

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

นางปราณี มหามุณีปิติ

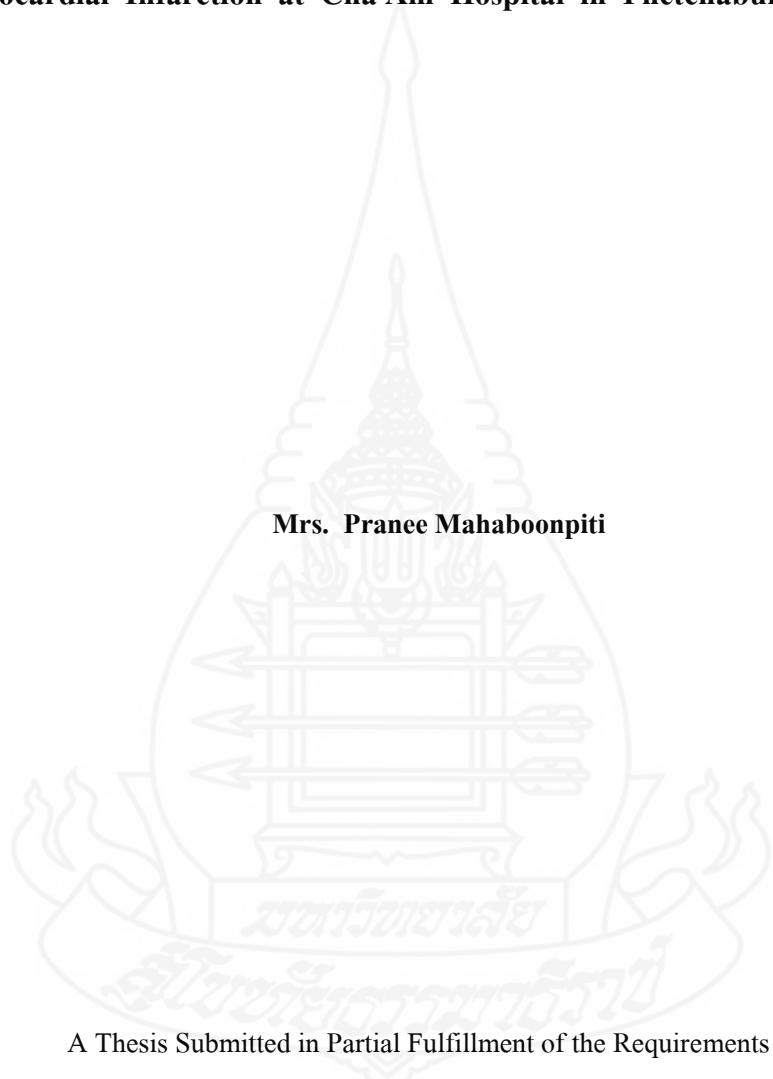


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

**The Development of Care Management Model for Patients with
Myocardial Infarction at Cha Am Hospital in Phetchaburi Province.**

Mrs. Pranee Mahaboonpiti



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

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ชื่อและนามสกุล นางปราณี มหามุญปีติ

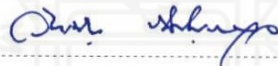
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี
2. อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ

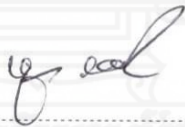
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)



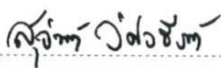
..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี)



..... กรรมการ

(อาจารย์ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัย นางปราณี มหามุญปีติ รหัสนักศึกษา 2525100661 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี (2) อาจารย์นายแพทย์พิเศษ บัญญัติ ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์สภาพการณ์จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ (2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ (3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์จัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 2) ผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก ผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติ และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก เครื่องมือวิจัย มี 2 ชุด ชุดแรก มี 2 ส่วน คือ ประเด็นสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของไดนาบีเดิล และแนวคิดการจัดการรายกรณีของฟาวเวลล์ ชุดที่สอง คือ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งสองชุดจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังมีปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา และ (2) รูปแบบ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ และมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6 ขั้นตอน โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการจัดการดูแลและติดตามประเมินผล ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลและหน่วยงาน และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับโรงพยาบาลชะอำ ร้อยละ 91.14

คำสำคัญ รูปแบบ การจัดการดูแล โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

Thesis title: The Development of Care Management Model for Patients with Myocardial Infarction at Cha Am Hospital in Phetchaburi Province

Researcher: Mrs. Pranee Mahaboonpiti; **ID:** 2525100661; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisor:** (1) Dr. Boontip Siritarungsri, Associate Professor; (2) Phichet Banyati, M.D.; **Academic year:** 2015

Abstract

The objectives of this descriptive research were: (1) to analyze the situation of nursing care management for patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) at Cha Am Hospital in Phetchaburi Province, (2) to develop the care management model for patients with AMI, and (3) to evaluate the appropriateness of the care management model for patients with AMI.

