่วมมากขึ้น ก็โดยรวมเรามีรูปแบบอยู่แล้ว แต่รูปแบบต้องพัฒนาไปเรื่อยๆ โดยรวมแล้วเรื่องเกี่ยวกับผลลัพธ์การพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวกับคุณน้อง คิดว่าเราพอใจขนาดไหน

CCU. N1: พัฒนาคือเนื่องจากมาเร็วไปเร็ว สิ่งที่มีปัญหาคือเรื่องของเอกสารต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์ และเรียบร้อย เพราะการ document ต้องอาศัยเวลา แต่คนไข้มาเร็วไปเร็ว ทำให้เราเขียนข้อมูล ข้อมูลที่สำคัญ ยังเป็นสิ่งที่พัฒนาอยู่ อันที่สองคือ เรื่องของการให้ข้อมูล ใน CCU เนื่องจาก อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องไม้เครื่องมือที่จำเป็นหรือข้อสงสัยเค้าจะเยอะเพราะฉะนั้น จะ empowerment ที่ให้เค้า ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องส่งต่อให้วอร์ดมากกว่า เพราะว่าในระหว่างที่อยู่ที่นี่ CCU เราให้แค่ สภาพ อาการ และปัญหาที่ปัจจุบันที่เค้าเป็นอยู่ว่าตอนนี้เค้าเป็นอย่างไรบ้างเพื่อให้เขาเข้าใจตนเอง และ ให้คิดว่าเค้าจะวางแผนอะไรต่อไปในอนาคตมากกว่านะค่ะ ส่วนในเรื่องของระบบในเรื่องของการ พัฒนา ต้องอาศัยความเชื่อมโยงกับสาขาวิชาชีพมากมายนี่คิดนึ่งในเชิงลึกลงว่า คนไข้ MI เราควรที่จะมีโปรแกรม หรือจัดให้เขามาดูแลเลย ไม่ใช่ว่าเราต้อง consult เค้าไป โภชนาการก็ consult เค้าไป เค้ามีส่วนร่วมดูแลได้ทุกเคส แค่มารประเมินอาการ จะทำให้คนไข้ได้ดูแลอย่า

ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเภสัชกรด้วยเพราะเค้าจะต้องกินยา อย่างน้อยคือต้องกิน plavix ถ้าใส่ DES ก็ต้อง 1 ปี ถ้าเป็น BMS

ผู้วิจัย: ส่วนตรงนี้น้องคิดว่าใครควรเป็นผู้ประสานงานตรงนี้

CCU. N1: ก็คงต้องเป็น PCT ทีม ี่มาคุยกัน ไม่อย่างนั้นก็จะไปเป็น KM ACS น่าจะเป็นแกนนำในการประสานงาน ซึ่งเราคงยังไม่มีศักยภาพในการชักจูงหรือหวานล่อมให้คนมาทำตามโปรแกรม

ผู้วิจัย: ถ้าเป็นในส่วนที่เราศึกษาเป็น case manager คิดว่าจะช่วยไหมครับ

CCU. N1: ได้ ค่ะ ถ้า case manager มีเวลาศึกษาวิเคราะห์คนไข้ในเชิงลึก เพราะสิ่งที่เราพูดมาทั้งหมดเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่คนไข้คนหนึ่งต้องดูแล แต่ case จะมีเวลาพูด ค่อยแนะนำ และเป็นคนที่ม้องค้ความรู้ทุกด้านซึ่งเค้าจะต้องรู้ทั้งหมดเลย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ภายภาพ และต้องเป็นคนตอบคำถามกับผู้ป่วยได้มากที่สุดและก็มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด

ผู้วิจัย: สิ่งที่ได้พูดคุยกันจะสรุปเป็นประเด็น จะไม่ให้สูญเปล่า อย่างน้อยจะเอาไปพัฒนาเสนอทีมบริหารหรือทีม PCT อย่างที่น้องต้องการ ก็หวังว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วย acute mi ทำให้สถาบันเราพัฒนาดียิ่งๆ ขึ้นไป ต้องขอขอบคุณน้องมากเลยวันนี้

CCU. N1: ค่ะ สวัสดีค่ะ

Ward N.1(พยาบาล Ward)

