

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
ชนิดเอสทียก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

นางประไพ บรรณทอง

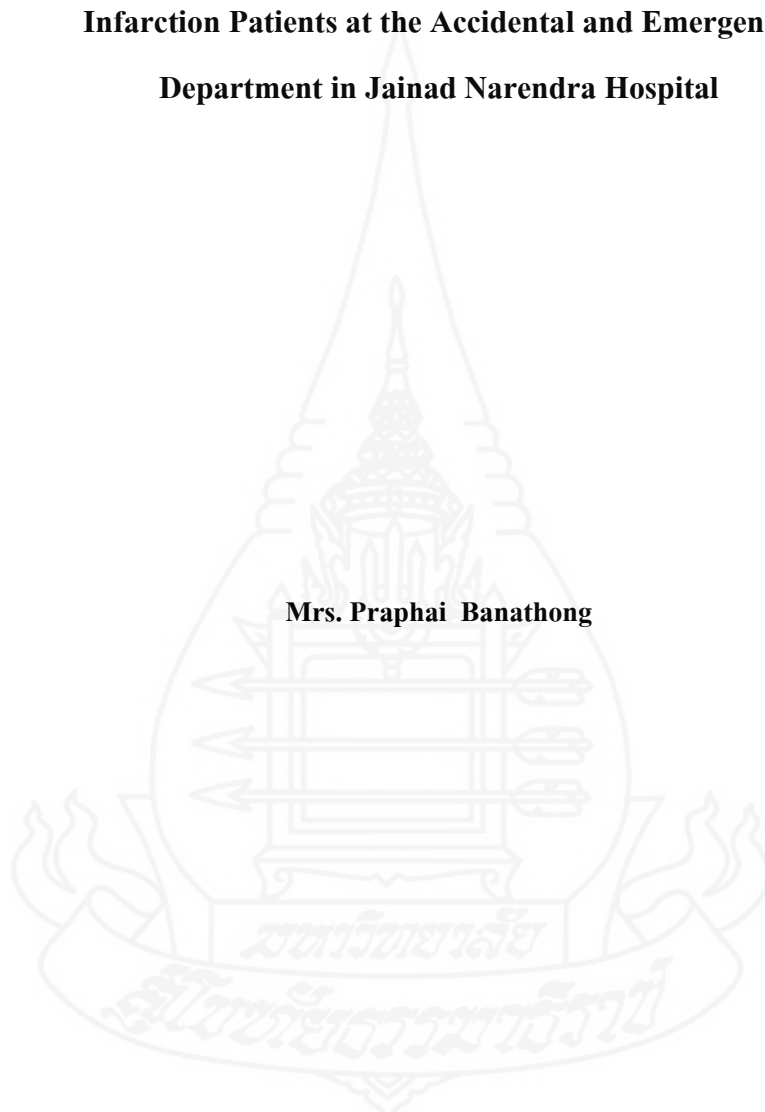


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2554

**Development of a Patient Care Program for Acute ST Elevation Myocardial  
Infarction Patients at the Accidental and Emergency  
Department in Jainad Narendra Hospital**

**Mrs. Praphai Banathong**



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      การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
ชนิดเอสทียก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร  
ชื่อและนามสกุล      นางประไพ บรรณทอง  
แขนงวิชา      การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา      1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
2. อาจารย์แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารากรณ์

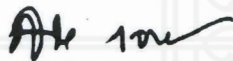
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2555

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(อาจารย์ ดร. ราศรี ลินะกุล)

ประธานกรรมการ



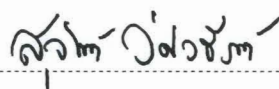
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

กรรมการ



(อาจารย์ แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารากรณ์)

กรรมการ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา



**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก  
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

**ผู้วิจัย** นางประไพ บรรณทอง รหัสนักศึกษา 2525100208 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การบริหารการพยาบาล)**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

(2) อาจารย์แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารการณ**ปีการศึกษา** 2554

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction: STEMI) หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 22 คน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก บุคลากร และผู้ป่วยรวม 12 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน พนักงานเปล 1 คน ผู้ป่วย 1 คน และการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน (2) ระยะพัฒนาโปรแกรมและนำสู่การปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง และ นำไปทดลองใช้ จนได้รูปแบบที่สมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน เห็นพ้องกัน (3) ระยะประเมินผลโปรแกรม โดยประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทีมดูแลผู้ป่วย เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ได้แก่ อัตราของผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Z-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ ผู้ปฏิบัติมีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น การมอบหมายผู้ดูแลในแต่ละขั้นตอน ไม่ชัดเจน และขาดการนำข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางาน ระยะที่ 2 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ประกอบด้วย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมผู้ดูแล การใช้โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่บุคลากรและผู้รับบริการ การคัดกรองผู้ป่วย STEMI ด้วยแบบคัดกรองที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น การจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ให้เหมาะสม และการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน โดยบันทึกการทำงานทุกขั้นตอนในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ระยะที่ 3 การประเมินผลหลังการใช้โปรแกรม 6 เดือน พยาบาลวิชาชีพและทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม โดยให้ข้อมูลว่า โปรแกรมช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรเกิดความตระหนักในการคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และ อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ( $p=0.000$ ) และจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ( $p=0.001$ ) ตามลำดับ พยาบาล และบุคลากรในทีมการดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม โดยระบุว่าทำให้มีความรู้ และการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ** STEMI การพัฒนาโปรแกรม หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**Thesis title:** Development of a Patient Care Program for Acute ST Elevation Myocardial Infarction Patients at the Accidental and Emergency Department in JainadNarendra Hospital

**Researcher:** Mrs. PraphaiBanathong; **ID:**2525100208;

**Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

**Thesis advisors:** (1) Dr. SomjaiPuttapitukpol, Associate Professor;  
(2) Nipaporn Arunwaragorn, Lecturer; **Academic year:** 2011

### Abstract

The purpose of this participatory action research was to develop a patient care program for ST elevation myocardial infarction (STEMI) patients at the Accidental and Emergency Department at JainadNarendra Hospital

The sample was professional nurses who worked at the Accidental and Emergency Department in JainadNarendra Hospital. This study was divided into three phases. *First*, situation analysis: a situation of the patient care program for STEMI was explored by using an in-depth interview with 12 persons: a medical physician, a general physician, 8 professional nurses, a transporter, and a patient. Focus group discussion was done with 22 professional nurses and 5 emergency medical service personnel. *Second*, program development: the preliminary program was developed by using three focus group discussions. After receiving the consensus from the professional nurses and 5 emergency medical service personnel, the program was implemented at the Accidental and Emergency Department. *Third*, evaluation: professional nurses and patient care team rated their satisfaction on the program. Before and after program implementation, clinical outcomes of the patients such as the ratio of the patients on whom their physicians conducted EKG within 10 minutes, and received a fibrinolytic drug within 30 minutes were recorded. Data were analyzed by descriptive statistics, Z-test and content analysis.

The findings were the following. *Phase I:* the problems before development of the patient care program for STEMI patients were as follows. Practitioners had insufficient both knowledge and awareness in caring for this group of patients. There was inadequate medical equipment. No one was explicitly assigned in each step. No one collected and analyzed the patient outcome in order to improve their work. *Phase II:* the patient care program for STEMI patients included the following. Provide a workshop for care team. Present posters and provide knowledge and awareness of STEMI for both personnel and clients. Screen STEMI patients. Provide appropriate medical equipment. Establish practice guidelines of each step and record their practice on patient forms, so this team could communicate. *Phase III:* after program implemented for 6 months, professional nurses and the care team rated their satisfaction on the program. They considered that this program helped them to work efficiently. Personnel were aware of the need for screening and caring for their patients. The ratio of the patients with whom their physician conducted EKG within 10 minutes and those who received fibrinolytic drug within 30 minutes significantly increased from 66% to 97.37% ( $p=0.000$ ) and 13.63% to 33.33% ( $p=0.001$ ) respectively.

**Keywords:** STEMI, Program Development, Accidental and Emergency Department

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมแรงร่วมใจของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย นับว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยแท้จริง เริ่มจากฝ่ายการศึกษา คณะอาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ทุกๆท่านได้ประสิทธิประสาทวิทยาการให้อย่างเต็มกำลังความสามารถ โดยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ที่ประคับประคองให้ศิษย์สามารถดำเนินการวิจัยนี้ลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และคณะอาจารย์ทุกๆท่านมา โอกาสนี้ด้วย และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวรารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่เสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้ความรู้และสนับสนุนผู้วิจัยและทีมให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ราศรี ลีนะกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และมีคุณค่ายิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร นายแพทย์วันชัย ล้อกาญจนรัตน์ คุณพวงแก้ว จินดา หัวหน้าพยาบาล นายแพทย์วิฑูรย์ ไหลรุ่งเรือง หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา คุณลักขณา อ่วมพรหม หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้วิจัย ที่เห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษามาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ที่มอบชีวิตและสติปัญญาอันทรงคุณค่าให้แก่ลูกเพื่อสามารถดำเนินการวิจัยนี้สำเร็จได้

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ซึ่งเป็นครูที่คอยกระตุ้นให้ผู้วิจัยต้องหมั่นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ

ขอขอบพระคุณ และขอบคุณแพทย์ทุกท่าน พี่ๆน้องๆ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลสาขาอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนัก เจ้าหน้าที่เวชสถิติ พนักงานกู้ชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เอื้อนาม ณ ที่นี้ ที่ร่วมแรงร่วมใจในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆและน้องๆร่วมรุ่น แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณคุณฉัตรภัทร์ บรรณทอง คุณศรัณย์ บรรณทอง สามิและบุตรชาย สุดที่รัก ที่คอยห่วงใย เอาใจใส่ดูแลทุกข์สุขระหว่างการทำงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

บุญกุศลที่พึงเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ขออุทิศให้แก่คุณพ่อ คุณแม่ คณะอาจารย์ ผู้มีพระคุณ พร้อมด้วยผู้ป่วย ทุกๆท่าน ณ โอกาสนี้

ประไพ บรรณทอง

มิถุนายน 2555

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
คำถามการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะ STEMI .....	11
บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วย STEMI.....	21
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.....	30
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	37
แนวคิดการพัฒนาโปรแกรม.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
การดำเนินการวิจัย.....	65
กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาแต่ละระยะ .....	65
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล.....	74

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร.....	75
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก (STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทรระยะดำเนินการ ในเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2554.....	95
ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการปฏิบัติตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือนมีนาคม 2555.....	110
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	115
สรุปการวิจัย.....	115
อภิปรายผล.....	123
ข้อเสนอแนะ.....	134
บรรณานุกรม.....	135
ภาคผนวก.....	148
ก หนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์.....	149
ข แนวคำถามหลัก.....	151
ค โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	171
ง แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI.....	173
จ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร.....	175
ประวัติผู้วิจัย.....	177



**สารบัญตาราง**

		หน้า
ตารางที่ 4.1	ลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตาม ตำแหน่งปัจจุบัน อายุ ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI จากสถาบันต่างๆ ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักการสัมภาษณ์เจาะลึก.....	79
ตารางที่ 4.2	แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วย STEMI ก่อนและหลังการพัฒนา โปรแกรม.....	112

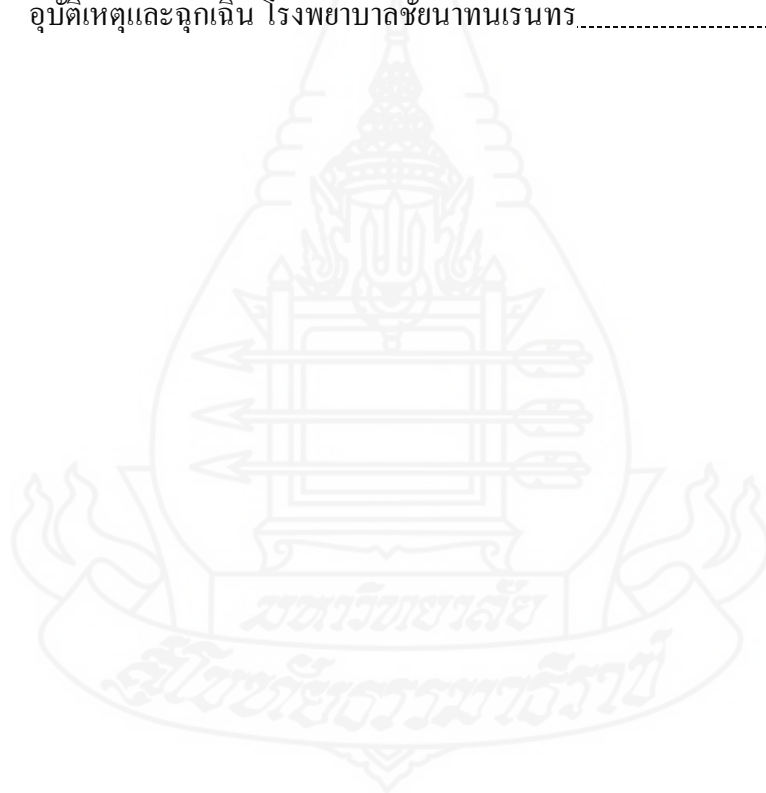


สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 แสดงการเปลี่ยนแปลงโดยการยกสูงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที ในลีด II และ III.....	14
ภาพที่ 2.2 แสดงการเปลี่ยนแปลงโดยการยกสูงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที ในลีด V2 ถึง V6.....	14
ภาพที่ 2.3 แสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่ปรากฏการยกของส่วนเอสที.....	14
ภาพที่ 2.4 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI วิทยาลัยแพทย์และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา.....	17
ภาพที่ 2.5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	18
ภาพที่ 2.6 แสดงข้อห้ามเด็ดขาด และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือด.....	19
ภาพที่ 2.7 แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	20
ภาพที่ 2.8 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI.....	21
ภาพที่ 2.9 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI.....	28
ภาพที่ 2.10 แผนภูมิสายบังคับบัญชาและสายการประสานงานหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.....	33
ภาพที่ 2.11 แสดงกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	34
ภาพที่ 2.12 แม่แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพัฒนาองค์กร.....	38
ภาพที่ 2.13 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	40
ภาพที่ 3.1 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ кемมิส และแม็คแทกการ์ด.....	72
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.....	73
ภาพที่ 4.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ 2552.....	77
ภาพที่ 4.2 ภาพแสดงการพัฒนาแบบประเมิน คัดกรองผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.....	99
ภาพที่ 4.3 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI จากการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 1.....	101

## สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 4.4 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยมาเอง/รับ EMS.....	102
ภาพที่ 4.5 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยรับส่งต่อ.....	103
ภาพที่ 4.6 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีการประสานงานในทีม และระหว่างทีม.....	104
ภาพที่ 4.7 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ปฏิบัติยอมรับจากมติการประชุมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยครั้งที่ 3.....	109
ภาพที่ 4.8 แสดงวงจรการพัฒนาโปรแกรมแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร.....	109



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่มีความสำคัญมากในปัจจุบันเพราะเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งทั่วโลกและอันดับสามของประเทศไทย (ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ 2551: 5) นอกจากจะทำให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตแล้วยังก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านทรัพย์สินที่จะต้องนำมาเป็นค่าใช้จ่าย เป็นค่ารักษาพยาบาลอีกด้วย (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี 2551: 7)

ทั้งๆที่โลกปัจจุบันมีการศึกษาและการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องกันมาโดยตลอดเป็นระยะเวลาอันยาวนานกว่า 20 ปีที่ผ่านมา แต่โรคหัวใจก็ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิตของประชากรมากที่สุดในโลก โดยพบว่าในแต่ละปีของประเทศไทยสหรัฐอเมริกา มีประชากร 650,000 เริ่มเกิดโรค และ 450,000 คน เกิดโรคซ้ำ โดยมีอัตราการตายในระยะแรกๆ ของการเกิดโรคร้อยละ 30 โดยพบว่าร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Antman and Braunwald, 2005: 1448) แม้แต่ในประเทศไทยเราเองก็มีการศึกษาและวิจัยด้านระบาดวิทยาของโรคหัวใจกันมากเช่นกัน แต่อัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยอันเนื่องมาจากโรคหัวใจยังคงสูงอยู่ (บุญ วนาสิน 2549: 5) โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation myocardial infarction: STEMI)

เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI คือการมีกล้ามเนื้ออุดตันหลอดเลือดที่นำเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างสมบูรณ์ กล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดและออกซิเจนมาหล่อเลี้ยง เป็นเหตุให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งจะมากขึ้นไปเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเวลาผ่านไป 6 ชั่วโมงจะมีการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจมากถึงร้อยละ 90 อัตราตายของผู้ป่วยในระยะแรกขึ้นอยู่กับสภาพหัวใจที่มีการขาดเลือดในระยะเวลา 90 นาที การลดอัตราการตายในช่วงแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมง เกิดจากการดูแลรักษาที่ไปช่วยลดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจได้

(Gersh, 1998; Anderson, Karagounis and Califf, 1996; Gersh and Anderson, 1993 อ้างใน สุริย์รัตน์ ปันยารชุน และเกียรติชัย ฎริปัญญา 2549: 12) ดังนั้นการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ให้รวดเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการค้นพบให้เร็วที่สุดจากประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก และการดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการบริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) บริหารยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมและความยินยอมของผู้ป่วยซึ่งผู้บริหารจะต้องบอกสิ่งที่จะต้องปฏิบัติให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทราบโดยทั่วกัน โดยเขียนไว้ในแผนการพยาบาล เพื่อจะได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมือนกัน (สมจิต หนูเจริญกุล 2544: 91-93)

การที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากจะมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีระบบบริหารบริการพยาบาลที่มีทิศทางชัดเจน ระบุขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการของหน่วยงานที่เป็นปัจจุบันแล้วพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางทางในการปฏิบัติ การประสานงานระหว่างสาขาในทีมสุขภาพเพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ การควบคุมและการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง การวิจัยและเฝ้าระวังปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและมีกลไกการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและถือปฏิบัติตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติที่กำหนด (คารณี จามจรี 2542: 69-96)

มาตรฐานวิธีปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องสงสัยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พยาบาลวิชาชีพต้องประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีการจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต จัดการให้การรักษายาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทันเวลา และการส่งต่อเข้ารับการรักษายังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องเหมาะสม (คารณี จามจรี 2542: 69-96) การคัดกรองจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย STEM จึงเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ดังนั้นโรงพยาบาลต้องจัดการให้มีพยาบาลเพิ่มพูนทักษะเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องสงสัยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถช่วยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (ดาร์ส ศรีสุ โกศล 2554:45)

การคัดกรองจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย STEMI มีความสำคัญในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำให้อัตราการเสียชีวิตกลับมามีชีวิตได้ในเวลาอย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย (Underwood, 2009: 333) เพราะผู้ป่วย STEMI มีระยะเวลาจำกัดเป็นชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล และมีเวลาจำกัดเป็นนาทีในหน่วยฉุกเฉินที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต

ลำดับขั้นตอนการดูแลหรือห่วงโซ่แห่งความปลอดภัย และรอดชีวิตของผู้ป่วย STEMI ประกอบด้วย 1) การที่ผู้ป่วยรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคหัวใจขาดเลือดอย่างรวดเร็วและมาโรงพยาบาลเร็ว 2) การประเมินและการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service: EMS) 3) การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน (Emergency department: ED) รวมถึงการส่งต่อเพื่อเปิดหลอดเลือดให้อัตราการเสียชีวิตกลับมามีชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การช่วยทำให้เลือดกลับมาหล่อเลี้ยงหัวใจได้อย่างรวดเร็วเป็นประเด็นสำคัญทางการจัดการที่ท้าทายของสาขาวิชาชีพ และผู้บริหารองค์กร (Havel and others, 2010: 1)

การกำหนดระยะเวลาการจัดการให้อัตราการเสียชีวิตกลับมามีชีวิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานของประเทศไทย ถูกกำหนดขึ้นโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจและวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI ต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องมือ (Primary percutaneous coronary intervention: PCI) ภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการทำ PCI ในโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการทำ PCI และไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PCI ได้ภายใน  $90 \pm 30$  นาที ควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาในกรณีไม่มีข้อห้าม เนื่องจากภายใน 3 ชั่วโมงแรกของการเกิดอาการ STEMI ของผู้ป่วย การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการทำ PCI ให้ผลดีต่อผู้ป่วยในด้านของการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ไม่แตกต่างกัน (ธนวัฒน์ เบนญานวัตร 2553: 128)

การที่จะสามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันของผู้ป่วย STEMI ในระยะเวลามาตรฐานที่กำหนดได้นั้นพยาบาลในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ในทุกๆ โรงพยาบาลทั้งที่มีศักยภาพในการทำ PCI และโรงพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการทำ PCI ต้องแสดงบทบาทที่สำคัญที่สุด (play a critical role) ในการประเมิน การคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย การปฏิบัติการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสนับสนุนทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว เนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นบุคลากรระดับวิชาชีพคนแรกที่พบผู้ป่วย ซึ่งจะต้องรู้ว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินรายใดมีประวัติและอาการที่อาจเป็นผู้ป่วย STEMI และการจัดการของพยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถที่จะส่งผลต่อ

ระยะเวลาการเปิดหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย STEMI เนื่องจากกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีประวัติและอาการเข้าได้กับ STEMI ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiogram: EKG) รายงานผลต่อแพทย์ในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 10 นาที (Door to EKG times) นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงแพทย์รับทราบผล EKG (AHA/ACC, 2007 cited in Underwood and others, 2009: 330 ) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย STEMI ได้อย่างรวดเร็วและรายงานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาเบื้องต้นและแผนการได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือทำ PCI ตามศักยภาพของโรงพยาบาล ดังนั้นบทบาทของพยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ที่รวดเร็ว

ผู้ป่วย STEMI จะได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลรักษาที่รวดเร็วนั้นขึ้นอยู่กับพยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินว่าจะสามารถตรวจคัดกรองรวดเร็ว ถูกต้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานผลต่อแพทย์ในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 10 นาทีได้หรือไม่ ดังนั้นโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องมีการพัฒนาการจัดการบริการพยาบาลในหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่การจัดการความรู้ เรื่องประวัติการเจ็บป่วยและอาการซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะ STEMI ได้แก่อาการไม่สบายอึดอัดแน่นหน้าอก หรือเจ็บปวดบริเวณกลางหน้าอก อาการเจ็บปวดที่แขนข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้าง เจ็บปวดบริเวณหลัง ลำคอ ขากรรไกร หรือลิ้นปี่ หายใจตื้นๆ ซัดๆ หรือหายใจลำบาก เหนื่อย เหงื่อออก ตัวเย็น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ใจสั่น หรือหมดสติ (American Heart Association, National Institute of Health and National Heart Lung Blood Institute: AHA/NIH/NHLBI, 2001 “Act in time to heart attack signs”: Poster Presentation) และยังคงคำนึงปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่ การมีโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน อ้วน เครียด ขาดการออกกำลังกาย ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2544: 91-93)

นอกจากการจัดการความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วย STEMI แล้วควรมีการจัดการด้านทรัพยากรสนับสนุนบริการได้แก่ ด้านอัตรากำลัง อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ต้องจัดเตรียมให้มีความพร้อมและพอเพียงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาทั้งองค์กรเพื่อให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามมาตรฐาน

องค์กรบริการสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลก มีการพัฒนาการจัดการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจได้ โดยใช้มาตรฐานสากล (ACC/AHA, 2007 cited in Underwood and others, 2009: 330) เช่นเดียวกัน จากการศึกษาทะเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ (GRACE Registry) ผลการศึกษาพบว่า แม้ผู้ป่วย STEMI จะมาถึงโรงพยาบาลในระยะเวลาที่

เหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก จนมาถึงโรงพยาบาลภายในไม่เกิน 12 ชั่วโมง แต่อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยพบว่ามีผู้ป่วย STEMI เพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที และมีอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 7 (Amj Cardiol, 2002 อ้างถึงในสุพจน์ ศรีมหาโชค 2008:93)

ในประเทศไทยมีการศึกษาทางระบาดวิทยาในโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Acute Coronary Syndrome Registry: TACSR) ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย โดยความร่วมมือจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน 17 แห่งทั่วประเทศ พบผู้ป่วย STEMI 1,097 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) ภายใน 30 นาทีเพียงร้อยละ 9 และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 17 ซึ่งสูงกว่าของอัตราการตายในประเทศตะวันตก (Global Registry of Acute Coronary Events: GRACE) ประมาณ 2 เท่า ซึ่งค่าเป้าหมายของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนี้ สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานการรักษาพยาบาลได้ว่ามีความล่าช้าหรือไม่ เพียงใด (สุพจน์ ศรีมหาโชค 2008:106-107)

จากผลการศึกษาวิจัยในสถาบันต่างๆ พบว่าความล่าช้าของการให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนการบริหารจัดการที่ห้องฉุกเฉิน ความผิดพลาดหรือความล่าช้าในการวินิจฉัยของแพทย์ การส่งการรักษา รวมทั้งความพร้อมของบุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง หรือความล่าช้าที่มีผลจากการวินิจฉัยที่ห้องฉุกเฉินล่าช้า การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญล่าช้า ขาดระบบช่องทางด่วน (Fast track) หรือขาดแผนการดูแล (Care map) ที่มีประสิทธิภาพ จึงควรจัดทำ Fast track การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยผ่านทีมดูแลสหสาขา (patient care team: PCT) ภายในโรงพยาบาล และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการส่งต่อและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว ครบถ้วนนโยบายและเป้าหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มีคุณภาพ เพื่อให้แพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษายาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ควรกำหนดขั้นตอนและกระบวนการในการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลสูงสุดและเพื่อป้องกันความล่าช้าในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (สุพจน์ ศรีมหาโชค (2008: 95,105)

ในประเทศสหรัฐได้มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยเช่นเดียวกันโดยควินและทอมสัน (Quinn & Thompson, 1995) ศึกษาการบริหารยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าที่เกิดในแผนกบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 4 ปัจจัยหลัก หรือ “4 D” ได้แก่



1. Door: กระบวนการตรวจคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย (triage) ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมาด้วยลักษณะอาการซึ่งเด่นชัดไม่ยากในการจำแนกประเภท ความล้มเหลวในการจำแนกประเภทจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

2. Data: การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 Lead EKG) รายงานผลต่อแพทย์ห้องฉุกเฉินโดยเร็ว ถ้าผลยังคงปกติแต่ผู้ป่วยยังคงเจ็บแน่นหน้าอกให้ทำ EKG ซ้ำอีกครั้งใน 15 – 30 นาทีต่อมา การรอคอยผู้ที่ทำหน้าที่เฉพาะตรวจ EKG และการรอแพทย์ตรวจแล้วค่อยสั่งทำ EKG เป็นการดำเนินการที่เสียเวลา ซึ่งพยาบาลห้องฉุกเฉินสามารถบันทึกการตรวจ EKG ส่งรายงานผลให้แพทย์ลงความเห็นและตัดสินใจ

3. Diagnosis and decision: การวินิจฉัย ตัดสินใจสั่งการรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์ แต่พยาบาลห้องฉุกเฉินสามารถตรวจเช็คข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด พร้อมแจ้งแพทย์ทราบ การรอคอยแพทย์มาประเมินสภาพผู้ป่วยซึ่งสงสัยเกิดอาการโรคหัวใจขาดเลือดในห้องฉุกเฉินเสียเวลาและไม่จำเป็นในผู้ป่วยหลายๆคน และการรอคอยแพทย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจมาตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินทำให้เกิดความล่าช้าถึงร้อยละ 50 เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการห้องฉุกเฉินควรมีการเขียนแนวทางปฏิบัติไว้ให้ชัดเจน

4. Drug: ระยะเวลาการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ยาละลายลิ่มเลือดควรอยู่ในหน่วยที่ให้ยาและสามารถให้ได้ทันทีที่แพทย์ตัดสินใจและส่งผู้ป่วยไปถึง ดังนั้นการวางแผนให้ผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลรักษาถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว ต้องอาศัยแนวทาง และนโยบายการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาด 367 เตียง มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการเฉลี่ย ประมาณ 1,200 คนต่อวัน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 120 คนต่อวัน หรือเฉลี่ย 3,700 คนต่อเดือน เป็นผู้ป่วย STEMI เฉลี่ย 5 รายต่อเดือน (สถิติโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทรประจำปี 2552) ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทรมีเจตจำนงที่จะให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยเกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย มีขอบเขตบริการผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกสาขาคงตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย รักษาชีวิต รักษาอวัยวะให้คงอยู่ และรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นได้ ในด้านการพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนได้แก่การประเมินคัดกรองจำแนกประเภทและจัดลำดับความรุนแรง ของผู้ป่วย (Assessment/Triage)

ในปัจจุบันจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน (Emergent) ต้องรีบช่วยเหลืออย่างรวดเร็วภายใน 4 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที 2) ผู้ป่วยภาวะรีบด่วน (Urgent) สามารถรอการช่วยเหลือได้ภายใน 30 นาทีและประเมินซ้ำทุก 30 นาที 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินแต่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน (Non-urgent) รอการตรวจได้ 1 ชั่วโมงและประเมินซ้ำภายใน 1-2 ชั่วโมง 4) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่รุนแรงต้องการคำแนะนำเพื่อการดูแลรักษาเฉพาะทาง

ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรืออาการที่ต้องสงสัย STEMI การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจัดเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินต้องการการตรวจ EKG รายงานผลต่อแพทย์ภายใน 10 นาที วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ตามการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการพยาบาล ควบคู่กับมาตรฐานของหน่วยงาน (Fast track) นำส่งผู้ป่วยไปให้ SK ใน ICU ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยประเมินผลตามเป้าหมายที่กำหนด และทบทวนผลลัพธ์ภายใน ทีมผู้ปฏิบัติ

จากการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาแม้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีการพัฒนาทั้งในหน่วยงานเองและร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยทุกแผนกมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งโรงพยาบาลได้รับการประกันว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้วก็ตาม หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังต้องมีกระบวนการพัฒนาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐาน โดยมีกลไกกระตุ้นและกระบวนการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ผลการทบทวนสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร โดยสุชฤทัย อนนะหันลิไพบูลย์ (2553) ช่วง 1 มกราคม 2552 ถึง 31 มีนาคม 2552 มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 23 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 10 ราย (43.37%) อัตรารอดชีวิต ร้อยละ 100 ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 13 ราย (56.53%) เสียชีวิต 4 ราย (17.40%) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 23.53 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนใหญ่มากกว่า 30 นาที เฉลี่ย 101.30 นาที ไม่มีรายงานระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งรายงานผล EKG ต่อแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI แต่ยังไม่สะท้อนถึงประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค หรือความรู้สึที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้บริหารที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ และไม่มีการศึกษาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ที่เฉพาะเจาะจงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และจากประเด็นสำคัญและปัญหาการบริการผู้ป่วย STEMI ดังกล่าว

ข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำการ งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ค้นหาค้นหาองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆสำหรับผู้ปฏิบัติงานนำมาใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร ให้มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการอันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพพร้อมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

2.2 เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (Acute ST elevation myocardial infarction: STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครั้งนี้เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพพนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร โดยผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปลซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย ได้ร่วมกันแสวงหาข้อเท็จจริง โดยมีการใช้ประเด็นหลักในการศึกษาคือกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปล ภายใต้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาของหน่วยงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของผู้ให้บริการถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย STEMI ปัจจัยด้านการคัดกรองผู้ป่วยเนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย STEMI ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ขาดการมอบหมายให้มีผู้ดูแลในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร นำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยดำเนินการตามวงจรการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่

ส่งผลให้อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และอัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. คำถามการวิจัย

4.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเป็นอย่างไร

4.2 ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเป็นอย่างไร

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2555 รวม 21 เดือน

#### 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST elevation myocardial infarction: STEMI) หมายถึงภาวะที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง บริเวณใดบริเวณหนึ่งของหัวใจโดยตลอดทั้ง 3 ชั้น ซึ่งวินิจฉัยได้จาก เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 2 ใน 3 สิ่งต่อไปนี้คือ 1) อาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือด 2) คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงชนิดเอสทียกอย่างน้อย 2 ลีดที่ต่อเนื่องกัน 3) การตรวจเอ็นไซม์กล้ามเนื้อหัวใจในเลือดให้ผลบวก

6.2 การพัฒนาโปรแกรม หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระดมสมองร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนำไปใช้ ปรับปรุงโปรแกรมการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

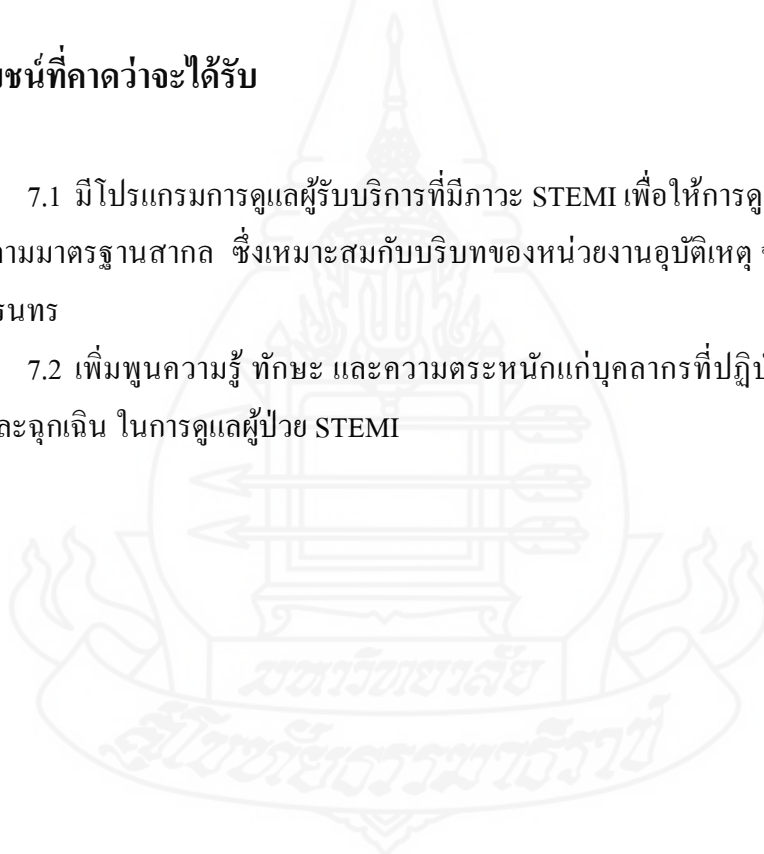
6.3 การดูแลผู้ป่วย STEMI คือการจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการค้นพบให้เร็วที่สุดจากประวัติการเจ็บแน่นหน้าอกและการดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

6.4 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึงหน่วยงานของโรงพยาบาลที่รับดูแลรักษาผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งนโยบายในการดูแล STEMI ของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงใช้ระบบการดูแลรักษาแบบช่องทางด่วน โดยการประเมินคัดกรอง ทำ EKG อย่างรวดเร็วเพื่อการวินิจฉัยและตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยโดยส่งหีบยาที่ห่อผู้ป่วยหนักอย่างรวดเร็ว

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีโปรแกรมการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะ STEMI เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานสากล ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร

7.2 เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความตระหนักแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วย STEMI



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะ STEMI
2. บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วย STEMI
3. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
5. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะ STEMI

มีผู้ให้ความหมายของ “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก” (Acute ST elevation myocardial infarction: STEMI) ไว้หลายท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ขอสรุปความหมายของ STEMI ดังนี้

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) คือสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจ บริเวณนั้นๆ เกิดการตายและเสื่อมสภาพ สูญเสียทั้งโครงสร้างและหน้าที่การทำงาน (Beilman, 2010: 121-135) และการสูญเสียสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (ทศพล ลัมพิจารณ์กิจ และภาวิทย์ เพ็ชรวิจิตร 2551: 105-106)

โดยทั่วไปโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease or Ischemic heart disease) มี 3 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดที่มีอาการ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแต่เอ็นซัยม์ กล้ามเนื้อหัวใจในเลือดปกติ (Unstable angina) 2) ชนิดที่มีอาการ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ไม่พบเอสทียก ร่วมกับเอ็นซัยม์กล้ามเนื้อหัวใจในเลือดผิดปกติ (Non-STEMI) และ 3) ชนิดที่มีอาการ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก ร่วมกับเอ็นซัยม์กล้ามเนื้อหัวใจในเลือดผิดปกติ ซึ่งภาวะ

STEMI เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดของโรคหัวใจขาดเลือด (ชัยรัตน์ อร่ามเสวีวงศ์ 2552: 168-169) และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด อัตราการตายอยู่ประมาณร้อยละ 20-40 ในประเทศไทย (ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ 2551: 62) หรือราวร้อยละ 30 ในสหรัฐอเมริกา (Antman, 2005: 1448)

### 1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจโดยสังเขป

บิคส์ตัน (Bickston, 2004: 538-583) กล่าวว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญทำหน้าที่สูบน้ำเลือดโลหิตหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆในร่างกาย หัวใจมี 4 ห้อง ห้องบนขวาได้รับเลือดดำที่กลับจากหลอดเลือดในร่างกาย เมื่อหัวใจห้องบนขวาบีบตัวส่งเลือดไปที่หัวใจห้องล่างขวาเพื่อบีบตัวส่งเลือดไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดให้เป็นเลือดแดงที่เต็มไปด้วยออกซิเจนส่งกลับมายังหัวใจห้องบนซ้าย หัวใจห้องบนซ้ายบีบตัวส่งเลือดแดงไปห้องล่างซ้าย เพื่อบีบตัวส่งเลือดไปหล่อเลี้ยงร่างกาย ซึ่งเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจสามารถเหนี่ยวนำไฟฟ้า และบีบตัวเป็นจังหวะสม่ำเสมอได้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ด้านบนสุด ส่วนกลางและส่วนล่าง ซึ่งสามารถวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ (Electrocardiogram: EKG หรือ ECG)

ผนังหัวใจมี 3 ชั้น ชั้นนอก ชั้นกลางและชั้นใน และผนังหัวใจทั้ง 3 ชั้นยังมีหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ซึ่งแยกแขนงออกเป็นด้านซ้าย ด้านขวาและแยกเป็นแขนงเล็กๆอีกหลายแขนง นำเลือดที่เต็มไปด้วยออกซิเจนมาหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ความผิดปกติใดๆที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงโคโรนารี และขัดขวางการส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วย STEMI มีการอุดตันของหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงหัวใจอย่างสมบูรณ์ทำให้เกิดการตายของผนังกล้ามเนื้อหัวใจตลอดทั้ง 3 ชั้น (Acute transmural myocardium infarction)

### 1.2 สาเหตุ พยาธิวิทยา อาการ อาการแสดง และการวินิจฉัย

**สาเหตุหลักคือ** 1) การมีลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีพบบ่อยมากที่สุด 2) หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการหดเกร็ง 3) มีการตีบแข็งของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ 4) สาเหตุอื่นๆที่ทำให้หัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นเช่น ไข้ ติดเชื้อ หัวใจเต้นเร็ว ภาวะช็อก และโลหิตจาง เป็นต้น

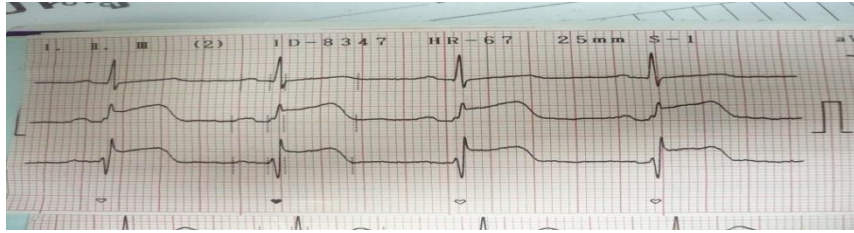
**พยาธิวิทยา** มีการฉีกขาดหรือแตกของตะกรันไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เมื่อเกิดมีแผลขึ้นจะกระตุ้นให้มีเกร็ดเลือดมาเกาะกลุ่มกัน และกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดจนเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันขึ้นในที่สุด สำหรับใน STEMI จะเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดจนสนิท เลือดไม่สามารถไหลผ่านได้ ทำให้เกิดมีกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบทุกชั้น (ทศพล ลิ่มพิจารณากิจ และภาวิทย์ เพียรวิจิตร 2551: 105-106)

**อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย STEMI** ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ด้านซ้าย แน่นๆ หนักๆ คล้ายมีของหนักมาทับบริเวณหน้าอก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก บางรายอาจมีการเจ็บร้าว ไปบริเวณท้องแขนซ้ายด้านใน หรือร้าวขึ้นไปกราม ลำคอ ร่วมกับมีเหงื่อออก ใจเต้นเร็ว เป็นขณะพัก และเป็นนานกว่า 20 นาทีขึ้นไป ไม่ทุเลาด้วยการอมยาในโตรกลีเซอรินใต้ลิ้น อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ความดันเลือดต่ำ ซ็อก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นเบาหวาน อัมพาต หรือโรคไตวาย อาจมีอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน เช่นมีอาการแสบๆ ร้อนๆ ในอก หรือจุกเสียดแน่นที่ลิ้นปี่ บางครั้งอาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย แต่มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นสูงอายุ สูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวเป็นต้น (ทศพล ลิมพิจารณ์กิจ และภาวิทย์ เพียรวิจิตร 2551: 105-106; สมจิต หนูเจริญกุล 2544: 69-95) รวมถึงผู้ที่อยู่ในสถานะเครียดอยู่เสมอ และขาดการออกกำลังกาย (Antman, 2005: 1449)

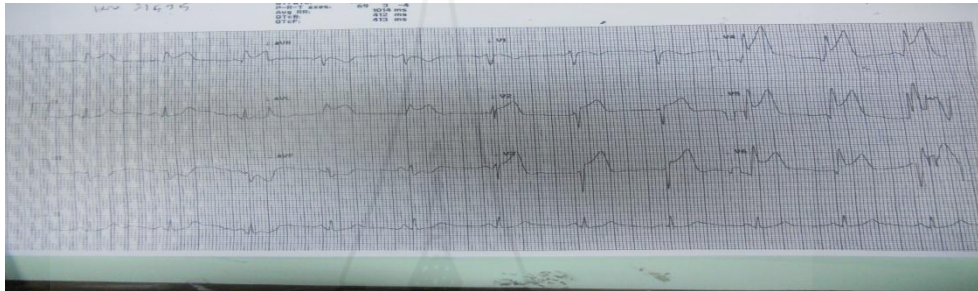
**การวินิจฉัย** ใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกปี 2000 (WHO, 2000 อ้างถึงใน คำรัสตรีสุ โภทศ 2554: 33-34) อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) การเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือด 2) ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีการเปลี่ยนแปลง และ 3) การตรวจเอ็นซัยม์กล้ามเนื้อหัวใจ ในเลือดให้ผลบวก ผู้ป่วย STEMI มักให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเข้าได้กับอาการของโรคหัวใจขาดเลือด ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวแล้ว ร่วมกับการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ผิวน้ำเย็นชื้น ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการเหนื่อย ใจเต้น หน้ามืด เป็นลม ซ็อก หรือหมดสติ (สุรพันธุ์ สิทธิสุข 2551: 15; Antman, 2005: 1449)

สำหรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจเริ่มขาดเลือด เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะมีการบาดเจ็บและมีโอกาสตายเป็นบริเวณกว้างขึ้นถ้าขาดออกซิเจนมากขึ้น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiogram: ECG or EKG) ที่ขั้วบววางอยู่เหนือบริเวณนั้นจะปรากฏ ST ยกสูงขึ้น (ST Elevation) (สมจิต หนูเจริญกุล 2544: 69-95) จะพบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชนิด ST segment Elevation (STEMI) โดยถือว่ามีความหมายเมื่อมีการยกขึ้นของ ST  $\geq 0.2$  มิลลิโวลต์ ในลีด V1 ถึง V3 และ  $\geq 0.1$  มิลลิโวลต์ ในลีดอื่น สารชีวเคมีในเลือดที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ผลบวกได้แก่ cardiac troponin I หรือ T และ CKMB ซึ่งมีความไวและความจำเพาะ (อภิชาติ สุคนธธรรม 2549: 55-67) ซึ่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นตามตำแหน่งที่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังภาพ 2.1, 2.2 คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ และภาพที่ 2.3 ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่พบเอสทียกเพื่อใช้ในการดูเปรียบเทียบ

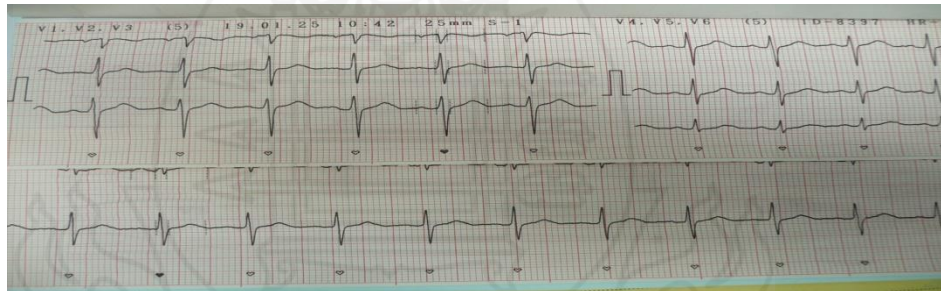




ภาพที่ 2.1 แสดงการเปลี่ยนแปลงโดยการยกสูงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทีในลีด II และ III