The key informants were selected by purposive sampling technique and included 2 groups. *The first group* consisted of 9 health care providers and they analyzed the situation of nursing care management for patients with AMI. *The latter* consisted of 13 persons, comprising 4 representatives of the first group, 5 administrators and practitioners, and one external expert. This group evaluated the appropriateness of the developed model. Two research tools were developed as follows. (1) Semi-structure interview was developed based on the concept of Donabedian's model and Powell's case management model. The content validity index of the tools was verified by 5 experts, and each was 0.98 and 0.96 respectively. The data was analyzed by mean, percentage, and content analysis.

The research findings were as follows. (1) The results of the situation analysis of care management for patients with AMI revealed some problems in terms of structure, process, and outcome, and all aspects needed to be improved. (2) The developed model comprised 3 components: 1) *structure*: human resources, instruments and materials, and standards of practice, (2) *process*: 6 steps of continuing care which needed the case manager for coordinating, monitoring, and evaluating, (3) *outcome*: satisfactions of health care providers and the patients, as well as quality of hospital and unit services. 3) The model was appropriate to implement on the Cha Am hospital (91.14%).

Keywords: Model Care Management, Myocardial Infarction, Cha am hospital

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตา กรุณา การให้โอกาส ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ความเอาใจใส่ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอื้ออาทร อย่างดียิ่งจากที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี และอาจารย์นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ ที่ได้กรุณาเสนอแนะแนวคิด ที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ กัญญาภาสกุลประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและ ให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้กำลังใจในการศึกษา และการทำ วิทยานิพนธ์เสมอมาและขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ที่ให้โอกาสในการเข้าศึกษาและ สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชะอำ และ สาธารณสุขอำเภอชะอำ ที่อนุญาติให้ ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณนางจันทร์สม เหลือวงศ์ หัวหน้าพยาบาล ที่ให้คำแนะนำและกำลังใจ ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ รวมไปถึงหัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มีน้ำใจไมตรีให้ ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณตัวแทนผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มผู้ประเมินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับ การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายธนิต มหามัญปีติ สามิอันเป็นที่รัก เด็กหญิงกฤษรา มหามัญปีติ บุตรสาว และเด็กชายกานต์รัช มหามัญปีติ บุตรชาย ที่ให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณคุณสุรีย์ หรงจิตต์และ เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รุ่นที่ 5 สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลที่เป็นกัลยาณมิตร ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือ

ท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณบิดา มารดาที่ให้กำเนิดและสติปัญญาแก่ผู้วิจัย ญาติพี่น้อง ที่เป็น กำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

ปราณี มหามัญปีติ

สิงหาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
ประเด็นปัญหาวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ข้อจำกัดในการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ	8
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	19
การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	29
การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ตอนที่ 1 สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	61
ตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ.....	63
ตอนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.....	74
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
สรุปการวิจัย.....	79
อภิปรายผล.....	82
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	94
ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย.....	95
ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	97
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	108
ง หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	111
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ฉ ผลการประเมิน.....	120

ณ

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ช ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	126
ซ คุณลักษณะผู้ข้อมูลหลัก.....	132
ประวัติผู้วิจัย	135



ญ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์.....	48
ตารางที่ 3.2 แสดงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ.....	50
ตารางที่ 4.1 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลพะอ่า จังหวัดเพชรบุรี แสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนนโดยรวม แต่ละมิติและแต่ละกลุ่มผู้ประเมิน.....	75



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ.....	14
ภาพที่ 2.2 แสดงองค์ประกอบคุณภาพ ตามแนวคิดของโคนาปีเดียล.....	32
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ.....	60
ภาพที่ 4.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (MI CHA AM Model).....	69



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) เป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2556) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี คาดว่าคนอเมริกาจะเสียชีวิตจาก โรค Acute myocardial infarction ทุก 36 วินาที (American Heart Association, AHA, 2007) สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจตายเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุ การเสียชีวิต โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2558 เท่ากับ 22.47, 23.45, 26.91, 27.83 และ 27.88 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558)

การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ ร้อยละ 30 - 50 เสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2557) เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันจะทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหยุดชะงัก และ เสียชีวิตได้ ภายใน 4 – 6 ชั่วโมง ซึ่งแนวทางการรักษาคือการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน ภายใน 12 ชั่วโมง (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2557:40) แต่การปรับลดระยะเวลา door to needle time ในโรงพยาบาลอย่างเดียวโดยที่ไม่ลด total ischemic time ไม่สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ (ภัทรพงษ์ พีรวงศ์, 2557: น.20) ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้อง มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับ การดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือการส่งต่อไปเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

จากการดำเนินโครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัยด้วยพระบารมี ในปี 2556 พบว่าสาเหตุที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ลำบาก หรือล่าช้า ระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานและผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ดังนั้น ทีมงานในโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาจึงต้อง มีความเชี่ยวชาญ มีแนวทางเพื่อการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง (ไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2552) รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสุขภาพของประเทศไทย และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จะต้องจัดกิจกรรมหลายด้านที่มุ่งเน้นความสำคัญในการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ด้วยความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพ และเป็นทิศทางเดียวกัน อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และประหยัคงบประมาณของประเทศด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2550 ; ประคอง อินทรสมบัติ ,2555)

จากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยและเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดการ กระทรวงสาธารณสุขปรับแนวทางการพัฒนาสุขภาพจากเดิมมุ่งเน้นการรักษา ในปี 2556 เน้นการจัดบริการครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในเครือข่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยดำเนินการจัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทำให้เครือข่ายบริการพยายามจัดระบบบริการไว้รอต่อ ปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) และนำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) มาใช้เพื่อช่วยให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม มีการประสานงานที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นการทำงานของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน เป็นปากเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นธรรม (ศิริอร สิ้นธุ, 2556) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ ได้การดูแลที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม (Powell&Tahan,2010) ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ตามแนวคิดของ Powell (2010: 206-240) ซึ่งได้กำหนดกระบวนการจัดการรายกรณีไว้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประสานงาน วางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแลตามแผน การดำเนินการต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม การประเมินซ้ำ การประเมินผลใหม่ และการปิด case จากรายงานการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และประสานงานการดูแล

ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์, 2555 และไพรวลัย พรหมที, 2557)

โรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (M2) ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมสายหลักที่เป็นเส้นทางลงสู่ภาคใต้ ในช่วงเทศกาลสำคัญที่มีวันหยุดติดต่อกันจะมีประชาชนเข้ามาพัก และท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก กำหนดวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ใช้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่น และศรัทธา นโยบายที่สำคัญคือ พัฒนาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ 5 สาขาหลัก ซึ่งสาขาหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในสาขาหลักสำคัญตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่ต้องได้รับการพัฒนา จากสถิติอัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการ โรงพยาบาลชะอำ ปี 2556 – 2558 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 94.58, 117.72 และ 140.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราเสียชีวิตโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับ 2.67, 3.97 และ 2.64 ต่อแสนประชากรตามลำดับ(สรุปผลงานประจำปีโรงพยาบาลชะอำ, 2558)

ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลชะอำในปัจจุบันพบว่ายังมีข้อจำกัดทั้งในด้านผู้ให้บริการ และการประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ สำหรับด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่จะให้การบำบัดรักษา ถึงแม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย (CPG) พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ ยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยล่าช้า (รายงานทบทวนการดูแลผู้ป่วย ของทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาลชะอำ, 2558) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มี ST Elevation (STEMI) จึงทำได้เพียงการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แม้จ่ายทางช่องทางด่วน (fast track) ซึ่งที่ผ่านมามูลการในแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์พยาบาล จะทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตน แต่ยังคงขาดผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่จะส่งต่อผู้ป่วย นอกจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) มายังโรงพยาบาลชะอำด้วย กล่าวคือ ยังไม่มีระบบการดูแลเบื้องต้นและการประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นและปล่อยให้อาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล และหลายครั้งมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

จากปัญหาในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย ที่เนื่องมาจากปัญหาในโรงพยาบาล ปัญหาของรพสต. และปัญหาผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะเป็นทีมนำทางคลินิกและเป็นผู้รับผิดชอบservice plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล จึงมีความสนใจพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิดีเยน โมเดล (Donabedian's Model , 2003) และแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาว์เวลล์ Powell (2010) ที่กล่าวว่าเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาล ให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานจากเครือข่าย ทั้งจาก รพสต. มาโรงพยาบาลชะอำ และจากรพ.ชะอำ ส่งต่อไปยังเครือข่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น

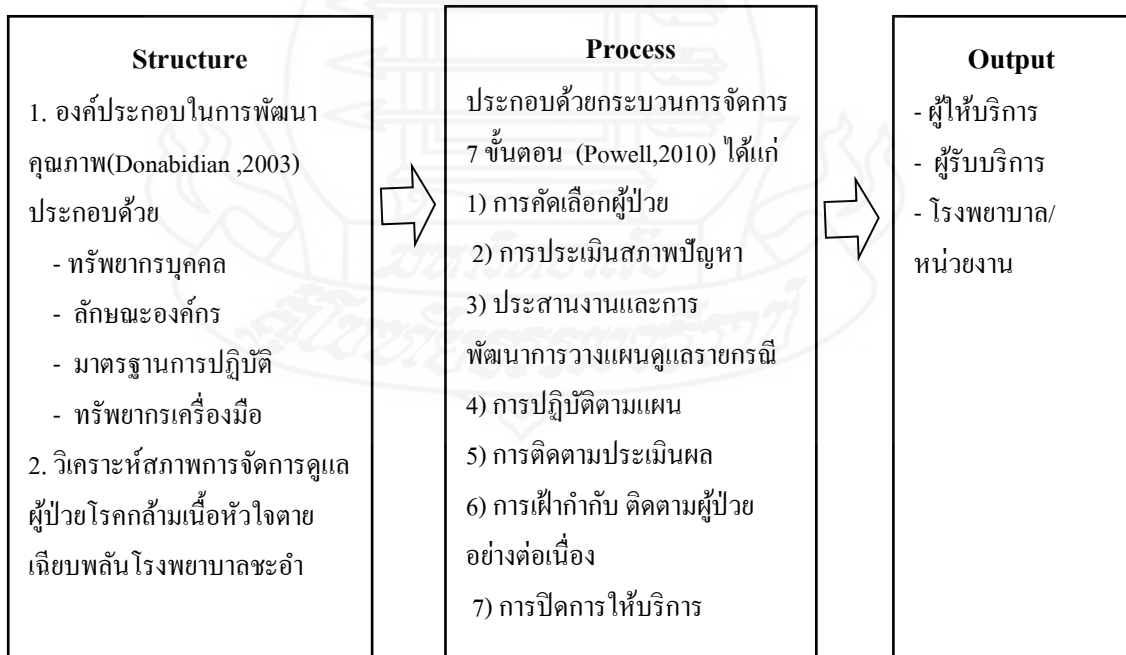
3. ประเด็นปัญหาวิจัย

- 3.1 สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่ทำการศึกษาเป็นอย่างไร
- 3.2 รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
- 3.3 รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้หรือไม่ เพียงใด

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabidian , 2003) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ร่วมกับการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของทีมผู้ให้บริการ และใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ (Powell ,2010) มาเป็นกรอบในการศึกษาด้านกระบวนการ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) และแนวคิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabidian ,2003) มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ที่สร้างขึ้น และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลชะอำ ทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2558 ถึง เดือน สิงหาคม 2559

6. ข้อจำกัดในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัด ในด้านเวลาในการศึกษาวิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการเพียงกลุ่มเดียว

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลชะอำ ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครื่องข่ายอำเภอชะอำ

7.2 ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชะอำ

7.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง การสร้างและปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีอยู่เดิมให้มีความชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากบ้าน ผู้โรงพยาบาล และ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียน และแนวคิดการจัดการรายกรณีของเพาเวลล์ นำผลของการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ มาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ

7.4 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ร่วมวิเคราะห์รูปแบบ ผู้ปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา และผู้บริหารทางการแพทย์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต่อความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่สร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิด The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) โดยการประเมิน 6 มิติ ได้แก่ ด้านขอบเขตเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ ด้านการนำรูปแบบไปใช้ และ ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ ถ้ามีการนำไปใช้จริงจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