ผู้วิจัย: สวัสดีครับ ผม นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ เป็นนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ เอกการบริหารพยาบาล ขออนุญาตขอข้อมูล ผู้ให้บริการที่ผมทำการวิจัย เรื่องการพัฒนาการจัดการรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในส่วนที่ของผู้ให้บริการ น้องอยู่ ward ก็อยู่ในกลุ่มนี้ ก็จะเรียนถามให้ข้อมูลและขออนุญาตบันทึกเทป ยินยอมไหมครับ

Ward N.1: ยินยอมค่ะ

ผู้วิจัย: โครงการ MI ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลสำเร็จ และมีวิวัฒนาการรูปแบบอย่างไรบ้าง

Ward N.1: ส่วนใหญ่จะรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่รับย้ายจาก CCU ผลสำเร็จเกือบ 100% ส่วนใหญ่ใน 1 เดือนจะรับคนไข้ MI จาก CCU ประมาณ 5-6 ราย แต่ไม่เกิน 10 ราย ผลสำเร็จของการดูแลคนไข้ 100 % สมัยก่อนไม่มีแบบนี้แบบแผนที่ชัดเจนแต่สมัยนี้มีการดูแลผู้ป่วย MI เป็นแบบแผนมีตั้งแต่คนไข้ MI จน 7 วันแล้วคนไข้กลับบ้าน

ผู้วิจัย: น้องมาทำงานกี่ปีแล้วครับ

Ward N.1: 6 ปี

ผู้วิจัย: ในเรื่องการจัดการความรู้ ของน้องหรือคนในทีมเป็นอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วย

Ward N.1: การส่งเสริมความรู้ของคนไข้ จะมีการประเมิน ตามแบบแผนการดูแล ในแต่ละวัน เช่น วันที่ 1 จะทำอะไร คนไข้ควรที่จะได้รับการดูแลตามวัน เช่นถ้าคนมีปัญหาเรื่องโภชนาการ ก็จะให้นักโภชนาการมาดูแล

ผู้วิจัย: ตัวของน้องมีใครมา Train มาสอนอะไรใหม่ ความรู้ของน้องได้มาจากไหน

Ward N.1: มีการประชุมวิชาการประจำแล้วก็มีมาให้ความรู้ จากที่ ward ว่าคนไข้กลุ่มนี้จะต้องดูแลอะไรบ้าง มีสมุดคู่มือ และ ปฏิทินประจำวัน ward

ผู้วิจัย: แล้วน้องทำอะไรบ้างที่ ward

Ward N.1: เรารับย้ายจาก CCU คือเราจะรู้ว่าเราคนไข้มาวันที่เท่าไร ต้องได้รับการดูแลอย่างไร

ผู้วิจัย: ส่วนใหญ่อยู่ใน Day ไหน

Ward N.1: 1 หรือ 2

ผู้วิจัย: มีใหม่ที่ย้ายมายังไม่ครบ 1 วัน

Ward N.1: มีค่ะ เนื่องจาก CCU ต้องการเตียงแต่ก็มาอยู่ ward ต้องดูแลให้แน่ใจก่อนถ้าไม่ดีก็จะอยู่ Intermediate ward

ผู้วิจัย: น้องคิดว่าย้ายขึ้นมาวันเดียว คนไข้ปลอดภัยไหม

Ward N.1: ปลอดภัย คือ มีคนไข้ 6 คน พยาบาล 2 คน จะมี Monitor คอยดูการเต้นของหัวใจ

ผู้วิจัย: แล้วหมอละ

Ward N.1: ถ้าคนไข้มีปัญหาก็จะตามหมอ ส่วนใหญ่หมอจะมาเร็ว

ผู้วิจัย: มีญาติ Complain เรื่องการดูแลคนไข้ไหม

Ward N.1: ไม่มี

ผู้วิจัย: มีปัญหาในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติไหม

Ward N.1: ส่วนคนใหญ่คนไข้ยินยอม

ผู้วิจัย: มีเรื่องการประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลไหม

Ward N.1: นอกโรงพยาบาลไม่มีค่ะ ส่วนในโรงพยาบาล จะมีแต่ภายในโรงพยาบาล เป็นการประเมินคนไข้มากกว่าว่ามีปัญหาอะไร ถ้ามีก็จะโทรตามแผนกอื่นมา