ภาพที่ 2.2 แสดงการเปลี่ยนแปลงโดยการยกสูงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทีในลีด V2 ถึง V6



ภาพ 2.3 แสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่ปรากฏการยกของส่วนเอสที

### 1.3 การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก

#### 1.3.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด

##### เอสทียก

มีผู้ให้ความหมายของ “การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก” (ST elevation myocardial infarction: STEMI) ไว้หลายท่านในการศึกษาครั้งนี้ขอสรุปความหมายของการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยภาวะ STEMI คือลดปริมาณการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเพื่อไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง และการเสียชีวิต โดยการจัดการเพื่อเปิดหลอดเลือดโคโรนารีแบบรีบด่วน (สรีรณีย์ ควรประเสริฐ 2553: 124) และการที่เปิดหลอดเลือดและมีเลือดไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ที่ดีนั้นมีความสำคัญในการลดอัตราการตาย และการลดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้ พบว่าประสิทธิภาพการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดนั้นลดลงเมื่อเวลาผ่านไปหลังจากผู้ป่วยมีอาการหัวใจขาดเลือด (นครินทร์ สันสนยุท 2552: 89)

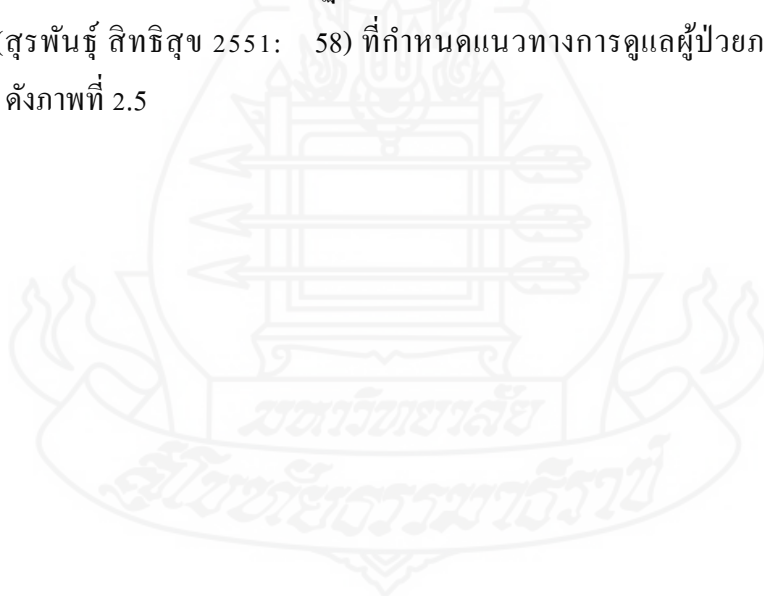
กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ในปัจจุบันที่สำคัญได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง จากการศึกษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง และสามารถลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 ถ้าให้ใน 4-6 ชั่วโมงโดยในปี ค.ศ. 1980 ได้เริ่มมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI พบว่าสามารถลดอัตราการตายผู้ป่วยได้ถึง 30% และได้ถือเป็นมาตรฐานการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI วิธีหนึ่งจนถึงปัจจุบัน และยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้บ่อยได้แก่ Streptokinase (SK) ขนาดที่ใช้ 1.5 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง (ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ 2551: 62, 64 )

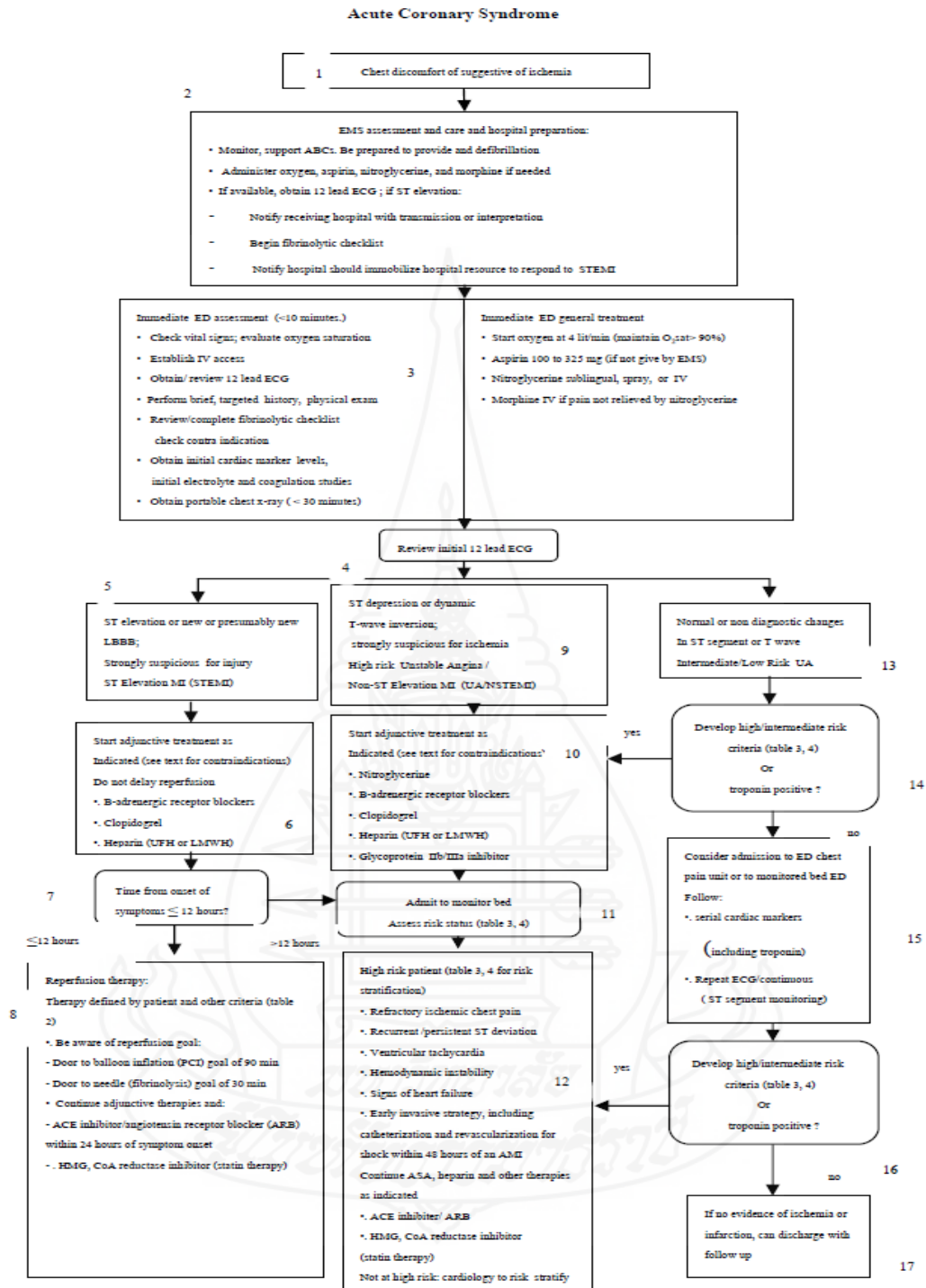
การดูแลผู้ป่วย STEMI คือการจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการค้นพบให้เร็วที่สุดจากประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก และการดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ และร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการบริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) บริหารยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมรับทราบวัตถุประสงค์ของแผนการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย การติดตามอาการ สัญญาณชีพ และการเต้นของหัวใจ

อย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลดความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล การบำบัดด้วยออกซิเจน การช่วยให้ผู้ป่วยได้พักโดยพยาบาลทำกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล 2540: 85-108)

การดูแลผู้ป่วย STEMI เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันท่วงที ได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา โดยพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ผู้ป่วย STEMI นอกจากได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกแล้วยังมีการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดเส้นเลือดโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ เปิดหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ (PCI) ตามศักยภาพของโรงพยาบาล (Underwood, and others, 2009: 330)

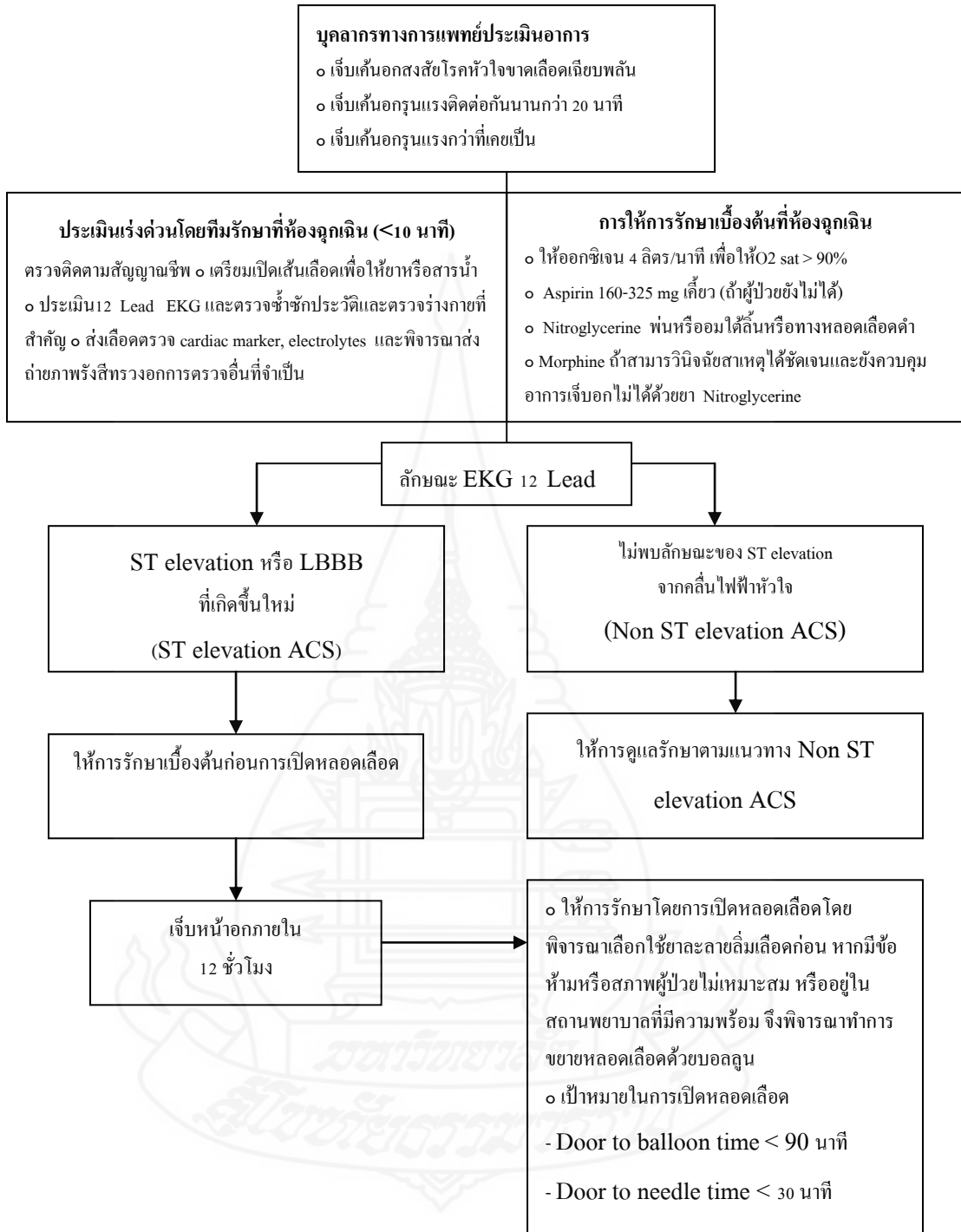
วิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีกระบวนการดังภาพที่ 2.4 ซึ่งถือเป็นเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นสากลและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่จะปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สุรพันธุ์ สิทธิสุข 2551: 58) ที่กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังภาพที่ 2.5





ภาพที่ 2.4 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI วิทยาลัยแพทย์และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา

ที่มา: ดัดแปลงจากACC/AHA 2009 Guidelines for STEMI&PCI Retrieved 28 th, December 2011 From <http://decode-medicine.blogspot.com> 2 views on



ภาพที่ 2.5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ที่มา: ดัดแปลงจาก แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2551 (สุรพันธุ์ สุทธิสุข 2551: 58)

จากภาพที่ 2.4 และ 2.5 จะพบว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาที่ยรวดเร็วซึ่งจะทำให้สามารถลดอัตราการตาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะด้านความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของ STEMI มีความรู้ และทักษะด้านการประเมินคัดกรอง ทักษะการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจร่างกาย การรายงานแพทย์ การประสานงานเพื่อการปรึกษาแพทย์ (จริยา ตันติธรรม 2552: 44-47) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินทีมแพทย์และพยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลให้ได้ภายใน 10 นาที เมื่อพบ STEMI ควรจัดการให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที และถ้าจะขยายหลอดเลือด โคโรนารีด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวดไม่ควรเกิน 90 นาที (ศรัณย์ วรรประเสริฐ 2553: 126) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้าม ดังภาพที่ 2.6 และกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ห้องฉุกเฉินเป็นดังภาพที่ 2.7

#### ข้อห้ามให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างเด็ดขาด

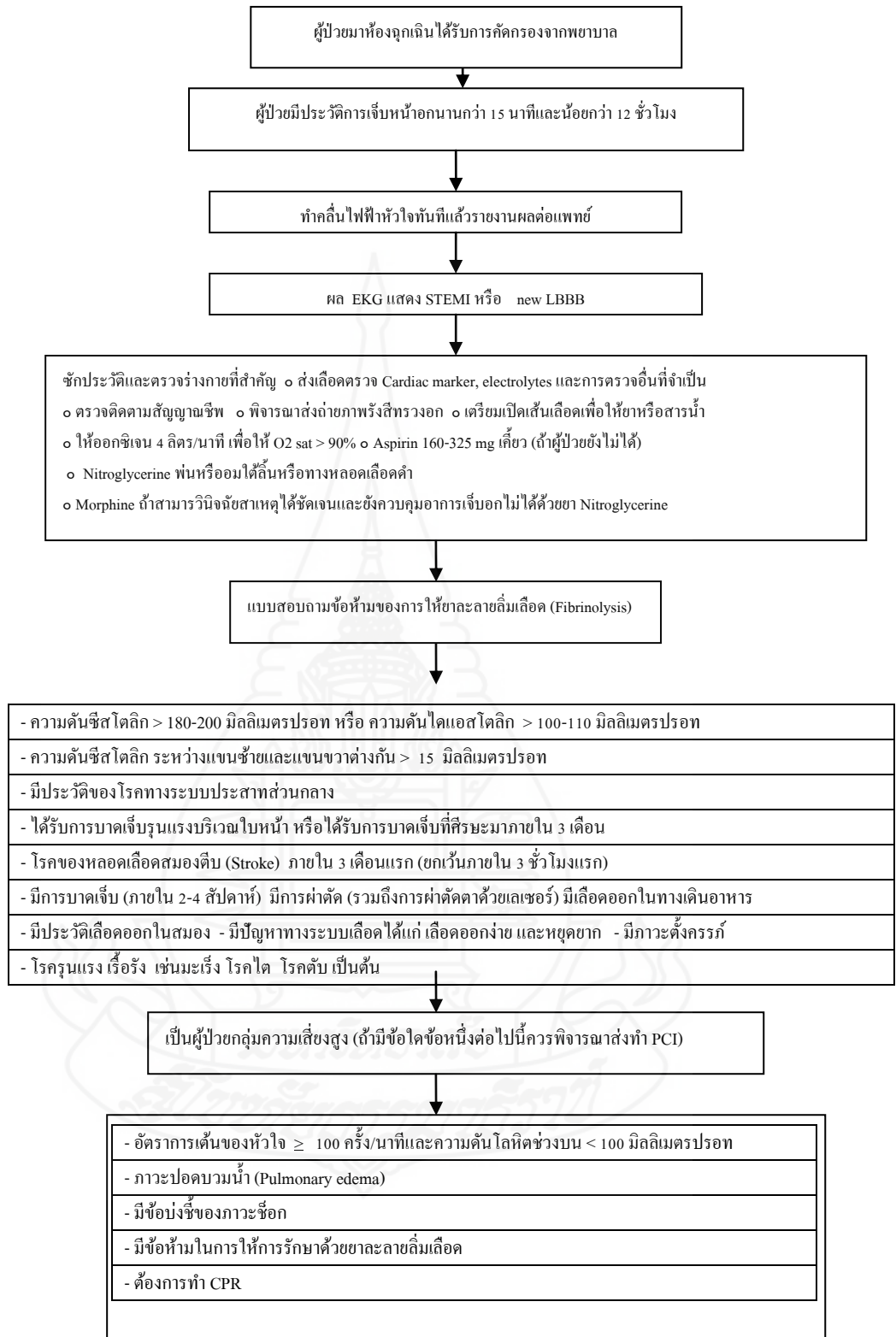
1. มีการตกเลือดภายใน ในขณะนี้ (ไม่นับการมีประจำเดือน)
2. สงสัย หลอดเลือดแดงใหญ่แตกฉะ (aortic dissection) หรือระหว่างแขนซ้ายและแขนขวาต่างกัน > 15 มิลลิเมตรปรอท
3. ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงบริเวณใบหน้า หรือได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมาภายใน 3 เดือน
4. มีก้อนเนื้ออกในสมองหรือความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง (arteriovenous malformation)
5. มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก
6. โรคหลอดเลือดสมองตีบภายใน 3 เดือน (ยกเว้น 3 ชั่วโมงแรก)

#### ข้อห้ามใช้ที่อาจผ่อนผันได้

1. ความดันเลือดเกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท (ควรวัดความดันอย่างน้อย 2 ครั้ง)
2. ประวัติความดันเลือดสูงรุนแรงไม่ว่าจะเคยได้รับยาลดความดันเลือดหรือไม่
3. กำลังมีอาการของโรคกระเพาะอาหาร หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารมาภายใน 1 เดือน
4. ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 3 เดือน
5. ปัญหาเรื่องเลือดออกผิดปกติหรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
6. ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่า 10 นาที
7. มีประวัติตกเลือดภายใน (ภายใน 2-4 สัปดาห์)
8. ตั้งครรภ์
9. ผู้ที่ถูกเข็มเจาะในตำแหน่งที่ก่อให้เกิดเลือดหยุดได้ยาก

ภาพที่ 2.6 แสดงข้อห้ามเด็ดขาด และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ที่มา: ดัดแปลงจาก ศรัณย์ วรรประเสริฐ (2553: 125)

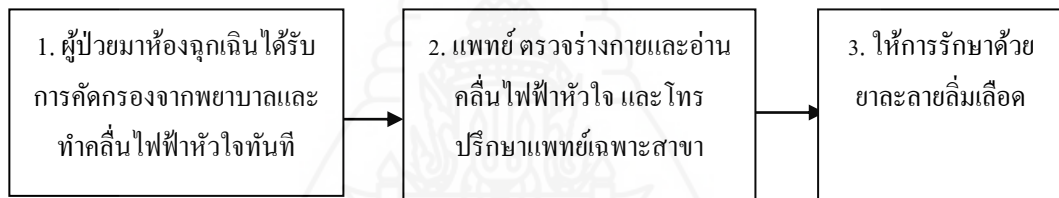


ภาพที่ 2.7 แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ที่มา: ดัดแปลงจาก ศรีณย์ วรรณประเสริฐ (2551: 125) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การให้ยาลดไขมันเลือดแม้จะมีความปลอดภัยสูงในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้าม แต่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย เพราะยังมีความเสี่ยง เช่น ภาวะเลือดออก ในสมอง ร้อยละ 0.3-1.0 (สุรพันธุ์ สิทธิสุข 2551: 64) จึงต้องมีการลงบันทึกความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (inform consent) แล้วให้ยาลดไขมันเลือดที่ห้องฉุกเฉิน (จรรยา ตันติธรรม 2552:47) หรือส่งผู้ป่วยให้รับยาลดไขมันเลือดใน ICU (สุรพันธุ์ สิทธิสุข 2551: 55) ตามความเหมาะสมของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินประกอบด้วย การรับรู้ การคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรายงานผลต่อแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน การดูแลรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉิน การปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา การประสานงานและการบริหารยาลดไขมันเลือดแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนโดยสรุป ดังภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI

ที่มา: ดัดแปลงจากจรรยา ตันติธรรม (2552: 47) แผนผังแสดงขั้นตอนการรักษานักวิ่งโรคล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน

## 2. บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการดูแลผู้ป่วย STEMI

### 2.1 ความหมายของบทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความหมายของคำว่าบทบาท หมายถึงการทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 602) พยาบาลต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้บทบาทพยาบาลค่อนข้างซับซ้อน ซึ่งต้องแสดงบทบาทอย่างเหมาะสมไม่เกิดความขัดแย้งในบทบาท ทำให้ประหยัดแรงงานและทรัพยากร และเกิดความซื่อสัตย์ต่อบทบาทของตนเอง



การเรียนรู้ เข้าใจและปฏิบัติบทบาทได้สำเร็จถือเป็นความจำเป็นของคนในสังคมที่อยู่ร่วมกัน (ฟาริดา อิบราฮิม 2546: 8) ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลคือบทบาทด้านการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจึงหมายถึงการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพ การกำหนดปัญหา การวางแผนปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549: 10)

บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทางการจัดการ การร่วมกับสหวิชาชีพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือความรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้น จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเป็นหน่วยเวชบริการซึ่งมีภารกิจหลักในการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา และการป้องกันสภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งบุคคลใดๆ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์โดยมิได้คาดคิดหรือวางแผนไว้ ณ เวลาใดก็ได้ ดังนั้น จึงต้องกระทำการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด ในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่ง ในระบบบริการสุขภาพ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2549: 55)

บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีทั้งบทบาทด้านการบริหารจัดการทรัพยากร และระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน บทบาทด้านการรักษาพยาบาลในการประเมินอาการเจ็บป่วยที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทุกระบบได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสมและต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล บทบาทในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงบทบาทในการใช้คุณธรรมและเหตุผลเชิงจริยธรรม (ส่งศรี กิตติรัศมีตระกูล 2536 อ้างถึงใน ลักษณ์ อ่วมพรหม และพัชรา สัทชิง 2549: 16-17)

บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความปลอดภัย และรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ (สำนักการพยาบาล 2551: 135-148)

2.1.1 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

2.1.2 การคัดกรอง (Comprehensive Triage)

พยาบาลวิชาชีพคัดกรอง การเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หน่วยบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (Priority of Care) ตามสภาพปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย โดย

1) ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วย (Priority Assessment) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็วและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย

2) วิเคราะห์ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อจัดลำดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient's Acuity) ตามมาตรฐานการจำแนกประเภทประเภทผู้ป่วยของหน่วยงาน หรือจำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent)

3) วินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน

4) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน

5) รายงาน / ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

6) การบันทึกข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Acuity level) สัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วย STEMI ถือเป็นภาวะที่ฉุกเฉินและเร่งด่วน ถ้าให้การรักษาไม่ทันการณ์ อาจช่วยชีวิตไม่ทันและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดแล้วไม่สามารถกู้ให้คืนกลับมาได้ (ชัยรัตน์ อร่ามเสรีวงศ์ 2552:168)

2.1.3 การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Secondary survey and Ongoing Assessment)

พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Secondary survey) และประเมินซ้ำ (Assessment) เป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงาน โดยเฉพาะภายหลังการแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ต้องประเมินอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนจำหน่ายหรือย้ายจากหน่วยงานโดย

- 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 – 15 นาที
- 2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที
- 3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ได้รับการประเมินซ้ำทุก 2-4 ชั่วโมง

พร้อมทั้งบันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงสำคัญที่ตรวจพบ ลงในแบบบันทึกและรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ป่วย STEMI จึงต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 -15 นาที ระหว่างการดูแลรักษาเบื้องต้นในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Werns, Steven, 2008: 595)

#### 2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่คุกคามชีวิต อย่างทันท่วงที ได้รับการรักษาพยาบาลครบถ้วนตามแผนการรักษา ได้รับการบรรเทาอาการรบกวนและส่งเสริมความสบาย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายหรือส่งต่อ โดยพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย บรรเทาอาการรบกวนต่างๆ และส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยได้แก่

- 1) วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามความรุนแรงและเร่งด่วน
- 2) ให้การช่วยเหลือ แก้ไข บรรเทาอาการ และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา
- 3) ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในหน่วยงาน
- 4) ให้การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutic) เพื่อบรรเทาอาการไม่สบาย
- 5) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ กรณีการเตรียมผ่าตัด/หัตถการฉุกเฉิน
- 6) กรณีส่งต่อหรือจำหน่าย ต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลงต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแลเฉพาะ โรค/กลุ่มอาการของหน่วยงาน
- 7) แจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแก่ครอบครัวเป็นระยะ
- 8) ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

9) บันทึกผลการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและเวลาที่ให้ลงในแบบบันทึกผู้ป่วย STEMI นอกจากได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกแล้วยังมีการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดเส้นเลือดโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ PCI ตามศักยภาพของโรงพยาบาล (Underwood, and others , 2009:330)

#### 2.1.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลที่ให้และผลลัพธ์ที่คาดหวังได้แก่

- 1) ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการรักษาพยาบาลและสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วย
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง
- 3) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล บนพื้นฐานการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
- 4) บันทึกผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ลงในแบบบันทึก และรายงานอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วย STEMI คือ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับตั้งแต่มารถึงโรงพยาบาล โดยความปลอดภัย และรอดชีวิต (ธัญรัตน์ อร่ามเสวีวงศ์ 2552:176)

#### 2.1.6 การดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพ วางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- 1) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย
- 2) การมีพยาบาลนำส่ง
- 3) การติดต่อประสานงาน
- 4) การดูแลระหว่างนำส่ง
- 5) การสรุปข้อมูลปัญหาและการรักษาพยาบาลผู้ป่วย พร้อมเอกสารประจำตัว ให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ ผู้ป่วย STEMI ควรพิจารณาส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือสามารถขยายหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ (PCI) และควรใช้เวลาน้อยที่สุดในการส่งต่อผู้ป่วย (สุรพันธุ์ สิทธิสุข 2551: 32)

### 2.1.7 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดย

1) ประเมินความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับความเครียดได้

2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม การให้ความรู้/คำแนะนำ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3) การประเมินความก้าวหน้าภาวะสุขภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นปัจจุบัน

4) บันทึกกิจกรรมการให้การพยาบาลและผลของการพยาบาล

ผู้ป่วย STEMI สาเหตุมาจากพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของประชากร ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะโครงสร้างของประชากรจะมีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นรวมทั้งอุบัติการณ์ทางโรคเมตาบอลิซึม โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิด STEMI สูงขึ้นด้วย ดังนั้นการส่งเสริม ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งจำเป็น (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2551: 3)

### 2.1.8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การระบุตัวผู้ป่วย การประเมินภาวะเสี่ยงและวางแผนการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพปฏิบัติงานของหน่วยงาน ฝ่ายระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และคาดการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วย STEMI เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากได้รับการดูแลรักษาล่าช้า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทที่สำคัญมากในการสนับสนุนให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว (Underwood, and others, 2009: 330)

### 2.1.9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับรู้เกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูล วางแผนให้ข้อมูลร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ประสานกับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การวินิจฉัย

การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเปิดเส้นเลือดหัวใจล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตได้ แต่การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้ร้อยละ 0.3-1.0 จึงต้องให้แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินอธิบายผลดีและผลแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือด (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2551: 64)

#### 2.1.10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และความเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนด และมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานจริยธรรม แก่ผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Inform consent) ซึ่งเหตุผลหนึ่งของผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดถึงร้อยละ 46.00 และเสียชีวิตร้อยละ 17.40 เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้ยา (สุกฤษฎี อนุพันธ์ไพบูลย์ 2553: 49)

#### 2.1.11 การบันทึกทางการพยาบาล

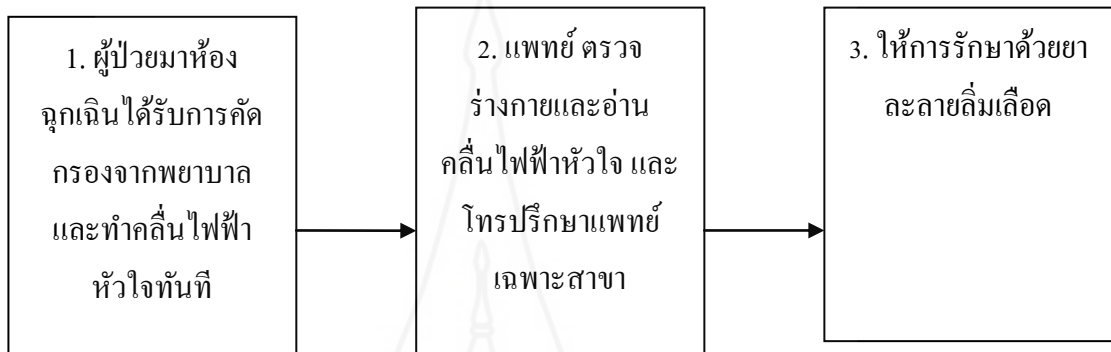
พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เช่นบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง ข้อมูลครอบคลุม ข้อมูลถูกต้องและต่อเนื่อง ตลอดจนระยะเวลาของการดูแลตามมาตรฐานหรือแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ข้อความที่บันทึกชัดเจน กะทัดรัด สามารถสื่อความหมายแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย STEMI มีความจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญตั้งแต่เริ่มคัดกรองจำแนกประเภท โดยเฉพาะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บอกเนื่องจากมีผลต่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษา (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2551: 69) พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญต่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI และผลของการดูแลรักษาที่พึงประสงค์คือผู้ป่วยรอดชีวิตและอัตราการตายลดลง

อาจกล่าวได้ว่าบทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีทั้งบทบาทด้านการบริหารจัดการ การจัดระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการเรียนรู้สิ่งที่ยาบาลต้องปฏิบัติตามบทบาทที่หลากหลาย และซับซ้อน ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินดังภาพที่ 2.9

### 2.2 บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย STEMI

มีผู้กล่าวถึง “บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย STEMI” ไว้หลาย ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ขอสรุปบทบาทของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังนี้

บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย STEMI ประกอบด้วย การรับรู้ การคัดกรอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการรายงานผลต่อแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน การดูแลรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉิน การปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา การประสานงานและการบริหารยาละลายลิ้มเลือดแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนโดยสรุป ดังภาพที่ 2.9 (จริยา ตันติธรรม 2552: 47)



ภาพที่ 2.9 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI

ที่มา: ดัดแปลงจากจริยา ตันติธรรม (2552: 47) แผนผังแสดงขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องแสดงบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ้มเลือดหรือได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาที่สุดเร็วซึ่งจะทำให้สามารถลดอัตราการตาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของ STEMI มีทักษะด้านการประเมิน คัดกรอง ทักษะการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจร่างกาย การรายงานแพทย์ การประสานงานเพื่อการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยทุกรายที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการ STEMI น้อยกว่า 12 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องรีบประเมินคัดกรอง ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และจัดให้แพทย์ตรวจทันที พร้อมทั้งเตรียมการประสานงานเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา

โดยบทบาทของพยาบาลคัดกรอง (Triage nurse) ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องรีบซักประวัติและตรวจประเมินผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วย ทำ EKG แล้วรายงานแพทย์ในเวลาที่สุดเร็วซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัย โรงพยาบาลจะต้องให้ทุกคนที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับทราบช่องทางด่วนตั้งแต่เวรเปล พยาบาล และแพทย์เวร โดยกำหนดให้ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก

เขียนปล้นทุกรายนำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดที่เตรียมไว้ทำ EKG เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการให้ยาละลายลิ่มเลือด (จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ 2552: 7)

เนื่องจากการวินิจฉัยแยกโรคและการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงต่อระยะเวลาในการดูแลรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ที่พบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เนื่องจากผู้ป่วย STEMI เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนถ้าให้การรักษาล่าช้าไม่ทันการณ์ อาจช่วยชีวิตไม่ทันและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดแล้วไม่สามารถกู้ให้กลับมาได้ (ชัยรัตน์ อร่ามเสรีวงศ์ 2552: 168) ดังนั้นเพื่อความรวดเร็วในการประสานการรักษารวมทั้งการปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาเฉพาะ โรงพยาบาลต้องจัดให้มีพยาบาลเพิ่มพูนทักษะ เพื่อคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะ STEMI ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (คำรัส ตรีสุโกศล 2554: 45) ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกทุกรายที่สงสัย STEMI ถึงแม้ว่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในครั้งแรกจะไม่แสดงผลเด่นชัด ก็ยังคงต้องรับไว้ดูแลอาการในโรงพยาบาลจนกว่าจะแน่ใจอย่างน้อย 48- 72 ชั่วโมง (บุญเลิศ จุลเกียรติ 2550: 6)

ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลต้องแสดงบทบาทสำคัญควรให้ความรู้แก่ประชาชนหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้เข้าใจภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นและแนวทางการรักษา หากผู้ป่วยเข้าใจแล้วจะทำให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ที่หมายเลข 1669 ได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลถึงร้อยละ 5 และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย STEMI มารับบริการโดยพาหนะส่วนตัว (Underwood and others, 2009: 330) โดยไม่ผ่านระบบ EMS ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มาถึง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลช้าและได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินทีมแพทย์และพยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนปล้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลให้ได้ภายใน 10 นาที เมื่อพบ STEMI ควรจัดการให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที และถ้าจะขยายหลอดเลือด โคโรนารีด้วยบอลูนและ/หรือขดลวดไม่ควรเกิน 90 นาที (ศรัณย์ ควรประเสริฐ 2553: 126)

พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับการบริหารยาละลายลิ่มเลือดแม้จะมีความปลอดภัยสูงในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และไม่ห้าม แต่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย เพราะยังมีความเสี่ยง เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 0.3-1.0 จึงต้องมีการลงบันทึกความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (inform consent) แล้วให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน (จริยา ดันติธรรม 2552:47) หรือส่งผู้ป่วยให้รับยาละลายลิ่มเลือดใน ICU (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2551: 55) ตามความเหมาะสมของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง



กล่าวโดยสรุปบทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย STEMI คือการจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการประเมินคัดกรอง คั่นพบให้เร็วที่สุดจากประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก และการดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์และร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการบริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) บริหารยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ภายใน 30 นาที หรือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องมือตามศักยภาพของสถานพยาบาล เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมรับทราบวัตถุประสงค์ของแผนการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย การติดตามอาการ สัญญาณชีพ และการเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลดความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล การบำบัดด้วยออกซิเจน การช่วยให้ผู้ป่วยได้พักโดยพยาบาลทำกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด

### 3. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

มีผู้ให้ความหมายของ “หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” ไว้หลายท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ขอสรุปความหมายของ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือห้องฉุกเฉิน (Accidental and Emergency Room; or Emergency Room or Emergency Department: A&E, ER, ED) เป็นหน่วยงานหรือองค์การที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน มีการศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน (สมชาย กาญจนสุต 2552: 22-23) ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างกะทันหัน เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือความรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้น จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บและหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งร่างกายและจิตใจโดยการประเมินสถานะ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยให้การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่

โรงพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย หรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานมีการกำหนดโครงสร้างในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของหน่วยงานให้ครอบคลุมกิจกรรมการปฏิบัติงานในทุกๆ ด้าน โดยมีการเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพทุกสาขาและหน่วยสนับสนุนบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทิศทางในการพัฒนาบริการเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน และมุ่งผลลัพธ์ตามวิสัยทัศน์และภารกิจของโรงพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2551: 125-154)

ห้องฉุกเฉิน เป็นศูนย์รวมของผู้ป่วยทุกประเภท ซึ่งแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินควรมีความรู้พื้นฐานกว้างๆ ดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด โดยมีหลักปฏิบัติได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทุกราย ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะอาจมีพยาธิสภาพที่ร้ายแรงแฝงอยู่ได้ 2) ผู้ป่วยมารับบริการด้วยอาการสำคัญอะไร ให้นึกถึงโรคที่ร้ายแรงที่สุดที่อาจเป็นไปได้ จนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยแยกโรคอย่างถี่ถ้วนแล้ว 3) หากอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ยังไม่ได้รับการบำบัด อย่าเพิ่งให้ผู้ป่วยกลับบ้าน (บุญเลิศ จุลเกียรติ 2550: 4-6)

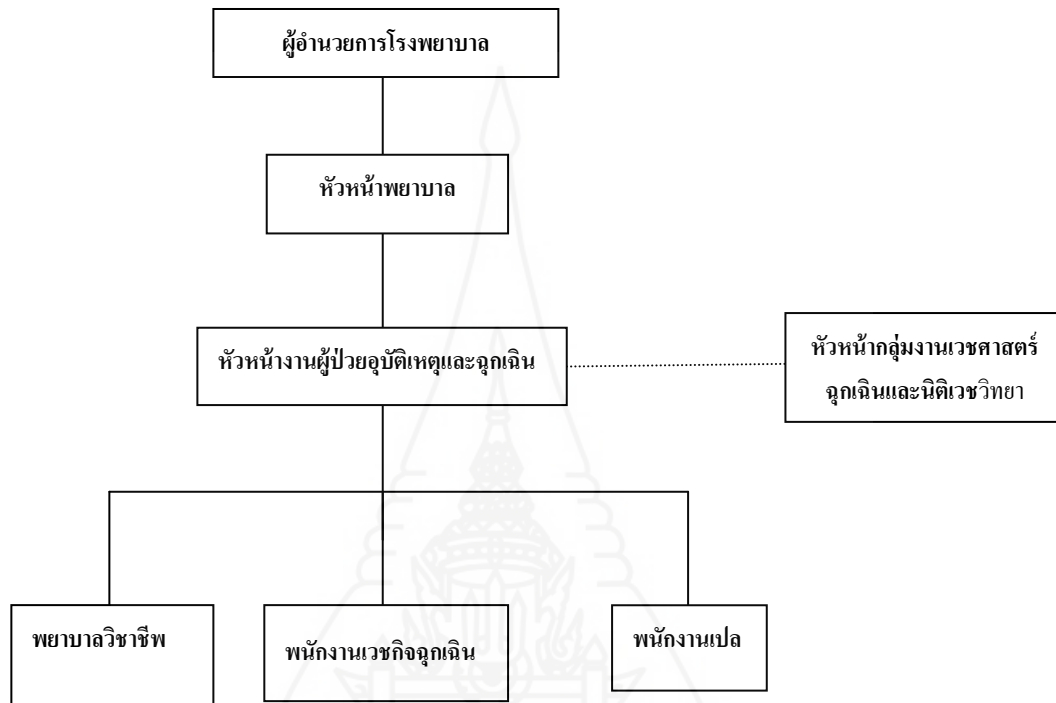
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยเวชบริการซึ่งมีภารกิจหลักในการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา และการป้องกันสภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งบุคคลใดๆ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์โดยมิได้คาดคิดหรือวางแผนไว้ ณ เวลาใดก็ได้ ดังนั้นจึงต้องกระทำการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด ในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร 2549: 55)

งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการจัดบริการเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างรีบด่วน ไม่อาจคาดเดาความรุนแรงของภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ในทันที การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การรับไว้สังเกตอาการ ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ การรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) การจัดบริการดังกล่าวมีขอบเขตครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภท โดยมีผู้รับผิดชอบประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ การพยาบาลที่ให้เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้การพยาบาลด้วยตนเอง หรือมอบหมายให้สมาชิกคนอื่นๆ ในทีมการพยาบาลปฏิบัติภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบตามหน้าที่ และหลักเกณฑ์การมอบหมายงาน โดยมีการนิเทศควบคุมกำกับจากพยาบาลวิชาชีพ โดยมีขอบเขต

การให้บริการ ได้แก่ 1) การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) การให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ 4) การประสานงานระหว่างสาขาในทีมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 5) การวิจัยและเฝ้าระวังปัญหาความเจ็บป่วย ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน 6) การร่วมมือเพื่อจัดการศึกษาพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนการจัดการศึกษาของสาขาอื่น 7) การควบคุมและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 8) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ 9) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล 10) การปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองพันธกิจของหน่วยงานและกลุ่มงานการพยาบาล (ดารณี จามจุรี 2542: 70)

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นหน่วยบริการสุขภาพซึ่งอยู่ในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา ซึ่งเป็นกลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิในด้านการบริการทางการแพทย์ โดยมีขอบเขตบริการ ได้แก่ การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกสาขาทั้งในสถานบริการและจุดเกิดเหตุ นอกโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเจตจำนงของหน่วยงานคือให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจ และมีพันธกิจ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยเน้นความรวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่มิให้เกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถของเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นและเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง 4) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิกในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 5) พัฒนาระบบบริหารจัดการทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ 6) พัฒนาศักยภาพตามขีดสมรรถนะที่จำเป็น ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง 7) พัฒนาระบบสารสนเทศให้ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม 8) จัดโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่ดี (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA: ER โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 2553)

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีโครงสร้างทางการบริหารและการประสานงานดังภาพที่ 2.10



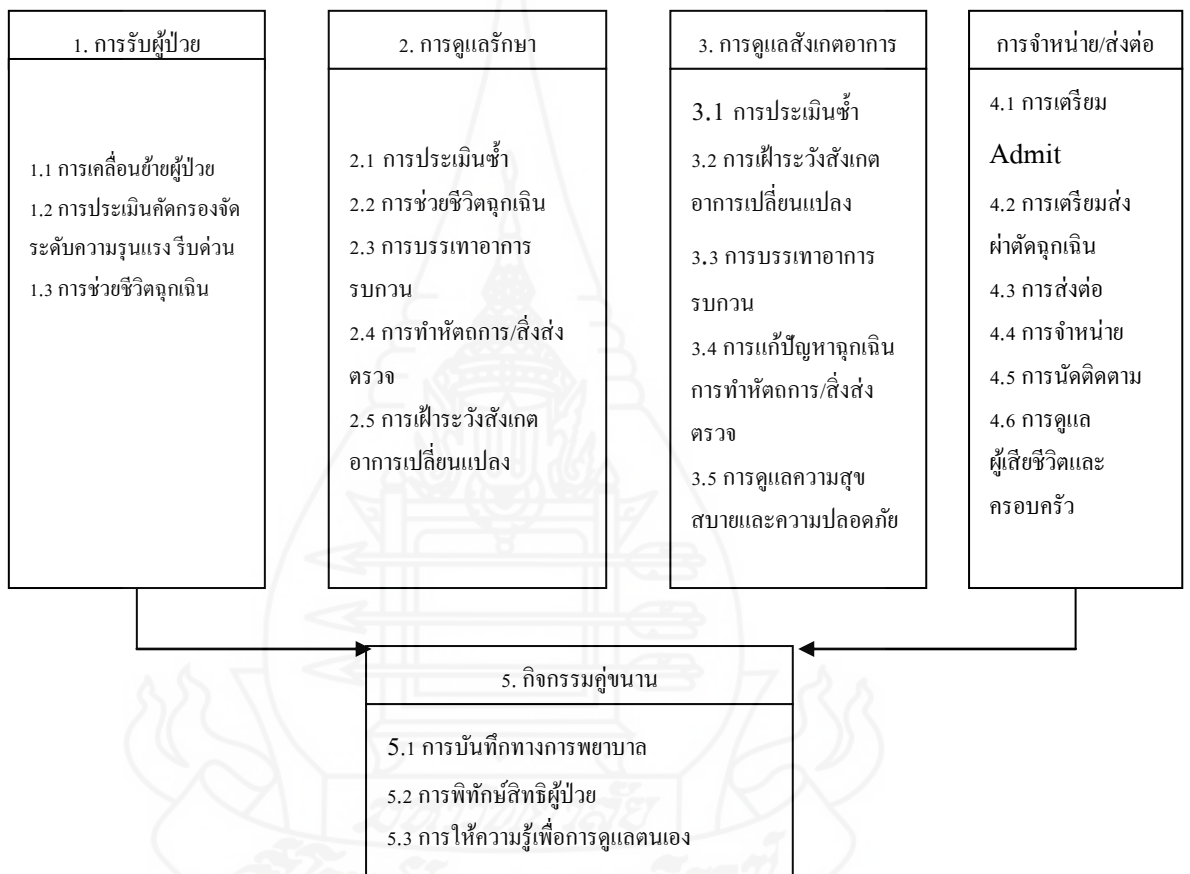
ภาพที่ 2.10 แผนภูมิสายบังคับบัญชาและสายการประสานงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ที่มา: คู่มือปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 2547

บุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะระดับปฏิบัติการหมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาโรคอยู่เวรให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกัน มีพยาบาลวิชาชีพ 22 คน รวมหัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พนักงานกู้ชีพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง 5 คน ระดับพื้นฐาน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน และพนักงานแปล 17 คน

พยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21 คน หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปเป็นหัวหน้าเวร และมีการมอบหมายหน้าที่ในแต่ละเวรเป็นหมายเลข โดยหมายเลข 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแล

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเตรียมพร้อมสำหรับออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับพนักงานกู้ชีพ 1-2 คน หมายเลข 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร หมายเลข 3 ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลและตามส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในห้องฟื้นคืนชีพ หมายเลข 4 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยห้องสังเกตอาการ หมายเลข 5 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อส่งเข้าตรวจรักษาตามความเร่งด่วน และมีระบบเรียกกำลังคนเสริมได้ในกรณีมีผู้ป่วยภาวะวิกฤตมาพร้อมกันหลายราย โดยมีกระบวนการให้บริการผู้ป่วยของหน่วยงานดังภาพที่ 2.11