8.2 เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ให้กับหน่วยงานได้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาและวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยสาระสำคัญนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
 - 1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.2 สถิติ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
 - 1.3 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 3.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ
 - 3.2 แนวคิดของ โคนาบีเดียน
 - 3.3 แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์
4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 1 ใน 10 ของโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุข บรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการจัดการดูแลที่ดี ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ซึ่งรูปแบบการจัดการดูแล

ของแต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามระดับของโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จนถึงระดับExcellence center โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ได้มีการปรับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจากเดิมมุ่งเน้นด้านการรักษาในปี 2556 เน้นการจัดบริการครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูเข้าด้วยกัน โดยใช้ทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุดโดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ดังนี้ 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิต 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม 10) โรคไม่ติดต่อ (DM,HT,COPD,Stroke) เป้าหมายคือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย มาตรฐานการบริการ การเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย ซึ่งแนวทางในการพัฒนาจะเป็นกรอบการพัฒนาตามขีดความสามารถของสถานบริการ (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาหัวใจและหลอดเลือด), 2556)

โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงสูง ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา แม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากมาย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงยังเกิดอาการกำเริบรุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นภาวะช็อค ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจตันผิดจังหวะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจตลอดจนเกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสุขภาพ (ทัศนีย์ แดงขุนทด , 2556) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI หรือ Acute coronary syndrome ชื่อย่อ ACS) หรือ “Heart Attack” ถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุด นอกจากรอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแล้ว จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งต้องการการดูแลไปตลอดชีวิตและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร , 2556)

ข้อมูลสถิติองค์การอนามัยโลกในปี 2555 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.5 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 46.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ส่วนในสหรัฐอเมริกา ปี 2010 มีผู้ป่วยมารักษาด้วย ACS หรือ heart attack ประมาณ ปีละ 1.1 ล้านราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 74.0 เป็น AMI ประมาณ ร้อยละ 29.0 – 47.0 เป็น STEMI ประมาณว่าคนสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ AMI ทุก 25 วินาที (American Heart Association, 2007) ส่วนในประเทศไทย พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิต โดยพบว่า

มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2554 – 2556 เท่ากับ 22.47 , 23.45 และ 26.92 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2558)

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิไว้ด้วยกันโดยมีการกำหนดพื้นที่บริการและระบบส่งต่อที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีมาตรฐานประกอบด้วยทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (heart team) ช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็ว ทันเวลาและมีมาตรฐาน และลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มวัยไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2557) รวมทั้งการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2557 และมากกว่าร้อยละ 70 ในปีพ.ศ. 2560 (สุพรรณ ศรีธรรมมา,2557)

จากการเห็นปัญหาด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการดำเนินโครงการที่สำคัญได้แก่ “โครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมี” ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อน้อมเกล้าฯ ถวายเงินพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 - 31 มีนาคม 2556 เพื่อให้คนไทยได้เข้าถึงการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน ได้อย่างมีมาตรฐาน ทัวถึงและเป็นธรรม โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยและรักษา STEMI โดยจัดให้มีความพร้อมของแพทย์พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เครื่องมือที่จำเป็น ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน ถือเป็นกรณีฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินโทรสอบถามที่หมายเลข 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งได้ผลอย่างดีในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST segment elevation (STEMI) ในโรงพยาบาลพบว่าอัตราเสียชีวิตโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 9.7 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10 (เกรียงไกร เสงร์ศรี , 2557) สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ลำบากหรือล่าช้า ซึ่งอาจมาจากระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานและผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า (เกรียงไกร เสงร์ศรีและคณะ,2557)

ต่อมาในปี 2557 สถาบันโรคทรวงอกได้จัดทำโครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย” (Save Thais from Heart Attack) มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการให้ได้มาตรฐาน มีการส่งต่อระบบเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการอบรมให้ความรู้ แพทย์ พยาบาล ผลิตตำรามาตรฐานการรักษา และคู่มืออ่านคลื่นหัวใจ (EKG) รวมถึงให้คำแนะนำการป้องกันและรักษาโรค หรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด ไม่ออกกำลังกาย ไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน ในการปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีห่างไกลจากโรคผลการดำเนินงาน โครงการตั้งแต่ตุลาคม 2556 – สิงหาคม 2557 พบว่า มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 185 แห่ง จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ 13,390 ราย เสียชีวิต 1,088 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.13 รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด 2,101 ราย เสียชีวิต 191 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) 2,199 ราย เสียชีวิต 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.32 (สุวรรณณี ตั้งวีระพรพงศ์, 2557)