ผู้วิจัย: เรื่องการให้ข้อมูล เรื่องโรค การปรับพฤติกรรม ใครจะเป็นคนให้

Ward N.1: คนให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลในเวร

ผู้วิจัย: มีเรื่องการจัดการสิทธิผู้ป่วย เราได้ช่วยอะไรใหม่ มีอะไรร้องเรียนไหม

Ward N.1: ไม่มีค่ะ

ผู้วิจัย: นื่องคิดว่าการดูแลใน Intermediate ward กับ ward มีความแตกต่างกันอย่างไร

Ward N.1: ถ้าใน Intermediate ward คือคนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ตามแพทย์สั่ง

ผู้วิจัย: มีรายชื่อส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นไหม

Ward N.1: ไม่มีค่ะ ส่วนใหญ่กลับบ้านเลย

ผู้วิจัย: คือที่นี่เป็นแหล่งให้กลับบ้านเลย การจำหน่ายผู้ป่วยเราทำอะไรได้บ้าง

Ward N.1: ในการจำหน่ายก็จะมีแบบแผน จะดูแลเรื่องยา เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลบาดแผล

ผู้วิจัย: ยาส่วนใหญ่ใครจะเป็นคนให้ข้อมูล วิธีการรับประทานยา

Ward N.1: เป็นพยาบาลประจำเวร

ผู้วิจัย: นื่องคิดว่าโรงพยาบาลเรามีรูปแบบ MI ไหม

Ward N.1: มีค่ะ ส่วนใหญ่จะมีพยาบาลดูแล แต่ไม่ใช่พยาบาลคนเดียวกัน

ผู้วิจัย: โดยรวมแล้วผลลัพธ์ เป็นอย่างไรบ้าง ให้เต็ม 10 นื่องคิดว่าได้เท่าไร

Ward N.1: 9.5 อีก 0.5 น่าจะเกี่ยวข้อง คือ เรื่องขาดแบบแผน ว่าต้องมีปฏิทินให้กับคนไข้ไว้เลยว่า วันไหนต้องทำอะไรบ้าง และต้องมีเรื่องการพัฒนาความรู้ให้บ่อยขึ้น

ผู้วิจัย: ส่วนนี้ก็จะเป็นการเก็บข้อมูล และนำมาสรุปประเด็นและนำเสนอต่อทีมนำการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นทีมนำอายุรศาสตร์หัวใจ หรือทีมนำบริหารของโรงพยาบาลเพื่อจะเอาไปพัฒนารูปแบบให้มันเกิดขึ้นจริงๆ ในวันนี้ก็ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ข้อมูลนี้ นับว่าได้ประโยชน์มาก ขอขอบคุณครับ

ER. N1(พยาบาล ER)

ผู้วิจัย: ที่นื่องบอกว่าคนไข้ที่มาหาเรา มาเป็นเฉิว 5 นาที 10 นาที แล้วดูแลคนไข้หรือให้ข้อมูลเขาอย่างไรนื่องให้ข้อมูลเพิ่มเติมหน่อยสิครับ

ER N1 : คนไข้ที่มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกมา เราก็จะให้การพยาบาลโดยให้คนไข้นอนบนเตียงวัดสัญญาณชีพ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเบื้องต้น ถ้าพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เราก็จะตามแพทย์มาประเมินอาการเบื้องต้นว่าคนไข้มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ คือถ้าแพทย์ในห้องฉุกเฉินประเมินอาการแล้วว่าคนไข้มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แพทย์จะอธิบายคนไข้และญาติถึงความจำเป็นในการรักษาว่าคนไข้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ต้องให้การพยาบาล การดูแลการรักษาในภาวะฉุกเฉินหนึ่งอาจจะต้องฉีดสีหรือจะต้องขยายเส้นเลือดฉุกเฉินในการดูแลพยาบาลในคนไข้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือเราก็ต้องแจ้งคนไข้หลังจากที่หมอ