ภาพที่ 2.11 แสดงกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ที่มา: แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA: ER โรงพยาบาลชยันตนาทร 2553

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีพื้นที่ใช้สอยประมาณ 400 ตารางเมตร แบ่งออกเป็น ส่วนคัดกรองซึ่งอยู่ด้านหน้า ห้องฟื้นคืนชีพ ส่วนดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ ส่วนดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และห้องสังเกตอาการ การดำเนินการดูแลผู้ป่วยโดยมีเข็มมุ่ง “Patient Safety” เช่นเดียวกับ

โรงพยาบาล ปริมาณผู้ใช้บริการเฉลี่ย 4,387 คนต่อเดือน มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเฉลี่ย 198 คนต่อเดือน ผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity) ทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับร้อยละ 211 (สถิติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินปี 2552) อันดับโรคฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้บาดเจ็บที่ช่องอกและช่องท้อง ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction: STEMI) ปี 2552 มีการพัฒนาการดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast track) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม (Patient care team: PCT) โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้ นำแนวทางแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยปี 2551 ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของ ACC/AHA 2009 (ภาพที่ 2.4 และ 2.5) มาเป็นแนวทางให้สหวิชาชีพทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ ในส่วนของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นสมาชิกทีม PCT อายุรกรรม นำแนวทางดังกล่าวมาถ่ายทอดให้บุคลากรงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนร่วมกันปฏิบัติโดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญคือ อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) ภายใน 10 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลร้อยละ 100 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และอัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 17 ซึ่งเป็นอัตราตายภาพรวมทั้งประเทศ ทั้งนี้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวยังไม่มีแผนและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรรองรับที่นอกเหนือไปจากกระบวนการหลักของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติตั้งแต่การต้อนรับของพนักงานเปล จนถึงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการช็อกสามารถเดินเข้ามารับบริการเองหรือมาโดยรถเข็นนั่ง ซึ่งอาจได้รับการคัดกรองไม่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergent) ผู้ปฏิบัติขาดความมั่นใจในการตรวจ EKG อาจต้องรอการประเมินของแพทย์ผู้ดูแลก่อนตัดสินใจทำ EKG ซึ่งต้องเปลี่ยนจากรถเข็นนั่งเป็นเปลนอนแล้วเข็นผู้ป่วยไปยังบริเวณดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และเมื่อทำ EKG แล้วอาจต้องรอแพทย์อ่าน EKG ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

จากการศึกษาของสุฤทัย อนุพันธ์ไพบุลย์ (2553) ศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในช่วง 3 เดือนแรกของปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 มีนาคม 2552 พบผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) 23 ราย (ร้อยละ 25.27) เสียชีวิต 4 ราย (ร้อยละ 17.40) มีผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียง 43.34 % ไม่ได้รับยา 56.30% สาเหตุจากมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมง ร้อยละ 38.54 มีข้อห้ามในการให้ยาร้อยละ 15.46 ญาติและผู้ป่วยปฏิเสธรับยาร้อยละ 46.00 ผู้ป่วย

ได้รับยาในระยะเวลาส่วนใหญ่มากกว่า 30 นาที เฉลี่ยระยะเวลาในการได้รับยาที่ 101.30 นาที และเมื่อนำเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ทั้งปีงบประมาณ 2552 มาศึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วย STEMI มีจำนวนทั้งหมด 65 คน เฉลี่ย 5 คนต่อเดือน อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ใน 10 นาที มีเพียงร้อยละ 66 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายกล้ามเนื้อภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 13.63 และอัตราตายร้อยละ 18.5 ซึ่งสูงกว่าอัตราตายภาพรวมของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรืออาการที่ต้องสงสัย STEMI การวินิจฉัยทางการแพทย์จากผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินต้องการการตรวจ EKG รายงานผลต่อแพทย์ภายใน 10 นาที วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ตามการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการพยาบาลควบคู่กับมาตรฐานของหน่วยงาน (Fast track) นำส่งผู้ป่วยไปให้ SK ใน ICU ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและประเมินผลตามเป้าหมายที่กำหนด และทบทวนผลลัพธ์ภายในทีมผู้ปฏิบัติ และจากการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาแม้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีการพัฒนาทั้งในหน่วยงานเองและร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยทุกแผนกอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งโรงพยาบาลได้รับการประกันว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้วก็ตาม หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังต้องมีกระบวนการพัฒนาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐาน โดยมีกลไกกระตุ้นและกระบวนการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ผลการทบทวนสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI แม้มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI แต่ยังไม่สะท้อนถึงประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค หรือความรู้สึที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้บริหารที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ และไม่มีการศึกษาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ที่เฉพาะเจาะจงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และจากประเด็นสำคัญและปัญหาการบริการผู้ป่วย STEMI ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำการ งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ค้นหาองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆสำหรับผู้ปฏิบัติงานนำมาใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ให้มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการอันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพพร้อมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการ

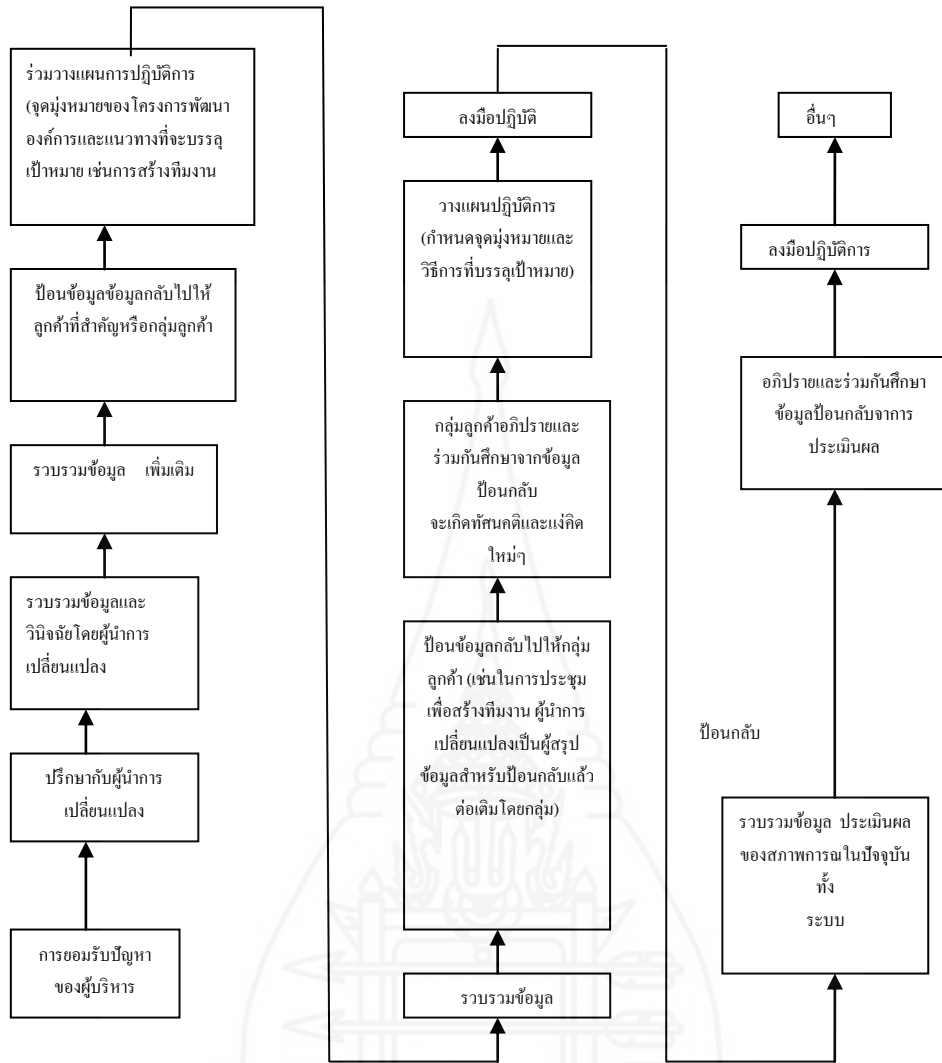
#### 4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

มีผู้ให้ความหมายของ “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” ไว้หลายท่านในการศึกษาครั้งนี้ขอสรุปความหมายของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ วิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ที่ได้รับความเชื่อถืออย่างแพร่หลาย โดยมีการพัฒนาองค์กรเป็นแม่แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ถือเป็นสุดยอดทางด้านวิชาการจากแขนงต่างๆมากมาย เช่น สังคมวิทยา มานุษยวิทยา จิตวิทยา สังคม จิตวิทยาอุตสาหกรรม จิตวิทยาองค์กร โดยมุ่งเน้นที่วัฒนธรรมขององค์กรคือยึดหลักการวิเคราะห์วัฒนธรรมขององค์กร และมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมขององค์กรได้แก่ การพิจารณาความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ และพฤติกรรมของสมาชิกองค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมเพื่อจุดมุ่งหมายขององค์กรร่วมกัน เป็นลักษณะเด่น ลักษณะหนึ่งซึ่งจะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ (French and Bell, 1983 อ้างถึงใน เสน่ห์ จัยโต 2550: 18-20) แม่แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีรายละเอียดดังภาพที่ 2.12







ภาพที่ 2.12 แม่แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพัฒนาองค์กร

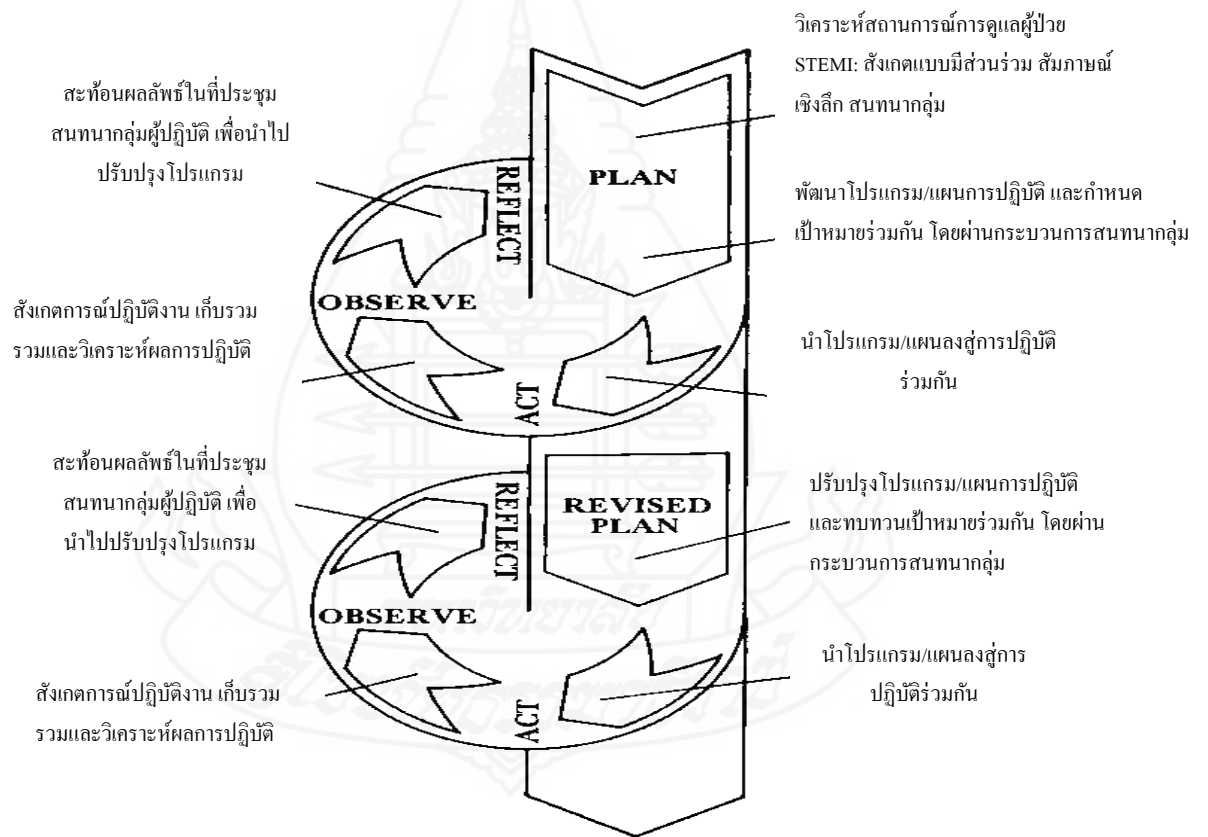
ที่มา: French and Bell, 1983: 90 อ้างถึงใน เสน่ห์ สู้โต 2550: 18-20)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action Research: PAR) หมายถึงแบบการวิจัยที่มุ่งค้นหาวิธีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการปฏิบัติหรือการดำเนินงานในบริบทเฉพาะ มีการลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัตินั้นต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดหรือมีส่วนร่วมอย่างสำคัญระหว่างนักวิจัยกับผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนที่วิจัย (Kurt Lewin, 1994 & Robin McTaggart, 1993 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัดน์กุล 2552: 52) ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ

1. สร้างการเปลี่ยนแปลง
2. อาศัยการมีส่วนร่วม ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เช่นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลง เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อให้เรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาไปด้วยกัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
3. เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ธรรมชาติทั้ง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นปฏิบัติการและสะท้อนการปฏิบัติ และขั้นประเมินผลนั้น การดำเนินงานทุกขั้นตอนจะอยู่ในสถานการณ์ธรรมชาติของบริบทนั้นๆ
4. เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เชิงวิพากษ์ ในทุกขั้นตอนของการวิจัยจะต้องวิเคราะห์เชิงวิพากษ์เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริง จึงต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ใช้วิธีวิเคราะห์ สังเคราะห์ ที่สามารถให้ภาพของสถานการณ์อย่างชัดเจน ถูกต้อง สะท้อนสถานการณ์ทดลองปฏิบัติอย่างครอบคลุม และวิเคราะห์ผลที่แสดงถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน
5. เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ
6. เป็นกระบวนการทางการเมือง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้าน ดังนั้นกระบวนการวิจัยประเภทนี้จึงมีการเจรจาต่อรอง ประสานงานเพื่อให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
7. มีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ในทุกขั้นตอนของการวิจัยต้องมีการจัดเก็บข้อมูลและบันทึกอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ เป็นหลักฐานแสดงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาการที่เกิดขึ้น
8. เป็นการสร้างทฤษฎี ข้อมูลความรู้และข้อค้นพบจากทุกขั้นตอนของการวิจัยทำให้ได้เหตุผลของการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นำมาประมวลเป็นแนวคิดและทฤษฎี
9. เป็นการศึกษาที่เริ่มได้จากวงจรเล็กๆ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบใหญ่ได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการหาความรู้จากการสะสมความรู้ที่เกิดจากการสะท้อนความคิดภายใต้การมีส่วนร่วม (ศิริพร จิรวัดน์กุล 2552:54-56) การปฏิบัติการที่เกิดจากการเรียนรู้กระบวนการของสังคมจากการเรียนรู้ร่วมกันและสามารถนำความรู้นั้นไปพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในสังคม (Kemmis & McTaggart, 1988: 5 อ้างถึงใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย 2550: 165-169 และอ้างถึงใน เอี่ยมพร ชมภูมี 2551: 37)

จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ได้เสนอวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในรูปเกลียววงจรเชิงปฏิบัติการ (Action Research spiral) ซึ่งลักษณะคล้ายกระบวนการพยาบาลได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน (Revised planning) เพื่อไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้แนวทางปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ดังภาพที่ 2.13



ภาพที่ 2.13 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ที่มา: Kemmis and McTaggart (1982) retrieved 7, January. 2011 from <http://www.google.co.th/search?>

จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะการพัฒนาโปรแกรมโดยการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมสนทนากลุ่ม การสะท้อนความคิด และการระดมสมอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัตินุเคราะห์และฉุกเฉิน โดยมีการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยแนวคิดดังนี้

#### 4.1 แนวคิดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแบ่งเป็นการเก็บข้อมูล (Data collection) และการรวบรวมข้อมูล (Data compilation) ซึ่งการเก็บข้อมูลโดยทั่วไปหมายถึง การเก็บข้อมูลใหม่ (ข้อมูลปฐมภูมิ) ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่นการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การทดลอง เป็นต้น ส่วนการรวบรวมข้อมูล หมายถึงการที่ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผู้อื่นได้ทำการเก็บมาแล้วหรือได้รายงานแล้ว (ข้อมูลทุติยภูมิ) มาทำการศึกษาวิเคราะห์ต่อ ข้อมูลที่รวบรวมส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (มุกดา หนุ่ยศรี 2549: 5)

ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงเป็นวิธีการให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริง เพื่อตอบคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพมีความแตกต่างกัน โดยการวิจัยเชิงปริมาณมักเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวเลขโดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น แต่การวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่จะเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีใจตัวเลข โดยผู้วิจัยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีวิธีเก็บข้อมูลหลายวิธี ได้แก่การสัมภาษณ์ (Interview) การสังเกต (observation) การใช้ข้อมูลเอกสาร (documentations) การสนทนากลุ่ม (focus group) การบันทึกความจำ (memo)/การบันทึกภาคสนาม (field note) (มณี อภานันท์กุล 2550: 21)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ หากเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตผู้วิจัยก็จะเป็นผู้สังเกตเหตุการณ์ที่ศึกษาด้วยตนเอง เป็นต้น (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ 2538: 209 อ้างถึงใน มุกดาหนุ่ยศรี 2549: 6) ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีคุณภาพจะทำให้ผลการวิจัยถูกต้องและน่าเชื่อถือ สำหรับวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาสังคมศาสตร์ได้แก่การสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2547: 267 – 291 อ้างถึงใน เอี่ยมพร ชมภูมิจิ 2551: 38)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 วิธี และการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มร่วมด้วยเพื่อใช้ในการยืนยันประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลมา

ก่อนแล้ว รวมถึงการใช้ข้อมูลเอกสาร การบันทึกความจำ/การบันทึกภาคสนาม โดยมีการทบทวนแนวคิดดังนี้

#### 4.2 การสังเกต (observation)

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2552: 130-145) ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

##### 4.2.1 ประเภทของการสังเกต

จำแนกเป็น 2 ประเภททั้งนี้ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ เรื่อง และสถานที่ศึกษาดังนี้

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) เป็นวิธีการสังเกตที่ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษา มีกิจกรรมร่วมกับผู้คนที่อยู่ในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่าผู้วิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มนั้นๆ ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตการณ์ใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้นๆ โดยที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัวว่าตนเองถูกเฝ้าดู จึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะที่สำคัญ 6 ประการคือ

- (1) มีเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมและสังเกตกิจกรรมอย่างละเอียด
- (2) มีความตระหนักถึงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมนั้นๆ ให้ครอบคลุมและชัดเจนมากที่สุด
- (3) เอาใจใส่ต่อทุกอย่างที่เกิดขึ้นสังเกตให้กว้างขวางที่สุด
- (4) ใช้ประสบการณ์ทั้งในฐานะคนในและคนนอกในเวลาเดียวกัน
- (5) ทบทวนย้อนหลังภายหลังจากการสังเกตในแต่ละวัน
- (6) จดบันทึกอย่างละเอียด การเก็บข้อมูลวิธีนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง จึงมักมีกล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึกจดตัวตลอดเวลา และใช้อุปกรณ์ดังกล่าวในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและตรงที่สุด

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง (direct observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้าง และความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมนั้นๆ โดยผู้วิจัยเป็นคนนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ไม่รู้ตัวว่าตนเองถูกสังเกต (unobtrusive method) มักใช้เมื่อเริ่มต้นเก็บข้อมูลเพื่อตัดสินใจว่าจะสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร และมีการบันทึกและการสนทนากับผู้คนที่ร่วมกิจกรรมนั้นๆ แต่ในฐานะคนนอก การจะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้นอย่างน้อยควรสังเกตตามกรอบ 6 ประการดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช 2540; Sanjey, 1990 อ้างถึงในศิริพร จิรวัดน์กุล 2552: 131-132)

(1) ฉากและบุคคล (setting) โดยที่ฉากหมายถึงสถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ที่กำลังสังเกต ส่วนบุคคลคือผู้ที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ ต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป และลักษณะเฉพาะตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถาม “ใคร” และ “ที่ไหน”

(2) การกระทำ (Acts) ต้องสังเกตการกระทำในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกต ข้อมูลจากการสังเกตการกระทำคือการตอบคำถาม “ทำอะไร”

(3) แบบแผนกิจกรรม (Pattern of activities) เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกต และการสนทนาขณะสังเกต เป็นการตอบคำถามว่า “อย่างไร”

(4) ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นส่วนที่ต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยู่นั้น ใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไรซึ่งเป็นการตอบคำถามว่า “ใครกับใคร”

(5) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่การกระทำออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมดเป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจาก “ใครกับใคร” เป็น “ใครบ้าง”

(6) ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ เป็นการตอบคำถาม “อย่างไร” และ “ทำไม” จึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆเกิดขึ้น การสังเกตที่ได้ความครบถ้วนและข้อสรุปนั้นจะต้องสังเกตหลายๆครั้งและหาข้อมูลเพิ่มเติมจากวิธีเก็บข้อมูลวิธีอื่นๆร่วมด้วย

#### 4.2.2 ประเภทของแบบสังเกต

จำแนกตามโครงสร้างของแบบสังเกตเป็น แบบสังเกตที่ไม่ได้มีการกำหนดโครงสร้างการสังเกต (Unstructured observation) และแบบสังเกตที่ได้มีการกำหนดโครงสร้างการสังเกต (Structured observation)

#### 4.2.3 วิธีการสุ่มการสังเกต (Observation sampling method)

จำแนกเป็น การสุ่มเวลา (Time sampling) การสุ่มเหตุการณ์ (Event sampling) และการผสมผสานระหว่างการสุ่มเวลาและการสุ่มเหตุการณ์ (Combined time and event sampling)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง แต่ต้อง

ระมัดระวังไม่ให้ตนเองเข้าไปมีความรู้สึกร่วมและผูกพันทางอารมณ์ (Sympathy) จนขาดความเที่ยงตรงในการบันทึกด้วยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ โดยไม่มีอคติ

#### 4.3 การสัมภาษณ์ (Interview)

การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเป็นไปตามธรรมชาติ ในประเด็นของคำถามที่สัมภาษณ์ คำถามที่ใช้สัมภาษณ์จะมีลักษณะคำถามกว้างๆและมีความยืดหยุ่นสูง ผู้สัมภาษณ์สามารถปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม โดยใช้ในการสนทนาตามธรรมชาติ (Natural conversation) การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) หรือสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth interview) ซึ่งจัดเป็นการสัมภาษณ์ประเภทไม่เป็นทางการ (Informal interview) มักใช้เมื่อต้องการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ซับซ้อน ท่าที ทักษะคิด ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อปรากฏการณ์ต่างๆ ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มคนในชุมชนที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

ในการสัมภาษณ์ทั้ง 3 ชนิด ประกอบด้วยขั้นตอนการสัมภาษณ์ดังนี้

(มณี อาภาวรรณกุล 2550: 23-25)

1) การพิจารณาผู้ถูกสัมภาษณ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องพิจารณาว่า ใครจะเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์และทำไมถึงเป็นกลุ่มนี้ ผู้ถูกสัมภาษณ์มีจำนวนกี่คนและจะสัมภาษณ์แต่ละคนจำนวนกี่ครั้ง สัมภาษณ์เมื่อไรและจะใช้เวลานานแค่ไหนในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จะสัมภาษณ์ในสถานที่ใด จะเข้าถึงผู้ถูกสัมภาษณ์ได้อย่างไรและมีระบบบริหารจัดการเกี่ยวกับการสัมภาษณ์อย่างไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการสัมภาษณ์ หัวข้อที่จะศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการศึกษาและคำถามที่ใช้ สถานที่และเวลา ต้องมีการวางแผนเลือกเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจระหว่างกันทุกครั้งที่มีการติดต่อกัน

2) การบริหารจัดการกับการสัมภาษณ์ ต้องมีการวางแผนไว้ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ในการเตรียมการสัมภาษณ์ ต้องจัดตารางการสัมภาษณ์ การขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ เมื่อเริ่มการสัมภาษณ์ ต้องแนะนำตัวสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้ทักษะการสื่อสารและการฟัง วิธีการถามคำถามอย่างมีลำดับ ชนิดและคำถามที่ใช้เหมาะสม กล่าวแสดงความขอบคุณเมื่อยุติการสัมภาษณ์

3) เทคนิคการสัมภาษณ์ ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่สนใจศึกษา ใช้เวลาการสัมภาษณ์อย่างมีคุณค่า เป็นผู้ฟังมากกว่าพูด การฝึกหัดสัมภาษณ์ก่อนลงมือทำจริง เพื่อให้เป็นธรรมชาติ ระมัดระวังภาษาที่ใช้ ใช้เทคนิคกระตุ้นด้วยการถามคำถามเดิมหรือใช้ความเสียบ

4) การบันทึกการสัมภาษณ์ ควรเริ่มต้นตั้งแต่วางแผนการทำวิจัย การใช้คำถาม ปลายเปิดผู้วิจัยสามารถบันทึกโดยใช้เทปบันทึกเสียง วิดีโอเทป และการจดบันทึก ซึ่งต้องผ่านการได้รับอนุญาตก่อนทุกครั้ง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์ประเภท กึ่งโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง โดยที่ผู้สัมภาษณ์เตรียมแนวคำถามไว้ก่อน ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนในการกำหนดทิศทางของการสนทนาด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อยู่ในขอบข่ายของประเด็นที่ศึกษา และต้องได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียงลงในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนทุกครั้งจึงมีการบันทึก ถ้าไม่ได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียงจะทำการจดบันทึกการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง

#### 4.4 การใช้แบบสอบถาม

การใช้แบบสอบถามเป็นเทคนิคที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำแนกแบบสอบถาม ออกเป็น แบบสอบถามปลายปิด (close-ended questionnaire) และแบบสอบถามแบบปลายเปิด (Open-ended questionnaire)

##### 4.4.1 แบบสอบถามแบบปลายปิด

เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบ หรือการเติมคำหรือข้อความสั้นๆ จำแนกเป็น 1) แบบสำรวจรายการ (Checklist) 2) แบบจัดอันดับ (rank order) 3) แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4) มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) 5) มาตรจำแนกความหมาย (semantic differentials) และ 6) Doubly Anchored Visual Analog Scale

##### 4.4.2 แบบสอบถามแบบปลายเปิด

เป็นแบบสอบถามที่ไม่ได้ระบุหรือกำหนดคำตอบสำหรับผู้ตอบ เลือกตอบแบบสอบถาม แต่มีการเว้นที่ไว้ให้ผู้ตอบได้เขียนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระตามความคิดเห็นหรือตามมุมมองของผู้ตอบ

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามแบบปลายเปิดในการในกระบวนการปรับปรุงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากผู้ร่วมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

#### 4.5 การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

ในการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้แผนหรือแนวปฏิบัติในโปรแกรมที่ได้เกิดประโยชน์สูงสุดและสามารถนำไปใช้ได้ ผู้พัฒนาต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมว่า สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือไม่ ดังนั้นในการพัฒนาโปรแกรมจึงได้มี



การนำเทคนิคต่างๆมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stake holder) มีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม เช่น เทคนิคการระดมสมอง (Brainstorming) เป็นวิธีการให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่กลุ่มได้รับมอบหมาย โดยแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและทั่วถึงทุกคน

เทคนิคการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่ม (Nominal group Technique) เป็นเทคนิคที่ใช้รวบรวมข้อสรุปเกี่ยวกับประเด็นที่นำมาอภิปราย ซึ่งเป็นมติของกลุ่ม เทคนิคการประชุมแบบสร้างสรรค์ (Appreciation-influence-control: AIC) เป็นเทคนิคการประชุม แบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ โดยใช้การวาดภาพเพื่อเป็นการสะท้อนประสบการณ์ในอดีต สภาพปัจจุบันกับจินตนาการความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกกลุ่ม เทคนิคเดลฟาย (Delphi) เป็นการใช้แบบสอบถามและหรือแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550 อ้างถึงใน อ้างถึงใน เอี่ยมพร ชมภูมี 2551: 38 )

วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่มจัดเป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่นำวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมารวมกับวิธีการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) โดยพยายามให้อยู่ในบรรยากาศตามธรรมชาติและเป็นกันเองมากที่สุด การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็น ประเมินความต้องการพัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่างหรือทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัย (ศิริพร จิรวัดณ์กุล 2552:135) จึงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติงานได้

เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นอย่างกว้างขวางและเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหรือผู้ดำเนินการสนทนา มีผู้ช่วยวิจัย 1-2 คน ตามความเหมาะสม ช่วยบันทึกและดูแลความเรียบร้อย นักวิจัยต้องตั้งประเด็นกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด (ศิริพร จิรวัดณ์กุล 2548: 135-140) ดังนั้น การสนทนากลุ่มจึงเป็นการดึงมุมมองที่หลากหลายและกระบวนการทางความคิดความรู้สึกออกมาในสภาพแวดล้อมของกลุ่ม ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่มากในระยะเวลาอันสั้น ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลควรมีจำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกกว่าเป็นผู้มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่กำลังศึกษาและมีความยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม ไม่มีความขัดแย้งกันส่วนตัวมาก่อน ไม่มีอำนาจให้คุณให้โทษแก่ผู้ร่วมสนทนา เป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมและภูมิหลังที่คล้ายคลึงกัน

ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉินที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อให้ได้โปรแกรมที่ตรงกับความ ต้องการ ทั้งในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มในการรวบรวมข้อมูล วิธีการสนทนากลุ่มเป็นการนำเอาวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มร่วมกันในการสนทนากลุ่ม โดยพยายามให้อยู่ในบรรยากาศตามธรรมชาติและเป็นกันเองมากที่สุด สมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจงว่าเป็นผู้มีข้อมูล มีประสบการณ์ในประเด็นที่สนทนาและใช้เวลาประมาณ 30-90 นาที โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหรือผู้ดำเนินการสนทนา(moderator) และในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มและมีการจดบันทึกการโต้ตอบภายในกลุ่มและการบันทึกเทปไว้เพื่อการวิเคราะห์รายละเอียดต่อไป

#### 4.5.1 ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่ม

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2548:135-140) ได้เสนอแนะไว้ดังนี้

##### 1) ขั้นเตรียมการ

(1) อันดับแรกที่ต้องเตรียมคือกำหนดแนวทางการสนทนากลุ่ม (guideline) ซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่ผู้วิจัยใช้เป็นจุดประเด็นการสนทนา คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด และเจาะประเด็นลึกไปเรื่อยๆ ประเด็นคำถามแรกๆควรเป็นเรื่องใกล้ตัวหรือเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ในฐานะคนนอก หรือพูดถึงคนอื่นมากกว่าพูดถึงตนเอง และในประเด็นที่ทุกคนในวงสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน คำถามหลังๆเป็นประเด็นใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนากลุ่มอาจมีประเด็นใหม่ๆ ข้อมูลต่างๆผุดขึ้นในวงสนทนาที่ต้องคอยจับประเด็นและซักไซ้ (probe) ต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเต็มที่ และปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อยๆตลอดการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่รุ่มรวยขึ้นเรื่อยๆ

(2) การเตรียมตัวและอุปกรณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะต้องเตรียมตัวให้พร้อม ทำความเข้าใจประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา มีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา กล้องถ่ายรูป เป็นต้น พร้อมทั้งทำความคุ้นเคยกับเครื่องมือเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ ควรเตรียมของรับประทาน เช่นของว่างหรือขนมขบเคี้ยว หรือเครื่องดื่มเพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองก่อนและระหว่างการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้อาจต้องเตรียมของสมนาคุณซึ่งอาจเป็นเงินสดหรือของใช้ตามสมควรแก่กรณีเพื่อตอบแทนการเสียเวลาและเป็นการแสดงความขอบคุณที่เข้าร่วมวงสนทนา

(3) การเตรียมสถานที่ สถานที่สำหรับการสนทนาควรเป็นสถานที่ที่ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอก จัดบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายและเป็นกันเอง ถ้าเป็นสถานที่ในชุมชนนั้นเองจะดีที่สุด

#### 2) ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

เริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกัน (ในกรณีที่ไม่เคยพบกันมาก่อน) รับประทานของว่างและเครื่องดื่มเพื่อให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการกลุ่ม โดยเริ่มจากการแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้และการขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มจัดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา การดำเนินการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อได้อภิปรายประเด็นต่างๆกันจนกระจ่างชัดแล้ว นักวิจัยกล่าวสรุปด้วยการขอบคุณผู้ร่วมวงสนทนาอีกครั้ง ยืนยันถึงคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่ได้จากการสนทนาแล้วปิดการสนทนากลุ่ม

#### 3) ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสนทนากลุ่มทุกครั้งนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยต้องตรวจสอบว่าการสนทนาได้บันทึกไว้ในเทปเรียบร้อยดีหรือไม่ สรุปบรรยากาศโดยรวมบริบทของกลุ่ม ปฏิกริยากลุ่มลงในบันทึกกลุ่ม ถอดเทปการสนทนากลุ่มคำต่อคำ บันทึกลงในกระดาษเพื่อนำสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ควรดำเนินการสนทนากลุ่มจนข้อมูลที่ได้รับอิ่มตัวหรือไม่มีอะไรใหม่อีกแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเกิดขึ้นเมื่อดำเนินการสนทนากลุ่ม 3-4 ครั้ง

### 4.5.2 จุดแข็งและจุดอ่อนของการสนทนากลุ่ม

#### 1) จุดแข็ง

- (1) การพูดคุย ซักถาม ถกประเด็นในกลุ่มทำให้ได้คำตอบที่กลั่นกรองด้วยเหตุผล
- (2) การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองทำให้ผู้ร่วมวงสนทนารู้สึกผ่อนคลาย กล้าแสดงความคิดเห็น จึงได้รับข้อมูลจำนวนมากและหลากหลาย
- (3) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งทำให้นักวิจัยได้ประเด็นคำถามใหม่ๆ หรือสมมุติฐานใหม่ๆ เพื่อการศึกษาค้นคว้าต่อไป
- (4) ปฏิกริยาของผู้ร่วมวงสนทนาต่อประเด็นที่สนทนา และต่อกันและกันทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆของสังคมของผู้ร่วมวงสนทนาที่มาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

## 2) จุดอ่อน

- (1) ผู้ดำเนินการสนทนาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างถูกต้อง จะทำให้การดำเนินการสนทนากลุ่มไม่ราบรื่น
- (2) แนวทางการสนทนากลุ่มที่เรียบเรียงไม่ดี ไม่มีลำดับที่ดีจากใกล้ตัวมาไกลตัว ง่ายไปยาก ตรงไปตรงมาไปหาซับซ้อนจะทำให้การสนทनावกวน ในที่สุดผู้ร่วมวงสนทนาก็คร่ำครึที่จะออกความคิดเห็น
- (3) ถ้าผู้ร่วมวงสนทนาไม่มีลักษณะร่วมที่คล้ายกันจากวัฒนธรรมเดียวกัน และสามารถข่มกันได้ การดำเนินการสนทนาจึงจะไม่ราบรื่น บรรยากาศในกลุ่มเสีย เกิดกลุ่มย่อยหรือมีคนไม่พูดมากขึ้น
- (4) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไม่สามารถให้ภาพพฤติกรรมจริงซึ่งเห็นได้จากการสังเกตว่าสิ่งที่คิดอาจไม่ใช่สิ่งที่ทำ
- (5) ข้อมูลจากกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่สามารถเป็นตัวแทนของสังคมหรือวัฒนธรรมที่ผู้ร่วมวงสนทนาดำเนินชีวิตอยู่ได้ ใช้อธิบายได้เฉพาะกับบริบทของกลุ่มนั้นๆ เท่านั้น

3) ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2550: 155-156 อ้างถึงใน เอี่ยมพร ชมภูมี 2551: 42)

- (1) ประเด็นที่อ่อนไหวทางสังคม (social sensitive topics) อาจได้ข้อมูลไม่ครอบคลุม เนื่องจากอิทธิพลของกลุ่มหรือความวิตกกังวล ความกลัว ความอาย จากการอภิปรายในประเด็นดังกล่าว
- (2) การสนทนากลุ่มจะใช้เวลาไม่ควรเกินหนึ่งชั่วโมงต่อการสนทนาแต่ละครั้ง หากสนทนากลุ่มนานเกินไป จะเกิดความอ่อนล้าทั้งกับสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและผู้บันทึกข้อมูล
- (3) ประเด็นหลัก (topics) ที่ใช้ในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 3-6 ประเด็นหรือคำถามหลักของประเด็นหลักต่างๆรวมกันแล้วไม่ควรเกิน 10 คำถาม
- (4) ประเด็นที่มีความเป็นส่วนตัวไม่เหมาะสมในการนำมาสนทนากลุ่ม
- (5) การสนทนากลุ่มเหมาะสมกับการค้นหาสภาพพื้นฐานรวมๆ ประเด็นหลักของปัญหาที่ต้องการศึกษา แต่ไม่เหมาะสมกับการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความซับซ้อนของชีวิตหรือการวิเคราะห์แบบจุลภาค (Micro analysis) ของความแตกต่างด้านต่างๆโดยละเอียด
- (6) อิทธิพลของกลุ่มอาจทำให้สมาชิกกลุ่มบางคนไม่กล้าสื่อสารออกความคิดเห็น ประสบการณ์ที่แปลกแตกต่างไปจากสมาชิกส่วนใหญ่เพราะเกรงการเกิดปฏิกิริยาเชิงลบ

(7) การสนทนากลุ่มเหมาะสมกับสมาชิกกลุ่มที่มีภูมิหลังคล้ายคลึงกัน

(8) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องเป็นผู้ที่มีทักษะกระบวนการกลุ่ม หากขาดทักษะดังกล่าวจะเป็นเพียงการสัมภาษณ์กลุ่มเท่านั้น ไม่ใช่การสนทนากลุ่ม แต่ทักษะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ฝึกฝนกันได้

**4.5.3 บทบาทผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม** (ทวิศศักดิ์ นพเกษร, 2550: 156 อ้างถึงใน เอี่ยมพร ชมภูมี 2551: 43)

- 1) ศึกษาทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ลักษณะข้อมูลที่ต้องการ
- 2) สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม และกระตุ้นให้เกิดสัมพันธภาพสมาชิกด้วยกันเพื่อให้เกิดความเป็นหุ้นส่วนของการสนทนากลุ่ม (conversation partners)
- 3) สร้างความรู้สึกรับประกัน (well-being) แก่สมาชิกทุกคนในการเข้ากลุ่ม
- 4) ฟังการสื่อสารโต้ตอบกันเองของสมาชิกกลุ่ม ด้วยความสนใจที่ปราศจากการตัดสิน
- 5) กระตุ้นการสื่อสารโต้ตอบกันเองของสมาชิกกลุ่มในแนวราบ คำหนึ่งถึงความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มกับผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม
- 6) กำกับทิศทางการสื่อสารโต้ตอบกันเองของสมาชิกให้อยู่ในโครงสร้างของประเด็นและคำถามที่ออกแบบไว้
- 7) แสดงความไม่รู้และสนใจกระตือรือร้นในข้อมูลของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งแสดงความเข้าใจเรื่องราวของสมาชิกแต่ละคนตามสภาวะที่ทำให้เป็นเช่นนั้น
- 8) แสดงความเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ของสมาชิก ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องยึดหยุ่นให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้กำลังใจของกลุ่ม

#### **4.5.4 ลักษณะคุณสมบัติร่วมของสมาชิกกลุ่มสนทนา**

ทวิศศักดิ์ นพเกษร (2550: 157 อ้างถึงในเอี่ยมพร ชมภูมี 2551: 44)

ให้ความเห็นว่า สมาชิกในกลุ่มสนทนา นอกจากจะเป็นผู้ให้ข้อมูล ประสพการณ์ที่สำคัญในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ ยังต้องมีลักษณะคุณสมบัติที่เหมาะสมเหมือนกันในการเป็นผู้ให้ข้อมูล เรียกว่า Homogeneous group ลักษณะคุณสมบัติร่วม (control characteristics) ในแต่ละกลุ่มสนทนา ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดให้สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลที่ต้องการ ผู้วิจัยจะกำหนดลักษณะคุณสมบัติร่วมเป็นหลายชุด เพื่อแบ่ง Homogeneous group ออกเป็นหลายแบบ (group segmentation) ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลหลากหลาย สามารถเปรียบเทียบระดับข้อมูลจากมุมมองต่างๆ ได้อย่างละเอียด (Stratification in analysis) และยังช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละประเภทรู้สึกสะดวกในการสนทนาภายในแต่ละกลุ่มและพลวัตกลุ่มดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

#### 4.6 การใช้ข้อมูลเอกสาร

ความหมายของคำว่า “เอกสาร” หมายถึงข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรืออาจเป็นแผนผัง รูปภาพก็ได้ (มณี อภานันท์กุล 2550: 27) ข้อมูลจากเอกสารต่างเป็นแหล่งข้อมูลที่มีเนื้อหารายละเอียดมาก ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารได้ แหล่งเอกสารได้แก่ บันทึกรชีวิตประจำวัน จดหมายเหตุ เรียงความ อัตชีวประวัติของบุคคลต่างๆ รายงานข่าวหรือบทความในหนังสือพิมพ์ บทเพลง คำานาน ตั๋วบทกฎหมาย บันทึกรข้อความของสถาบันต่างๆ ประกาศของทางราชการ หนังสือราชการงานุเบกษา เอกสารประกอบการประชุมต่างๆ เป็นต้น (Jupp, 1996 อ้างถึงในมณี อภานันท์กุล 2550: 27)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ข้อมูลเอกสารได้แก่เวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้บริหารของหน่วยงาน

#### 4.7 การบันทึกความจำและการบันทึกภาคสนาม

การบันทึกความจำและการบันทึกภาคสนามเพื่อป้องกันการลืม เป็นการเขียนความเข้าใจหรือสะท้อนความคิดของผู้วิจัยต่อสภาพที่พบเห็นเพื่อสะดวกในการนำมาอ้างอิงในอนาคตว่าข้อมูลเรื่องใดอยู่หน้าใด บรรทัดที่เท่าไร ควรทำทันทีภายหลังการสังเกตหรือสัมภาษณ์

### 5. แนวคิดการพัฒนาโปรแกรม

#### 5.1 ความหมายของการพัฒนาโปรแกรม

มีผู้ให้ความหมาย “การพัฒนา” และ “โปรแกรม” ไว้อย่างกว้างขวางตามวัตถุประสงค์ และบริบทของผู้เกี่ยวข้องกับโปรแกรม ในการศึกษาข้อสรุปความหมายของการพัฒนาโปรแกรมไว้ดังนี้

การพัฒนาโปรแกรม เป็นคำที่มีความหมาย 2 คำมารวมกัน คือคำว่าพัฒนาและคำว่าโปรแกรม

##### 5.1.1 การพัฒนา

หมายถึงการทำความเจริญ การเปลี่ยนแปลงในทางเจริญขึ้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542, 2546: 779) หรือการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด “ดีขึ้น” อย่างเป็นระบบ สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ว่ามี หมายถึงรวมทั้งตัวผลผลิต (Product) การผลิต (Production) การออกแบบผลิตภัณฑ์ (Design) การผลิตต้นแบบ (Prototype) และกระบวนการผลิตหรือกระบวนการทำงาน (Process) (สมชาติ โตรักษา 2548: 545) การพัฒนายังหมายถึงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่

กำหนดไว้ (จิตยา สุวรรณชฎ อ่างถึงในพุลสุข หิงคานนท์ 2549: 6) โดยสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาของนักพัฒนาไว้ 3 ประการดังนี้ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ อ่างถึงในพุลสุข หิงคานนท์ 2549: 6)

**ประการที่ 1** การพัฒนาคือ การเปลี่ยนแปลงตามแผนหรือการเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง นั่นคือ การพัฒนาไม่ใช่เรื่องธรรมชาติหากเป็นความพยายามของมนุษย์ พยายามที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยกำหนดทิศทางหรือรายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าจะพัฒนาอะไร พัฒนาอย่างไร ช้าเร็วอย่างไร ใครเป็นผู้พัฒนาและถูกพัฒนา

**ประการที่ 2** เป้าหมายสุดยอดของการพัฒนาอยู่ที่ “คน” เพราะคนเป็นผู้ถูกพัฒนาและผู้รับผลการพัฒนา มองคนเป็นกลุ่มหรืออยู่ในกลุ่ม ดังนั้น การพัฒนาคนจึงรวมการพัฒนาทุกด้าน

**ประการที่ 3** เป้าหมายของการพัฒนาคน กลุ่มคนหรือสังคมคือ ความกินดีอยู่ดีด้านต่างๆหรือสภาพสังคมที่ดี ซึ่งรวมสภาพทางด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง

อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีทิศทางไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นหรือเจริญขึ้นตามเป้าหมาย อย่างเป็นระบบ โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี เป้าหมายสุดยอดของการพัฒนาอยู่ที่ “คน” ซึ่งรวมการพัฒนาทุกด้าน