1.2 สถิติ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เปิดบริการ 90 เตียง สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีชายหาดที่สวยงามซึ่งเป็นที่รู้จักของชาวไทยและชาวต่างประเทศ เป็นอำเภอสุดท้ายของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมที่เป็นเส้นทางหลักซึ่งเป็นประตูลงสู่ภาคใต้ ในช่วงเทศกาล เสาร์ อาทิตย์ หรือมีวันหยุดติดต่อกันหลายวัน จะมีผู้คนเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในเขตอำเภอชะอำเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพทั้งประชากรในพื้นที่และนักท่องเที่ยว เช่น อุบัติเหตุ โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายต่อวัน ในปี 2556 – 2558 เท่ากับ 420, 468 และ 527 รายตามลำดับ (สรุปผลงานประจำปี ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลชะอำ , 2558) จะเห็นว่าจำนวนผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลชะอำ เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อขนาดกลาง (Middle – level Hospital) โรงพยาบาลแม่ข่าย M2 โดยให้มีการพัฒนา ครอบคลุม 5 สาขาหลัก คือ สาขาศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรม สูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม โดยการจัดการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่ นอกอำเภอและนักท่องเที่ยว ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ ที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย โรงพยาบาลจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “โรงพยาบาลและเครือข่ายแห่งคุณภาพระดับสากล ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ให้บริการไว้วางใจ เชื่อมมั่น และศรัทธา” มีพันธกิจ ที่สำคัญ 5 ประการคือ 1) พัฒนาเครือข่ายคุณภาพบริการทางการแพทย์ 5 สาขา

หลัก สุนทรียเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม 2) พัฒนาคุณภาพบริการ เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3) พัฒนาระบบสารสนเทศและความรู้ในการจัดการสุขภาพ 4) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ โรงพยาบาลและเครือข่าย 5) พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ สอดคล้องกับความหลากหลายของวัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่และผู้มาเยือน โดยมี เป้าประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อลดอัตราการป่วยตายใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ และเพื่อลดการเจ็บป่วยรายใหม่ ในกลุ่ม 5 โรคที่สำคัญ ได้แก่กลุ่มโรคเมตาโบลิค เบาหวาน (DM), ความดันโลหิตสูง (HT) กลุ่มโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (MI), บาดเจ็บทางศีรษะ (HI) กลุ่มโรคอนามัยแม่ และเด็ก ตกเลือดหลังคลอด (PPH), ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) กลุ่มโรค ทันตกรรม ฟันผุ และกลุ่มโรคทั่วไป อาหารเป็นพิษ, ท้องเสีย (Diarrhea)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) เป็นโรคที่เป็นภาวะ วิกฤติฉุกเฉินที่เป็นจุดเน้นสำคัญของโรงพยาบาลและเป็นโรคในหนึ่งในนโยบายสำคัญที่เป็น เป้าหมายในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น พัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และรวมถึงการพัฒนา ความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัด จากการ ทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(MI) ที่มารับบริการในปี 2556 เท่ากับ 71 ราย (STEMI 18 ราย, NSTEMI 35 ราย , UA 30 ราย มีภาวะcardiogenic shock 4 ราย, cardiac arrest 3 ราย) ในปี 2557 เท่ากับ 89 ราย (STEMI 20 ราย, NSTEMI 39 ราย , UA 30 ราย มีภาวะ cardiogenic shock 5 ราย , cardiac arrest 2 ราย) และสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี 2556 เท่ากับ 7 ราย (ที่บ้าน 6 ราย, ที่โรงพยาบาล 1 ราย) ปี 2557 เท่ากับ 8 ราย (ที่บ้าน 7 ราย , ที่โรงพยาบาล 1 ราย) ปี 2558 เท่ากับ 6 ราย (ที่บ้าน 5 ราย , ที่โรงพยาบาล 1 ราย) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