อธิบายแล้วว่า คุณมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องการดูแลอย่างรวดเร็วคือการเปิดเส้นเลือด และก็จะแจ้งญาติด้วยว่าคนไข้มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนะกะ หมอต้องทำการรักษาฉีดดูว่ามีเส้นเลือดหัวใจตีบที่ต้องทำทันที คือญาติก็จะเข้าใจว่ามันจำเป็น แต่ก็มีความเสี่ยงต่อร่างกาย หรืออาจจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

ผู้วิจัย: ในคนไข้ที่มีความกลัว ความวิตกกังวลทั้งหลายในเรื่องนี้เรามีการประสานงานกับ CCU หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีไหมครับ เช่นบางรายมีปัญหาค่อนข้างเยอะ อาจมีความเครียด เราควรทำอย่างไร

ER N 1: เราก็จะให้การประเมินอาการและภาวะจิตใจเบื้องต้นส่วนใหญ่คนไข้จะกลัวการฉีด เพราะว่าไม่เคย ไม่เคยมีประสบการณ์ ไม่เคยรู้ว่าการฉีดสีเป็นอย่างไรมันเสี่ยงอย่างไร เราก็จะอธิบายให้ญาติฟัง ญาติก็จะเข้าใจ และเกิดการผ่อนคลาย คือเราจะมีการส่งต่อถึงสภาวะคนไข้ว่าตรงนี้คนไข้ภาวะกลัวมาก อาจกลัวเสียชีวิต คือเราต้องให้ข้อมูลคนไข้เบื้องต้นว่า เป็นการฉีดสีเส้นเลือด ไม่เป็นอันตรายมากขนาดนั้น อาจมีภาวะเลือดออกมามากน้อย หรืออย่างไรก็ขึ้นกับสภาวะของคนไข้

ผู้วิจัย: ถามต่อว่าคนไข้ที่มาหาเราแล้ว คนที่ประสานงานไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรืออาจเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลก็ได้ ในส่วนตรงนี้ของเรามีหรือยัง

ER N 1: ยังไม่มี ในส่วนของเรา

ผู้วิจัย: คือถ้ามีแล้วจะดีขึ้นอย่างไร ลองอธิบาย

ER N 1: เกี่ยวกับการประเมินอาการของคนไข้ หรืออย่างไร

ผู้วิจัย: ทั้งประเมินอาการของคนไข้ ทั้งการดูแลตรงนี้ ทั้งการประสานงาน ก็จะรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย คือ คนไข้ที่มาสวนหัวใจแล้วอยู่ CCU แล้วอยู่ Ward และกลับไป เราจะไม่รู้เลยว่าเป็นอย่างไรบ้าง

ER N 1: ในคนไข้ที่กลับมาแล้ว เราจะแจ้งให้เขาอย่างไร? เกี่ยวกับการดูแล เพื่อว่า...

ผู้วิจัย: ใช่ เราจะช่วยเหลือเขาต่ออย่างไร ในการดูแลต่อเนื่อง

ER N 1: หลังจที่เขาส่งต่อแล้วให้ CCU ซึ่งรับ case ต่อจะให้คำแนะนำ และบันทึกไว้ ส่วนของห้องฉุกเฉิน จะรับคนไข้ที่เหนื่อยที่เจอที่พบคือ หลังคนไข้ที่ฉีดสีไปแล้ว ทำบอลดูไปแล้วถ้ามีอาการ Chest pain มาเราก็จะแนะนำคนไข้ว่า ถ้าคนไข้มาถึงที่เราแล้วตรวจแล้วไม่มีอะไร เราก็จะให้ข้อมูลหนึ่งในการดูแลคนไข้ สมมติคนไข้ยังมีอาการ chest pain อยู่ แนะนำเบื้องต้นเช่น การอมยาใต้ลิ้น เช่น อมยาใต้ลิ้นแล้วห่างกัน 5 นาที ถึง 10 นาที อม 3 เม็ด แล้วไม่ทุเลาก็ให้มาโรงพยาบาล หรือเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหาร ไม่ใช่ว่าฉีดสีไปแล้ว ไม่ใช่ว่ากินอาหาร หรือไม่ได้ดูแลตนเอง เหมือนในคนปกติ ฉะนั้นจะกินอะไรก็ได้ ไม่ใช่ ก็คือ ให้การดูแลเกี่ยวกับเรื่องอาหาร คือกินอาหารที่มีประโยชน์ แล้วก็ไม่มีไขมันแล้วก็ให้ทานยาตามที่หมอสั่งเพื่อป้องกันไม่ให้ไขมัน หรือมีหลอดเลือด