### 5.1.2 คำว่าโปรแกรม (Program) มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

คำว่า “โปรแกรม” หมายถึง กำหนดการ หรือรายการแสดง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 721) หรือ โปรแกรม หมายถึง รายการ หรือ ชุดคำสั่งที่กำหนดระบบการทำงาน (NECTEC's Lexitron Dictionary (2011 อ่างถึงในสารานุกรมวิกิพีเดีย 2554)

โปรแกรม (Programmed) หมายถึง รายการที่ประกอบด้วยข้อปฏิบัติต่างๆ หรือเหตุการณ์ต่างๆ เป็นแผนงาน ของกิจกรรมหรือสิ่งต่างๆที่จะต้องกระทำ หรือสิ่งต่างๆที่เรากำลังจะกระทำ (Hornby และ Parnwell 1977: 104) และ โปรแกรมจะต้องมีลักษณะดังนี้ (The Free Dictionary 2002: 5)

1) เป็นระบบของโครงการหรือบริการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นระบบที่ประกอบด้วยกฎหรือข้อปฏิบัติต่างๆ มีวิธีการปฏิบัติที่ซับซ้อน

2) การวางแผนการปฏิบัติหรือกระบวนการปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร

3) เป็นลำดับของขั้นตอนที่จะดำเนินการหรือบรรลุเป้าหมายที่จะทำได้

4) เป็นแผนแม่บท หรือร่างในระยะยาวของโครงการหรือการทำงาน

5) เป็นพิมพ์เขียวการออกแบบรูปแบบหรือสิ่งที่ตั้งใจจะใช้เป็นคู่มือสำหรับการทำงานต่างๆ

6) เป็นแผนของการดำเนินการ การวางแผนการทำงานบางสิ่งบางอย่าง ที่มีแผนเป็นระบบเพื่อประสิทธิภาพการทำงาน หรือสำหรับการบำบัด

โปรแกรมเป็นแผนปฏิบัติการชนิดแผนใช้ครั้งเดียวที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกิจกรรมที่มีขนาดใหญ่ เป็นการอธิบายกิจกรรมต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และทันตามเวลาที่กำหนด ซึ่งระยะเวลาสิ้นสุดของโปรแกรมหนึ่งอาจกินเวลาหลายปีหรืออาจน้อยกว่าก็ได้ หรือโปรแกรมเป็นกลุ่มแผนงานอาจประกอบด้วยปฏิบัติการของฝ่ายต่างๆ ในเวลาเดียวกัน (ชนชัย ยมจินดา 2550: 46)

การพัฒนาโปรแกรมเป็นการวางแผนที่กำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะทำในอนาคต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดมีหลักสำคัญ 5 ประการ (สมชาติ โตรักษา 2548 : 119) คือ

- 1) เป็นกิจกรรมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
- 2) เป็นการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะทำว่า จะทำอะไร จะทำที่ไหน จะทำเมื่อไร จะทำกับใคร จะทำโดยใคร จะทำด้วยวิธีใด และจะใช้ทรัพยากรอะไร
- 3) มุ่งให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุดตามจำนวนและศักยภาพของทรัพยากรที่มีอยู่
- 4) เป็นกระบวนการซึ่งมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาจึงเปลี่ยนแปลงได้ให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่เสมอ

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะต้องนำไปปฏิบัติได้ และสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าอย่างทันเวลา โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) จากผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมและเพียงพอ การพัฒนาโปรแกรมจึงเป็นกิจกรรมที่มีองค์ประกอบดังนี้ (สมชาติ โตรักษา 2548: 10-15)

- 1) การวิเคราะห์สภาวะการณ์ปัจจุบัน (Situation analysis) ด้านต่างๆ ดังนี้
  - (1) ปริมาณและคุณภาพงาน ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพการทำงาน ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่
  - (2) การวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ใน 6 ด้านคือ คน เงิน ของ เทคโนโลยี เวลา และ สิ่งสนับสนุน
  - (3) การวิเคราะห์องค์การใน 4 ด้าน คือ ระบบงาน วัฒนธรรมขององค์การ วัฒนาการขององค์การ จุดอ่อน จุดแข็งขององค์การ



(4) การวิเคราะห์ชุมชนและสังคมโดยรอบองค์กรใน 4 ด้าน คือ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติดที่มีต่อองค์กร ศักยภาพ ความสัมพันธ์ที่มีต่อองค์กร

(5) การวิเคราะห์ผลกระทบของการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งระยะสั้น และระยะยาวใน 5 ด้านคือ ผลกระทบต่อผู้มารับบริการ ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน ผลกระทบต่อผู้บริหารขององค์กร ผลกระทบต่อชุมชน ผลกระทบต่อประเทศชาติ

(6) การวิเคราะห์แนวโน้มในอนาคต ใน 4 ด้านคือ แนวโน้มในอนาคต ด้านความต้องการและการตอบสนองความต้องการ (Demand & Supply) ด้านเทคโนโลยี ด้านองค์กร ธุรกิจ กิจการ คู่แข่งขัน ด้านการเงิน

ผลสรุปของการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน คือเราจะต้องทำอะไรในอนาคตจึงจะทำให้งานของเรามีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น และควรจะทำอย่างไร มีปัจจัยเงื่อนไขข้อจำกัด ฯลฯ อะไรบ้างนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมเป็นขั้นตอนต่อไป

2) การพัฒนาโปรแกรม เป็นการกำหนดแนวทาง วิธีการ และทรัพยากรที่จะใช้ในการกระทำงานในอนาคต ในสิ่งต่อไปนี้ (1) จะทำอะไร (What to do?) โดยระบุกิจกรรม ปริมาณ และเป้าหมาย ที่จะทำให้ชัดเจน (2) จะทำที่ไหน (Where to do?) (3) จะทำเมื่อไร (When to do?) (4) จะทำกับใคร และจะทำโดยใคร (Who to do?) (5) ทำไมจึงต้องทำ และทำไมจึงเลือกทำวิธีนี้ (Why to do?) (6) จะทำอย่างไร (How to do?) (7) จะใช้ทรัพยากรเท่าไร (How many resources to Utilize?) ทั้งคน เงิน ของและเวลา

ผลสรุปของการพัฒนาโปรแกรม คือได้โปรแกรมการดำเนินงานที่แน่นอน ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม

3) การดำเนินงานตามโปรแกรม (Implementing) เป็นกระบวนการนำโปรแกรมที่ได้ไปดำเนินการให้ได้ผลดีที่สุด ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญคือ (1) การเตรียมการก่อนดำเนินงาน ให้มีความพร้อมในทุกๆด้าน เป็นการลดความเสี่ยงหรือผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น (2) การเริ่มต้นดำเนินงาน ให้เกิดความมั่นใจ (3) การติดตามงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน (4) การแก้ปัญหาในการทำงานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงาน

4) การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluating) เป็นกระบวนการวิเคราะห์และสรุป “ผลการดำเนินงาน” ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ (Inputs, Processes และ Outputs) ว่าได้อะไร ได้ทำไ้ และเพราะอะไร ในสิ่งต่อไปนี้

(1) ผลการดำเนินงานทางตรง (Direct Outcomes) ใน 4 ด้าน คือ ความตรงตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ (Relevancy) ความพอเพียงของการดำเนินงาน (Adequacy) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ (Efficiency) ของการดำเนินงาน

(2) ผลการดำเนินงานทางอ้อม (Indirect Outcomes)

(3) ประสบการณ์ที่ได้รับ (Experience) จากการดำเนินงาน

(4) ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ในการนำผลที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ

(5) การนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)

เป็นการนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินงานตั้งแต่ต้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คู่กับที่ได้ลงทุนลงแรงไป ในประเด็นด้านการพัฒนาคน การพัฒนางานนี้ การพัฒนางานอื่นๆ การพัฒนาหน่วยงาน การพัฒนาองค์กร/สถาบัน การเผยแพร่ผลงาน การแลกเปลี่ยนผลงาน/ประสบการณ์ กับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น

(6) การติดตามประสานงานและการควบคุม (Monitoring, Coordinating & Controlling) เป็นการทำให้กิจกรรมการบริหารของงานหนึ่งงานใดนั้นดำเนินไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม ไม่ซ้ำซ้อน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ด้วยทรัพยากรและเวลาที่มีอยู่ ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ (1) การจัดระบบการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว แน่นนอน คล่องตัวตลอดเวลา ทั้งภาวะปกติและภาวะเร่งด่วน (2) การเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงาน (3) การประสานงาน (4) การควบคุมการดำเนินงาน (5) การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน

(7) การจัดระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการติดต่อสื่อสาร (Information & Communication System Setting) ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งภายนอกและภายในงาน/หน่วยงาน/องค์กร จึงจำเป็นต้องจัดระบบงาน กระบวนการ และวิธีการในการทำให้ข้อมูลข่าวสารทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง สามารถเชื่อมโยงกันอย่างทั่วถึง สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และแน่นนอน ตลอดเวลา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทรัพยากร (Information of Resources) ใน 6 ด้านคือด้านคน ด้านเงิน ด้านของ ด้านเวลา ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานหรือวิธีปฏิบัติ ด้านลูกค้าหรือผู้รับบริการ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม (Information of Activities เป็นข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับ ทรัพยากรที่ใช้ไปในการดำเนินงาน (Inputs กระบวนการดำเนินงาน (Processes) ผลการดำเนินงาน (Outcomes) ข้อมูลย้อนกลับ (Feedbacks) สิ่งที่น่าสนใจ (Interesting things) ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาในการดำเนินงาน

(8) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Continuity) เป็นกระบวนการในการพิจารณาตัดสินใจเมื่อได้ดำเนินงานมาจนครบถ้วนทั้ง 7 กิจกรรมที่ได้กล่าวมาแล้วว่าจะดำเนินงานนี้ต่อไปหรือไม่ ถ้าไม่ดำเนินงานต่อไป ก็จะเข้าสู่กิจกรรม “การสิ้นสุดของโครงการ” (End of Program: EOP) แต่ถ้าจะดำเนินงานต่อไป ก็จะดำเนินการนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 1 คือการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของงานนั้นในการดำเนินงานหรือการบริหาร “รอบต่อไป” โดยมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ต่อยอด เสริมสร้าง และก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน คุ่มค่าในการลงทุนที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ไม่เกิดความสูญเปล่า

สำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย STEMI ครั้งนี้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (ST-Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาทที่พัฒนาขึ้นจะต้องมาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ชัดเจน มีการกำหนดกิจกรรมและวิธีปฏิบัติ วิธีวัดและประเมินผล เพื่อการสื่อสาร และพัฒนาต่อยอดได้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (ST-Elevation Myocardial Infarction; STEMI) โดยทุกๆขั้นตอนมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด

#### เอสทียก (Acute ST elevation myocardial infarction: STEMI)

จรรวมล แพ่งโยธา (2554) ศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการแบบสหวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลแผนกอายุรกรรม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น ในปี 2543 เป็น ร้อยละ 98.4 ภาวะแทรกซ้อนลดลงเหลือร้อยละ 53.1 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ชูชัย ศรีธานี (2554) ศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ซึ่งประกอบด้วยบริการปฐมภูมิ 6 จังหวัดได้แก่จังหวัดชัยนาท จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดพิษณุโลก พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 3 มีความต้องการ

พัฒนาสมรรถนะของตนเองในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับแรกถึงร้อยละ 83.33

โชติพงษ์ ศิริพัฒน์มงคล (2554) ศึกษาและพัฒนากระบวนการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการพัฒนาพบว่า ปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 11 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) 9 ราย (ร้อยละ 81.8) ปีงบประมาณ 2553 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 17 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK 15 ราย (ร้อยละ 88.2) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ถึงโรงพยาบาลจนถึงแพทย์ได้รับรายงานผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) 2 นาที และ 3 นาที ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เจ็บอกจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด (onset to needle time) 77 นาที และ 80 นาที ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) 25 นาที และ 35 นาที ตามลำดับ อัตราการเปิดของหลอดเลือดที่ 90 นาที ร้อยละ 77.8 และ 60 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 9.1 เป็นร้อยละ 5.9 ผลการดำเนินงานเป็นที่พึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาระบบประสบความสำเร็จ คือ ความต้องการที่จะพัฒนาระบบงาน การมีส่วนร่วมของทีมงานที่สามัคคีและเสียสละ ผู้บริหารให้การสนับสนุน และเป็นการพัฒนาแบบค่อยๆ เริ่มจะไม่รู้สึกกดดัน ตลอดจนการมีระบบปรึกษาที่ง่ายและใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่สะดวก

ณาดยา ขนุนทอง (2554) ศึกษาและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้วยระบบช่องทางด่วน (Fast track) ในศูนย์โรคหัวใจระดับ 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า อัตราตายผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 13.3 ก่อนการพัฒนา เป็นร้อยละ 7.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลดลงจาก 67 นาที ก่อนการพัฒนา เป็น 37.25 นาที และเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้วยระบบช่องทางด่วน (Fast track) ช่วยลดอัตราตายและระยะเวลา

บุษบา ด้านเดชา และคณะ (2554) ศึกษาและพัฒนากระบวนการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Fast track STEMI) ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าจำนวนการให้บริการ PCI เพิ่มขึ้นจาก 41 ราย เป็น 123 ราย ระยะเวลา Door to balloon time ลดลงจาก 120 นาทีเหลือเพียง 45 นาที และอัตราตายลดลงจากร้อยละ 22.4 เหลือร้อยละ 4.1 และพบว่า แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมงานศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ร่วมแรงร่วมใจปฏิบัติงานให้บริการสวนหัวใจโดยผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

เปรมฤดี โคตรสมบัติ และคนอื่น (2554) ศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด 32 คน ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลสกลนคร 30 คน รับไว้ในนอนโรงพยาบาล 2 คน และได้รับการส่งต่อในเวลาต่อมา ผลลัพธ์จากการพัฒนาพบว่า การคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วภายใน 5 นาที (Time to screening) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยได้รับการตรวจ EKG ภายใน 5 นาที (Door to EKG) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 การดูแลรักษาเบื้องต้น (Door to MONA) ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 87 ผลลัพธ์การส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็วภายใน 30 นาที (Door to refer) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 80 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะดูแลรักษาและการส่งต่อ สมรรถนะด้านการอ่านและแปลผล EKG ของพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งอ่านและแปลผล ST depression ได้ถูกต้องร้อยละ 86.5 และอ่านผล ST elevation ได้ถูกต้องร้อยละ 81.5 เป็นอ่านได้ถูกต้องทั้งหมด และพบว่าพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อทำให้ Door to EKG, Door to MONA, และ Door to refer มีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้แบบคัดกรองมีความเหมาะสม การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย การเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงานทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะดูแลรักษา และขณะส่งต่อ

พจน์ เจริญมงคล และคนอื่น (2554:) ศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST elevate ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนชนิดปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราชจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนา ระบบ STEMI Fast Track ระหว่าง 1 มิถุนายน 2550 ถึง 30 กันยายน 2551 มีผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน 13 ราย ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Door to balloon time) น้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 77 (ค่ากลาง 88 นาที) อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 23.1 ภายหลังการพัฒนา ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2553 พบผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ชนิดปฐมภูมิ

สุกัญญา สบายสุข (2554) ศึกษาและพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าสถาบันโรคทรวงอกเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีโรงพยาบาลลูกข่ายในเขตรับผิดชอบที่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกันในระบบเครือข่าย อัตราการรับส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มจากร้อยละ 11.5 ก่อนการพัฒนาเครือข่าย เป็นร้อยละ 94.1 อัตราการได้รับทำ

หัตถการรักษาลดเลือดโคโรนารี (PCI) ภายใน 90 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (door to balloon time) เพิ่มจากร้อยละ 4.1 ก่อนการพัฒนาเครือข่าย เป็นร้อยละ 86.1 อัตราให้คำปรึกษาทางไกลภายใน 15 นาที (real time consultation) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มจากร้อยละ 44.5 ก่อนการพัฒนาเครือข่าย เป็นร้อยละ 94.1 ส่วนในโรงพยาบาลถูกขยายอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time) ร้อยละ 16.8 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 12 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจนได้รับยาร้อยละ 62.9 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผลการพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น ระยะเวลาได้รับการหัตถการรักษาลดเลือดโคโรนารีภายในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น

สุชฎทัย อนุหันธ์ไพบูลย์ (2553) ศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร ในช่วง 3 เดือนแรกของปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 มีนาคม 2552 พบผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 91 รายเป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด เอสทียก (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) 23 ราย (ร้อยละ 25.27) เสียชีวิต 4 ราย (ร้อยละ 17.40) มีผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียง 43.34 % ไม่ได้รับยา 56.30% สาเหตุ จากมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมงร้อยละ 38.54 มีข้อห้ามในการให้ยาร้อยละ 15.46 ญาติ และผู้ป่วยปฏิเสธรับยาร้อยละ 46.00 ผู้ป่วยได้รับยาในระยะเวลาส่วนใหญ่มากกว่า 30 นาที เฉลี่ย ระยะเวลาในการได้รับยาที่ 101.30 นาทีการได้รับยาละลายลิ่มเลือด นอกจากนี้ยังเพิ่ม

สุพจน์ ศรีมหาโชค และคณะ (2551) ทำการศึกษาทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Acute Coronary Syndrome Registry; TACSR) ในโรงพยาบาล 17 แห่ง ผลการศึกษา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้าในการศึกษาทั้งหมด 9,373 คน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 10,342 ครั้ง เป็นผู้ป่วยตามกลุ่มอาการของ ACS พบเป็น STEMI ร้อยละ 40.9 และเมื่อคิดตามจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา จำนวน 10,342 ครั้ง พบเป็น STEMI ร้อยละ 38.0 ผู้ป่วย STEMI มีอาการและอาการแสดงของการเจ็บหน้าอกที่เป็นลักษณะเฉพาะถึงร้อยละ 82.1 มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคืออาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก (ร้อยละ 24.9) ใจเต้น (ร้อยละ 19.2) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 17.5) ภาวะช็อก (ร้อยละ 16.1) และ อาการหน้ามืดเป็นลม (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ ร้อยละ 22.3 ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Primary PCI) และร้อยละ 30.2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด มัชฐานของ door to needle time ของผู้ป่วยไทยคือ 85 นาที ผู้ป่วยไทยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเป้าหมายสากล 30 นาทีนั้น มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ร้อยละ 34 ได้รับการถ่างขยายภายใน 90 นาที ร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับยาในช่วง 6 ชั่วโมง นับแต่เริ่มเจ็บอก ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด

ได้แก่ภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 45.5 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับ reperfusion พบว่า door to needle time 60 นาที อัตราตายเท่ากับร้อยละ 7.8 เทียบกับ > 180 นาที อัตราตายเท่ากับร้อยละ 17.7 ความล่าช้านี้ มีผลจาก การวินิจฉัยที่ห้องฉุกเฉินล่าช้า การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญล่าช้า ขาดระบบ Fast track หรือ care map ที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6.7 วัน STEMI มีอัตราตายร้อยละ 17.047 ราย Door to balloon time น้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 72 (ค่ากลาง 65 นาที) อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 8.5 ซึ่งพบว่า หลังการพัฒนา ระบบ STEMI Fast Track ระยะเวลา Door to balloon time และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ลดลง

อมรรัตน์ มุขวัลย์ และราณี ขาวดี (2554) ศึกษาเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยอัตราการคัดกรองผิดพลาดจากศูนย์แปลไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกปี 2550, 2551, 2552, และ 2553 คิดเป็นร้อยละ 13.2, 11.9, 12.5 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (door to needle time) 2550, 2551, 2552, และ 2553 เท่ากับ 22.22 นาที 36 นาที 40 นาที และ 40 นาที ตามลำดับ อัตราเสียชีวิต 2550, 2551, 2552, และ 2553 เท่ากับ ร้อยละ 18.1, ร้อยละ 21.4, ร้อยละ 20, และร้อยละ 16.6 โดยสรุปผลการพัฒนาพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง มี door to needle time อยู่ในช่วง 31-85 นาที onset to needle time มีแนวโน้มลดลง (30-120 นาที) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้มากขึ้น จึงสมควรให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ครบถ้วน เก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญแต่ละหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้มากขึ้น จึงสมควรให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ครบถ้วน เก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญแต่ละหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

Carney, Fitzimons, and Dempster (2002) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพล หรืออำนาจการทำนายความล่าช้าของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 62 คน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วย CCU ในวันที่ 3 – 6 ของการนอนโรงพยาบาลยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตหรือย้ายไปแผนกอื่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค 100 % ได้แก่มิประวัติโรคหัวใจ ความดัน

โลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ อาการส่วนใหญ่ได้แก่แน่นหน้าอก (67.7%) เหงื่อแตก (56.5%) เจ็บร้าวที่แขน (33.9%) หายใจตื้นๆขัดๆ (32.3%) คลื่นไส้ (27.4%) เหมือนหน้าอกถูกกระแทก (25.8%) และอาการเหมือนๆว่าจะเจ็บหัวใจ (35.6%) ค่ามัธยฐานเวลาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนตัดสินใจขอความช่วยเหลือ 2 ชั่วโมง 15 นาที ซึ่งยังไม่รวมถึงความล่าช้าซึ่งเกิดจากผู้ป่วยตัดสินใจไปขอความช่วยเหลือจาก GP โดยไม่เรียกใช้รถพยาบาลฉุกเฉินหรือขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวให้ตัดสินใจเรียกรถพยาบาล ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายระยะเวลาในการขอรับการรักษา เรียงตามลำดับคือ 1) ความสามารถของแต่ละบุคคล ที่จะนำอาการที่กำลังประสบอยู่มาสัมพันธ์กับอาการของโรคหัวใจขาดเลือด มีค่าในการทำนายมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลภายใน 60 นาที 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Locus of Control) มีค่าในการทำนาย ระดับรองลงมา คือผู้ป่วยต้องการความเข้าใจให้ชัดเจนก่อนว่าอาการที่กำลังประสบอยู่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดก่อนจึงจะขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ 3) ปัจจัยด้านเพศ อายุ และวิธีขอความช่วยเหลือไม่มีค่าในการทำนาย 4) การปฏิเสธการรักษา และประสบการณ์เคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ไม่มีค่าในการทำนายเช่นกัน และเห็นว่าจะต้องมีการจัดการทางการพยาบาลในการป้องกันโรคและป้องกันการเกิดซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรค การให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและควบคุมภาวะสุขภาพได้ เป็นความท้าทายทางการจัดการพยาบาล พยาบาลสามารถนำไปแสดงบทบาทที่มีประสิทธิผลต่อการลดระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมาขอรับการรักษา

Grace, et al (2003) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ( Cross-sectional analytical research) เกี่ยวกับการบอกเล่าอาการ ความล่าช้า และข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากโรงพยาบาล 12 แห่ง เมืองออนตาริโอ ประเทศแคนาดา จำนวน 482 คน (เพศชาย 347 คน เพศหญิง 135 คน) ตัวแปรต้นคือ 1) ประวัติความเจ็บป่วย 2) ปัจจัยทางสังคมและ 3) อาการที่ผู้ป่วยบอก 4) การล่าช้าในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ตัวแปรตาม ความแตกต่าง ของตัวแปรต้นโดยแยกตามเพศ เครื่องมือคือแบบรายงานตนเองและแบบบันทึกทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ประวัติการเจ็บอกความล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีความแตกต่าง 2) การบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยไม่มีข้อห้ามในการให้ยาพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย 3) ระยะเวลาระหว่างการวินิจฉัยโรคและการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด เพศหญิงนานกว่าเพศชาย

Havel, et al. (2010) ศึกษาและพัฒนากิจการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (STEMI) ในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์เวียนนา (Accelerated management of patients with ST-segment elevation myocardial infarction in the ED)



ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติเดิม มีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาโรงพยาบาลจนถึงการสวนหัวใจ 21 นาที (ช่วงเวลา อยู่ระหว่าง 9-40 นาที) แนวทางปฏิบัติ ใหม่ มีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาโรงพยาบาลจนถึงการสวนหัวใจ 10 นาที (ช่วงเวลา อยู่ระหว่าง 5-25 นาที) และพบว่า การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ภายในองค์กรอย่างง่าย ๆ บังเกิดผลลัพธ์การดูแลที่รวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วย STEM

Okhravi (2002) วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) หาสาเหตุของความล่าช้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งก่อนมาโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลฝึกหัดแพทย์ 3 แห่ง ณ กรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 6 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการถึงรับไว้ใน CCU ถึง 68.8% สาเหตุที่มาโรงพยาบาลช้าเนื่องจากการตัดสินใจผิดพลาด (นอนพักรอให้อาการดีขึ้นเอง 48.8%, คิดว่าเป็นโรคกระเพาะ 19.5%, ไปรับการปรึกษากับแพทย์ตรวจโรคทั่วไปประจำครอบครัวก่อน 23.6%, ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลยาวไกลมาก 29%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (48.8%) เป็นผู้มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 60 ดอลลาร์ และพักอาศัยในบ้านของตัวเอง (47.5%) กลุ่มที่มีรายได้น้อยและด้อยการศึกษา มาโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (68.8%) ในการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลพบว่าไม่มีการโทรศัพท์ติดต่อโดยตรง ก่อนการส่งต่อ และความล่าช้าในกระบวนการส่งต่อมายังโรงพยาบาล และความล่าช้าในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ความล่าช้าในการทำหัตถการที่ห้องฉุกเฉิน (51.7%) รองลงมาได้แก่ CCU เพียงไม่ว่าง (22.5%) ห้องฉุกเฉินกำลังมีการระงับ (19%) ผู้รับบริการปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล (3.4%) ตามลำดับ ซึ่งผลของการวิจัยนี้แนะนำให้พยาบาลควรพัฒนาการศึกษาพยาบาลและพัฒนาบริการ และการจัดการหัตถการต่างๆในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม

Quin & Thompson (1999) ศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์การบริหารยาละลายลิ่มเลือด และผลกระทบของการบริหารยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากรายงานการวิจัย 2 ตัวอย่าง (ISIS 2 , 1988 & AMIS, 1990) ตัวแปรต้นได้แก่ 1) การคัดแยก(Triage): D1 (Door) 2) การทำ/อ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG): D2 (Data) 3) การวินิจฉัยและการตัดสินใจรักษา (diagnosis and prescription of a thrombolytic): D3 (Decision) 4) ระยะเวลาตั้งแต่เข้ามาโรงพยาบาลจนได้รับยา (Time to administration): D4 (Drug) ตัวแปรตามได้แก่ ระยะเวลาที่ล่าช้าในแต่ละขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบ บันทึกรายการ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยที่สุ่มได้ การศึกษาโดยวิธีสุ่มตรวจสอบประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย AMI โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านระยะเวลาที่ล่าช้าในแต่ละขั้นตอน ผลการวิจัย

พบว่า 1) การรับผู้ป่วยจากรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งเตรียมผู้ป่วยและข้อมูล (ประวัติและ 12 Lead ECG) ทำให้ระยะเวลาการคัดแยกผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น (D1) 2) การรื้อแพทย์ GP ประเมินผู้ป่วยก่อนแล้วค่อยสั่งทำ ECG ทำให้เสียเวลาแต่เกิดความล่าช้าเพิ่มขึ้น (D2) 3) การปฏิบัติ โดยการรอความเห็นจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ทำให้เสียเวลาและชักช้าถึง 50 % ของความชักช้าทั้งหมด (D3) 4) การมียาละลายลิ่มเลือดอยู่ในหน่วยงานที่ต้องให้ยาผู้ป่วยสามารถให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วและเป็นที่น่าพึงพอใจมากกว่า การไปรับจากหน่วยงานเภสัชกร (D4)

Underwood, et al. (2009) ศึกษาวิจัยและพัฒนาบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามแนวทางของโครงการการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในแผนกฉุกเฉินรัฐคาโรไลนา (Reperfusion of Acute myocardial infarction in Carolina Emergency departments (RACE) project. โดยใช้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล (THE ROLE OF THE EMERGENCY NURSE IN IMPROVING CARE OF THE PATIENT WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION: PERSPECTIVES OF THE RACE NURSE LEADERSHIP) ผลการวิจัยพบว่า 1) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PCI ในเวลา 90 นาที เพิ่มขึ้นจาก 57% เป็น 72 % 2) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้นจาก 77% เป็น 89 % 3) ระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PCT ที่ศูนย์ภายนอก ลดลงจาก 149 นาที เหลือ 106 นาที 4) ผู้ป่วย Non PCI ได้รับการส่งเข้าหน่วยโรคหัวใจ จากระยะเวลาภายใน 120 นาที เหลือ 71 นาที 5) ผู้ป่วยที่มาถึงสถานพยาบาลโดยมีลักษณะเข้าได้กับยุทธศาสตร์การรักษาโรคหัวใจที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นจาก 35 % เป็น 52 %

## 6.2 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2551: 1-18) วิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบของการบริหารยาในหอผู้ป่วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในหอผู้ป่วย ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ผลการดำเนินงานพบว่าโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารยาลดลง ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการบริหารยาของพยาบาล และมีแผนติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาทุก 6 เดือน พัฒนาการบริหารยาทุกขั้นตอน โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ และเภสัชกรเพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทั้งระบบ

เอี่ยมพร ชมพูนี (2551) วิจัยและพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภท

และการสัมถึงตักล้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และผู้เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผ่าตัด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

รัตนารณ์ พงษ์ประจักษ์ และคณะ (2553:19-27) วิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาการให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเต้านม โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาบริการ 4 ประการคือ 1) พยาบาลขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านม 2) พยาบาลผู้ให้บริการขาดความตระหนักเรื่องเพศภาวะ 3) ประชาชน และสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรก และขาดความตระหนักถึงอันตราย 4) ไม่มีรูปแบบบริการทางคลินิกที่ใช้ระหว่างสหวิชาชีพสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต่อเนื่องถึงครอบครัวและชุมชน ระยะดำเนินการ พบวงจรในการพัฒนา 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 การให้ความรู้กับพยาบาล ใช้กลวิธีเสวนาสะท้อนคิด การให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ วงจรที่ 2 ระบบการพัฒนามาตรฐานการดูแล และสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ วงจรที่ 3 การพัฒนาการให้บริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ใช้การเสวนาสะท้อนคิด ในการประชุมร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้ง ระยะประเมินผล มีข้อค้นพบดังนี้ 1) พยาบาลมีสมรรถนะทั้งความรู้และความสามารถ 2) ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงเนื่องจากตรวจหาได้เร็ว 3) มีแนวปฏิบัติตามรอยโรคทางคลินิก



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนคร จังหวัดชยันตนาท โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ พนักงานเปล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชยันตนาทนคร

#### 1. การดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนคร

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนคร

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมที่ปรับปรุงครั้งที่ 3 ไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนคร จังหวัดชยันตนาท แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลเมื่อโปรแกรมคงที่ ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

#### 2. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกได้แก่บุคลากร และผู้ป่วยรวม 12 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน พนักงานเปล 1 คน ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน และกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมและนำสู่การปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง และนำไปทดลองใช้ จนได้รูปแบบที่สมาชิกในกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน เห็นพ้องกัน

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมที่ปรับปรุงครั้งที่ 3 ไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อประเมินผลเมื่อโปรแกรมคงที่ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาระยะนี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน

### 3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ศึกษาสถานการณ์โดยศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2553 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2554

ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ทักษะที่ใช้ในการวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

การเตรียมตัวผู้วิจัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึง เดือน กันยายน 2553 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1.1 ศึกษาและพัฒนาทักษะ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิธีการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.2 ศึกษาทบทวนวรรณกรรม รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

โดยศึกษาเอกสาร รายงานและหลักฐานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป วิสัยทัศน์ ภารกิจ การบริหาร โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร การบริหารการพยาบาล การบริหารงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดการดูแลผู้ป่วย STEMI ซึ่งปรากฏการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1) ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนถึงแพทย์ผู้ดูแลได้รับผล EKG โดยกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที (Door to EKG times within 10 minutes) เป้าหมายคืออัตราการผู้ป่วย STEMI ที่มี Door to EKG times within 10 minutes ร้อยละ 100

2) ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes) เป้าหมายคืออัตรา Door to needle times within 30 minutes ของผู้ป่วย STEMI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 โดยศึกษาจากสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกไว้ในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย STEM

### 3.1.3 ประเมินภาระงาน การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดยศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึงเดือน กันยายน 2552 จำนวน 65 ราย นำมาประเมินการบรรลุเป้าหมาย ในข้อ

1) และ ข้อ 2) และอัตราตาย ทั้งนี้มีหลักฐานการวิจัยที่เสนอว่า การเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการตาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรรยา ตันติธรรม 2552: 44)

### 3.1.4 การสัมภาษณ์เจาะลึก (In depth interview)

สัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ประสบการณ์ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปจำนวน 6 คน อายุรแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก 2 คน พนักงานแปล 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน โดยระยะเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 ตามแนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ในแต่ละระยะของการดูแล ส่วนใดที่ปฏิบัติได้เป็นอย่างดี และส่วนใดที่ยังต้องปรับปรุงแก้ไข

ในการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ พนักงานแปล และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI แต่ละราย ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึก เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความยินดีให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การสัมภาษณ์แต่ละรายใช้เวลาระหว่าง 30- 45 นาที โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลการวิจัยทุกขั้นตอน ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1) โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2) การดำเนินการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

3) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการบันทึกเสียงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก/ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความยินยอมเท่านั้น

4) การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีกระบวนการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่เกิดผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย

หลังการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้วิจัยจะถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ในกรณีที่พบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะนัดสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้มีผู้ถูกสัมภาษณ์เจาะลึก 2 ครั้ง จำนวน 2 ราย

3.1.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.1.6 การสรุปข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวม วิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นประเด็นในการดำเนินการตั้งเครื่องโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทรต่อไป

3.2 ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะเวลาที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI จากแผนการปฏิบัติเดิมที่ใช้อยู่ เพื่อเป็นร่างในการสนทนากลุ่ม ดำเนินการดังนี้

กลุ่มพนักงานเปล 17 คน ดำเนินการโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอันตรายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การปฏิบัติโดยใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยทุกคนที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมทั้งเชิญผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินแจ้งพยาบาลทราบทันที ประเมินผลจากการใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ที่ส่งเข้าห้องฉุกเฉิน เเสวนาสะท้อนคิดจากผลลัพธ์การปฏิบัติในที่ประชุมพนักงานเปลทุกเดือนตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2554 ถึงเดือน มีนาคม 2555

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน โดยดำเนินการในกลุ่มที่ 1 ดังนี้

1) กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย STEMI แก่ผู้ร่วมวิจัยทุกคนในวันที่ 25-26 พฤษภาคม 2554 เวลา 13.00 น.- 16.00 น. ณ ห้องประชุมไพลินชั้น 4 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร โดยวิทยากรเป็นอายุรแพทย์ชำนาญ

การพิเศษ ผู้รับผิดชอบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาลชัยนาท นเรนทร และของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์

2) จัดทำ (ร่าง) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในส่วนที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่

(1) แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (Jainad Narendra STEMI Evaluation 2011: JNSE 2011) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในสถานพยาบาลของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. 2551) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจและวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA/ACC, 2009) ร่วมกับการทบทวนแนวปฏิบัติที่ใช้กันอยู่ รวมถึงประสบการณ์ที่พบในผู้ป่วย STEMI เพื่อสร้างข้อสรุปร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) แบบประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 12 ข้อ และข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 12 ข้อ

(3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI ในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท และแนวปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการสื่อสารผลลัพธ์กับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย STEMI

(4) แนวปฏิบัติด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคนในแต่ละเวร ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยพาหนะส่วนตัว ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยรถพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยรถพยาบาลในระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

(5) ข้อมูลการจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปควรรทราบเกี่ยวกับสัญญาณ ต่างๆของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

### 3.3 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI แบบประเมินข้อห้าม ข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI) แนวปฏิบัติด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ และข้อมูลการจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ที่พัฒนาขึ้นสู่ที่ประชุมสนทนากลุ่มทีมพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อวิพากษ์และปรับปรุงแล้วทดลองปฏิบัติ นำปัญหาจากการปฏิบัติมาสนทนา



กลุ่มเพื่อปรับปรุง อีก 2 ครั้ง จึงส่งผู้เชี่ยวชาญหาคุณภาพเครื่องมือ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2554 ถึง เดือน สิงหาคม 2554 ดังนี้

### 3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI แบบประเมินข้อห้าม ข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI แนวปฏิบัติด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ และข้อมูลการจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านแบบปฏิบัติการตามโปรแกรม ความถูกต้องด้านภาษา ด้านความครอบคลุมของเนื้อหาเชิงคุณภาพ จากนั้นปรับปรุงการปฏิบัติตามโปรแกรม โดยนำไปสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และพนักงานกู้ชีพ อีก 1 ครั้ง แล้วนำไปปรึกษาผู้บริหาร และแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านอายุรกรรม ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จากนั้นนำไปปฏิบัติใช้และประเมินผล

3.3.2 การสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานกู้ชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อวิพากษ์และปรับปรุงแบบปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยผู้วิจัยได้นำร่าง แบบปฏิบัติเข้าที่ประชุมสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง นำไปทดลองปฏิบัติ 1 เดือน แล้วจัดสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงโปรแกรมเป็นครั้งที่ 2 ทดลองปฏิบัติอีก 1 เดือน พร้อมทั้งส่งโปรแกรมที่พัฒนาและปรับปรุง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อรับข้อเสนอแนะ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร นำไปทดลองใช้/สรุปผลการดำเนินการโดยสนทนากลุ่มอีก 1 ครั้ง ในเดือนกันยายน 2554

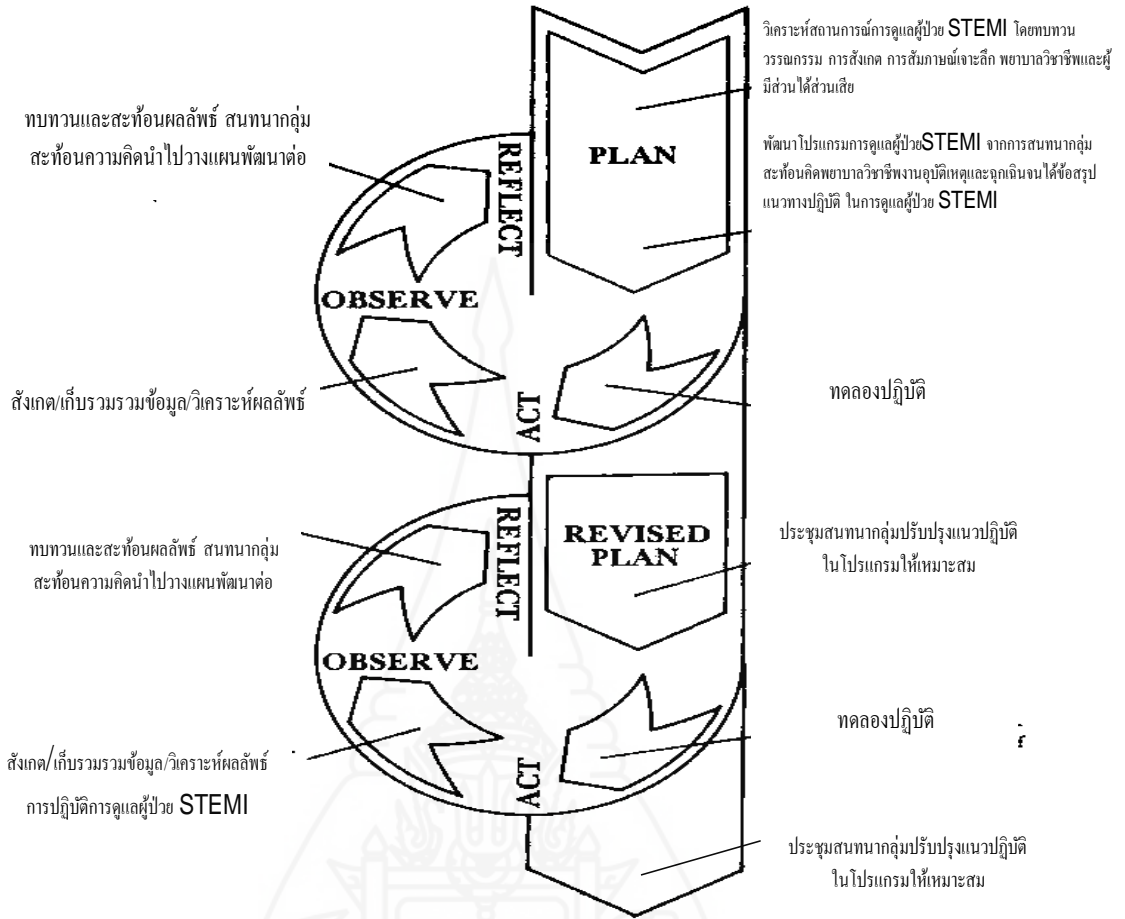
3.4 ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมที่ปรับปรุงครั้งที่ 3 ไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลเมื่อโปรแกรมคงที่ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือน มีนาคม 2555

ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัย ได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ และการสนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพดังนี้

การนำโปรแกรมที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ครั้งที่ 3 ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ซึ่งการทดลองใช้ จะปฏิบัติควบคู่กับการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปล การสังเกตระหว่างปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่างการปฏิบัติงาน เมื่อพบว่าผู้ปฏิบัติไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรแกรมคงที่แล้ว จากนั้นประเมินผลจากความพึงพอใจ และข้อคิดเห็นจากพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ พนักงานเปล และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการร่วมกับการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน และการสนทนากลุ่มระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555

การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัย ได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิส และแม็คแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ดังภาพที่ 3.1



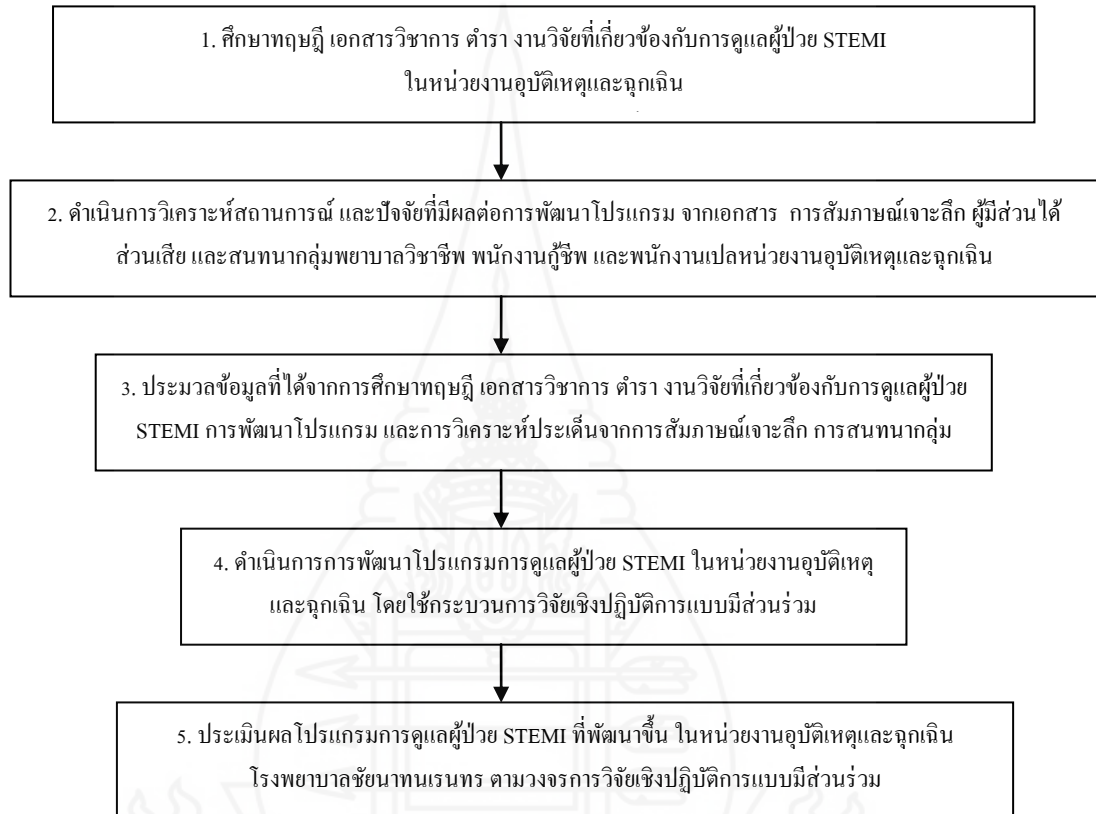


ภาพที่ 3.1 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิส และแม็คแทกการ์ด

ที่มา: (Kemmis & McTaggart, 1982). Retrieved 7, January. 2011 from [http://](http://www.google.co.th/search?)

[www.google.co.th/search?](http://www.google.co.th/search?) [google.co.th/search?](http://www.google.co.th/search?)

สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียก (A Development of Patient Care Program for ST elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดังแสดงในภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนาระหว่างการปฏิบัติงาน และการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก และข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้ร่วมวิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI ใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ และสถิติทดสอบค่าสัดส่วนของผลลัพธ์เชิงคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Z-test

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994 อ้างถึงในสุมิตรา มิ่งเจริญ 2554: 37) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การลดทอนข้อมูล (Data reduction) 2) การจัดระเบียบข้อมูล (Data display) และ (3) การสรุป การและตรวจสอบข้อมูลที่ได้จาก การวิเคราะห์ (Conclusion and verification)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด  
เอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2555 รวม  
ระยะเวลาทั้งสิ้น 21 เดือน ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและ  
ฉุกเฉิน

**ระยะที่ 2** พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ไปทดลองใช้ในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร และสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุง 3 ครั้งแล้วทดลอง  
ใช้โปรแกรมเริ่มครั้งที่ผู้ปฏิบัติไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จึงเข้าสู่ระยะที่ 3

**ระยะที่ 3** ระยะประเมินผลการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ไปใช้ในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดำเนินการหลังจาก โปรแกรมเริ่มครั้งที่ นำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

#### **ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์ โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์กระบวนการ ดูแล  
ผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ศึกษาเวช  
ระเบียนผู้ป่วย STEMI ในปีงบประมาณ 2552 การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยัน  
ความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

**1.1 ผลการวิเคราะห์กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและ  
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร จังหวัดชัชวาท พพบว่า**

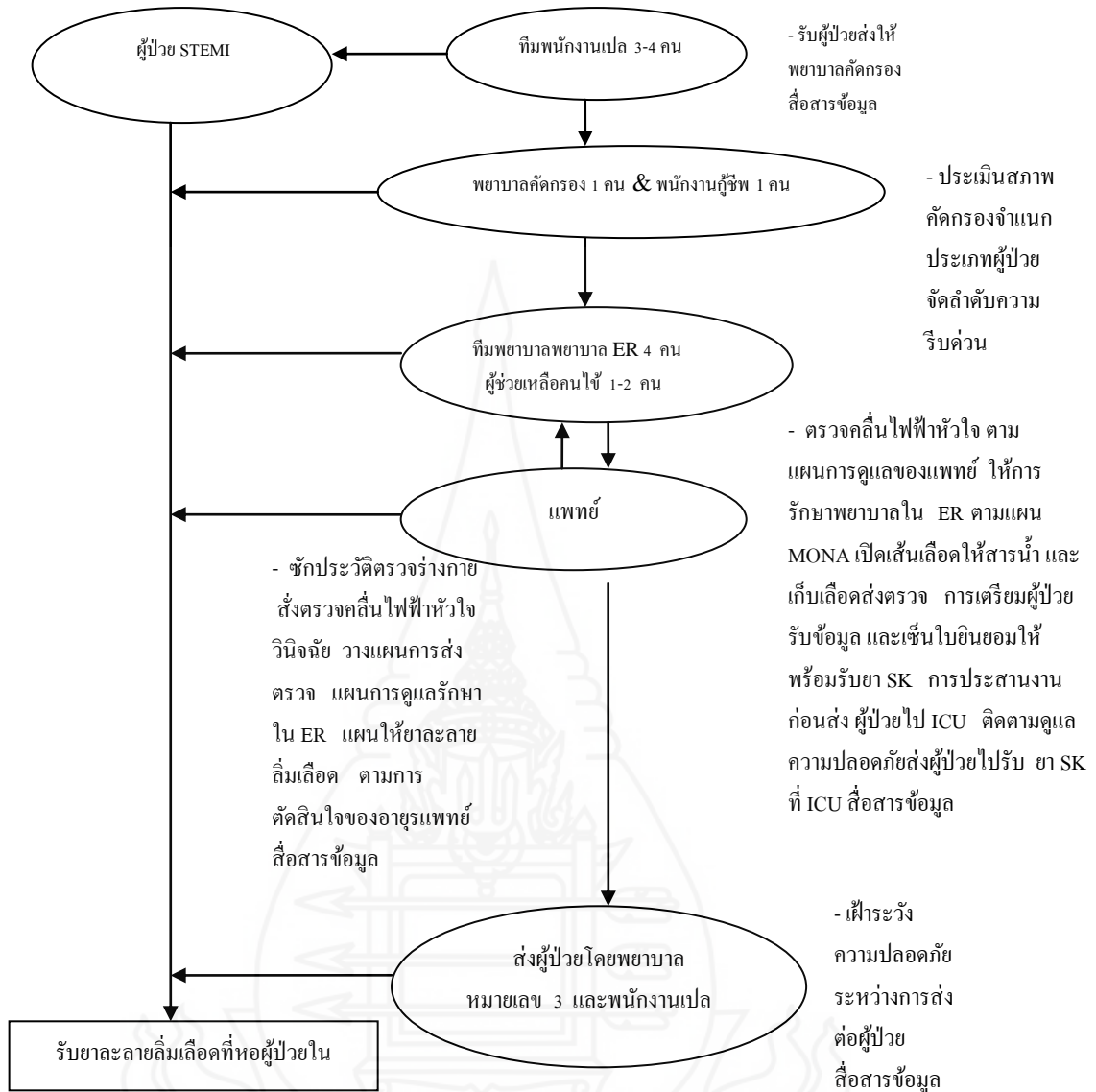
**1.1.1 กระบวนการดูแลดูแลผู้ป่วย STEMI** ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจและ

วิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/AHA, 2009) ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. 2551) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม (Patient care team, PCT อายุรกรรม) โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร นำแนวทางปฏิบัติดังกล่าว มากำหนดข้อตกลงให้แก่หน่วยงานปฏิบัติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติตามภาพที่ 2.4 และภาพที่ 2.5 ซึ่งภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีแผนหรือโปรแกรมเฉพาะเพื่อรองรับ

*1.1.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI* ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความรีบด่วนในการดูแลรักษา การซักประวัติความเจ็บป่วย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การตรวจ EKG รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ การร่วมกันประเมินภาวะเสี่ยงและข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การติดต่อประสานงานเพื่อรายงานแพทย์เฉพาะทาง การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้านประสิทธิผลของการดูแลรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและความเสี่ยงของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยและ/หรือญาติ การติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วย ICU เพื่อพร้อมให้ยาละลายลิ่มเลือดเมื่อผู้ป่วยไปถึง

การประเมินผลสำเร็จและคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามดัชนีชี้วัด ได้แก่ความสำเร็จทางด้านกระบวนการจัดการ ได้แก่ความรวดเร็วในการประเมินคัดกรอง การตรวจ EKG ภายใน 10 นาที โดยมีเป้าหมายคือ อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที ร้อยละ 100 (Door to EKG times within 10 minutes = 100 %) การดำเนินการดูแลรักษาเบื้องต้น การติดต่อประสานงาน และส่งไปรับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที โดยมีเป้าหมายคือ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการบริหารยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (Door to needle times within 10 minutes  $\geq$  50%) และความสำเร็จทางคลินิก ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรืออัตราการตายลดน้อยลง

มีการติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานประจำเดือน และประจำปี การตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย STEMI เป็นรายกรณี เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งไปรับยาละลายลิ่มเลือด เป็นดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชั้นนาท นเรนทร ปีงบประมาณ 2552

จากภาพที่ 4.1 พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นนาทนเรนทร มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย

- 1) พนักงานเปลเป็นผู้ให้บริการที่อยู่ด้านหน้าหน่วยงาน ซึ่งอาจพบผู้ป่วยเป็นคนแรกมีอัตราค่าจ้าง 17 คนหมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ปฏิบัติงานในเวรเช้าและเวรบ่าย เเว



ละ 4 คน และเวรตึก 3 คน มีบทบาทสลับกันรับ-ส่งผู้ป่วย ในหน่วยหน่วยงาน และระหว่างหอผู้ป่วย/หน่วยงาน

2) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพคนแรกที่พบผู้ป่วยทั้งจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และในหน่วยงาน มีอัตรากำลัง 22 คน หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง เวรเช้า และเวรบ่าย เวรละ 5 คน เวรตึก 3 คน โดยในแต่ละเวรจะได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ตามหมายเลขที่กำกับดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 รับผิดชอบออกให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับพนักงานกู้ชีพ หากไม่มีการออกปฏิบัติการ มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) พยาบาลวิชาชีพ หมายเลข 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไป มีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล

(3) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 3 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประจำห้องฟื้นคืนชีพ

(4) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 4 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยห้องสังเกตอาการ

(5) พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 5 เป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย

3) พนักงานกู้ชีพ มีบทบาทช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ มีอัตรากำลัง 5 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง เวรละอย่างน้อย 1 คน

4) แพทย์ปฏิบัติการ หน่วยงานอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรมอยู่เวรให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เช่นกัน

1.2 ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ก่อนดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2552 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึงเดือนตุลาคม 2552 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 65 ราย อัตราผู้ป่วย Door to EKG times within 10 minutes ร้อยละ 66 อัตราผู้ป่วย Door to needle times within 30 minutes ร้อยละ 13.63 อัตราตายตายร้อยละ 18.5

1.3 ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไปโดยมีข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

หลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตาม ตำแหน่งปัจจุบัน อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน  
ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI จาก  
สถาบันต่างๆ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักการสัมภาษณ์เจาะลึก

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
1. ชาย	1	16.67
2. หญิง	5	83.33
<b>อายุ</b>		
1. 30-35 ปี	2	33.33
2. 36-40 ปี	3	50
3. > 41 ปี	1	16.67
$\bar{X} = 39.83$ SD. = 9.06 Min = 32 Max = 57		
<b>ตำแหน่งปัจจุบัน</b>		
1.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	1	16.67
2.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	5	83.33
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</b>		
1. 6-10 ปี	3	50
2. 11-15 ปี	2	33.33
3. 16-20 ปี	0	00.00
4. 21-25 ปี	1	16.67
$\bar{X} = 13.67$ SD. = 5.46 Min = 10 Max = 24		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>วุฒิการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	6	100
ปริญญาโท	0	0.00
<b>การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</b>		
ไม่เคยรับการอบรม	2	33.33
อบรมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	1	16.67
อบรมทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	3	50

จากตารางที่ 4.1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษา สถานการณ์ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการคิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 83.33 เป็นเพศชายเพียงร้อยละ 16.67 อายุเฉลี่ย 39.83 ปีอายุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 57 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ประสบการณ์เฉลี่ย 13.67 ปี ผู้มีประสบการณ์น้อยที่สุด 10 ปี ผู้มีประสบการณ์มากที่สุด 24 ปี สำหรับระดับการศึกษาพบว่าเป็นระดับปริญญาตรีทั้งหมด และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมทั้งในและนอกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 50 เคยได้รับการอบรมโดยบุคลากรภายในโรงพยาบาลร้อยละ 16.67 และไม่เคยได้รับการอบรมร้อยละ 33.33

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้ร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกของระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จำแนกตาม ตำแหน่ง และสถานภาพปัจจุบันของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียกลุ่มผู้ร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เจาะลึกได้แก่นายแพทย์ชำนาญการพิเศษอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานหอผู้ป่วยหนัก 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการงานหอผู้ป่วยหนัก 1 คน นายแพทย์ปฏิบัติการ (แพทย์เพิ่มพูนทักษะ) 1 คน พนักงานแปลประสบการณ์ 3 ปี ขึ้นไป 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ STEMI 1 คน

ผลสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ร่วมให้ข้อมูลการวิจัย เน้นการสัมภาษณ์แบบมีคำถามนำ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล

คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป และผู้เกี่ยวข้องที่ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1.3.1 พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ปฏิบัติ คิดว่าพยาบาลบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนจะมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 50 แต่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติคิดว่าผู้ปฏิบัติบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ายังมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 33.33 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังที่พยาบาล ระดับชำนาญการซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยหลักและแพทย์ผู้ปฏิบัติการกล่าวว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI อาจจะทำให้เกิดความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานของแต่ละคนบางที่ทัศนคติมุมมองแต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อีกอย่างหนึ่งก็คืออาจจะมีเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองด้วย เราจะทำยังไงให้พยาบาลคัดกรองมีประสบการณ์...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...บางคนมีแต่อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ก็คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าจะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลานานมาก ...ที่พยาบาลต้องทำ EKG ให้หมอเลยอะ...”

(แพทย์ผู้ปฏิบัติการ)

“...จริงๆ ถ้าจะเจาะลึกอะไรเงี้ยครับ มันก็คือเวลาตั้งแต่คนไข้เข้าเข้ามาถึง  
 แกรับเวลาเท่าไร ได้ screen เวลาเท่าไร หมอตรวจเวลาเท่าไร มันก็ต้องดูว่าขึ้นอยู่กับอาการของ  
 คนไข้ ขึ้นอยู่กับพยาบาลคัดกรองกับพยาบาลห้องรักษาประกอบกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...มันมีหลายๆอย่าง มีมุมมอง ทักษะคิดและก็ต้องอีกอย่างคือความ  
 กระตือรือร้น สอง. พร้อมกับความใส่ใจ ใจรักที่จะแบบเป็นพยาบาล Screen เพราะว่าแต่ละคนผม  
 ว่าใจรักหรือว่าหลายๆอย่างมันไม่เหมือนกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...EKG อาจจะได้อ่อน อาจจะได้อ่อนที่คุณหมอมจะมา ทุกคนก็ต้อง  
 เหมือนว่ามีความรู้เกี่ยวกับการอ่าน EKG อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก แต่ว่า รู้ว่า wave ไหนที่เป็น ST-  
 elevate MI ต้องดูได้ ทุกวันนี้ก็คือ ก็เราต้องพยายามเหมือนว่าทุกคนอาจจะเกี่ยวกับ EKG ร้อย  
 เปอร์เซ็นต์แต่ว่าทุกคนต้องพอดูได้ ซึ่ง โอกาสพัฒนานี้ อนาคตน่าจะเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์ น่าจะทำให้  
 ทุกคนดู สามารถดู EKG ST- elevate MI ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็..ก็จะมีบาง บางคนที่ยังไม่สามารถดูได้ แต่ถ้าอย่างที่บอก ถ้าวันนั้น  
 เป็นคนที่ยังไม่สามารถดู EKG ได้ เป็นคนเอ่อ..คัดกรองหรือว่าเป็นคนทำ EKG ตั้งแต่แรก ก็อันนั้นก็  
 คือ อาจจะ เป็น ทำให้ระยะเวลาการดูคนไข้ ช้าลงได้ เราก็พยายามมาปิด เหมือนปิดแผลของส่วนที่  
 จะทำให้มีปัญหาหรืออันตรายกะคนไข้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ถ้าเราจะทำให้มีทัศนคติหรือมุมมองหรือความเข้าใจในโรค ST-elevate  
 MI ทำให้ตรงกันคืออาจมีการ มีวิชาการ มีประชุม มีการประมวล ความรู้กัน อาจจะทุกเดือน หรือว่า  
 ทุกครั้งที่มี case ST-elevate MI มา...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็อาจจะ เราอาจจะจัดเหมือนวิชาการประจำตึกก็ได้ ไม่ต้องเกี่ยวกับโรงพยาบาลก็ได้ อาจจะเป็นพฤกษศาสตร์หรือยกตัวอย่าง กรณีศึกษา case ST-elevate MI เดือนละครั้งก็ได้ รวมกับประชุมประจำเดือนเลยก็ได้ ยกกรณี case ให้ทุกคนตระหนักเห็นถึงอันตรายและความสำคัญของการดูแล เริ่มตั้งแต่การคัดกรองจนถึงกระบวนการรักษาพยาบาลจนกระทั่ง admit เข้าตึก...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.2 สาเหตุคัดกรองล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน (พูดเชิงบวก หลีกเลี่ยงการพูดถึงการขาดความกระตือรือร้น) แต่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาลบางส่วนไม่กระตือรือร้นซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของแพทย์ที่หมุนเวียนปฏิบัติภาระงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่ามึนทึมรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางคน ขาดความกระตือรือร้นและเห็นว่า พยาบาลคัดกรอง ต้องมีความกระตือรือร้น และต้องทำให้พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้นดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักและแพทย์ปฏิบัติการที่พูดว่า

“...หนึ่งก็คืออาจจะมี มีการประเมินคนไข้คนอื่นอยู่แล้วยังเนี่ย เอ้อ มันอาจจะไม่ได้เร็วที่สุดร้อยเปอร์เซ็นต์ อาจจะเพราะว่ามีการประเมินคนไข้หนักคนอื่นอยู่แล้ว หนึ่งสองก็คือแบบว่าจำนวนคนไข้ที่จะมารับบริการเนี่ยอาจจะทำให้การคัดกรองไม่ ไม่ เอ้อ ไม่ไวอย่างที่อยากได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...มันก็ขึ้นอยู่กับจำนวน เอ้อลักษณะ ของเวร สมมุติถ้าเวรเช้าวันทำการอะไรเงี้ย เราจะมีห้องเปิด 1 ห้อง ไอ้อย่างนี้ตัดความยุ่งยากในการคัดกรองนี่ก็จะน้อยลงเอ้อ ก็จะไม่ยุ่งยากมาก จะมีปัญหาก็คือเช้าวันหยุดราชการกับ บ่าย ดึก ของทุกเวร อันนี้จะมีปัญหา ก็คือเราอาจจะแบบว่า มีสัปดาห์ส่วนการ เหมือนว่า จัดสถานที่ให้มันกว้างขวาง เวลาไหลเข้ามาอะไรเงี้ย ผ่านพยาบาลคัดกรองทุก case “

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...น้องเราบางคนก็จริงๆเลย ไม่ค่อยจะสนใจเท่าที่ควร...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...การคัดกรองไวก็คือนั่งแต่แรกรับจนถึง นั่งแต่เราเห็นคนไข้เราก็ขึ้นอยู่กับ  
พฤติกรรมของพยาบาลคัดกรองว่ามีความกระตือรือร้นขนาดไหน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็เริ่มแรกตั้งแต่คนไข้มาถึง ต้องผ่านจุดคัดกรองจุด screening พยาบาล  
กับเจ้าหน้าที่ screening ก็ต้องมีความกระตือรือร้นที่จะใส่ใจถึงอาการสำคัญของคนไข้ที่มา...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ที่ผ่านมาทุกวันนี้ก็คือส่วนใหญ่ก็จะมีมีความกระตือรือร้น อย่างเช่นมี  
คนไข้ 1 คน เข้ามารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งก็คือต้องเจอพยาบาลคัดกรอง ถ้าพยาบาลคัด  
กรอง คัดกรองได้ไวแล้วก็มีอาการต่างๆ อาการนำเช่นเจ็บหน้าอก เหนื่อย อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป  
ประมาณนี้ก็คือถ้าพยาบาลคัดกรองสามารถจำแนก คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วมากขึ้น ก็จะทำให้การ  
วินิจฉัยผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเป็น ST-elevate MI ก็จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วมากขึ้น ฉะนั้นเราก็ขึ้นอยู่กับ  
เราก็ต้องผูกจิตสำนึก กระตุ้นของพยาบาลประจำการของ ER ทุกเวรว่าต้องมีความกระตือรือร้น...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทีมห้องรักษา ก็จะมี Alert แต่คนที่ต้องรับผิดชอบตรงๆ อย่างที่  
In charge กับคนที่ดูแลผู้ป่วยคะ คนอื่นๆก็ไม่ Alert เท่าไร...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ก็จริงๆถ้าเป็นไปได้อยากจะ ไม่อยากกำหนดเวลามาก ก็อยากให้เห็นที่  
ทันทีที่เราคิดว่าเป็นภาวะวิกฤต อาการเข้าอย่างที่ตอนกล่าวไปในครั้งแรกๆ เจ็บหน้าอก อายุมาก  
และก็เจ็บกะทันหันอะไรเงี้ยครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.3 การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่า  
ผู้ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการจัดลำดับความสำคัญของ  
ผู้ป่วย โดยใช้การคัดกรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆ และรวดเร็ว และยอมรับว่าพยาบาลบางส่วน ขาด  
ประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิด  
ความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยทำเครื่องมือการคัดกรอง STEMI ด้วยรูปแบบเช็คลิสต์ พร้อมทั้ง

สร้างและปลูกฝังทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก (มุมมอง) ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัย หลัก และแพทย์ปฏิบัติการพูดว่า

“...ก็อาจจะ เหมือนว่า อาจจะซีฟ (sieve) ไปก่อนด้วย เอ้อ หนึ่งในก็คืออาจจะมีความเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองด้วย เราจะทำยังไงให้พยาบาลคัดกรองมีประสบการณ์...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การคัดกรองชาน่าจะเป็นคนไข้ค่ะ บางคนมีแต่อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ก็คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าที่จะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลามาก...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...อย่างเช่นมีคนไข้ 1 คน เข้ามารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉินอันดับหนึ่งก็คือต้องเจอพยาบาลคัดกรอง ถ้าพยาบาลคัดกรอง คัดกรองได้ไวแล้วก็มีอาการต่างๆ อาการนำ เช่น เจ็บหน้าอก น้อยๆ อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ประมานนี้ก็คือถ้าพยาบาลคัดกรองสามารถจำแนก คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วมากขึ้น ก็จะทำให้การวินิจฉัยผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเป็น ST-elevate MI ก็จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วมากขึ้น...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ประวัติ โรคประจำตัว เคยมีปัญหาประวัติอะไรบ้าง อาจจะยังไม่ได้ OPD Card ก็ไม่เป็นไร อาจจะถามประวัติคร่าวๆ กับถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โดยที่ทุกวันนี้เราอาจจะยังไม่เป็นรูปร่างมาก แต่อีกหน่อยเราอาจจะมีการเช็คประวัติคอย เอ้อ..ว่า ผู้ป่วยอาการที่อาการที่จะเข้า Criteria...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...กระบวนการคัดกรองที่ทำให้ทุกคนได้เข้าใจตรงกันทั้งหมดอาจต้องมีข้อสงสัย หรือเชคลิสต์ ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการดังต่อไปนี้เช่น chest pain หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น อายุอาจมีเกณฑ์เป็นตัวชี้วัดมากกว่า 40 หรือว่าเคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน ไหม เจ็บนานเท่าไร ถ้าเข้า criteria อาจต้อง EKG ทุก case นะ จะต้องส่งคนไข้คัดกรองเข้าโซนรักษาพยาบาล ให้เร็วที่สุด...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)



“...แต่ว่าเราก็คือ เหมือนว่าเราต้องวิตกหรือกังวลไปก่อน แต่ว่าเราไม่ใช่กังวลแบบว่า วิตกแบบว่า เราไม่มีเหตุผล เราก็มึ่ อย่างที่บอก เราก็มึ่ เช็คลิสต์มาเป็นตัวจับ ไข้... ไข้ก็ข้อ ไม่ใช่ก็ข้อ แต่มันอาจจะไม่ใช่ มันอาจจะ เอ้อ case นี้ไม่ใช่ MI ร้อย เปอร์เซ็นต์ก็ได้ ก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่..เพียงแต่ให้เราวิตก เออหรือว่าตระหนกไว้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทำเช็คลิสต์ให้แล้วก็ปลุกฝั่งทัศนคติ ความกระตือรือร้น มันมีหลายๆอย่าง มีมุมมอง ทัศนคติและก็ต้องอีกอย่างคือความกระตือรือร้น สอง. พร้อมกับความใส่ใจ ใจรักที่จะแบบเป็นพยาบาล Screen ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.4 ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าสาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography; EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัย ต้องการให้มีเครื่อง EKG เครื่องใหม่ที่ใช้สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม และเครื่องเก่าไม่มีผู้รับผิดชอบการเตรียมเครื่องให้พร้อมในแต่ละเวร หากยังแก้ไขไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่อง EKG เก่า และส่วน ประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอ และอีกสาเหตุหนึ่งมาจากพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เรื่องการอ่านและแปลผล EKG จึงต้องทำให้พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถอ่าน EKG ได้หมดทุกคนโดยมีระบบพี่สอนน้อง เพราะการทำ EKG ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ คือมีอาการ บ้างจ็บเสีียง จะใช่หรือไม่ใช่ STEMI มีแต่ประโยชน์ ไม่มีโทษหรืออันตราย ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลัก และแพทย์ปฏิบัติการพูดว่า

“...ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ST-elevate MI อันดับหนึ่ง ผมคิดว่าเป็นเรื่องเครื่องมือครับ หนึ่งก็คือเครื่อง EKG เราอาจจะขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย ทำได้รวดเร็ว...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...เครื่อง EKG ก็เก่าทำก็ยาก กว่าผลจะออกมาได้ตั้งนาน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 3)

“...ก็เป็นเครื่อง EKG ค่ะ เส้นไม่ค่อยเรียบดูลำบาก แล้วต้องตัดแปะ ทำให้  
ล่าช้า น่าจะเป็นแบบ A 4 ดูได้ทั้งหมดทีเดียว แล้วเวลาคน ไข้คืนหรือขยับตัวก็อ่านไม่ได้ ใช้เวลาทำ  
นาน น่าจะเปลี่ยนได้แล้วค่ะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...เครื่องเก่าใช้ได้ถ้าจะทำให้ไวขึ้น ก็ดูแลรักษาเครื่องให้พร้อมใช้อยู่  
เสมอ ทุกเวอร์ก็ดูแล ดูแบตเตอรี่ ดูอุปกรณ์เสริม อุปกรณ์ต่อพ่วง เช่นลูกยาง สายอะไรเงี้ย ให้สะอาด  
และพร้อมใช้อยู่เสมอ มีผู้ดูแล รักษาเครื่อง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ต้องดูแลให้มันมีคุณภาพค่ะ...” (พูดถึงเครื่อง EKG เก่า)

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ประจำเวอร์ก็คือ ก็จะมีเจ้าหน้าที่ สมมุติ EKG ก็จะมีห้องอยู่ห้องเบอร์ 3  
มีห้องรักษาพยาบาล ก็ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้เครื่องไหน ส่วนใหญ่ จะห้องรักษาพยาบาลก็ช่วยกันดู อาจจะ  
เป็นเบอร์ 1 เงี้ย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...คัดกรองเป็นผู้ป่วย Urgent กว่าที่จะตัดสินใจทำ EKG ได้ ใช้เวลามาก...  
ที่พยาบาลต้องทำ EKG ให้หมดเลยค่ะ...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ก็...ก็จะมีบาง บางคนที่ยังไม่สามารถดูได้ แต่ถ้าอย่างที่บอก ถ้าวันนั้น  
เป็นคนที่ยังไม่สามารถดู EKG ได้ เป็นคนเอ่อ..คัดกรอง หรือว่าเป็นคนทำ EKG ตั้งแต่แรก ก็อันนั้น  
ก็คือ อาจจะ เป็น ทำให้ระยะเวลาการดูคนไข้ ช้าลงได้ เราก็พยายามมาปิด เหมือนปิดแผลของส่วน  
ที่จะทำให้มีปัญหาหรืออันตรายกะคนไข้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุกคนก็ต้องเหมือนว่ามีความรู้ถ้ากรณีคิดว่าใช่ เข้า *Criteria* จากอะไรบ้าง หนึ่งจากประวัติของคัดกรอง สองจาก *EKG* ซึ่ง *EKG* อาจจะได้ก่อน อาจจะได้ก่อนที่คุณหมอมจะมา ทุกคนก็ต้องเหมือนว่ามีความรู้เกี่ยวกะการอ่าน *EKG* อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก แต่รู้ว่า wave ไหนที่เป็น *ST-elevate MI* ต้องดูได้ ทุกวันนี้ก็คือ ก็เราต้องพยายามเหมือนว่าทุกคนอาจจะเกี่ยวกับ *EKG* ร้อยเปอร์เซ็นต์แต่ทุกคนต้องพอดูได้ ซึ่งโอกาสพัฒนานี้ อนาคตน่าจะเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์ น่าจะทำให้ทุกคนดู *EKG ST-elevate MI* ได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...การทำ *EKG* ก็ยังไม่มี เหมือนกับว่ายังไม่มีความรู้ ก็... ก็...ถามว่าใช่หรือไม่ใช่ อะไรเงี้ย บางทีผมก็ไม่ได้คิด ผมคิดว่าถ้าไม่ใช่ก็ถือว่าดีไป แต่ถ้าใช่เนี่ย ก็คือผมไม่ได้คิดว่าไม่ใช่แล้วจะเป็นเรื่องผิดพลาด เป็นเรื่องอะไร เป็นผลร้ายกะคนไข้ไม่ใช่ เพราะว่าที่ผมคิดไว้เนี่ย ไข้เนี่ยเป็นผลประ โยชน์กะคนไข้ ถ้าไม่ใช่ก็ถือว่าเป็นผลดีกะคนไข้ไป ที่เขาไม่ได้อยู่ในภาวะอันตราย ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพี่ๆที่ตึกครับ พี่ๆที่ไปประชุม อาจไม่เฉพาะ *ST-elevate MI* อาจจะเป็นเรื่องอื่นทุกครั้งทีกลับมา จะมาถ่ายทอด ปกติเราก็อยู่กันเหมือนพี่น้อง ไม่รู้อะไรก็ถามได้ครับ ก็ไม่มีใครว่าถ้าสงสัย ถ้าถามว่าเรื่อง *ST-elevate MI* การดู *EKG* ก็จริงๆสำคัญ ถ้ารู้ว่าเข้าข่าย *ST-elevate MI* เรายรีบบอกแพทย์ บอกพี่ *in charge* บอกทีมในตึกครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.5 ขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละทีม ต้องการ การวางแผน การจัดทีม การนำทีมและการควบคุมตรวจสอบทีม ผู้ปฏิบัติกับผลงาน ต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคล และระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล และต้องการให้เชื่อใจ เชื่อมั่นผู้ปฏิบัติ ดังตัวอย่างที่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักพูดว่า

“...เราจะแบ่ง *assign* กันอยู่แล้วก็คือเบอร์ 3 เป็นคน *screening* แล้วก็เบอร์ 3 อาจเป็นคนมาช่วยประเมินดูเรื่องภาวะ การเจ็บหน้าอกแล้วก็จะมึนงง *EMT* สามารถรับคำสั่งจากที่พยาบาลปฏิบัติการในตึกได้ อาจจะทำ *EKG* ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...เบอร์ S น่าจะเป็นคนทำ EKG เพราะเป็นคนที่รู้อาการคนไข้อยู่แล้ว...”  
(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“....ใครที่เป็นคนเห็นคนแรกน่าจะเป็นคนทำ ทำแล้วยื่นให้หมอเลย...”  
(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 6)

“...ในทีมต้องให้ความเชื่อใจ เชื่อมั่นพยาบาล screen ว่า case นี้ ถ้าเข้า criteria ก็คือไม่ต้องมีการซักประวัติอะไรเพิ่มเติม ก็ต้องเข้ามาห้องตรวจรักษาช่วยกันทำตาม assign ที่มอบหมายให้ อ้า เช่น screening ก็ซักประวัติ แล้วก็เบอร์สามอาจจะมาช่วยทำ EKG มาวัด vital signs และก็ in charge ก็ต้องแสดงบทบาท หน้าที่ของ in charge ก็คือคอยดูเรื่องการ manage ว่า โอเค คุณทำอ้า EKG หรือยัง คุณดู vital signs หรือยัง คุณเอ้อ..มี ต้องใช้ caremap ใหม่ EKG เป็นยังไงบ้างเอ้อ.. สอง อ้า..ต่อไปเมื่อทำ EKG เสร็จแล้ว เราก็ต้องเอ้อ..พยายามอ้า..ให้หมอดูก่อน แต่ถ้ากรณีหมอไม่ได้อยู่ที่ ER ในห้อง ER in charge ก็จะมีบทบาทหน้าที่เป็นคน manages เป็นคนรับตาม หมอ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็..หนึ่งก็คือเรื่องการ Manage และก็ ก็คือการเชื่อใจ และก็คือ in charge ทุกวันนี้ก็คือโอ เค ก็เกี่ยวกับการเชื่อใจ นื่องๆในทีมก็การเชื่อใจ แต่ in charge อาจจะมี มีการ manage ที่ชัดเจนมีการ manage ว่าเอ้อ ทุกวันนี้ก็มี assign อยู่แล้ว แต่ว่า in charge อาจจะเป็นคนมาประเมินว่า โอ เค assign คุณ ได้รับมอบหมายคุณทำ โอ เค หรือยัง ทำยังไงก็คือบทบาทของ in charge ก็คืออาจเป็นคนมาประเมินซ้ำ คอย observe คอยแบบเป็นคน manage...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็.. ถามว่า อยากได้ที่ in charge ใหม่ ก็แล้วแต่ in charge แต่ละคนก็ ยังไม่แสดงบทบาทได้เต็มที่...ก็.. สาเหตุหลักๆ ก็มีหลายอย่าง หนึ่งก็คืออาจจะเป็นที่ตัว in charge เอง สองเกี่ยวกับภาระงาน ทำทุกอย่างอะไรเสีย ภาระงานมีหลายอย่าง บางครั้งเป็นส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวกะเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเลย มันก็มีหลายอย่าง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.6 ขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูล และการสะท้อนผลลัพท์ระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันในทีม ต้องการทำงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา หากพบข้อผิดพลาดต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีม แต่มีการทบทวนเหตุการณ์ โดยอิงมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลักที่พูดว่า

“...ก็ถ้ามองในแง่มุมมองของผู้บริหารสนับสนุนอะไรบ้าง ทุกวันนี้คือผมยังไม่แน่ใจว่าทุกวันนี้ว่าทางผู้บริหารให้ความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI มากพอหรือนโยบาย ก็คือผมไม่แน่ใจว่าทุกวันนี้ทำเพราะว่าอาจมีคนไปกระตุ้นซักคนนึง แต่ว่าอาจจะไม่ใช่ทั้งกระบวนการก็ได้ อาจจะเป็นหมอ med ซักคนนึงหรือว่าความตระหนักของเจ้าหน้าที่ ER เอง แต่ผมไม่แน่ใจว่าทั้งกระบวนการให้ความสำคัญตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI เท่ากันหรือเปล่า อย่างเช่นคนไข้เรา เราดูแลเฉพาะ ER ผมไม่แน่ใจว่าทั้งกระบวนการทั้งหมดน่าจะครอบคลุม ทุกคนให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI เท่ากันหรือเปล่า...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ก็ถ้าเป็นพวก ST-elevate MI ก็คือจริงๆเวลาเข้ามาอยู่ใน ER ของเรานี้ เจ้าหน้าที่ดูเหมือนกระตือรือร้น ward ความกระตือรือร้นนี้อาจจะน้อยกว่าของเรา ผมก็เลยคิดว่าอยากให้ทุกคนนี้ตระหนักถึงอันตรายถึงความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI กันทุก case ไม่ใช่ case นี้จะดูแลเฉพาะ BP หรือดูแลเฉพาะ case นี้ยากมาก ยากน้อย แต่ว่าถ้าวินิจฉัยว่าเป็น ST-elevate MI ผมอยากให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ST-elevate MI ทุก case...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุก case ที่ตามส่ง ปกติถ้ารู้ว่า ST-elevate MI มาเนี่ย หนึ่ง เจ้าหน้าที่ที่อยู่ใกล้ใน floor ที่ ward นั้น ก็ต้องเข้ามาถึงให้เร็วที่สุดเพื่อจะดูว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังไง BP เป็นยังไง มีการเปลี่ยนแปลงไหม มี chest pain เพิ่มขึ้นไหม จะต้องให้ยาให้อะไรต่อเนื่องไหม SK ไหม จะต้องให้เมื่อไร และก็มีหมอ ต้อง consult หมอ med ทันทีที่ไปถึง ต้องให้เขามีความตระหนักตรงนี้ครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อุปสรรคที่คิดว่าเกี่ยวกับความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย ผมจะรวมถึง กระบวนการกระทั่งเข้ามาใน ER จนถึง Admit ก็คือ อย่างของ ER เราก็ภายใน 30 นาที ก็อาจจะมี บาง Case ที่หนึ่ง ก็คือแพทย์เวร ER ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม จะต้องผ่านการ consult ทุก case บางครั้งความยุ่งยากของการ consult เช่น หนึ่ง ตามแพทย์ไม่ได้ สอง แพทย์คิด case อื่นอยู่ ทำให้การดูแลและ สอง ก็คือเป็นการ consult กันทางโทรศัพท์ ไม่ได้มาเห็นผู้ป่วยไม่ได้มาประเมิน ผู้ป่วยด้วยตัวเอง อาจจะทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อย่างที่บอกก็คือทุกวันเราต้องเหมือนว่ามีข้อผิดพลาดอะไรเงี้ย เราก็ต้อง มาคุยกัน...มันต้องมีเหตุผลที่สามารถตรวจสอบได้ เพราะอะไร...เพราะว่าถ้า ถ้าเราทำงานอย่างเนี้ย เราก็เหมือน ไม่ต้องกลัวว่าเอ้อ มันสามารถตรวจสอบได้ อะไรเงี้ย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อาจจะทุกเดือน หรือว่าทุกครั้งที่มี case ST-elevate MI มา เก็บเป็นสถิติ ทุก ครั้งว่าความไวหรืออุปสรรคแต่ละ case เนี่ย ว่า มากน้อยเพียงไหน และก็เอามาประเมินทำสถิติไว้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ทุกคนก็ต้อง หนึ่งพยาบาลคัดกรอง 2 คน พยาบาลคัดกรองกะเจ้าหน้าที่ คัดกรอง และที่ สองก็คือพยาบาลประจำการที่อยู่ในห้องรักษาพยาบาลทุกคน ไม่ว่าอินชาร์ท ไม่ว่า พยาบาลห้องรักษาโซนต่างๆ ยังเงี้ย ทุกคน เวลา ทุกคนต้องให้ความเหมือนว่าเชื่อใจ เชื่อมั่น กะพยาบาลคัดกรองด้วย เคารพการตัดสินใจ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ผิดพลาดไม่เป็นไร ไม่มีการว่ากัน เพียงแต่ว่า เอ้อถ้าสมมุติวันนี้มัน ผิดพลาด เราก็ต้องดูว่าทำไมวันนี้ ทำไมมัน screen ผิดพลาด ใช่หรือไม่ใช่ เพราะอะไรถึงคิด เอ้อ วันนี้มัน ไม่ใช่แต่ว่า ไม่ใช่เนี่ยมันก็ต้องแต่ทออกมา เอา criteria อะไรเป็นตัวจับตอน screen ก็ เหมือนว่า เคารพการตัดสินใจของพยาบาลคัดกรองด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“... ก็ ส่วนใหญ่คัดกรองและก็ทำ EKG ใน 10 นาทีจะได้ร้อยเปอร์เซ็นต์จะ แต่ข้อมูลที่เป็นตัวเลขชัดเจนก็ยังมี...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...แต่ว่าอย่างที่ผมบอกก็คือแต่แรก ถ้าเรามีการเก็บสถิติ ความมีปัญหา อุปสรรค เก็บสถิติทุก Case เราก็จะประมวลผลได้ดีมากขึ้น สมมุติว่าเราอยู่ในเกณฑ์หมดเลย แต่ผมบอกไม่ได้ว่าเราอื่นจะอยู่ในเกณฑ์หรือเปล่า ฉะนั้นต้องมีการมาประมวลผล มาปรึกษาครับ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

1.3.7 พนักงานเปล และผู้ป่วยประสาทรณ์ STEMI ขาดความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ล่าช้าดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลผู้ร่วมวิจัยหลัก แพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม พยาบาลหอผู้ป่วย ICU พนักงานเปล และผู้ป่วยประสาทรณ์ STEMI ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ที่พูดว่า

“...ผมว่าพนักงานเปลรู้เรื่องนี้ไม่เท่ากันทุกคน อาจไม่ได้ใช้เปลนอนกะคนไข้โรคหัวใจก็ได้ ครับ ...บางทีก็อยู่ที่คนไข้ด้วย บางคนไม่ยอมขึ้นเปลนอน บอกเดินได้...”

(พนักงานเปล)

“ต้องฝึกอบรมพนักงานเปลให้มีความรู้ จะทำได้เหมือนกัน ครับ... จะได้บอกกะคนไข้ด้วยว่ามันอันตราย...”

(พนักงานเปล)

“...ผมก็ไม่รู้ว่าเป็นที่หัวใจ มันจุกๆ แน่นๆ หน้าอก หน้ามืดแล้วก็อาเจียน ก็นึกว่าเป็นลม ไปนิตยาศลินิกใกล้บ้านก็ไม่หาย ใจคอไม่ดี และก็ไม่มีเรี่ยวมีแรง จึงโทรบอกลูกสาว ให้กลับบ้าน ขับรถพาพ่อมาโรงพยาบาล...”

(ผู้ป่วยประสาทรณ์ STEMI)

“...ผมก็งงๆ ไม่รู้จะทำยังไง พอเขาบอกว่า เป็นโรคหัวใจ มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องให้ยารักษาที่อาจจะมีเลือดออกในสมองได้ ก็...กลัวๆ แต่กลัวตายมากกว่า ก็ยอมให้เขาให้ยา สลายลิ่มเลือด...”

(ผู้ป่วยประสาทรณ์ STEMI)

“...ต้องพยายามบอกเขาว่ามันเป็นมาตรฐานการรักษาครับ ต้องบอกเขาว่าประสิทธิภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีมากกว่า ผลข้างเคียง ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์น้อย...”

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

“...ปัญหาที่ทำให้ล่าช้า ก็อยู่ที่คนไข้กะญาติด้วย ให้ข้อมูลไปแล้วตั้งนานก็ยังไม่ยอมตัดสินใจ กว่าจะตัดสินใจ รอถามคนโน้นก่อน คนนั้นก่อน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...เรื่องของน้องพยาบาล ส่วนใหญ่ที่จะใช้การนิเทศหน้างาน มีอะไรที่จะต้องทำเกี่ยวกับ MI บ้าง แรกๆ ก็ยังไม่เข้าใจ ตอนหลังเชิญหมอมาช่วยสอนด้วยก็ดีขึ้น ปัญหาอยู่ที่คนไข้กะญาติด้วย บางที่มาถึง Ward แล้วก็ลังเลยังไม่ให้ยาที่มี...”

(พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก)

#### 1.4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI

ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ดังนี้

1.4.1 พยาบาล ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ต่างกัน และเสนอแนะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

1.4.2 สาเหตุคัดกรองล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาลบางส่วนไม่กระตือรือร้นซึ่งสอดคล้องกับแพทย์ที่หมุนเวียนปฏิบัติการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่าไม่มีที่ปรึกษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินบางคน ขาดความกระตือรือร้นและเห็นว่า พยาบาลคัดกรอง ต้องมีความกระตือรือร้น และต้องทำให้พยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้น

1.4.3 การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่าผู้ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วย โดยใช้การคัดกรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆ และรวดเร็ว และยอมรับว่าพยาบาลบางส่วน ขาดประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยทำเครื่องมือการคัดกรอง STEMI ด้วยรูปแบบ Check list



1.4.4 ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า สาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography; EKG) และรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัย และไม่มีผู้รับผิดชอบการเตรียมเครื่องให้พร้อมในแต่ละเวร ต้องการให้มีเครื่อง EKG เครื่องใหม่ที่ใช้สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม หากยังแก้ไขไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่อง EKG เก่า และส่วน ประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอ

1.4.5 ขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละทีม ต้องการ การวางแผน การจัดทีม การนำทีมและการควบคุมตรวจสอบทีม ผู้ปฏิบัติกับผลงาน และต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคล และระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล และต้องการให้เชื่อใจ เชื่อมันผู้ปฏิบัติ

1.4.6 ขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูล และการสะท้อนผลลัพท์ระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันในทีม ต้องการงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงผลของการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา หากพบข้อผิดพลาดต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีม แต่มีการทบทวนเหตุการณ์ โดยอิงมาตรฐาน

1.4.7 พนักงานเปิด และผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI ขาดความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ล่าช้า

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาดำเนินการวิเคราะห์ เพื่อสังเคราะห์นำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

**ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด  
เอสทียก (STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร  
ระยะดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2554**

จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต แบบมีส่วนร่วมผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานเปลจำนวน 17 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน มีการสะท้อนปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ร่วมวิจัยยอมรับปัญหาได้มีข้อตกลงร่วมกันในการเลือกประเด็นปัญหา การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการวิพากษ์ร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้วิจัยนำเสนอ และร่วมกันปรับปรุงโปรแกรมขึ้นทดลองใช้โดยนำร่องและพัฒนาต่อเนื่องภายในหน่วยงาน มีผลการดำเนินงานดังนี้

**2.1 ผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ  
ฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร**

ผู้วิจัยได้ประสานผู้บริหาร ขออนุมัติจัดสรรทรัพยากรบริการตามที่ผู้ร่วมวิจัยหลักต้องการ ขออนุญาตใช้สถานที่ห้องประชุมโพลินชั้น 4 และห้องประชุมวิชาการตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อจัดประชุมกลุ่มผู้ร่วมวิจัย และใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมแก่กลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยแยกประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยเข้าร่วมทุกครั้ง มีประเด็นดังนี้

**2.1.1 การจัดตั้งทีมและกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย**

กลุ่มพนักงานเปลผู้ให้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 17 คน  
หัวหน้าทีม คือหัวหน้าศูนย์เปล

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22  
คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน โดยพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารทีมการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุ  
และฉุกเฉิน 1 คน เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบการณ์ 3 ปี  
ขึ้นไป 1 คน เป็นเลขานุการทีม พนักงานกู้ชีพ 1 คน เป็นผู้ช่วย เลขานุการทีม

**2.1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม** ในการดำเนินการตามโปรแกรมการ  
การดูแลผู้ป่วย STEMI การทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เนื่องจากมีผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติทุกคนในหน่วยงาน และมีผลกระทบต่อระบบคุณภาพบริการ ในระดับหน่วยงาน และในระดับโรงพยาบาล

2.1.3 การประชุมวิชาการ ให้ความรู้พนักงานแปลจำนวน 17 คน เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการของผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วันที่ 31 พฤษภาคม 2554 เวลา 14.00 น.-15.00 โดยมีวิทยากร เป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับหัวหน้าทีมการพยาบาลเป็น วิทยากรโดยที่ประชุมสรุปความคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการที่ชวนสงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย พร้อมทั้งส่งให้ พยาบาลคัดกรองด้านในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีข้อเสนอแนะให้ที่ประชุมแก้ไขเรื่องผู้ป่วย เจ็บ แน่นหน้าอกบางคน ไม่ยอมขึ้นรถนอน โดยให้เหตุผลว่ายังสามารถเดินได้ ที่ประชุมจึงมีความเห็นว่า ควรมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรู้ว่าอาจกำลังอยู่ในภาวะอันตราย จึงมีการจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้แก่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขติดไว้ยังหน่วยบริการศูนย์แปล

2.1.4 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI โดย พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางการดำเนินการดังนี้

1) จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ พื้นฟูวิชาการเพื่อสร้างความรู้ ความ เข้าใจ ความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย STEMI แก่พยาบาลวิชาชีพและพนักงานกู้ชีพ ที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเชิญอายุรแพทย์ ชำนาญการพิเศษ ประธาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมของ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็น วิทยากรในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรื่อง “การพัฒนา ศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกระบวนการประเมิน คัด กรอง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วย STEMI” ในวันที่ 25 และ 26 พฤษภาคม 2554 เวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 4 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินผู้ร่วมวิจัยทั้ง 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้

2) การสอนงานแบบพี่สอนน้อง และการนิเทศหน้างานขณะปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพน้องใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการเพิ่มพูนทักษะ และต้องการความ มั่นใจในการประเมินคัดกรอง การทำ และการอ่าน EKG ในผู้ป่วยที่มีประวัติ อาการ และปัจจัยเสี่ยง ที่ชวนสงสัยภาวะ STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บางส่วนยังขาดความความรู้ ความเข้าใจใน ขาดประสบการณ์ จึงมีทัศนคติ มุมมอง และความ ตระหนักต่างกัน ต้องการให้มีการเรียนรู้แบบพี่สอนน้อง หรือถ่ายทอดความรู้ระหว่างการ ปฏิบัติงาน หรือทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตราย และสร้างความ

กระตือรือร้น และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในกระบวนการดูแลรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหนัก

### 2.1.5 การทบทวนร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้วิจัยนำเสนอ

มีการวิพากษ์ เพื่อปรับปรุง และการสร้างแนวทางปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางปฏิบัติสากล (ACC/AHA, 2007) แนวทางปฏิบัติของประเทศ และประสบการณ์ตรงของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว การดูแลรักษา ป้องกันความรุนแรงและเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ของทีมงาน ของหน่วยงานและของโรงพยาบาล โดยประชุมและสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มพนักงานแปล ในวันที่ 10 มิถุนายน 2554 เวลา 14.00 น. - 15.00 น. และ 15.00 น. - 16.00 น. ตามลำดับ รายการดำเนินการประชุมดังนี้

1) การทบทวนการปฏิบัติเรื่องการประเมินคัดกรอง จำแนกประเภทผู้ป่วย STEMI การตรวจและรายงานผล EKG หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร เนื่องจากมีผลต่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยของแพทย์ และการดูแลรักษาของทีมซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เน้นการประเมินคัดกรองรับรู้ผู้ป่วยเร็ว ปฏิบัติการเร็ว มีแบบประเมินคัดกรองของหน่วยงานเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติมั่นใจ เพื่อความปลอดภัย รอดชีวิตของผู้ป่วย และจากการประเมินผลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า การประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI มีความสำคัญที่สุด อาจส่งผลให้กระบวนการดูแลรักษาล่าช้าและเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจนเกิดอันตรายและสูญเสียชีวิต ดังตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า

“...มีแบบคัดกรองที่ดี จะทำได้เหมือนๆ กัน ใครๆ ก็ทำได้ นื่องก็ทำได้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 11)

“...บางทีอาการที่มาก็ไม่ได้เหมือนว่า เจ็บ แน่นหน้าอก อย่างเดียว บางคนมาหน้ามืดเป็นลม เหงื่อแตก BP drop ทำ EKG ดู เป็น ST elevates ก็มี ใน Check list ก็ต้องใส่อาการนี้ไว้ด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...ที่เคยเห็นตอนไปประชุม ของที่อื่น เขาก็มีนะ เป็นแบบให้ตึกได้.....”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

“...อย่างนั้นมันก็ต้องเก็บกระดาษบันทึกเยอะ เอาแค่นี้ให้เห็นและอ้างอิงว่า  
เข้าเกณฑ์ก็พอ...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“...ผมว่าถ้าเราอ้างอิงได้ ว่าเข้าเกณฑ์ เจริญ ก็ทำ EKG ได้เลย เหมือนว่าต้อง  
เชื่อใจกันครับ เชื่อมั่น และก็การปกนคัดกรอง..”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

ผลสรุปมติที่ประชุมได้แบบคัดกรอง ของโปรแกรม หลังจากนั้นนำไป  
ทดลองปฏิบัติ เดือนที่ 1 แล้วจัดสนทนากลุ่มวันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 และปรับปรุงตาราง  
และเครื่องหมายหน้าข้อความอาการผู้ป่วยที่จะต้องเลือกรูปสามเหลี่ยม ให้เป็นรูปสี่เหลี่ยมเพื่อ  
ความชัดเจน ทดลองปฏิบัติต่ออีก 1 เดือน สนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงความครบถ้วนของอาการ เป็น  
ครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเครื่องมือคัดกรองให้  
ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ด้านความครบถ้วนของเนื้อหา และการใช้ภาษา นำมาสนทนากลุ่มครั้งที่  
4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ปรับปรุงการปฏิบัติโดยให้ติดแนวทางคัดกรองไว้หน้างาน  
เนื่องจากสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ สามารถประเมินและคัด  
กรอง และทำ EKG ผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด เป็นส่วนใหญ่ โดยในกระบวนการคัดกรอง  
พยาบาลมีการบันทึกข้อมูลประวัติ อาการสำคัญในเวชระเบียนผู้ป่วย แล้ว จึงลงความเห็นร่วมกันว่า  
ให้คงแบบประเมินผู้ป่วย STEMI ติดไว้หน้างาน โดยไม่ต้องมีแบบบันทึกการประเมินคัดกรอง  
เก็บไว้ในทะเบียนผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการทบทวนและอ้างอิง และประหยัดเวลาและ  
ทรัพยากรได้แบบคัดกรองดังภาพที่ 4.2 ติดไว้ให้ผู้ปฏิบัติใช้อ้างอิงหน้างานบริเวณคัดกรองผู้ป่วย  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร และจากการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนารายอย่างไม่เป็น  
ทางการผู้ปฏิบัติพึงพอใจและไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

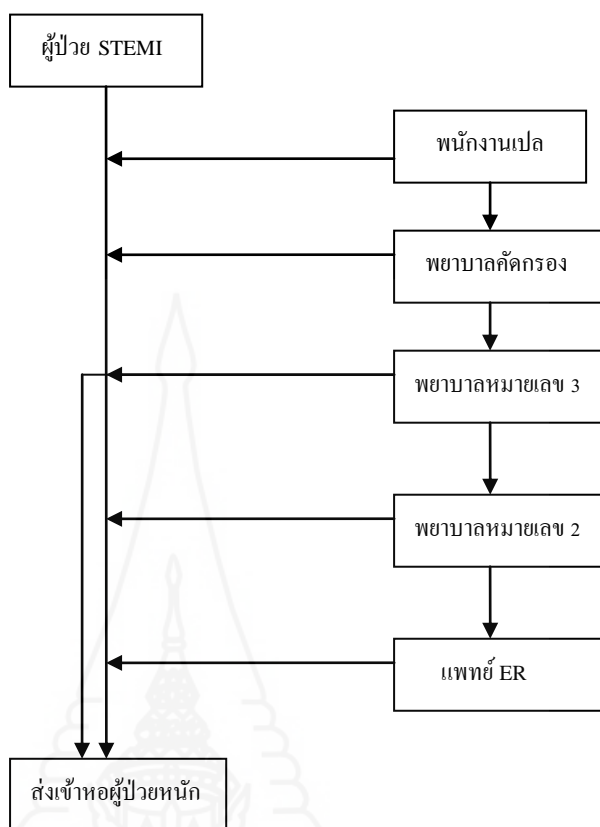
แบบคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (Jainad Narendra STEMI Evaluation 2011; JNSE 2011)

ประเด็นประเมิน	การซักประวัติและอาการที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
1. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> เจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> รู้สึกอึดอัดบริเวณหน้าอก <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยหัวใจไหล่ คอ หรือปวดกราม <input type="checkbox"/> จุกแน่นลิ้นปี่ <input type="checkbox"/> .เหนื่อยง่ายขณะออกแรง <input type="checkbox"/> หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ <input type="checkbox"/> เป็นลม ใจสั่น เหงื่อออก <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ อาเจียน หน้ามืด <input type="checkbox"/> หมคสติ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน	- พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก
1.1 คำถาม “What” เป็นอะไรมา		
1.2 คำถาม “When” เป็นมาตั้งแต่เมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> เป็นมาตั้งแต่เมื่อไหร่ <input type="checkbox"/> เป็นมานานเท่าไร	
1.3 คำถาม “How” เป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก ราวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย <input type="checkbox"/> เจ็บหนักๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอก ได้กระตุก Sternum <input type="checkbox"/> เป็นติดต่อกันเกินกว่า 20 นาที <input type="checkbox"/> เป็นต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้นนานเกินกว่า 20 นาที พักแล้วไม่หาย	
2. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)	<input type="checkbox"/> อายุ 45 ปี ขึ้นไป <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> อ้วน <input type="checkbox"/> เครียด <input type="checkbox"/> ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ <input type="checkbox"/> เป็นโรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> เป็นโรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> เป็นโรคไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด	

ภาพที่ 4.2 ภาพแสดงการพัฒนาแบบประเมิน คัดกรองผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

2) ในด้านการจัดหาเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเครื่องใหม่ ในการสนทนากลุ่มพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 1 วันที่ 10 มิถุนายน 2554 พยาบาลวิชาชีพทีมผู้ร่วมวิจัย มีความเห็นร่วมกันว่า ควรเปลี่ยนเครื่องใหม่ เป็นเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขนาดกระดาด เอ 4 เป็นเครื่องที่สามารถใช้งานได้ง่ายสะดวก และสามารถมองเห็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ชัดเจน และเห็นว่าต้องมีผู้ดูแลรักษาเครื่องให้พร้อมใช้ประจำทุกเวร และหัวหน้ากลุ่มทีมผู้ร่วมวิจัย นำเสนอความต้องการต่อผู้บริหารหน่วยงานเพื่อพิจารณา พร้อมทั้งเสนอให้มีการมอบหมายการดูแลเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประจำเวร โดยเวรเช้าจะเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายเลข 2 เวรบ่าย-ดึก ให้เป็นพนักงานกู้ชีพหมายเลข 1 ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหัวหน้าเวร หลังจากนั้นนำไปทดลองปฏิบัติ 1 เดือน แล้วจัดสนทนากลุ่มเพื่อแสดงความคิดเห็น วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 พบว่ายังคงมีปัญหาจากการใช้เครื่องตรวจ EKG เครื่องเดิมแม้จะมีผู้ดูแลแล้ว แต่เครื่องเก่าและถูกใช้บ่อย จึงมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้าในบางครั้ง ผู้บริหารได้ให้ตัวแทนจำหน่ายเครื่องตรวจ EKG ชนิด 12 ลีด ในหน้ากระดาด เอ 4 นำเครื่องใหม่มาสาธิตและให้ผู้ปฏิบัติทดลองใช้ก่อนดำเนินการจัดซื้อ 1 เครื่อง จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ผู้ปฏิบัติให้ความเห็นตรงกันว่าเครื่องที่ทดลองใช้มีความไวมากเกินไป เส้น EKG ไม่เรียบต้องเสียเวลาทำหลายครั้ง ถ้าคนไข้เจ็บหน้าอก กระสับกระส่าย จะทำ EKG ออกมาแล้วอ่านผลไม่ได้ เสนอให้ปรับปรุงแก้ไขก่อนจัดซื้อ หรือเปลี่ยนเครื่องใหม่ ถ้ายังทำไม่ได้ก็ไม่ควรจัดซื้อ ตัวแทนบริษัทจำหน่ายเครื่องตรวจ EKG นำเครื่องใหม่มาเปลี่ยนให้ผู้ปฏิบัติทดลองใช้ จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ผู้ปฏิบัติพึงพอใจและไม่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จึงขออนุมัติซื้อและใช้งานต่อไป

3) ด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ภายในทีม จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 10 มิถุนายน 2554 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ส่วนใหญ่มีความเห็นในการประชุมครั้งนี้ว่าพยาบาลคัดกรองซึ่งเป็นพยาบาลหมายเลข 5 เป็นผู้คัดกรองส่งเข้าด้านในห้องรักษาพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แจ้งพยาบาลวิชาชีพหมายเลข 3 ทำ EKG นำผลให้พยาบาลหัวหน้าทีมหมายเลข 2 หรือแพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แล้วพยาบาลหมายเลข 3 เป็นผู้ดูแลต่อเนื่องจนตามส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก ตามกระบวนการดังภาพที่ 4.3 หลังจากนั้นทดลองปฏิบัติ 1 เดือน จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเห็นว่า ถ้ามีผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกสงสัย STEMI แล้วต้องรอพยาบาลหมายเลข 5 คัดกรองจะทำให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้า ที่ประชุมจึงมีมติให้ผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นผู้ประเมินคัดกรอง ทำ EKG แจ้งทีมดูแลผู้ป่วย และพยาบาลหมายเลข 3 พร้อมทั้งส่งผล EKG ให้แพทย์ ร่วมให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น และเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเช่นชื่อยินยอมให้ยาลดคลอสิมแล้วติดต่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง 1 เดือน



ภาพที่ 4.3 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 1

จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทผู้ปฏิบัติยังขาดความยืดหยุ่น และการกระจายภาระงานที่เหมาะสม ซึ่งพบว่าบางครั้งพยาบาลหมายเลข 3 มีภาระงานหนัก เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต ถ้ามีผู้ป่วยวิกฤตมาพร้อมๆกัน อาจทำให้การดูแลรักษาได้ช้าเช่นกัน ควรกำหนดบทบาทที่ยืดหยุ่นและปฏิบัติได้ ที่ประชุมมีมติให้แจ้งหัวหน้าทีมพยาบาลในเวรนั้นๆ ให้บริหารจัดการมอบหมายหน้าที่ได้ หรือปรึกษาผู้บริหาร หรือปรึกษาพยาบาลเวรตรวจการกรณีมีผู้ป่วยหนักพร้อมกันหลายราย ทดลองปฏิบัติ 1 เดือน พร้อมกับส่งเครื่องมือการกำหนดบทบาทสมาชิกทีมผู้ปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเข้าสู่ที่ประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ที่ประชุมกลุ่มปรึกษาผู้บริหารหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วย STEMI เป็นผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน ควรลดช่องว่างการส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งมติที่ประชุมรับมาร่วมกันกำหนดบทบาทในทีมใหม่ดังภาพที่ 4.4, 4.5 และ 4.6 ตามลำดับ



กระบวนการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชยันตนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
<p>1. การรับผู้ป่วยเมื่อแรกมาถึงโรงพยาบาล</p> <p>1.1 กรณีมาโรงพยาบาลเอง</p> <p>1.2 กรณีมาโดยรถเข็นของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service; EMS)</p>	<p>1. กำหนดให้พนักงานเปลตามอาคาร และอายุ ถ้าอาคารเจ็บแน่นหน้าอก อายุ 45 ปีขึ้นไป ให้ใช้รถเข็นนอนกับผู้ป่วยดังกล่าวนี้ทุกราย</p> <p>2. กำหนดให้พนักงานเปลแจ้งอาการผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง หรือผู้ที่อยู่ใกล้ที่สุดในเวลานั้น พร้อมทั้งเข็นรถผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</p> <p>3. กำหนดให้พยาบาลคัดกรอง /พยาบาลที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก เป็นผู้ทำหน้าที่ซักประวัติ ประเมิน บันทึกประวัติและอาการผู้ป่วย และ รับผิดชอบการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiography ; EKG) รายงานแพทย์ และหัวหน้าทีม แจกทีมผู้ปฏิบัติร่วมให้การช่วยเหลือทันที</p> <p>1.ทันทีที่ได้รับแจ้งเหตุให้ออกบริการ ณ จุดเกิดเหตุ ว่ามีผู้ป่วยที่ประวัติเข้าได้กับโรคหัวใจขาดเลือดหรือเป็น สมาชิกทีมกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจของ EMS member club ให้ใช้ชุดปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advance life support, ALS) ออกปฏิบัติการ</p> <p>2. เมื่อถึงจุดเกิดเหตุ พยาบาลหัวหน้าทีมประเมินอาการผู้ป่วย โทรแจ้งศูนย์ส่งการเพื่อรายงานแพทย์ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้</p> <p>3. กรณีนำส่งโรงพยาบาลชยันตนาทนครินทร์ เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ให้พนักงานขับรถ เข็นรถนอนนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยไม่ต้องเปลี่ยนรถนอน จนกว่าจะตรวจ EKG แล้วเสร็จ</p> <p>4. พยาบาลที่ออกให้บริการ EMS เป็นผู้ รับผิดชอบการตรวจ EKG รายงานแพทย์ และหัวหน้าทีม แจกทีมผู้ปฏิบัติร่วมให้การช่วยเหลือทันที</p>	<p>- พนักงานเปลผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรก</p> <p>- พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 และทีม</p> <p>- พนักงานขับรถ EMS</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพหมายเลข 1 และทีม</p>

ภาพที่ 4.4 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยมาเอง/รับ EMS

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
<p>1.3 กรณีมาโดยระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (Referral system)</p> <p>2. ปฏิบัติการและประสานงานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นาชนนเรนทร</p>	<p>1. เมื่อรับแจ้งจากโรงพยาบาลชุมชนทางโทรศัพท์ และได้รับผลการตรวจ EKG ผู้ป่วยทางโทรสาร ว่ากำลังจะส่งต่อผู้ป่วย STEMI มาพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร รายงานแพทย์และทีมพร้อมทั้งโทรประสานกับหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit; ICU) เพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย</p> <p>2. เมื่อมาถึง โรงพยาบาลชั้นาชนนเรนทร กำหนดให้พนักงานขับรถ refer ขึ้นรถขนานนำผู้ป่วยเข้ามาในบริเวณดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยยังไม่ต้องเปลี่ยนรถเข็นจนกว่าจะตรวจ EKG แล้วเสร็จ</p> <p>2. พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยคนแรก เป็นผู้ทำหน้าที่ซักประวัติ ประเมิน บันทึกประวัติและอาการผู้ป่วย รับผิดชอบการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiography ; EKG) รายงานแพทย์และหัวหน้าทีม แจ้งทีมผู้ปฏิบัติ ร่วมให้การช่วยเหลือทันที</p> <p>3. กำหนดให้พนักงานเปลเปลี่ยนรถเข็นนอนจาก EMS / Refer เป็นรถของศูนย์เปลหลังทำ EKG แล้วโดยใช้แผ่นสไลด์ทุกราย</p> <p>1. กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าทีม เป็นผู้มอบหมายสมาชิกทีมเจาะเลือดส่งตรวจตาม STEMI Fast track ของโรงพยาบาล พร้อมขอผล โทรโปนินที (Troponin T) จากห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกด่วนที่สุด พร้อมทั้งให้การดูแลตามแผน Fast track และ เฝ้าประเมินติดตามบันทึกอาการและนำส่งผู้ป่วยไป ICU</p> <p>2. กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพผู้ประเมินคัดกรองหรือรับผู้ป่วยเป็นคนแรก ทำแบบประเมินความเสี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase; SK) ร่วมกับแพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accidental and Emergency Department; A&amp;E or ED or ER)</p> <p>3. พยาบาลหัวหน้าเวรติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์เวร A&amp;E และแพทย์ที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรม โดย</p> <p>3.1 ในเวลาราชการระหว่าง 08.30 น.-16.30 น. ให้ปรึกษาแพทย์ อายุรกรรมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ICU</p> <p>3.2 นอกเวลาราชการหรือวันหยุด ให้ปรึกษาแพทย์เวรที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรมตามตารางเวรขององค์กรแพทย์</p> <p>4. รับทราบผลการตัดสินใจของแพทย์ที่ปรึกษาแผนกอายุรกรรมเรื่องการให้หรือไม่ให้ SK และ แจ้งแก่ทีมผู้ปฏิบัติทราบ</p> <p>5. พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเรื่องประโยชน์และความเสี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase; SK) ร่วมกับแพทย์ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมการให้ยา SK</p>	<p>- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร</p> <p>- ทีมส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>- พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก</p> <p>- พนักงานเปลผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย (หมายเลข 3 หรือ 4)</p> <p>- แพทย์เวร ER</p> <p>พยาบาลคัดกรองหรือพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นคนแรก</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร</p> <p>- แพทย์เวร ER</p>

ภาพที่ 4.5 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยรับส่งต่อ

ประเด็นการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ
<p>2. ปฏิบัติการและประสานงานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชั้นน่านเรนทร (ต่อ)</p> <p>3. การประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยไป ICU</p> <p>4. การสื่อสารผลลัพธ์</p> <p>5. กระบวนการพัฒนาเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในหน่วยงานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชั้นน่านเรนทร จังหวัดชัยนาท</p>	<p>1. ทันทีที่ทราบว่าผู้ป่วย STEMI หัวหน้าทีมพยาบาล ต้องแจ้งห้องเตียง ICU ทันที เพื่อเตรียมความพร้อม เมื่อแผนการรักษา และการเตรียมผู้ป่วยพร้อมเรียบร้อยแล้วจึงส่งเวรละเอียดและย้ายผู้ป่วยไป</p> <p>1. กำหนดให้มีตัวแทนหน่วยงานสื่อสารผลลัพธ์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรแพทย์ ICU และศูนย์แปล เป็นต้น</p> <p>1. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา โดยมีอุปกรณ์ต่อพ่วง จุกยางครบ และสะอาดไม่มีคราบเจลลือไฟฟ้า แบตเตอรี่เก็บไฟฟ้าได้ หรือสามารถเสียบกระแสไฟตรงได้ มีกระปุกสำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ สำหรับทำความสะอาดพร้อมใช้</p> <p>1.1 ผู้รับผิดชอบดูแลให้พร้อมใช้ประจำเวร:</p> <p>1.1.1 เวรเช้า กำหนดให้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ดูแล ถ้าขึ้น 2 คน ให้หมายเลข 2 เป็นผู้ดูแลภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1</p> <p>1.1.2 เวรบ่าย กำหนดให้พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 2 เป็นผู้ดูแลภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1</p> <p>1.1.3 เวรดึก กำหนดให้พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 3,4 เป็นผู้ดูแล ภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลหมายเลข 1</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย (หมายเลข 3 หรือ 4)</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวร</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับมอบหมายจากสมาชิกที่มงานการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1.1 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาล วิชาชีพ หมายเลข 1</p> <p>1.1.2 พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 2 พยาบาลวิชาชีพ หมายเลข 1</p> <p>1.1.3 พนักงานเวชกิจฉุกเฉินหมายเลข 3,4 และ พยาบาล หมายเลข 1</p>

ภาพที่ 4.6 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI กรณีการประสานงานในทีมและระหว่างทีม

4) การทบทวนเรื่องแนวปฏิบัติ และการสร้างแนวทางการสื่อสาร ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 วันศุกร์ ที่ 10 มิถุนายน 2554 สมาชิกกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้มีมติร่วมกันว่า ให้ทีมพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย อายุรกรรมของหน่วยงาน ซึ่งอยู่ในทีมผู้ร่วมวิจัย 4 คน เป็นผู้รวบรวมข้อมูลเพื่อสื่อสารและสะท้อน ผลลัพธ์แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งนำตัวอย่าง กรณีศึกษามาทบทวนในที่ประชุมทุก 1 เดือน เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลแล้วนำมาถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติในที่ประชุมด้วย ดัง ตัวอย่าง

“..เรื่องข้อมูลคนไข้ *ST elevate* เตี้ยหน่วยนั้นขอ หน่วยนี้ขอ เรายังก็ได้แต่ ทำๆ ไม่ค่อยรู้ข้อมูล..”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 5)

“...วันก่อนก็มีคนไข้ *Dyspepsia* มาจาก OPD มาศึกษา นอน Observe ไม่หายปวดท้อง ทำ EKG เป็น STEMI หนูนี่แหละเป็นคนเจอเอง...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...ก็รู้กันเฉพาะคนที่อยู่ในเหตุการณ์...คนอื่นๆ ก็ไม่ค่อยรู้...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 1)

“...คนที่อยู่ *PCT med* น่าจะรับผิดชอบ เพราะตอนไปประชุมก็ต้องมีข้อมูลของเราไปด้วย แล้วก็ไปประชุมมาอะไรก็บอกกัน...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 2)

หลังทดลองปฏิบัติ 1 เดือนประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 10 กรกฎาคม 2554 เรื่องการเก็บข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากในผู้ป่วยที่ อาการและการวินิจฉัยยังไม่ชัดเจนซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต้องติดตามการวินิจฉัย เมื่อจำหน่ายอีกครั้ง ในผู้ป่วยที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้แต่บางครั้งมีความล่าช้าเรื่องการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และการส่งผู้ป่วยขึ้นไปหอผู้ป่วยหนักชั้นสองซึ่งอยู่ไกลและใช้ เวลานานกว่า 10 นาทีในการนำส่งผู้ป่วย ที่ประชุมตกลงว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ รวบรวมข้อมูลหลังการจำหน่ายเพื่อให้การวินิจฉัยชัดเจนขึ้น ทดลองปฏิบัติต่อไปอีก 1 เดือน สนทนา

กลุ่มครั้งที่ 3 วันอังคารที่ 9 สิงหาคม 2554 ปัญหาจากการปฏิบัติยังมีลักษณะเดิมผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมรับทราบซึ่งได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น ทดลองปฏิบัติต่อเนื่อง และสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 วันจันทร์ที่ 12 กันยายน 2554 ที่ประชุมผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจึงยังไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ปฏิบัติ แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้บริหารยาลดไข้ลิ้มเลือดในห้องฉุกเฉิน ที่ประชุมรับไว้พิจารณาแต่ยังไม่มีความคิดในการปฏิบัติใหม่ และเห็นว่าควรทดลองปฏิบัติเช่นเดิมต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้นและรอการประเมินผล จึงปฏิบัติแบบเดิมต่อเนื่องระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

#### 2.1.6 ผลการจัดประชุมสนทนากลุ่มพนักงานเปิด 17 คน ในวันที่ 5 กรกฎาคม 2554

มติที่ประชุม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีข้อมูลย้อนกลับด้านการไม่ใช้รถเข็นนอนในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มมาอาการ เจ็บหน้าอก ผู้ปฏิบัติพึงพอใจ

2.1.7 ผลจากผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติในโปรแกรมที่ทีมผู้ปฏิบัติร่วมกันพัฒนาขึ้นทั้งหมดนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) ในด้านวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นดังนี้

(1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรมข้อ 3 ควรเป็นการระบุ ค่าเป้าหมายคือ อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไข้ลิ้มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes)ว่าจะได้เท่าไร

(2) วัตถุประสงค์เดิมข้อที่ 3 ของโปรแกรม ที่ระบุว่า Onset to needle times within 12 hours เห็นสมควรตัดออกเนื่องจากเป็นส่วนที่โปรแกรมนี้อยู่ยังไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

(3) วัตถุประสงค์ของโปรแกรมอาจเพิ่มข้อ 4 เป็นผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกส่งต่อไปที่อื่น ซึ่งยังไม่ทราบจำนวนจะต้องมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับการส่งต่อ (Door- in door-out) เพื่อจัดการให้การส่งต่อเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

2) ในด้านการใช้แนวปฏิบัติการประเมินคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ชัยนาท นครินทร์ จังหวัดชัยนาท ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) การใช้แนวปฏิบัตินี้เพื่อประเมินความต้องการ การช่วยเหลือปัญหาฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และปลอดภัย และควรระบุความแตกต่างของแบบ

ประเมินนี้กับการคัดกรองผู้ป่วยอื่นเช่น เมื่อซักประวัติแล้วเข้าเกณฑ์จึงใช้แบบประเมินนี้เป็นต้น และผู้รับผิดชอบปฏิบัติ ควรพิจารณาตามความเหมาะสมตามสมรรถนะ และองค์ความรู้

3) ในกระบวนการปฏิบัติงานและการติดต่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ชัยนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน มาถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ ถ้าผู้ป่วยถูกวินิจฉัยมาแน่นอนแล้วว่าเป็น STEMI ควรพิจารณาว่าจำเป็น หรือไม่ที่จะต้องทำ EKG เสนอแนะให้บริหารยาละลายลิ่มเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(2) ควรกำหนดระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electro cardiogram :EKG) และรายงานแพทย์ ให้ชัดเจนว่าภายใน 10 นาที บทบาทผู้รับผิดชอบปฏิบัติ ควรพิจารณาตามสมรรถนะของแต่ละงานว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

(3) กระบวนการปฏิบัติควรเขียนเป็น Flow chart จะทำให้เข้าใจง่ายกว่า และเห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด ของการดูแลผู้ป่วย

(4) ควรระบุการบริหารจัดการกรณี ICU เพียงเต็ม

4) ในด้านแบบประเมินข้อควรระวังในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

(1) ภาวะที่ผู้ป่วยถูกสงสัย STEMI มากๆ หรือวินิจฉัยไม่ได้ หรือมีภาวะ หัวใจล้มเหลว (Killip class  $\geq 3$ ) หรือมีภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เป็นข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการตรวจพิเศษของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (CAG, PCI) แต่ไม่ใช่ข้อห้ามในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

(2) ควรสร้างแบบฟอร์มที่มีข้อห้าม /ข้อควรระวังในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ไว้ในแบบฟอร์มเดียวกันกับใบยินยอมรับการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

5) ในด้านโปสเตอร์ ให้ข้อมูล ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ควรใช้คำ หรือข้อความที่เข้าใจง่าย ๆ เช่น ข้อความ หรือคำดังต่อไปนี้

“การจู่โจมของโรคหัวใจ” ควรเปลี่ยนเป็น “กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน”

“จำนวนนาทีที่มีความสำคัญ” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า “เวลาที่มีความสำคัญ”

“ของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า  
 “ทั้งชายและหญิง”

“การจัดการกับผู้ที่เกิดโรคหัวใจ” ควรจะเปลี่ยนเป็นข้อความว่า  
 “การช่วยเหลือ คุณแลที่ถูกต้อง”

6) ด้านแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
 โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร จังหวัดชยันตนาทผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นดังนี้

(1) ผู้ป่วยคัมเกล้า ไม่น่าใช่ปัจจัยเสี่ยง  
 (2) ควรทบทวน อาการเจ็บหน้าอกในปัจจุบัน เกณฑ์ด้านเวลาเกินกว่า  
 20 นาทีหรือไม่

(3) ควรเพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลชุมชน จนถึงเวลาที่ออก  
 จากโรงพยาบาลชุมชน

(4) ภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือดควรระบุว่ามีหรือไม่มี  
 ถ้ามี เกิดที่ไหนเช่น  ทางเดินอาหาร  สมอ และ  อื่นๆ

(5) การส่งต่อจากโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร ควรระบุเวลาเป็นนาทีใน  
 การส่งต่อด้วย

(6) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดควรระบุเหตุผลเพิ่มเติมได้แก่  
 ระยะเวลาเกิน 12 ชั่วโมง

(7) ควรระบุสถานภาพการจำหน่าย ว่า  ทูเล หรือ  เสียชีวิต  
 ถ้าเสียชีวิต จาก  โรค  ภาวะแทรกซ้อน

7) ด้านการเตรียมเครื่อง EKG ให้พร้อมใช้ เมื่อทำความสะอาดแล้วควรมี  
 การกำหนดว่าให้เก็บ ณ ที่ใด มีสัญลักษณ์แสดงความ “พร้อมใช้” และมีแผนสำหรับผู้รับผิดชอบทำ  
 ความสะอาดชิ้นนี้อีกแผ่นหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการใช้เครื่องต่อไป

8) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่

(1) การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วย  
 อาจเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วย ควรกำหนดให้เป็น  
 พยาบาลวิชาชีพเท่านั้น

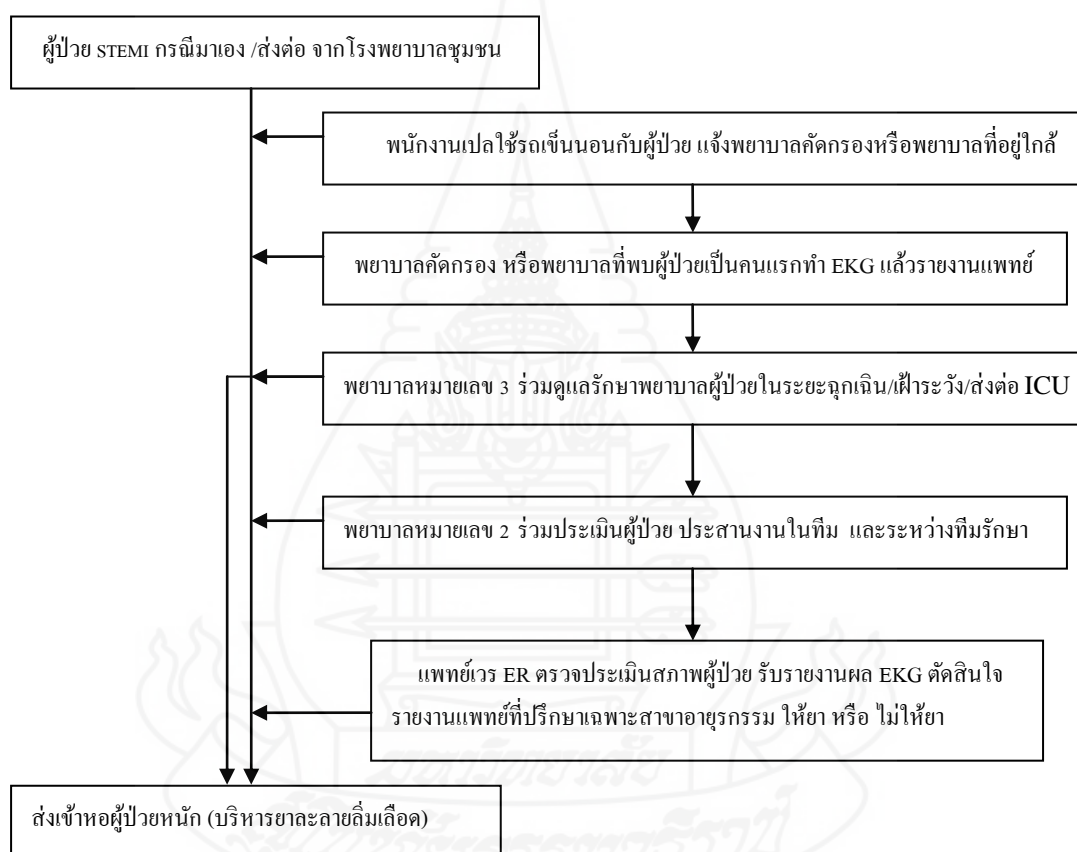
(2) การขอผลเลือดด่วนควรมีกำหนดเวลาที่ชัดเจน เนื่องจากมีเวลาช่วย  
 ผู้ป่วยในเวลาจำกัด

(3) อยากให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยไป  
 หอผู้ป่วยหนักเพื่อเป็นการดูแลแบบรายกรณี

(4) คำย่อบางคำควรเขียนตัวเต็ม เช่น SK

2.1.8 ในการ จัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยครั้งที่ 4 วันที่ 12 กันยายน 2554 เวลา 15.00น-16.00น. ณ ห้องประชุมวิชาการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาสู่ที่ประชุม ร่วมกันปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติตาม โปรแกรม นำเสนอผู้บริหารหน่วยงาน ปรับปรุงอีกครั้งให้สอดคล้องกับบริบท โรงพยาบาลชยันตพนเรนทรในปัจจุบัน แล้วนำมาทดลองปฏิบัติในหน่วยงาน โดยบทบาทผู้ปฏิบัติ อยู่ในรูป Flow Chart ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญดังภาพที่ 4.7



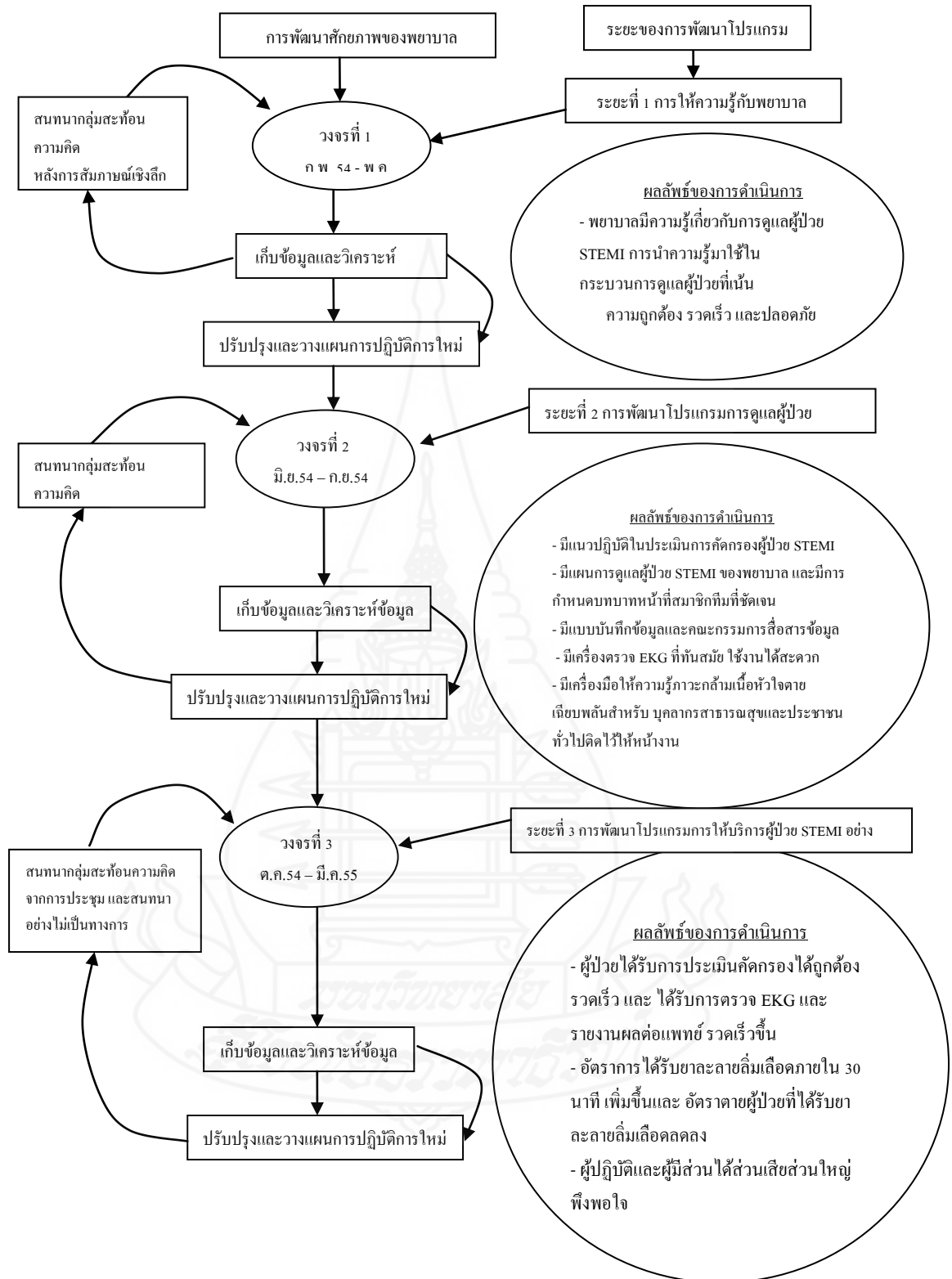
ภาพที่ 4.7 ภาพแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ปฏิบัติยอมรับจากมติการประชุมพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยครั้งที่ 3



**ระยะที่ 3** ระยะประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน  
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนรณทร  
ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ  
6 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึง เดือนมีนาคม 2555

พบว่า การดำเนินการเป็นลักษณะวงจรการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แสดงภาพวงจร  
การพัฒนาได้ดังภาพที่ 4. 8





ภาพที่ 4.8 แสดงวงจรการพัฒนาโปรแกรมแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ สันทนาการไม่เป็นทางการ และจัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ 6 คน เป็นผู้ร่วมวิจัยตลอด ทั้ง 3 ระยะ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI 1 คน พร้อมทั้งศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า STEMI และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทรจำนวน 38 ราย โดยมีผู้ร่วมวิจัยร่วมกันตรวจสอบเวชระเบียนได้แก่แพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม 1 คน แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก ผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพสายอายุรกรรม 7 คน รวม 12 คน ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วย STEMI ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนาโปรแกรม	หลังพัฒนาโปรแกรม	Z	P-value
1. อัตราผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที	ร้อยละ 66	ร้อยละ 97.37	6.16	.000
2. อัตราผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที	ร้อยละ 13.63	ร้อยละ 33.33	3.25	.001
3. อัตราตาย	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 28.95	1.67	.095

จากตารางที่ 4.2 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผล EKG ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ( $P=.000$ ) และอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ( $P=.001$ ) อัตราตายเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 28.95 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=.095$ )

ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่พึงพอใจกับการพัฒนาและการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงมีนาคม 2555 มีข้อค้นพบที่สะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

3.1 พยาบาลมีศักยภาพทั้งความรู้และความสามารถด้านการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่อาจมีภาวะ STEMI ได้แม่นยำและรวดเร็วขึ้น สามารถตรวจ และแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมทั้งรายงานแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา ละลายลิ่มเลือดสามารถส่ง

ผู้ป่วยไปรับยาที่หอผู้ป่วย ICU ภายในเวลา 30 นาทีเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่พูดว่า

“...เดี๋ยวนี้ STEMI มาพวกเรากระตือรือร้นกันทุกคน พอเห็นคนไข้ รู้อาการก็รีบทำ EKG ดูกันแล้ว ถ้าไข้ก็รีบบอกแพทย์ ให้ Consult med บอก ICU เลย...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 10)

“...ถ้าเป็นคนไข้ Refer หนอง ICU และก็ทำบัตรทำ Admit รอเลยมาถึง ER แป๊บเดียวไม่ถึง 20 นาทีมั้ง ก็ย้ายไป ICU แล้ว...”

(พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคนที่ 4)

“...มีคนไข้ ST elevate คนนึงนะ มาราชการที่จังหวัดเราแล้วมีอาการ และก็พามาโรงพยาบาลเร็ว ประมาณชั่วโมงนึงนะ มาถึง ER เราก็เร็วให้ยาที่เร็ว เขาบอกว่า อาการเจ็บเหมือนจะขาดใจหายไปเลยนะ EKG ก็ลงเหมือนปกติเลย พอไปสวนหัวใจที่กรุงเทพฯ หมอที่โน่นบอกดี ไม่ต้องใส่บอลลูนเลย...เนี่ย ชัดเลยนะ ช่วยเร็วทำไยดี...”

(แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม)

“...ก็เร็วแล้วนะที่ พี่ๆ และทีมก็เร็วกันทุกคน พอ STEMI มา ก็รีบช่วยกัน และก็ย้ายไป ICU จะมีก็แต่คนไข้ช็อกที่ต้องช่วยก่อน...”

(แพทย์ปฏิบัติการ)

“...ขณะผมเดินอยู่ในอาคาร โรงเรียน...อยู่ๆเกิดอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก เหมือนอาการจุก แล้วฝ่ามือทั้ง 2 ข้างเริ่มชา หายใจลำบาก เหนื่อยขึ้น และเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ก้าวขาไม่ออก อาการช่วยตัวเองไม่ได้ จนถูกนำส่งมาโรงพยาบาล และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดีและทันท่วงทีจากแพทย์ พยาบาล คนงานทั้งฉุกเฉิน และ ICU ขอขอบคุณมากๆครับ...”

(ผู้ป่วยประสบการณ์ STEMI)

3.2 มีแนวปฏิบัติการประเมินคัดกรองผู้ป่วย STEMI เช็คลิสต์ มีเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัยและใช้งานได้สะดวกขึ้น มีแผนภูมิกำหนดบทบาทหน้าที่ภายในทีมชัดเจน มีแบบบันทึกข้อมูลและคณะกรรมการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่าง

ต่อเนื่อง มีโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับบุคลากร  
สาธารณสุขและประชาชนทั่วไปภายในโรงพยาบาล

3.3 สหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องซึ่งร่วมการวิจัยในครั้งนี้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน มีข้อค้นพบในระยะวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้ว่าทั้งผู้บริหารทุกระดับ และผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีความตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดการบริการผู้ป่วย STEMI เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สูงขึ้น



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST elevation Myocardial Infarction ;STEMI) ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ซึ่งได้ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 รวม 21 เดือน

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท
- 2) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

##### 1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาดำเนินการเริ่มตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 รวม 21 เดือน การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

##### 1.2.1 ระยะศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

โดยศึกษาเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ 2552 การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ร่วมวิจัยหลักคือพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป ซึ่งเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 6 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI เป็นแพทย์ชำนาญการสาขาอายุรกรรม 1 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก 2 คน พนักงานแปล 1 คน และผู้ป่วยที่

มีประสบการณ์ STEMI 1 คน รวม 6 คน และดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก จากนั้นจึงเข้าสู่ระยะที่ 2

### 1.2.2 ระยะเวลาโปรแกรม การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มากำหนดเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผน และดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยจัดตั้งทีมผู้ร่วมวิจัย และกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มพนักงานเปลจำนวน 17 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ 6 คนมาจากทีมผู้ร่วมวิจัยจากระยะศึกษาสถานการณ์พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมและวัตถุประสงค์ในการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1** การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI กับผู้ร่วมวิจัยโดยแยกกลุ่มให้ความรู้ในส่วนที่ต้องรับผิดชอบปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเสริมสร้างทัศนคติและความตระหนัก ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่เน้นความถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยตั้งแต่การรับผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วยรถเข็นนอนจากศูนย์เปล เข้ามาส่งด้านในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แจ้งให้พยาบาลคัดกรองทราบ พยาบาลทำการประเมินคัดกรอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานผลต่อแพทย์ภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door to EKG 10 minutes) การดูแลรักษาเบื้องต้นและการส่งผู้ป่วยไปรับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door to needle time 30 minutes) ซึ่งมีผลต่อความรอดชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพบริการของหน่วยงาน

**ระยะที่ 2** การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการประสานผู้บริหารเพื่อดำเนินการขอทรัพยากรบริการในส่วนที่ผู้ร่วมวิจัยหลักต้องการ การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่แบบประเมิน คัดกรองผู้ป่วย STEMI แบบประเมินข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ้มเลือด แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารทีมปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อคิดไว้ตั้งแต่จุดบริการแรกคือศูนย์เปล พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนภายในทีมปฏิบัติที่รับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกู้ชีพ และพนักงานเปล ให้สอดคล้องกับแผนช่องทางด่วนของโรงพยาบาล การจัดเวลาและจัดสถานที่สำหรับผู้ร่วมวิจัยใช้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI แบบสหวิชาชีพ การส่งเครื่องมือตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

การนำเครื่องมือตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นหลังจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะแล้วนำสู่ที่ประชุมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้เทคนิคสนทนากลุ่มระดมสมองเพื่อประสานปัญหาและหาข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพบริการ ตั้งแต่การบริการศูนย์เปล และบริการพยาบาลได้แก่การรับผู้ป่วย การประเมินคัดกรอง การตรวจและรายงานผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และการปฏิบัติรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติร่วมกับแพทย์ การประสานงานภายในทีม และระหว่างหน่วยงาน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาลดไขมันเลือดที่หอผู้ป่วยหนัก การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติภายในทีมดูแลรักษาพยาบาล การสร้างระบบสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการสร้างเครื่องมือสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อภาวะ STEMI และช่องทางในการมารับการดูแลรักษาได้รวดเร็ว จึงเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย STEMI อย่างยั่งยืน หลังจากปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน และทดลองปฏิบัติการตามโปรแกรมแล้วใช้วิธีสนทนากลุ่มในการประชุมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมของผู้ร่วมวิจัยหลักเพื่อสรุปบทเรียน และพัฒนาปรับปรุงจากการสนทนากลุ่มจำนวน 4 ครั้ง เพื่อให้สาขาวิชาชีพสามารถนำลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2554 ถึงเดือนกันยายน 2554 รวม 8 เดือน

### 1.2.3 ระยะประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

โดยใช้เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI หลังนำโปรแกรมทดลองปฏิบัติและผ่านการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุง จนโปรแกรมเริ่มคงที่ วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างตุลาคม 2554 ถึง มีนาคม 2555 รวม 6 เดือน

## 1.3 ผลการวิจัย

### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักตลอดการดำเนินการทุกระยะของการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร

โดยมีผู้ร่วมวิจัยหลักจำนวน 6 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 เป็นเพศชายร้อยละ 16.67 ทุกคนมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-40 ปี



มากที่สุดร้อยละ 50 อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 57 ปี อายุเฉลี่ย 39.83 ปี ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 16.67 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 50 ประสบการณ์เฉลี่ย 13.63 ปี ผู้มีประสบการณ์น้อยที่สุด 10 ปี ส่วนผู้มีประสบการณ์มากที่สุด 24 ปี ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลร้อยละ 50 เคยผ่านการอบรมในโรงพยาบาลร้อยละ 16.67 และไม่เคยผ่านการอบรมร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

1.3.2 ผลการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีดังนี้

1) โครงสร้างอาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งอยู่ที่อาคาร 100 ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้นล่างด้านหน้าอาคารพื้นที่ใช้สอย 400 ตารางเมตร โดยแบ่งส่วนบริการออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ศูนย์เปล ส่วนคัดกรอง ส่วนดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่วนดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องฟื้นคืนชีพ ห้องสังเกตอาการ ศูนย์ฟ้งได้ (OSCC) และศูนย์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย แต่ละส่วนมีการจัดสรรความรับผิดชอบให้บริการ

ด้านโครงสร้าง ทางการบริหารหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีโครงสร้างทางการบริหารขึ้นอยู่กับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีหัวหน้างานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ มีพยาบาลวิชาชีพประจำการ 22 คน พนักงานสาธารณสุขชุมชน 5 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน มีพนักงานเปล 17 คน หมุนเวียนปฏิบัติงานบริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงโดยแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไป เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล

ทีมประกอบด้วยสมาชิกทีมเป็นพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร 1 คน เป็นพยาบาลกู้ชีพปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 คน เป็นพยาบาลคัดกรอง 1 คน เป็นพยาบาลห้องฟื้นคืนชีพ 1 คน และเป็นพยาบาลห้องสังเกตอาการ 1 คน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับทีมการดูแลผู้ป่วย STEMI นอกจากนี้ยังมีพนักงานกู้ชีพปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับพยาบาลอีกเวรละ 1-2 คน พนักงานเปล 3-4 คน มีแพทย์ปฏิบัติการปฏิบัติงาน และแพทย์เฉพาะสาขาที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

2) ด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย STEMI พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วย STEMI อยู่ในส่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงาน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมกำหนดแผนการดูแลรักษา แบบช่องทางด่วนผ่านพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วย

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการ นำมาถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติในทีมดูแลรักษาผู้ป่วย  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3) ด้านภาระงาน พบว่าสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาใช้บริการงาน  
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมดก่อนดำเนินการพัฒนา โปรแกรมมี Door to EKG 10 minutes  
ร้อยละ 66, Door to needle time 30 minutes ร้อยละ 16.63, อัตราตายร้อยละ 18.5

1.3.3 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุ  
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม  
พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ร่วมวิจัยหลัก และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้  
มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย STEMI สามารถสรุปประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

1) พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินขาดความรู้ ความเข้าใจ  
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้ทัศนคติ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่างกัน และเสนอแนะ  
กระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความตระหนักของผู้ปฏิบัติ โดยพัฒนาศักยภาพ  
คน ด้วยการจัดประชุมวิชาการและสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

2) สาเหตุการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ล่าช้าเนื่องจากติดภาระงาน (พูดเชิง  
บวกหลีกเลี่ยงการพูดถึงการขาดความกระตือรือร้น) แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติยอมรับว่ายังมีพยาบาล  
บางส่วนไม่กระตือรือร้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของแพทย์ปฏิบัติการที่หมุนเวียนปฏิบัติงาน  
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พบว่ามีการรักษาในงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินบางคนขาดความ  
กระตือรือร้น และเห็นว่าพยาบาลคัดกรองต้องมีความกระตือรือร้นและต้องทำให้พยาบาล  
ประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกเวรมีความกระตือรือร้น

3) การทบทวนกระบวนการคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่า  
ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองสำคัญที่สุด ดังนั้นพยาบาลคัดกรองต้องมีประสบการณ์ในการจัดลำดับ  
ความสำคัญของผู้ป่วยโดยใช้การคัดกรองเบื้องต้นอย่างคร่าวๆและรวดเร็วและยอมรับว่าพยาบาล  
บางส่วนขาดประสบการณ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วย STEMI และเสนอแนะให้มีแบบคัดกรองเพื่อให้  
ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยนำเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย STEMI ด้วยรูปแบบ  
ตรวจสอบรายการ (Check list) พร้อมทั้งสร้างและปลูกฝังทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความ  
ตระหนัก แก่พยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ STEMI

4) ด้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าสาเหตุที่ทำให้การตรวจคลื่นไฟฟ้า  
หัวใจและรายงานผลต่อแพทย์ได้ล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากขาดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ทันสมัย  
ต้องการให้มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเครื่องใหม่ ที่ใช้สะดวกรวดเร็วกว่าเดิม หากยังแก้ไขไม่ได้

ต้องดูแลเครื่องเก่าให้มีคุณภาพ มีผู้ดูแลรักษาเครื่องและส่วนประกอบให้สะอาดและพร้อมใช้อยู่เสมอและอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้การตรวจและรายงานคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ล่าช้า เนื่องจากพยาบาลบางส่วนขาดความรู้เรื่องการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จึงต้องทำให้พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้หมดทุกคน โดยมีระบบพี่สอนน้อง เพราะการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์คือมีอาการ มีปัจจัยเสี่ยง ถ้าใช้ STEMI ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถ้าไม่พบก็ถือว่าเป็นผลดีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

5) กระบวนการบริหารงานขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลในแต่ละคนในทีม ต้องการการวางแผน การจัดทีม การนำทีม และการควบคุมตรวจสอบทีมผู้ปฏิบัติกับผลงาน และต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคลและระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาลพร้อมทั้งต้องการให้เชื่อใจและเชื่อมั่นผู้ปฏิบัติ

6) การทบทวนกระบวนการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์ พบว่าขาดกระบวนการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากันเจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็นและต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกันในทีม ต้องการทำงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงผลของการปฏิบัติ ในแต่ละช่วงเวลาและถ้าพบข้อผิดพลาด ต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีมแต่มีการทบทวนเหตุการณ์โดยอิงมาตรฐาน

7) พนักงานเปลบางส่วนและผู้ป่วยประสบการณ STEMI ขาดความรู้ เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการบริการภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ล่าช้า

#### 1.3.4 ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีดังนี้

1) การพัฒนาโปรแกรม การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการกำหนดให้ทีมผู้ร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 22 คน และพนักงานกู้ชีพ 5 คน เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย STEMI ของหน่วยงาน มีการประชุมในลักษณะสนทนากลุ่ม การให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกความเห็น หัวหน้ากลุ่มคือพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับบริหารทีมการพยาบาลของหน่วยงาน ซึ่งอยู่ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

อายุรกรรม สมาชิกคือพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 20 คน และพนักงาน กู้ชีพ 5 คน ที่ปรึกษาคือ หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และ แพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรกรรม ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยสาขา อายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กลุ่มพนักงานแปล 17 คน โดยหัวหน้าพนักงานแปลเป็นหัวหน้ากลุ่ม

2) มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และเป้าหมายในการดำเนินการ พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3) มีการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

**ระยะที่ 1** การให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI กับ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 22 คน พนักงานกู้ชีพ 5 คน และพนักงานแปล 17 คน เมื่อบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจแล้วจึงเข้าสู่ระยะที่ 2

**ระยะที่ 2** การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการประสาน ผู้บริหารเพื่อดำเนินการจัดสรรเครื่อง EKG ในส่วนที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการ การจัดเวลาและจัดสถานที่ สำหรับผู้ร่วมวิจัยใช้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI แบบสหวิชาชีพ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มระดมสมองเพื่อประสานปัญหา และข้อสรุปในการพัฒนาคุณภาพ บริการ ตั้งแต่การสร้างแนวทาง การรับผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกด้วยรถนอนของพนักงานแปล การประเมินคัดคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง (Check list) การตรวจ EKG การอ่าน และรายงานผล EKG ต่อแพทย์ การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติร่วมกับแพทย์ มีการสื่อสารและการประสานงานภายในทีม และระหว่างหน่วยงาน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยา ละลายลิ่มเลือด มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนภายในทีมดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย STEMI มีการ สร้างระบบสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพธ์แก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงมีการสร้าง เครื่องมือสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่บุคลากร สาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดการรับรู้อันอาจส่งผลให้เข้าถึงการดูแลรักษาที่รวดเร็ว หลังจากได้แนวทางปฏิบัติแล้วจึงเข้าสู่ระยะที่ 3

**ระยะที่ 3** การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย STEMI อย่างยั่งยืน โดยมีการ เสวนาสะท้อนคิดระหว่างการทำงาน และใช้วิธีสนทนากลุ่มสะท้อนผลลัพธ์ในการประชุม ร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ของผู้ร่วมวิจัยโดยแยกกลุ่ม เพื่อสรุปบทเรียน และพัฒนาปรับปรุงให้สห วิชาชีพสามารถนำลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจจากผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทหารพรานที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

1) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่องการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI การอ่านและรายงานผล EKG ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความสามารถที่เพิ่มขึ้น และผลการประชุมวิชาการให้ความรู้พนักงานเปลเรื่องอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ไม่มีอุบัติการณ์จากการไม่ใช้เปลนอนในการให้บริการผู้ป่วย STEMI

2) ผลการประเมินความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติ ในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ เนื่องจากทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

3) ผลการประเมินความพึงพอใจด้านการจัดสรรทรัพยากร บริการผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจทุกคน เนื่องจากได้รับเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัยใช้งานได้สะดวกขึ้น

4) ผลการประเมินความพึงพอใจด้านการกำหนดบทบาทชัดเจนภายในทีมผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเนื่องจากเป็นผู้ร่วมกันกำหนดเองและมีความยืดหยุ่นสามารถปฏิบัติได้

5) ผลการประเมินความพึงพอใจด้านระบบการสื่อสารสะท้อนผลลัพธ์ ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจ เนื่องจากมีข้อมูลชัดเจน สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

6) ผลการประเมินความพึงพอใจผลลัพธ์ด้านความรวดเร็วในการดูแลรักษา ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่มีข้อมูลชัดเจน แม้บางส่วนจะมีข้อเสนอแนะให้มีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และต้องการให้มีการทบทวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตเนื่องจากอัตราตายยังสูง

7) ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย STEMI ระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนมีนาคม 2555 รวม 6 เดือน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ STEMI มีอัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ได้รับรายงานผล EKG ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ( $P=.000$ ) อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ( $P=.001$ )

## 2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial Infarction; STEMI) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชยันตพนเรนทร จังหวัดชัยนาท อภิปรายผล ดังนี้

**2.1 ปัจจัยที่ค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์** การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด มุมมอง ความตระหนัก และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคิดว่า พยาบาลวิชาชีพบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย STEMI ขาดความรู้เรื่องการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ทำให้ทัศนคติ มุมมอง ความตระหนัก และความกระตือรือร้นต่างกัน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การประเมิน คัดกรอง การตรวจและรายงานผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อแพทย์และทีมได้ล่าช้า ทำให้การวินิจฉัยและการตัดสินใจดูแลรักษาล่าช้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักที่เข้าร่วมตลอดการวิจัยไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ 33.33 นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาศักยภาพคนด้วยการจัดประชุมวิชาการ การเรียนรู้ระหว่างการทำงานโดยระบบพี่สอนน้อง และสร้างความตระหนักด้วยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยหลักมีความตระหนักในการให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย STEMI แต่มีข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย STEMI ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของพูลสุข หิงคานนท์ (2549: 9,23) ที่กล่าวว่า ในการให้บริการพยาบาลกับผู้ใช้บริการนั้น ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน เพราะการกระทำการพยาบาลนั้นเป็นการกระทำต่อมนุษย์ จะเกิดความผิดพลาดไม่ได้ พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่ต่างกัน ย่อมให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน

การที่พยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และการปฏิบัติต่างกัน ไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ยังสอดคล้องกับแนวคิดของคารายอน และเกอร์เซส (Carayon & Gurses, 2005 อ้างถึงในวีณา จีระแพทย์ 2550: 20) ที่กล่าวว่าในการปฏิบัติงานนั้นปัจจัยเชิงสาเหตุหนึ่งที่เป็น

อุปสรรคต่อการปฏิบัติงานคือปัจจัยในคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ ซึ่งสมรรถนะตามมุมมองของการบริหารทรัพยากรบุคคลของลูเซียและเลปซิงเกอร์ (Lucia and Lepsinger, 1999 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญา จำปามูล 2550: 8) หมายถึงกลุ่มของความรู้ ทักษะ ทักษะคติที่มีผลอย่างมากในการที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามหน้าที่และบทบาทที่ดำรงอยู่ โดยพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการประเมินสภาพ การกำหนดปัญหา การวางแผนปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล 2549: 10) สมรรถนะนั้นๆสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยการฝึกอบรม

ความคิดเห็นด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยการจัดประชุมวิชาการ การเรียนรู้ระหว่างการทำงานโดยระบบพี่สอนน้อง และการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ในการให้บริการผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติผู้ร่วมวิจัยหลักนั้นยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter, 1993 cited in Laschinger, et. al., 1999 อ้างถึงในอารีวรรณ อ่วมธานี 2550: 20-22) ผู้เป็นเจ้าของทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร (Kanter's Theory of Organization Empowerment) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจอันมีผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลว่า เป็นการให้บุคคลได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนทักษะความสามารถ (Competence and skill) การให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานในการไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงานหรือลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

ข้อค้นพบในระยะศึกษาศาสนการณ์สะท้อนให้เห็นว่าต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง การตรวจและรายงานผล EKG การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการส่งผู้ป่วยเข้ารับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วยหนัก ตามกระบวนการในระยะเวลาที่รวดเร็วเพื่อบรรลุเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อความปลอดภัย รอดชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ จริยา ดันดิธรรม (2552:44-47) ที่กล่าวว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องแสดงบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาที่รวดเร็วซึ่งจะทำให้สามารถลดอัตราการตาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของ STEMI มีทักษะด้านการประเมิน คัดกรอง ทักษะการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจร่างกาย การรายงานแพทย์ การประสานงานเพื่อการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยทุกรายที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการ STEMI น้อยกว่า 12 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องรีบประเมินคัดกรอง ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และจัดให้แพทย์ตรวจทันที พร้อมทั้งเตรียมการประสานงานเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ คำรัส ตริสุโกศล (2554: 45) ที่กล่าวว่าโรงพยาบาลต้อง

จัดให้มีพยาบาลเพิ่มพูนทักษะ เพื่อคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะ STEMI ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และยังสามารถคล้องกับข้อคิดเห็นของจิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ (2552: 7) ที่กล่าวว่า โดยบทบาทของพยาบาลคัดกรอง (Triage nurse) ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องรีบซักประวัติ และตรวจประเมินผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วย ทำ EKG แล้วรายงานแพทย์ในเวลาที่รวดเร็วซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัย โรงพยาบาลจะต้องให้ทุกคนที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับทราบช่องทางด่วนตั้งแต่เวรเปล พยาบาล และแพทย์เวร โดยกำหนดให้ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกเกือบพลันทุกรายนำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดที่เตรียมไว้ทำ EKG เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการให้ยาละลายลิ่มเลือด

นอกจากข้อคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยหลักในข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและเสนอแนะกระบวนการพัฒนาศักยภาพจะมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแล้วยังมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยของโอคราวิ (Okhravi, 2002: 21-26) ที่ทำการศึกษาวิจัย เจริญวิเคราะห์ หาสาเหตุของความล่าช้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลฝึกหัดแพทย์ 3 แห่ง ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศอิหร่าน พบว่าความล่าช้าในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ความล่าช้าในการดูแลที่ห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 51.7 ซึ่งผลของการวิจัยนี้แนะนำให้พยาบาลควรพัฒนาการศึกษาพยาบาลและพัฒนาบริการและการจัดการการดูแลต่างๆ ในโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม และยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤดี โคตรสมบัติ และคนอื่น (2554: 125) ศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอานวย จังหวัดสกลนคร ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงานการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และยังสามารถคล้องกับการศึกษาวิจัยของอันเดอร์วูดและคนอื่น (Underwood and others, 2009: 330) ที่ทำการศึกษาวิจัยการเปิดหลอดเลือดของ ผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล 65 แห่งในรัฐคาโรไลน่า สหรัฐอเมริกาโดยการทบทวนเอกสารการวิจัยการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้านบทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินในการใช้ภาวะผู้นำเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI (The Role of The Emergency Nurse in Improving Care of Patient with ST-Elevation Myocardial Infarction: Perspective of The RACE Nurse Leadership) พบว่าการให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการประเมินคัดกรอง การตรวจและรายงานผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรับรู้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วขึ้น แต่ข้อคิดเห็นของผู้ปฏิบัติที่ค้นพบจากการวิจัยในระยะศึกษาศาสนการณ์นี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยของฮาเวลและคนอื่น (Havel and others, 2010) ที่พัฒนาความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในแผนก



ฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเวียตนา ประเทศออสเตรเลีย (Accelerated Management of Patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction in ED) ด้วยการจัดการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ขององค์กรอย่างง่าย ๆ เพียงกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานเท่านั้นแต่มีผลต่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา ทั้งนี้เนื่องจากประเทศแถบตะวันตกมีวิวัฒนาการความรู้และเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งตัวอย่างของวิวัฒนาการดังกล่าวคือรูปแบบการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการบริการสุขภาพ ได้แก่รูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของอัลเบอร์ตา (The Alberta Ministry of Human Resources and Employment, 2006 อ้างถึงในอรพรรณ โดสิงห์ ดวงมถล วัตราคูล และกรรมนิกา ปัญญาอมรวัฒน์ 2551: 10-11)

ปัจจัยด้านความเพียงพอ และความพร้อมใช้ของทรัพยากรการให้บริการ พยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่า เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่ทันสมัย และใช้งานได้ไม่สะดวก ต้องการให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยและสะดวกใช้ ต้องการให้มีผู้รับผิดชอบบำรุงรักษาให้พร้อมใช้งานได้อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้หน่วยงานยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย STEMI เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเชื่อมั่น และมั่นใจในการปฏิบัติงาน อภิปรายได้ว่าผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญของความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย STEMI แต่มีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ให้บริการและเครื่องมือที่เป็นแนวทางคัดกรอง และต้องการ การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ จิราเพชร เวคฟิลด์ แมคค็อกซ์ และบูล (Jirapaet, 2005; Wakefield, Maddox & Bull, 1998 อ้างถึงในวิณา จิระแพทย์ 2550: 9) ที่เห็นว่าหนึ่งในปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานที่ปลอดภัยได้แก่ปัจจัยด้านอุปกรณ์การแพทย์ คือการใช้ อุปกรณ์การแพทย์ที่มีความซับซ้อนในการใช้งานไม่ได้มาตรฐาน ชำรุด หรือไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ตลอดจนความขาดแคลนของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติดูแลที่ปลอดภัย และมีความสอดคล้องกับแนวคิดของคอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Canugo, 1988 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี 2550: 16) ที่กล่าวว่า การขาดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกไร้อำนาจในการปฏิบัติงาน และความต้องการสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการของผู้ปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี (Kanter, 1993 cited in Laschinger, et. al., 1999; Tracy, 1990 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี 2550: 20, 24) ที่กล่าวว่า การได้รับทรัพยากรเป็นการจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วยวัสดุอุปกรณ์ (Material) เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพที่ให้ความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อใช้ในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย และการมีมาตรฐานเป็นแนวทางปฏิบัติจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร

ข้อค้นพบความต้องการการสนับสนุนเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายของผู้ปฏิบัติยังมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบของอันเดอร์วูดและคนอื่น (Underwood and others, 2009: 331) ในการศึกษาวิจัยบทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินพบว่าการจัดให้มีเครื่องตรวจ EKG ที่สะดวกและพร้อมใช้ไว้ในห้องฉุกเฉิน พร้อมกับเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย STEMI ซึ่งเป็นโปสเตอร์ของสถาบันโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และสถาบันนานาชาติหัวใจ ปอด และเลือด โดยใช้ชื่อว่า “ACT in Time to Heart Attack Signs” ติดไว้ในห้องฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางคัดกรองแก่ผู้ปฏิบัติสามารถทำให้การบริการผู้ป่วย STEMI ในห้องฉุกเฉินด้านการประเมิน คัดกรอง การตรวจ EKG และรายงานผลต่อแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและตัดสินใจดูแลรักษาได้รวดเร็วขึ้น

ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย STEMI ไม่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพบางคนขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย อภิปรายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยหลักเห็นว่า กระบวนการบริหารงานขาดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาลแต่ละคนในทีม ต้องการการวางแผน การจัดทีม การนำทีม และการควบคุมตรวจสอบทีมผู้ปฏิบัติกับผลงาน และต้องการให้มีการปรับปรุงผู้บริหารทีม ทั้งตัวบุคคลและระบบงานที่ไม่ใช่การพยาบาล ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของคอนเจอร์และคานูโก (Conger & Canugo, 1988 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 16-17) ที่กล่าวถึงลักษณะงานที่บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติแต่ละงานไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุหรือเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกไร้อำนาจหมดพลังที่จะต่อสู้กับงานที่มีปริมาณงานมาก และต้องใช้ความรับผิดชอบสูงในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อรักษาชีวิตของมนุษย์ แรงจูงใจในการทำงานลดลง ความพึงพอใจเริ่มน้อยลง ขาดความสนใจในงาน ซึ่งลักษณะดังกล่าวส่งผลเสียต่อตัวผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของหน่วยงานและองค์กร

การที่ผู้ปฏิบัติต้องการให้มีการกำหนดบทบาทผู้ปฏิบัติในทีมให้ชัดเจนนั้นยังมีสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปฏิบัติของเทรซี่ (Tracy, 1990 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 18-24) ที่กล่าวถึงขั้นตอนหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปฏิบัติว่า หน่วยงานต้องมีความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในงาน มีการมอบหมายทั้งอำนาจและหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติ มีมาตรฐานการทำงานเป็นแนวทางให้ปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้กระบวนการวัดผลและนำผลการวัดมาปรับปรุงแผนการดำเนินงานขององค์กรถูกทิศทาง โดยใช้เทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการที่เหมาะสม คือการบริหารอย่างมีส่วนร่วม (Participative management) ให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน มีส่วนร่วมตัดสินใจ เลือกรูปแบบการปฏิบัติ หรือการแก้ปัญหาของหน่วยงาน มีการตั้งเป้าหมายในการบริหารงาน (Goal setting) โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายของตนเองเนื่องจากหน่วยงาน

เป็นของทุกคนที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นทุกคนควรมีส่วนร่วม ซึ่งจะก่อเกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน สร้างสรรค์สามัคคีและมีเป้าหมายเดียวกันในการทำงานเพื่อองค์กร โดยปัจจัยสำคัญในการทำงานร่วมกันได้แก่การได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ที่ได้จากการประเมินเฉพาะบุคคล หรือกลุ่ม หรือทั้งองค์กรซึ่งผลในด้านนี้จะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกดีใจที่ได้รับทราบและทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน หากมีข้อผิดพลาดจะได้มีการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้น นอกจากนี้คือการมีตัวอย่างที่ดี การเสริมแรงด้วยการยอมรับการยกย่องชมเชยและการเพิ่มคุณค่าในงานซึ่งเป็นการเพิ่มงานและความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงานในการวางแผน ออกแบบงาน และประเมินผลงานด้วยตัวของ ผู้ปฏิบัติงานเองเป็นวิธีการหนึ่งที่เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน (Conger & Canugo, 1988 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 17) โดยมีการควบคุม (Controlling) เพื่อตรวจสอบว่าได้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง ถูกทิศทาง และถูกเวลา ช่วยให้เกิดความมั่นใจว่า การดำเนินงานของบุคคลหรือกลุ่มจะเกิดผลสำเร็จ ของงาน (Schermerhorn, 2001; สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวุธ และอภิญา จำปามูล 2549: 28)

ข้อค้นพบของการวิจัยในด้านบทบาทของผู้ปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบ ในงานวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ของนันทวล โยคิน และคณะ (2555: 34) พบว่าการกำหนดบทบาท บุคลากรในทีมปฏิบัติชัดเจนมีผลทำให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI มากขึ้น

ปัจจัยด้านกระบวนการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์ พบว่า ขาดกระบวนการ สื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วย STEMI เนื่องจากผู้ปฏิบัติคิดว่ายังขาดความชัดเจนของนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรทำให้ทั้งองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI ไม่เท่ากันเจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าที่ควรจะเป็นและ ต้องการความชัดเจนของนโยบาย พร้อมทั้งมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกันในทีม ต้องการ การทำงานภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงเหตุผลของการปฏิบัติ ในแต่ละช่วงเวลา และถ้าพบข้อผิดพลาด ต้องไม่มีการกล่าวโทษในทีมแต่มีการทบทวนเหตุการณ์โดยอิงมาตรฐาน อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติต้องการ การยืนยันความสำคัญของการปฏิบัติจากนโยบาย ขององค์กร ต้องการทราบผลการปฏิบัติงานของตัวเองและทีม และต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องร่วม รับทราบและเห็นความสำคัญ พร้อมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยไม่มีการกล่าวโทษใคร

ข้อคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่ต้องการให้มีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของเทรซี่ (Tracy, 1990 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 18-19) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปฏิบัติโดยการให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับการทำงาน ให้การยกย่อง ขอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ ขอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะขอมรับข้อผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจ และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจผู้ปฏิบัติของโทมัส, เวลเฮ้าส์ และสพริสเซอร์ (Thomas & Velthouse, 1990; Spreitzer, 1997 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 28) ที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ความหมายของงาน รับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้ และรับรู้ว่าคุณมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้จักคุณค่าของตนเอง เพิ่มสมรรถนะของตนและเกิดความพึงพอใจในงาน

ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในด้านความชัดเจนของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นความต้องการ การเสริมสร้างพลังอำนาจที่สอดคล้องกับแนวคิดของกุนเดนและคริสแมน (Gunden & Crissman 1992 อ้างถึงในพูลสุข หิงคานนท์ 2550: 15) ซึ่งเสนอแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจแก่ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร เป็นการสื่อสารสองทาง และหลากหลายรูปแบบเช่นการพบปะกันในแผนก การประชุมย่อย การประชุมปรึกษา เพื่อให้ได้รับข่าวสารร่วมกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งองค์กร การให้ข้อมูลย้อนกลับว่ารูปแบบการทำงานเป็นอย่างไร มีข้อดี ข้อเสีย หรือมีสิ่งใดบ้างที่ต้องปรับปรุง ให้ความไว้วางใจ และการสนับสนุนในทางบวก คำแนะนำเชิงสร้างสรรค์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน

ข้อค้นพบความต้องการของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในด้านความชัดเจนของข้อมูลข่าวสารนี้สะท้อนให้เห็นว่าจะต้องพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูล และสะท้อนผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ตัดสินใจพัฒนาการทำงานซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของฉนวน ขนุนทอง (2554: 158) ศึกษาและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้วยระบบช่องทางด่วน (Fast track) ในศูนย์โรคหัวใจระดับ 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่ากระบวนการสื่อสารข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI แบบช่องทางด่วนทั้งองค์กรและสะท้อนผลลัพธ์การดูแล แก่ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องทำให้ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้น

ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย STEMI บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ พนักงานแปล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลคิดว่าผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ไม่เท่ากัน อภิปรายได้ว่าปัจจัยด้าน ความรู้ความเข้าใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ค้นพบเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับบริการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงวิเคราะห์ สาเหตุความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย STEMI ของคานเยา ฟิตซิมอน และ เดมป์สเตอร์ (Carneya, Fitzsimonsb และ Dempsterc, 2002: 237-242) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่สามารถนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคนี้มาสัมพันธ์กับอาการของตนเองที่กำลังดำเนินอยู่ มีค่าในการทำนายระยะเวลาในการมารับการรักษาสูงที่สุด และการให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและควบคุมภาวะสุขภาพ และลดระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับการรักษา ได้ เป็นความท้าทาย ทางการจัดการพยาบาล แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิเกี่ยวกับ โรคนี้ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงสำรวจหาความต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ของชูชัย ศรีขำนิ (2555) พบว่าผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขต 3 มีความต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 83 ซึ่งข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าจะต้องพัฒนาทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว (สุพจน์ ศรีมหาโชค 2551:107-109 )

**2.2 การดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท** ได้ดำเนินการ 3 ระยะได้แก่ระยะที่ 1 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย STEMI และการดูแลรักษาฉุกเฉิน กับพยาบาลวิชาชีพ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI และทรัพยากรบริการ และระยะที่ 3 การทดลองปฏิบัติและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI มีการนำความรู้ และทรัพยากรมาใช้ ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการประเมินคัดกรอง ทำ EKG และรายงานผลต่อแพทย์ได้ถูกต้อง ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ ข้อคิดเห็นของ พูลสุข หิงคานนท์ (2550: 6-7) ที่กล่าวว่าพัฒนาบุคลากรพยาบาลซึ่งอยู่ในระบบให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตามบุคลากรพยาบาลย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ Lucia and Lepsinger, 1999 (อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และอภิญา จำปามูล 2550: 8) ที่กล่าวว่าการพัฒนา

สมรรถนะนั้นมีผลอย่างมากในการที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตามหน้าที่และบทบาทที่ดำรงอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำมากำหนดแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองได้ และข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ของอมรรัตน์ มุขวัฒน์ และราณี ขาวดี (2554: 80) และข้อค้นพบจากการวิจัยของประภาพรณ จันพิบูลย์ และสิริพร อุ๋นตาล (2555: 83) ที่พบว่าการพัฒนาความรู้/ทักษะการประเมินและการดูแลผู้ป่วยในบุคลากรหน่วยบริการและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นแก่พยาบาล ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI นี้พบว่าผู้ร่วมวิจัยหลัก ที่เข้าร่วมการวิจัยมีการตื่นรู้ สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและการสร้างแนวทางปฏิบัติได้ (Conway, Fitzgerald, 2004 อ้างถึงในรัตนกรณ พงษ์ประจักษ์ และคนอื่น 2553: 26) โดยร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติในประเมินการคัดกรองผู้ป่วย STEMI แผนการดูแลผู้ป่วย STEMI ของพยาบาล และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่สมาชิกทีมที่ชัดเจน มีแบบบันทึกข้อมูลและคณะกรรมการสื่อสารข้อมูล มีเครื่องตรวจ EKG ที่ทันสมัยใช้งานได้สะดวก มีเครื่องมือให้ความรู้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปติดไว้ให้หน้าหน่วยงาน และบริเวณคัดกรองผู้ป่วย อภิปรายได้ว่าสิ่งที่ผู้ปฏิบัติได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน ได้รับทราบข้อมูลย้อนกลับด้านผลการปฏิบัติงาน สามารถเสริมแรงผู้ปฏิบัติให้มีส่วนร่วมในการวางแผนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติหรือแก้ปัญหาของหน่วยงาน (Conger & Canugo, 1988 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี 2550: 17) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพและศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ในห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง ของวันเพ็ญ แสงเพชรส่อง ทวีวรรณ ผาสุก และธนิศา นิมวงศ์ (2555: 90) และข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสุนันญา พรหมดวง และคณะ (2555: 35) ที่พบว่า การสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลที่จำเป็น และการให้โอกาสแสดงความคิดเห็น ทำให้บุคลากรสามารถสร้างแนวทางปฏิบัติที่ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานปฏิบัติการตาม โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย STEMI พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองจากพยาบาล ได้ถูกต้องรวดเร็วและได้รับการตรวจ EKG และรายงานผลต่อแพทย์ รวดเร็วขึ้น อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับรายงานผล ทำ EKG ภายใน 10 นาที (Door to EKG times within 10 minutes) เพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 97.37 ( $P=.000$ ) อัตราการผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.63 เป็นร้อยละ 33.33 ( $P=.001$ )

ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ทรัพยากรบริการ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การได้รับโอกาสพัฒนาการทำงาน ทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กร (Kanter, 1997 อ้างถึงใน อารียรรณ อ่วมธานี 2550: 20-23) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแบบอย่างวิธีการแก้ปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อการพัฒนาองค์กร (French & Bell, 1983 อ้างถึงใน เสน่ห์ จุ้ยโต 2550: 18-19) ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรรยาพร แพ่งโยธา (2554: 123) ศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการแบบสหวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าอัตราตายของผู้ป่วย STEMI ยังคงสูง และยังคงแตกต่างจากการศึกษาของ สุพจน์ ศรีมหาโชค และคณะ (2551: 83-109) ซึ่งทำการศึกษาในโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Acute Coronary Syndrome Registry; TACSR) พบว่าอัตราตายภาพรวมของประเทศในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 17 ซึ่งอัตราตายที่พบจากการวิจัยนี้สูงกว่าอัตราตายรวมของประเทศไทย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกันเช่นการมีผู้ป่วยที่มีอาการช็อกมากกว่า ปัจจัยด้านทางเลือกในการเปิดหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเนื่องจากสถานที่ศึกษาส่วนใหญ่สามารถเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีอื่นได้ นอกเหนือจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งการได้รับการรักษาที่อาจจะช้ากว่าโดยเฉพาะการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (สุพจน์ ศรีมหาโชค และคณะ 2551: 105)

ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่พึงพอใจต่อผลการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่แม้จะยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่มีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=.001$ ) ซึ่งข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าการที่พยาบาลได้รับการสนับสนุน ได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับทรัพยากร ได้โอกาส การมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อประสิทธิภาพและการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเป็นเสมือนแรงจูงใจที่จะทำให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างเต็มใจและพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่าย (Kanter, 1997; Kinlaw, 1995 อ้างถึงใน อารียรรณ อ่วมธานี 2550: 7)

ผลการวิจัยด้านอื่นๆ จากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ในครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมได้ดังนี้

1) ด้านระบบการปฏิบัติงานมีการปรับระบบบริหารงาน โดยใช้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบการสื่อสารที่ดีขึ้น มีแนวทางการปฏิบัติงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นและเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ด้านผู้ร่วมวิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับผู้บริหารและผู้ร่วมงาน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของหน่วยงาน ต้องการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น มีความกล้าแสดงความคิดเห็นและภาคภูมิใจเมื่อความคิดเห็นนั้นถูกนำไปใช้พัฒนาหน่วยงาน

3) ด้านผู้บริหาร การบริหารงานมีความสะดวกและราบรื่นขึ้น แรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงมีน้อย เนื่องจากผู้ปฏิบัติยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติงานเอง โดยมีผู้บริหารคอยให้ข้อมูลและคำปรึกษา มีการตัดสินใจและยอมรับผลการตัดสินใจร่วมกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4) สำหรับผู้วิจัยได้รับการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วม ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเรียนรู้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งหากไม่ได้รับการศึกษาและพัฒนาความรู้ ทักษะจากคณาจารย์ของสถาบันการศึกษา สำหรับตัวผู้วิจัยคงมีอาจกระทำไม่ได้

ผู้วิจัยได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทั้งของตนเองและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำวิจัยนี้ จากการเริ่มต้นค้นหาข้อมูลจากสถานการณ์จริง ซึ่งพบว่ามีรายละเอียดสำคัญจำนวนมากที่แม้ผู้วิจัยจะปฏิบัติงานอยู่ในหน้าที่อย่างเอาใจใส่ แต่หากปราศจากกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลสำคัญจะผ่านไปโดยมิได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการเป็นผู้รับฟังมากขึ้น มีการพัฒนาความคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่หลากหลาย พยายามนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปปรับระบบการบริหารงานให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมมากขึ้น

ผลจากการนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากรและจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความตระหนักร่วมกัน ยิ่งไปกว่านั้นการร่วมแรงร่วมใจกันยังช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างทีมบุคลากรเพิ่มพูนขึ้น เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน การแสวงหาความรู้ร่วมกันยังช่วยให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศทางการสื่อสารทั้งจากการศึกษา และการปฏิบัติงาน ได้รับประสบการณ์ที่ทำให้ทัศนคติ มุมมองในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากเดิม



### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในบริบทการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท การนำไปประยุกต์ใช้อาจมีความแตกต่างและข้อจำกัดด้านปัจจัยพื้นฐาน โครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กร ตลอดจนสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย แต่อาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานพยาบาลที่มีบริบท และสภาพปัญหาใกล้เคียงกันของแต่ละหน่วยงานได้ ดังนี้

3.1.1 พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง และสอดคล้องกับแผนช่องทางด่วนของหน่วยงาน ของประเทศ และในระดับสากลได้

3.1.2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย STEMI มีอัตราการเสียชีวิตสูงเกินกว่าร้อยละ 20 ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้เคียงที่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจในภาวะฉุกเฉินด้วยวิธีอื่นในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตลง

3.1.3 ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองผู้ป่วย STEMI อย่างถูกต้องและรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยกำหนดขั้นตอนการดูแลรักษา และส่งต่อโดยเร่งด่วนเพื่อประสิทธิภาพ ในการรักษาพยาบาลสูงสุด

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างครบวงจร ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเริ่มตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยใน จนกระทั่งสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

3.2.2 ควรศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุเชิงลึก ของการที่ผู้ป่วย STEMI ยังมีอัตราการสูง ทั้งที่มีการพัฒนาระบบการดูแลในสถานบริการต่าง ๆ มาระยะเวลาหนึ่งแล้ว เสียชีวิต

3.2.3 ควรมีการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ในสถานบริการระดับต่าง ๆ

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ ขานโบ (2555) “ระบบช่องทางคว่นในผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียก” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ตซิตี้ จังหวัดภูเก็ต หน้า 78 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันโรคทรวงอก (2552) การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ โครงการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ 14-16 มกราคม 2552
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักการพยาบาล (2551) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก
- คณะกรรมการราชบัณฑิตสถาน (2546) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.๒๕๔๒ กรุงเทพมหานคร วัฒนาอินเตอร์พริ้นท์
- จรรวมล แพ่งโยธา (2554) “ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevate ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจชุมชน วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลา구나 จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 123
- จริยา ดันติธรรม (2552) “ผลลัพธ์จากการนำ Guideline Applied in Practice ผ่านระบบทางด่วนพิเศษสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากระบบชิบดี” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉินครั้งที่ 10 วันที่ 9-13 กุมภาพันธ์ 2552 โรงพยาบาลราชวิถี จัดโดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 44-47
- จิตติ โหมิตชัยวัฒน์ (2552) “แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome @ โรงพยาบาลชุมชน” ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การประชุมฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเครือข่ายจังหวัดชัยนาท วันที่ 14 กันยายน 2554 ณ ห้องประชุมบูรศักดิ์ ชั้น 6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยอายุรกรรม หน้า 7
- ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ (2551) “Acute ST-Elevation Myocardial Infarction” ใน จันทรภา ศรีสวัสดิ์ และคณะ บรรณาธิการ อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน โครงการตำราวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า หน้า 62 กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์

- ชูชัย ศรีขำ (2554) โครงการศึกษาความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน  
หน่วยบริการปฐมภูมิ เขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ (สไลด์) การประชุมวิชาการนำเสนอผล  
การพัฒนา R2R เครือข่ายบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3  
20 เมษายน 2555
- โชติพงษ์ ศิริพัฒน์มงคล (2554) “Community Thrombolytic Therapy: The Possible Mission in  
Maechan Hospital” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri  
เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน วันที่ 26-28 มกราคม 2554 โรงแรมอมรินทร์ลาгуน  
จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 48
- ณตยา ขุนทอง (2554) “การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้วยระบบช่องทางด่วน  
(Fast track) ในศูนย์โรคหัวใจระดับ 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช  
จังหวัดสุพรรณบุรี” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3:  
Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาгуน  
จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 158
- คารณิ จามจรี (2542) “บทที่ 5 มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”  
ใน กฤษฎา แสงดีและคนอื่น บรรณาธิการ *การพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ  
มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* หน้า 69-96 กรุงเทพมหานคร  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- คำรัส ตรีสุโกศล (2554) “Acute ST Elevation Myocardial Infarction” ใน ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน  
รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ บรรณาธิการ *Cardiac Emergencies  
ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล* หน้า 45  
กรุงเทพมหานคร ภาพพิมพ์
- ทรงศรี สรณสถาพร (2552) *การอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษอย่างมีประสิทธิภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 3  
กรุงเทพมหานคร วังอักษร
- ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ และภาวิทย์ เพ็ชรวิจิตร (2551) “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
(Acute Coronary Syndrome)” ใน ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ บรรณาธิการ *อายุรศาสตร์  
ฉุกเฉิน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* หน้า 105-121 กรุงเทพมหานคร บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์
- ธัญรัตน์ อร่ามเสรีวงศ์ (2552) “Acute Coronary Syndrome” ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล  
คูจเดือน สีละมาด กานดิษฐ์ ประยงค์รัตน์ บรรณาธิการ *ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน :*  
*Textbook of Emergency Medicine* 167-188 โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หน้า 168-169 สมุทรปราการ สันทวิกิจพริ้นติ้ง