ที่จะไปตีบันเส้นเดิมได้ ซึ่งคนไข้จะฟังว่าใส่ stent แล้วมันเหมือนคนปกติ กินอาหารอะไรก็ได้ ตามปกติไม่ได้ดูแลตนเอง ไม่ได้ควบคุมดูแลตนเองเลย

ผู้วิจัย: เราก็จะช่วยให้เขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น

ER N1 : เสร็จแล้วเราก็จะส่งต่อหลังจากที่คนไข้ตรวจเสร็จแล้ว เราก็จะเอาประวัติไป OK ต่อเกี่ยวกับโภชนาการที่ OPD เขาไปดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งมีเอกสารแผ่นพับของโรงพยาบาลที่มีและอยู่หน้าห้องฉุกเฉินให้ไปอ่านเพิ่มเติม แล้วย้ำให้ข้อมูลเขาในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัย: อันนี้จะทำการบริการตรงนี้ได้ขึ้นต้องควบคุมมากเลย ในส่วนของผลลัพธ์ อันนี้จะมีอะไรเพิ่มเติมอีกไหมครับ

ER N1 : ก็คนไข้ที่ชื่นชมเรา ที่แจ้งในเบื้องต้นว่ามาหาเราเหมือนมาเอกชน คือเรามีหนึ่งการบริการที่คนไข้เหมือนญาติ เหมือนพี่น้อง คือ เมื่อมาถึงเราจะกล่าวคำว่า สวัสดี เราจะให้การดูแลเหมือนเขาเป็นพี่น้องเรา เป็นพ่อ แม่เรา ให้ข้อมูลแล้วยิ้มแย้มแจ่มใส เขาจะรู้สึกว่ามีที่นี้เหมือนมาเอกชนที่จะมีเจ้าหน้าที่พูดเพราะ ให้การดูแล เขาเรียกว่าพฤติกรรมบริการดีต่อมา เราก็จะมีการอบรมพฤติกรรมตลอด

ผู้วิจัย: เราก็จะเน้นเรื่องความปลอดภัย และมาตรฐานด้วย

ER N1 : มาตรฐานคือ เราจะมีกรปรึกษากับหมอหัวใจ คือหมอที่อยู่เวรฉุกเฉินจะเป็นหมอทั่วไป ที่ให้การดูแลทั่วไปถ้ามีปัญหาหัวใจจะมีระบบ Consult แล้วหมอหัวใจจะต้องลงมาดูแลคนไข้ว่าคนไข้อาการแบบนี้สามารถกลับบ้านได้ไหม หรือต้อง admit ทำให้คนไข้รู้สึกมั่นใจว่ายังมีหมอฉุกเฉิน และมีหมอเฉพาะด้านหัวใจ ทำให้มั่นใจในการรักษามากขึ้น

ผู้วิจัย: ซึ่งถ้าได้หมอยูเวรเป็นหมอหัวใจก็จะดีกว่านี้

ER N1 : ใช่เราก็จะได้ทั้งการดูแลแบบมั่นใจมากขึ้นตรงนี้ รวดเร็วขึ้นไม่ต้องรอให้ Consult กระชั้น รวดเร็วทันใจของผู้มารับบริการ

ผู้วิจัย: ขอบคุณมากที่ให้ข้อมูลตรงนี้ ขอบคุณมากครับ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายกฤษดา จวนวันเพ็ญ
วัน เดือน ปีเกิด	13 มกราคม 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ชั้น 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2532 อบรมทางไกลหลักสูตร“การเรียนรู้กฎหมายมหาชนด้วยตนเอง” รุ่นที่ 1 สำนักงาน ก.พ. ปี พ.ศ. 2548 ประกาศนียบัตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและทรวงอก ปี พ.ศ. 2550 การอบรมผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจครรต์น์ จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2552 การอบรมผู้บริหารระดับกลาง รุ่นที่ 2 กรมการแพทย์ สถาบันพระปกเกล้า ปี พ.ศ. 2553
สถานที่ทำงาน	แผนกการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