- ชนชัย ยมจินดา (2550) “การกำหนดทิศทางการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการ” ใน ประมวลสาระ  
 ชุติวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์ หน่วยที่ 15 หน้า 1-106 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ชนวัฒน์ เบญจนาวัตร (2553) “กล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” ใน สุขกิจ วิกฤตยา บวร  
 วิทยชำนานุกูล และกรองกาญจน์ สุธรรม บรรณาธิการ *แนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้น  
 คืนชีพ: CPR 2010* หน้า 128 เชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ (2552) *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS* พิมพ์ครั้งที่ 10  
 กรุงเทพมหานคร เอส. อาร์. พรินติ้ง แมสโปรดักส์
- นครินทร์ ศันสนยุทธ (2552) “Primary Percutaneous Coronary Intervention in the Management of  
 Acute Myocardial Infarction” ใน สุเอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล  
 บรรณาธิการ *Critical Care: The Mode of Holistic Approach 2008-2009* หน้า 128  
 กรุงเทพมหานคร ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์
- นิตยา ปริญญาปรีวัฒน์ และยุพาพรรณ แสงพราย (2555) “ผลของการใช้ระบบ STEMI Fast Track  
 แบบควบคุมระยะเวลา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช” ใน การประชุม  
 วิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24  
 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 58
- นันทวล โยคิน และคณะ (2555) “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดใน  
 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย” ใน การประชุมวิชาการ  
 Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24  
 กุมภาพันธ์ 2555 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 61
- บุญ วนาสิน (2549) “คำนิยาม” ใน เกียรติชัย ฐิริปัญญา และคนอื่นๆ บรรณาธิการ *Update  
 Cardiology for Internist* หน้า 5 กรุงเทพมหานคร เฮาแคนดูล
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพมหานคร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- \_\_\_\_\_. (2550) *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล* กรุงเทพมหานคร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญเลิศ จุลเกียรติ (2550) “ข้อพึงปฏิบัติบางประการในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน” ใน  
 บุญเลิศ จุลเกียรติ และคนอื่น บรรณาธิการ *หลักการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน* หน้า 6  
 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

- บุษบา ค่านเดชา และคณะ (2554) “Fast Track STEMI ศูนย์โรคหัวใจนราธิวาสราชชนครินทร์  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาดูน  
จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 149
- ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี (2551) “สาสน์จากนายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย” ใน  
สุรพันธุ์ สิทธิสุข บรรณาธิการ *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาด  
เลือดในประเทศไทย ปี 2551* หน้า 7 นนทบุรี ศรีเมืองการพิมพ์
- ประภาพรรณ จันพิบูลย์ และสิริพร อุ่นตาล (2555) “ใจถึงใจ...สู่ความยั่งยืนโรงพยาบาลแม่จัน  
จังหวัดเชียงราย” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่าย  
คนไทยหัวใจแข็งแรง* วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ตซิตี  
จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 83
- ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ (2551) “สาสน์จากปลัดกระทรวงสาธารณสุข” ใน สุรพันธุ์ สิทธิสุข  
บรรณาธิการ *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย  
ปี 2551* หน้า 5 นนทบุรี ศรีเมืองการพิมพ์
- ปราณี ทองอินทร์ และวัลลีย์ บุญนิธิพันธ์ (2555) “การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่ม  
โรคหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome) โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่”  
ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจ  
แข็งแรง* วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ตซิตี จังหวัดภูเก็ต  
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 85
- เปรมฤดี โคตรสมบัติ และคนอื่น (2554) “ระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบ  
ไร้รอยต่อในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร”  
ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่  
ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาดูน จังหวัดพิษณุโลก  
จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช 125
- พจน์ เกียรติมงคล และคนอื่น (2554) “พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
ชนิด ST elevate ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนชนิดปฐมภูมิ โรงพยาบาล  
พุทธชินราชจังหวัดพิษณุโลก” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่  
3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์  
ลาดูน จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 124

- พลสุข หิงคานนท์ (2550) “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพระบบ บริการการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 1 หน้า 1-21 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษาศาखाวิชาพยาบาล ศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ . (2549) “การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 9 หน้า 23 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษาศาखाวิชาพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ฟาริดา อิบราฮิม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิชย์จำกัด
- มุกดา หนุ่ยศรี (2549) “แนวคิดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 6 หน้า 1- 62 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- รัตนภรณ์ พงษ์ประจักษ์ และคณะ (2553) “การให้บริการสุขภาพสตรีเพื่อการดูแลสุขภาพเด้านม” *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 33/ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 19-26
- โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร (2554) รายงานผลการดำเนินงาน การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติจังหวัดชัยนาทรอบที่ 2/2554 วันที่ 27-28 มิถุนายน
- \_\_\_\_\_ . (2553) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/ สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับหน่วยงาน จังหวัดชัยนาท งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ลดาวัลย์ รวมเมฆ สุกานดา นิ่มทองคำ และสุมิตรา สร้อยอินทร์ (2551) “การบริหารการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 15 หน้า 1-31 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ลักขณา อ่วมพรหม และพัชรา สัทธิง (2549) “การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาท” *กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชัยนาท*

- วชิรา สุทธิธรรม และคณะ (2555) “ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยสหสาขาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 50
- วันเพ็ญ แสงเพชรส่อง ทวีวรรณ ผาสุก และธนิศา นิมวงศ์ (2555) “การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะวิกฤตในโรงพยาบาลระยอง” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 90
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2550) "การนำเสนอผลการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 8 หน้า 1-25 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วีณา จีระแพทย์ (2550) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 11 หน้า 20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- มณี อากานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 9 หน้า 1-71 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศรัณย์ ควประเสริฐ (2553) “กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” ใน กิจ วิกุลัตยา บวรวิทย์ชำนานกุล กรองกาญจน์ สุธรรม บรรณาธิการ *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง แนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ: CPR 2010* หน้า 124 เชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศิริพร จิรวัดน์กุล (2552) *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ: Quality Research in Health Science* กรุงเทพมหานคร บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด
- ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2549) “การเขียนโครงการวิจัย รายงานการวิจัย และเผยแพร่ผลงานการวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 15 หน้า 1-69 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



- สภาการพยาบาล (2551) *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ*  
พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร จุดทอง
- \_\_\_\_\_. (2540) *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไข  
เพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2*  
กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์
- สงศรี กิตติรัศม์ตระกูล (2536) อ้างถึงใน ลักษณะ อ่วมพรหม และพัชรา สัทธิง (2549) “การพัฒนา  
ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”  
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร
- สมจิต หนูเจริญกุล (2554) *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2* พิมพ์ครั้งที่ 14 กรุงเทพมหานคร  
วิ.เจ.พรินต์ติ้ง
- สมใจ พุทธพิทักษ์ผล (2549) “ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวล  
สารชควิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 2 หน้า 1-33  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_. (2549) “ทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวล  
สารชควิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 2 หน้า 1-64 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สมชาติ ไตรักยา (2548) *หลักการบริหาร โรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร  
เอส. พี. เอ็น. การพิมพ์
- สารานุกรมวิกิพีเดีย (2554) “ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม” ค้นคืนเมื่อ 25, พฤศจิกายน 2554  
จาก <http://th.wikipedia.org/wiki/%E>
- สุกัญญา สบายสุข (2554) “การพัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน”  
ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจผู้  
ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาگون จังหวัดพิษณุโลก  
จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 125
- สุภฤทัย อนุพันธ์ไพบูลย์ (2553) “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST-elevation และ NST-  
elevation ในโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร” วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/  
โรงพยาบาลทั่วไปเขต 4 12, 1 (มกราคม-เมษายน 2553): 49-56

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ อภิญญา จำปามูล (2550) “สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน่วยที่ 12 หน้า 1-38 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุธีระ ประเสริฐสรรพ (2553) *หลักการเขียนบทความทางวิชาการ: หลักการคิดถอยหลังเพื่อเริ่มต้นให้ถูกต้อง* สงขลา ร้านเอกสารหาดใหญ่
- สุนันญา พรมตวง และคณะ (2555) “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลเพื่อลดความล่าช้าในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์” ใน การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หน้า 35
- สุพจน์ ศรีมหาโชค (2551) “What Have We Learned from Thai ACS Registry?” ใน ระเบียบ กฤษณ อยุธยา บรรณาธิการ *CARDIOLOGY 2008* หน้า 83-109 กรุงเทพมหานคร ไชยาฟิล์ม
- \_\_\_\_\_ (2548) “แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน” ใน *วิทยาศรีมาดา บรรณาธิการ Evidence-based Practice Guideline' ทางอายุรกรรม 2548* หน้า 416-427 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร (2549) “แนวทางการจัดบริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการระบบสุขภาพและการจัดการ* หน่วยที่ 6 หน้า 55-66 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุมิตรา มิ่งมิตร (2554) “การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สุรพันธ์ สิทธิสุข (2551) *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในประเทศไทยปี 2551* กรุงเทพมหานคร ศรีเมืองการพิมพ์
- สุริรัตน์ ปันยารชุน และเกียรติชัย ภูริปัญญา (2549) “CHANGING CONCEPT OF MANAGEMENT OF ACS” ใน *เกียรติชัย ภูริปัญญา และคนอื่น บรรณาธิการ Update Cardiology for Internist* หน้า 12 กรุงเทพมหานคร เฮาเคนดู

- สุเพียร โภคทิพย์ และคณะ (2554) “การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาгуน จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 100
- เสน่ห์ จุ้ยโต (2550) “การพัฒนาองค์การพยาบาล” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 15* หน้า 18-19 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- สุริรัตน์ ปันยารชุน และเกียรติชัย ภูริปัญญา (2549) “CHANGING CONCEPT OF MANAGEMENT OF ACS” ใน *เกียรติชัย ภูริปัญญา และคนอื่น บรรณาธิการ Update Cardiology for Internist* หน้า 12 กรุงเทพมหานคร บริษัทเฮเลนดูจำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551) *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยปี 2551* กรุงเทพฯ ศรีเมืองการพิมพ์
- สำนักบัณฑิตศึกษา (2551) *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์ ฉบับปรับปรุง 2551* นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- อรพรรณ โตสิงห์ ดวงกมล วัตราคูล และกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์ (2551) “สถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการบริการสุขภาพ” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารหน่วยที่ 13* หน้า 10-11 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- อมรรัตน์ मुखวัลย์ และราณี ขาวดี (2554) “ปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสระบุรี” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 3: Pot Puri เครือข่ายหัวใจสู่ชุมชน* วันที่ 26-28 มกราคม 2554 ณ โรงแรมอมรินทร์ลาгуน จังหวัดพิษณุโลก จัดโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช หน้า 80
- อภิชาติ สุคนธสรพ์ (2553) *Coronary Artery Disease: The New Frontiers* เชียงใหม่ ทรिक ซิงค์
- อัญชลี คงสมบุญ และคณะ (2555) “ผลการแก้ปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง (Clinical tracer Acute STEMI) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา” ใน *การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 4 เครือข่ายคนไทยหัวใจแข็งแรง* วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2555 ณ โรงแรมรอยัลภูเก็ตซิตี้ จังหวัดภูเก็ต หน้า 30 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

- อัสวเดช สละอวยพร (2545) “การพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอก ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล สระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) “การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 114 หน้า 1-28 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- เอี่ยมพร ชมภูมี (2551) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อุมาพร วงษ์ประยูร (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ คุณลักษณะของงาน กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Antman, E.M. and Braunwald, U. (2005) “ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION” in ใน Kasper, D.L.and Others, eds. *Harrison’s Principles of Internal Medicine*. 1448 New York: McGraw-Hill. et al.
- \_\_\_\_\_. (2004) “Initial Recognition and Management in the Emergency Department” *ACC/AHA Practice Guidelines JACC* . 44, 3 (August) : 671–719.
- Beil, P. John. (2010) “What is Acute Myocardial Infarction” in Lori Scumacher and Cynthia Chernecky. *The Authers Saunders Nursing and Survival Guide: Critical Care & Emergency Nursing*. Second edition. 121-135 United States of America.. Elsevier.
- Bickston, H. T amara. (2004) *Medical- Surgical Nursing Recall*. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins A Walters Kluwer.
- Carayon & Gurses. (2005) “A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient of nursing workload and patient safety in intensive care units.” *Intensive& critical care nursing* 21(5): 284-301 อ้างถึงใน *วินา จีระแพทย์ (2550) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 11 หน้า 20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- Carneya. R., Fitzimons. D., Dempster. M (2000) “Why people experiencing acute myocardial Infarction delay seeking medical assistance” Retrieved July 25, 2010.  
From [www.elsevier.com/locate/ejcnurse](http://www.elsevier.com/locate/ejcnurse)
- French, Wendel L. and Bell, Cecil H. (1983) *Organization Development*. New Jersey: Prentice-Hall. อ้างถึงใน เสน่ห์ จุ้ยโต (2550) “การพัฒนาองค์กรพยาบาล” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 15 หน้า 18-19 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- Havel, C et al (2010) “Accelerated management of patients with ST-segment elevation myocardial Infarction in the ED.” Retrieved July 25, 2010. From, <http://www.sciencedirect.com/science>
- Hornby, AS., Parnwell, CE. (1977) *An English Reader Dictionary Fifth Impression* London Oxford University
- Kemmis and McTaggart (1982) “Action Research model.” retrieved 7, January. 2011 from, <http://www.google.co.th/search?>
- Lucia, A. and Lepsinger, R. (1999) *The Art and Science of Competency Models: Pinpointing Critical Success Factors in Organization*. San Francisco, CA. Jossey-Bass Pfeiffer. อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ อภิญญา จำปามูล (2550) “สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสารชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 12 หน้า 1-38 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- National institute of health, National heart lung and blood institute; NIH/NHLBI (2001) “Act in Time to Heart Attack Signs.” Retrieved June 12, 2011 From, [http://www. Nhlbi.nih.gov/acintime/haws/haws.htm](http://www.Nhlbi.nih.gov/acintime/haws/haws.htm)
- NECTEC's Lexitron Dictionary.(2554) “แปลภาษา ไทย-อังกฤษ” Retrieved 25, December. 2011 from [http://guru.sanook.com/search/knowledge\\_search.php?](http://guru.sanook.com/search/knowledge_search.php?)
- Okravi, M (2000) “Cause for Pre-hospital and In-hospital Delays in Acute Myocardial Infarction at Tehran Teaching Hospitals.” *Australian Emergency Journal*. 1, 5 (April): 21-26 Retrieved July 25, 2010. From [www.journals. elsevierhealth.com](http://www.journals.elsevierhealth.com)

- Quinn, T., Thomson R. D. (1995) "Administration of thrombolytic therapy to patients with acute myocardial infarction." Retrieved July 25, 2010. From [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0965230295900063](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0965230295900063)
- The Alberta Ministry of Human Resources and Employment. (2006) *Continuous Quality Improvement*. Retrieved on May 1, 2006 from <http://www.hre.gov.ab.ca/cps/rde/xchg/hre/hs.xml/1813.html>. อ้างถึงใน อรรถพรณ โตสิงห์ ดวงกมล วัตราคูล และกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์ (2551) "สถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการบริการสุขภาพ" ใน *ประมวลสารชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 13 หน้า 10-21 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- The Free Dictionary (2002) "Meaning of programme" retrieved 2, January. 2011 from <http://www.thefreedictionary.com/programme>.
- Underwood. J. et al. (2009) The role of The Emergency Nurse in Improving care of The Patient with ST-elevation Myocardial Infarction: Perspectives of The Race Nurse.
- Werns & Steven. (2008) "Acute Coronary Syndrome and Acute Myocardial Infarction." Joseph E. Parrillo, and R. Phillip Dellinger, eds. *Critical Care Medicine Principles of Diagnosis and Management in The Adult* Third Edition. 595 Philadelphia: Mosby, Elsevier inc. Werns.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
หนังสือรับรองการทำเงินในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ค.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 0023/2554

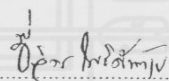
ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยก  
ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

เลขที่โครงการ/รหัส ID 2525100208

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางประไพ บรรณทอง

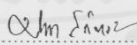
ที่ทำงาน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....  


(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์สิทธิ์สูง)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....  


(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง



ภาคผนวก ข  
แนวคำถามหลัก

## เครื่องมือชุดที่ 1

### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

#### กลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับปฏิบัติการ

##### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับ .....
  2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา ..... ปี
  3. อายุ ..... ปี
- วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / .....
- เวลา ..... น.
- สถานที่ .....

##### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI และใครเป็นผู้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. เมื่อท่านเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

6. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย

7. ช่วยอธิบายถึงหน้าที่หรือสิ่งที่พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติเมื่อมีการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ตามที่ท่านรับทราบและมีประสบการณ์

7.1 หน่วยงานมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร

7.2 ขั้นตอนและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีผลการดำเนินงานอย่างไร

7.3 มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร

7.4 ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนให้การสนับสนุนการปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ อย่างไร

7.5 ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องใด หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางอย่างไร

8. การประสานงานและการสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ และท่านคิดแนวทางแก้ไขอย่างไร

9. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง และท่านคิดว่ามีแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

## เครื่องมือชุดที่ 2

### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

#### กลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับบริหารการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

##### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอส (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาจุดที่ต้องการ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับ .....
2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา ..... ปี
3. อายุ ..... ปี

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.  
สถานที่ .....

##### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท มีกระบวนการและการดำเนินการอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
2. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
3. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย

4. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือไม่ อย่างไร
5. ผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร ที่ผ่านมา มีปัญหาด้านการดูแล ได้แก่อะไรบ้าง
6. ท่านคิดว่ายังมีปัญหาใดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
7. ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมามีอะไรบ้าง และมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างไร โปรดอธิบาย
8. ท่านคิดว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร จังหวัดชยันตนาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
9. ท่านคิดว่าพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร
10. ท่านคิดว่าควรมีการจัดการหรือดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย และท่านคิดว่ามีแนวทางอย่างไร
11. ท่านต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

### เครื่องมือชุดที่ 3

#### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

กลุ่มแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านอายุรกรรมผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที

#### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของโรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท และค้นหาจุดที่ต้องการ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์อายุรกรรมระดับ .....มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาทเป็นระยะเวลา .....ปี  
อายุ ..... ปี

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.  
สถานที่ .....

#### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

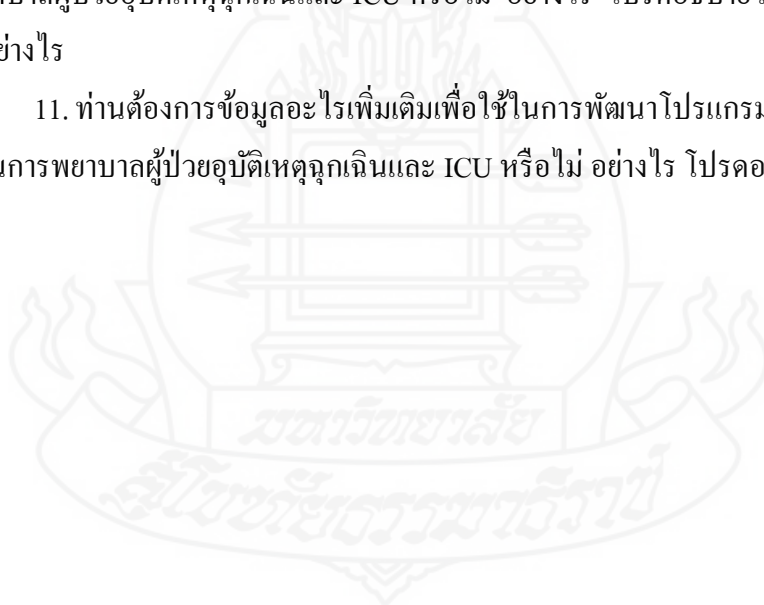
1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท มีกระบวนการและการดำเนินการอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย

2. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและงานหอผู้ป่วยหนัก (ICU) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในระยะฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร  
โปรดอธิบาย

3. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย

4. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU หรือไม่ อย่างไร

5. ผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร ที่ผ่านมา มีปัญหาด้านการดูแล ได้แก่อะไรบ้าง
6. ท่านคิดว่ายังมีปัญหาใดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU
7. ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ ICU ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง และมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินและ ICU อย่างไร โปรดอธิบาย
8. ท่านคิดว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินและ ICU โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาทที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีปัญหาและ อุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
9. ท่านคิดว่าพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ICU สามารถปฏิบัติตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ ICU หรือไม่ อย่างไร
10. ท่านคิดว่าควรมีการจัดการหรือดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย และท่านคิดว่ามี แนวทางอย่างไร
11. ท่านต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย





## เครื่องมือชุดที่ 4

### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

#### กลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ระดับปฏิบัติการ

##### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพงาน IUC ระดับ .....
2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงาน ICU

เป็นระยะเวลา .....ปี

3. อายุ ..ปี

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / .....เวลา ..... น.

สถานที่ .....

##### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาล ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการ ICU ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU มีการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI และใครเป็นผู้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. เมื่อท่านเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงาน ICU ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน ICUหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

6. ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา เป็นอย่างไร โปรดอธิบาย
7. ช่วยอธิบายถึงหน้าที่หรือสิ่งที่พยาบาลงาน ICU ต้องปฏิบัติเมื่อมีการนำ กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ตามที่ท่านรับทราบและมีประสบการณ์
  - a. หน่วยงานมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
  - b. ขั้นตอนและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีผลการดำเนินงานอย่างไร
  - c. มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
  - d. ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนให้การสนับสนุนการปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ อย่างไร
  - e. ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องใด หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางอย่างไร
8. การประสานงานและการสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงาน ICU เป็นอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ และท่านคิดแนวทางแก้ไขอย่างไร
9. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงาน ICU ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง และท่านคิดว่ามีแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย



## เครื่องมือชุดที่ 5

### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

#### กลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ระดับบริหารการพยาบาลผู้ป่วย ICU

##### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาจุดที่ต้องการ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วย ICU ระดับ .....
2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วย ICU

เป็นระยะเวลา ..... ปี

3. อายุ ..... ปี

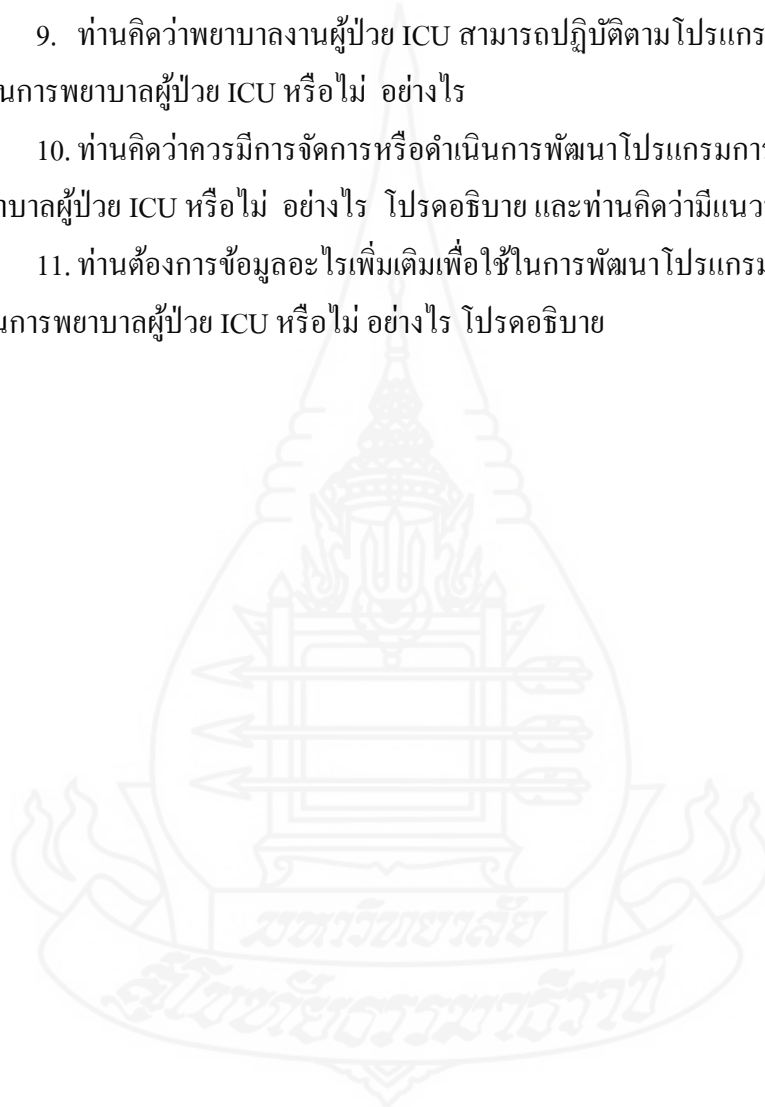
วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.  
สถานที่ .....

##### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ จังหวัดชัยนาท มีกระบวนการและการดำเนินการอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
2. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วย ICU มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
3. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงาน ICU มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาล ผู้ป่วย ICU ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
4. ท่านคิดว่าบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วย ICU สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย ICU หรือไม่ อย่างไร
5. ผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วย ICU โรงพยาบาลชัยนาทนครินทร์ ที่ผ่านมา มีปัญหาด้านการดูแล ได้แก่อะไรบ้าง
6. ท่านคิดว่ายังมีปัญหาใดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วย

ICU

7. ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วย ICU ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง และมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วย ICU อย่างไร โปรดอธิบาย
8. ท่านคิดว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงาน ICU โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาทที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่อย่างไร โปรดอธิบาย
9. ท่านคิดว่าพยาบาลงานผู้ป่วย ICU สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วย ICU หรือไม่ อย่างไร
10. ท่านคิดว่าควรมีการจัดการหรือดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วย ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย และท่านคิดว่ามีแนวทางอย่างไร
11. ท่านต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการพยาบาลผู้ป่วย ICU หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย



**เครื่องมือชุดที่ 6**  
**แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์**  
**กลุ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะระดับปฏิบัติการ**

**วัตถุประสงค์:**

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร จังหวัดชัชวาท

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. ดำรงตำแหน่ง แพทย์เพิ่มพูนทักษะระดับ นายแพทย์ปฏิบัติการ
  2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา ..... ปี
  3. อายุ ..... ปี
- วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา..... น.  
 สถานที่ .....

**ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์**

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงาน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ STEMI, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI และใครเป็นผู้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. เมื่อท่านเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

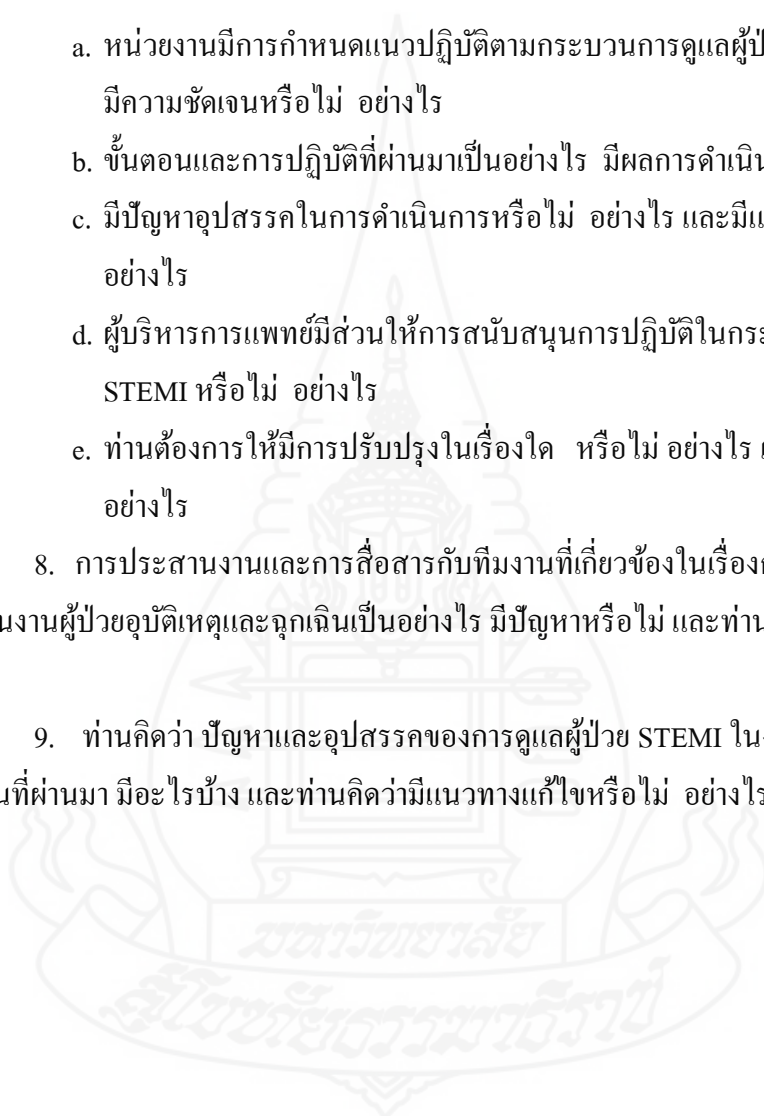
6. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย

7. ช่วยอธิบายถึงหน้าที่หรือสิ่งที่แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติเมื่อมีการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ตามที่ท่านรับทราบและมีประสบการณ์

- a. หน่วยงานมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
- b. ขั้นตอนและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีผลการดำเนินงานอย่างไร
- c. มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- d. ผู้บริหารการแพทย์มีส่วนให้การสนับสนุนการปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ อย่างไร
- e. ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องใด หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางอย่างไร

8. การประสานงานและการสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ และท่านคิดแนวทางแก้ไขอย่างไร

9. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง และท่านคิดว่ามีแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย



**เครื่องมือชุดที่ 7**  
**แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์**  
**กลุ่มพนักงานเปลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

**วัตถุประสงค์:**

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการบริการเปลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีกรายกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการบริการเปลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์**

1. ดำรงตำแหน่ง เปล
2. มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการบริการเปลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันชนิดรุนแรงในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา ..... ปี

3. อายุ ..... ปี

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.

สถานที่ .....

**ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์**

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริการเปลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการบริการเปลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง, door to needle time, onset to needle time, door to EKG time อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย

3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง และใครเป็นผู้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ

4. เมื่อท่านเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริการเปลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการบริการแปลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

6. ท่านคิดว่าการบริการแปลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย

7. ช่วยอธิบายถึงหน้าที่หรือสิ่งที่พนักงานแปลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติเมื่อมีการนำกระบวนการบริการแปลแก่ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง มาใช้ตามที่ท่านรับทราบและมีประสบการณ์

- a. หน่วยงานบริการแปลมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามกระบวนการบริการแปลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
- b. ขั้นตอนและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีผลการดำเนินงานอย่างไร
- c. มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- d. ผู้บริหารศูนย์แปลมีส่วนให้การสนับสนุนการปฏิบัติในกระบวนการบริการแปลแก่ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ อย่างไร
- e. ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องใด หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางอย่างไร

8. การประสานงานและการสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการบริการแปลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ และท่านคิดแนวทางแก้ไขอย่างไร

9. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคของการบริการแปลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง และท่านคิดว่ามีแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย



### เครื่องมือชุดที่ 8

#### แนวคำถามหลัก ในการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที  
โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

#### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาของการบริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ของหน่วยงาน และค้นหาประเด็นที่ต้องการพัฒนาการบริการผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ
2. อายุ ..... ปี
3. มีประสบการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent)

วันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.  
สถานที่ .....

#### ตอนที่ 2 แนวคำถามที่สัมภาษณ์

1. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
2. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง อย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
3. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ อย่างไร ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง และดูแลอย่างไร
4. เมื่อท่านเข้ามาให้บริการในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

5. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย
6. ท่านคิดว่าการบริการผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรงในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย
7. ช่วยอธิบายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อมีการนำกระบวนการบริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง มาใช้ตามที่ท่านรับทราบและมีประสบการณ์
  - a. หน่วยงานบริการมีการกำหนดแนวปฏิบัติตามกระบวนการบริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
  - b. ขั้นตอนและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีผลการดำเนินงานอย่างไร
  - c. มีปัญหาอุปสรรคในการรับบริการหรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
  - d. ผู้ให้บริการมีส่วนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวในกระบวนการแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง หรือไม่ อย่างไร
  - e. ท่านต้องการให้มีการปรับปรุงในเรื่องใด หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางอย่างไร
8. การประสานงานและการสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการบริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ และท่านคิดแนวทางแก้ไขอย่างไร
9. ท่านคิดว่า ปัญหาและอุปสรรคของการบริการผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง และท่านคิดว่ามีแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร โปรดอธิบาย

## เครื่องมือชุดที่ 9

### แนวคำถามการจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Guideline)

สรุปประเด็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) และประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

### ประเด็นข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มต่อผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) และประเด็นที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท
2. ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาทที่ผ่านมา
3. ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อผลการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท ในหัวข้อ
  - 3.1 ขาดเครื่องมือตรวจ EKG ที่ทันสมัย หากยังจัดหาใหม่ไม่ได้ ต้องดูแลเครื่องเก่าให้พร้อมใช้อยู่ตลอดเวลา
  - 3.2 ทักษะตีพิมพ์มมอง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST-segment elevation myocardial infarction; STEMI) ต่างกัน
  - 3.3 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ชัดเจน

3.4 การแต่งตั้ง และกำหนดบทบาทคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI  
งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.5 ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและสรุปหัวข้อร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางใน  
การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ  
ส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท



## เครื่องมือชุดที่ 10

### แนวคำถามการจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Guideline)

ประเด็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท เพื่อป้องกันความล่าช้า ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)

### ประเด็นข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม

1. ให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความล่าช้าในการส่งผู้ป่วยเข้ารับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วย ICU
2. ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติเดิม ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา
3. ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความล่าช้าขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วย STEMI และส่งเข้ารับยาละลายลิ่มเลือดใน ICU
4. ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและสรุปหัวข้อร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย STEMI และการส่งผู้ป่วยเข้ารับยาละลายลิ่มเลือดใน ICU ขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

ภาคผนวก ค

โปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



**ข้อมูลสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป**  
**ปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว**  
 ต่อสัญญาณต่างๆ จากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นพบบ่อยในระดับต้นๆ**  
 ของทั้งชายและหญิง

การเขียนรู้สัญญาณการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และขั้นตอนในการช่วยเหลือ ผู้ที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คุณจะรักษาชีวิตเขาหรืออาจเป็นตัวคุณเองเอาไว้ได้

**การดูแลที่ถูกต้อง สามารถหยุดยั้งการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจได้**

การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีอื่น่าเป็นการกระทำที่ดีที่สุด หากสามารถทำได้ภายใน 1 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการต่างๆของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**รู้สัญญาณเตือนของโรคหัวใจดังต่อไปนี้**

- ➔ รู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัด หรือเจ็บบริเวณกลางหน้าอก
- ➔ รู้สึกไม่สบาย หรือเจ็บอ่าวที่แขนซ้าย ไตซ้ายหนึ่ง หรือ 2 ซ้าย เจ็บอ่าวไปหลัง หรือคอ หรือขากรรไกร หรือจุกแน่นบริเวณกระเพาะอาหารหรือลิ้นปี่
- ➔ หายใจลำบาก หายใจขัดๆ ตื่นๆ หรือหายใจไม่เต็ม
- ➔ มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ หรือเวียนศีรษะหน้ามืด เป็นลมหมดสติ

**ความไม่แน่ใจเป็นสิ่งธรรมดา**

การเกิดโรคหัวใจไม่ได้เกิดขึ้นรุนแรง ทันทีทันใดเสมอไป ส่วนใหญ่เริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยอาการเจ็บเพียงเล็กน้อย หรือรู้สึกอึดอัดไม่สบาย คุณอาจไม่แน่ใจว่า ความผิดปกติจะเกิดขึ้น ทั้งนี้คุณกำลังถูกใจมด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ละครั้งของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการแสดงแตกต่างกัน เมื่อเกิดความสงสัย **ตั้งรับได้รับการตรวจสอบอย่างรอช้าโปรดโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือที่หมายเลข 1669**

เวลามีความสำคัญ อย่างรอนานกว่า 2-3 นาที จนถึง 5 นาทีอย่างมากที่สุดที่จะเรียก 1669

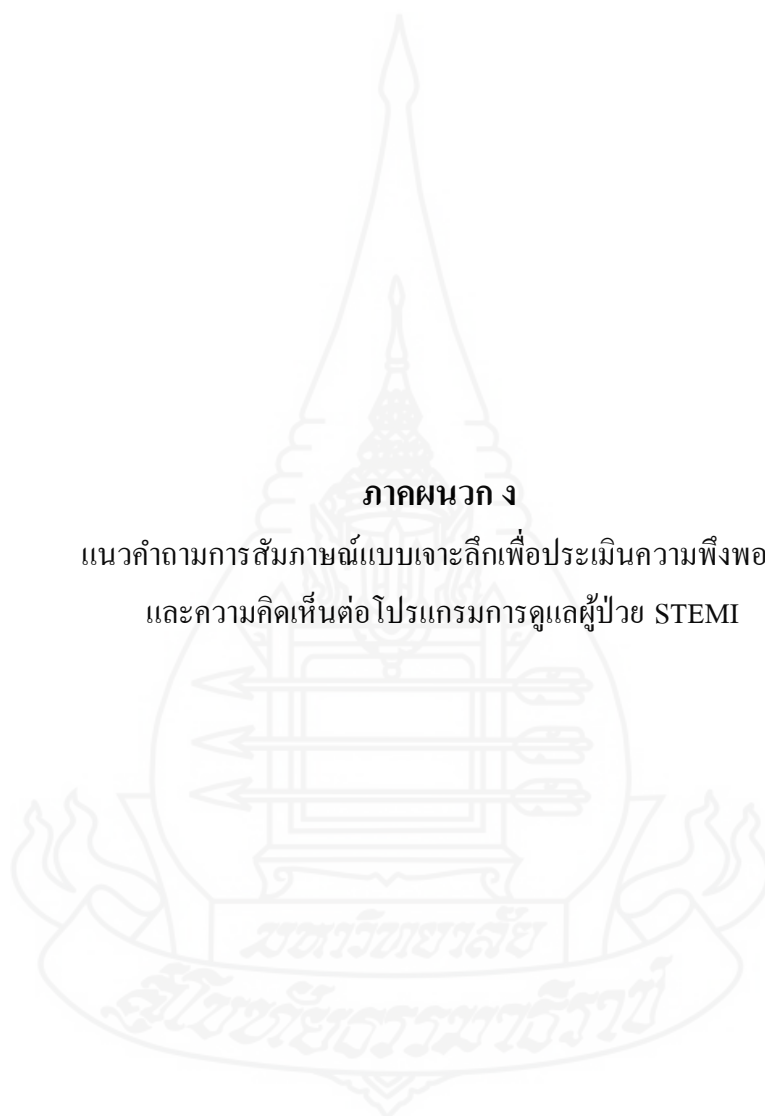
**วางแผนสำหรับวันข้างหน้า**

- ➔ เรียนรู้สัญญาณเตือนต่างๆของโรคหัวใจ
- ➔ บอกกับคนในครอบครัวและเพื่อนาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนต่างๆของโรคหัวใจ และจำเป็นที่จะต้องเรียก 1669 อย่างรวดเร็ว
- ➔ บอกกับผู้ดูแลสุขภาพของคุณเกี่ยวกับปัจจัยที่จะเพิ่มการเป็นโรคหัวใจและการลดความเสี่ยง

ที่มา: ดัดแปลงจาก National institute of health, National heart lung and blood institute, NIH/NHLBI (2001) "Act in Time to Heart Attack Signs" Retrieved June 12, 2011  
 From [http://www.Nhlbi.nih.gov/comm/te/heart\\_attack.htm](http://www.Nhlbi.nih.gov/comm/te/heart_attack.htm)

**ภาคผนวก ง**

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินความพึงพอใจ  
และความคิดเห็นต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI





## เครื่องมือชุดที่ 11

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST Elevation myocardial infarction: STEMI)

ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย STEMI หรือไม่ และอย่างไร
  - 1.1 การรับด้วยเปลนอน
  - 1.2 แบบคัดกรองผู้ป่วย STEMI
  - 1.3 การทำ EKG การรายงานแพทย์
  - 1.4 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องใหม่
  - 1.5 บทบาทหน้าที่ภายในทีม
  - 1.6 การสื่อสารภายในทีม และระหว่างทีม
  - 1.7 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการปฏิบัติ
2. ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูล หรือต้องการจะเล่าให้ผู้วิจัยทราบเพิ่มเติมหรือไม่

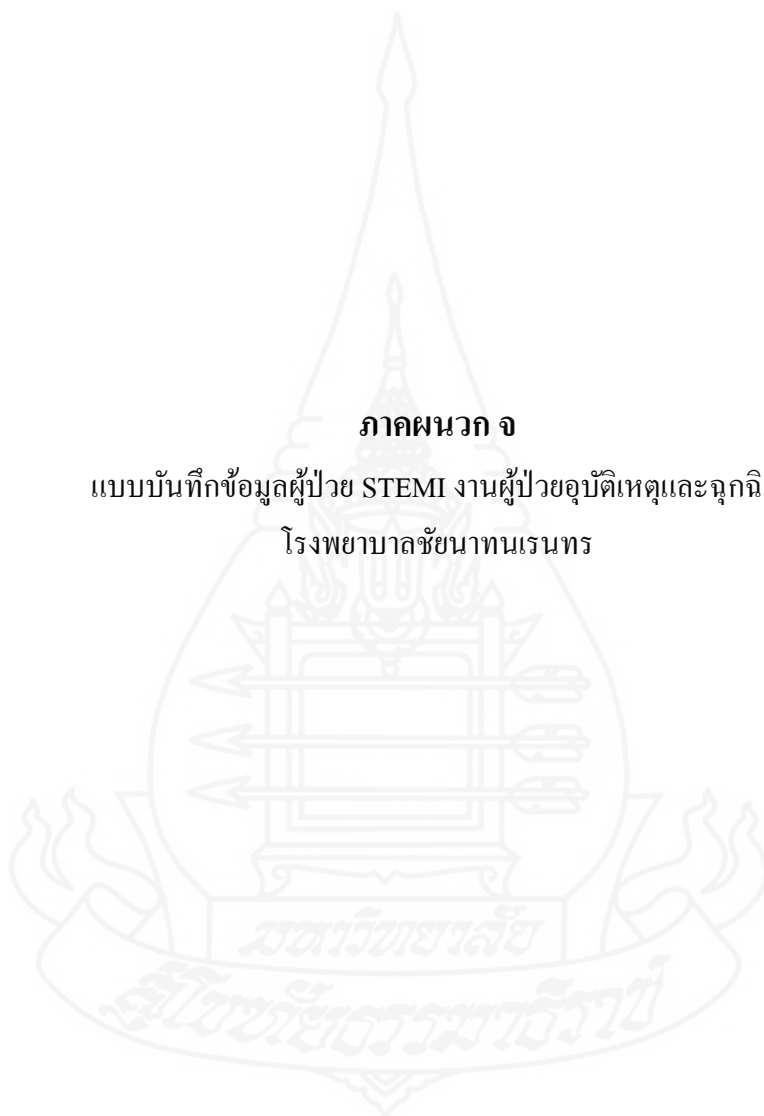
อย่างไร กรุณาอธิบาย



**ภาคผนวก จ**

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI ในงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

1. ชื่อ-สกุล.....เพศ ..... อายุ..... HN.....
2. สิทธิการรักษา.  ... UC  ...เบิกได้.  .....ประกันสังคม .  .....อื่นๆ.....
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค...  อายุมากกว่า 40 ปี  เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว  เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
 ..มีภาวะไขมันในเลือดสูง  เป็นโรคเบาหวาน  สูบบุหรี่  อ้วน  ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ
4. มีสัญญาณเตือนของโรคหัวใจดังต่อไปนี้  ความไม่สบายแน่นอึดอัด หรือเจ็บบริเวณกลางหน้าอก  
 ความไม่สบาย หรือเจ็บร้าวที่แขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้าง เจ็บร้าวไปหลังหรือคอ หรือขากรรไกร หรืออูก  
แน่นบริเวณกระเพาะอาหารหรือลิ้นปี่  หายใจลำบาก หายใจจุกๆ ตื้นๆ หรือหายใจไม่อิ่ม  
 มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ หรือเวียนศีรษะหน้ามืด
5. พาหนะที่นำส่งโรงพยาบาล  รถ EMS  รถส่วนตัว  รถพยาบาลที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น.....
6. เวลาที่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลชุมชน..... เวลาที่ออกจากโรงพยาบาลชุมชน.....
7. เวลาที่เริ่มเจ็บอกตามเกณฑ์มาตรฐาน..... น. เวลาที่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล.....น..
8. เวลาที่พยายารายงานผล EKG ต่อแพทย์ .....น. เวลาออกจาก ER เพื่อนำส่ง ICU.....น.เวลาที่ผู้ป่วยถึง ICU ...น.
9. การตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด  ให้ยา  ไม่ให้ยาเนื่องจาก  มีข้อห้าม  ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม  
 แพทย์เห็นสมควรไม่ให้ แพทย์เวรที่ปรึกษาอายุรกรรม ระบุ.....เวลาที่ผู้ป่วยได้ SK ..... น.
10. ภาวะแทรกซ้อนการเกิดเลือดออกหลังได้ SK  มี  ไม่มี ถ้ามีเกิดที่ไหน  ทางเดินอาหาร  สมอ  อื่นๆ
11. การเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute STEMI)  มี  ไม่มี  ได้ SK  ไม่ได้ SK
12. การส่งต่อ หลังรับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลเวลา.....น.  ส่งต่อ โรงพยาบาล.....  ไม่ส่งต่อ

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางประไพ บรรณทอง
วัน เดือน ปีเกิด	25 มิถุนายน 2504
สถานที่เกิด	อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สถานที่ทำงาน	งานผู้ช่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