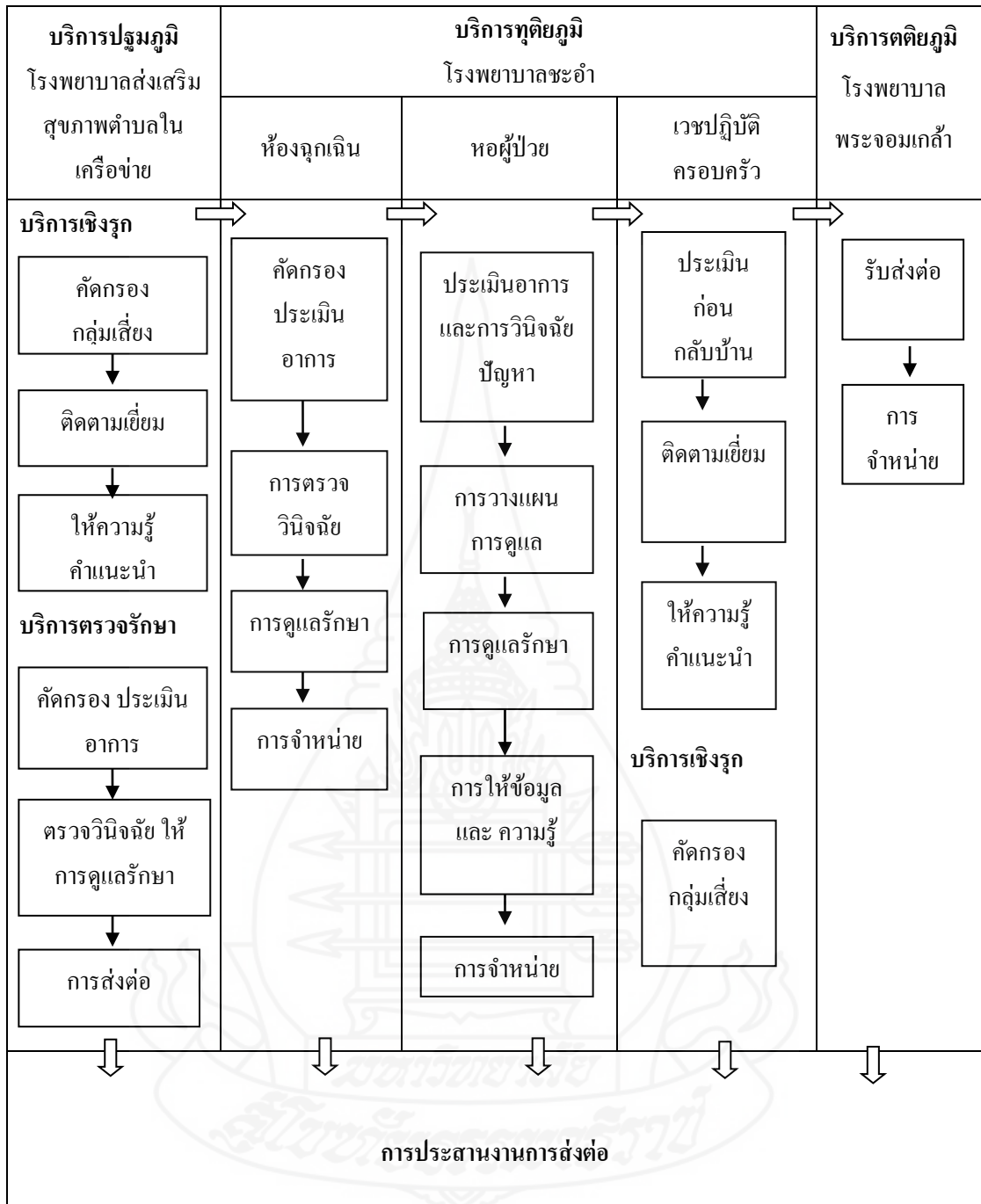
1.3 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การให้ประชาชน รับรู้ อาการเจ็บหน้าอก สามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้อย่างรวดเร็ว ทีมสุขภาพ สามารถคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก มีการจัดระบบบริการที่ประชาชน เข้าถึงได้ อย่างรวดเร็ว มีการดูแลวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถประสานการ ส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

จากพันธกิจและเป้าหมายของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาเครือข่ายบริการทาง การแพทย์ เพื่อลดอัตราการป่วยและตายใน 5 สาขาหลัก ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรค ฉุกเฉิน ที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล จากการทบทวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค

กล่าวมโนหัวใจตายเทียบพลันของโรงพยาบาลชะอำที่ผ่านมา ผู้วิจัยในฐานะทีมนำทางคลินิก และผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล ได้วิเคราะห์การจัดการดูแลรักษาตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีขั้นตอนการจัดการดูแลดังภาพที่ 2.1





ภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

จากภาพที่ 2.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากการทบทวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เขียนพจนานุกรม ซึ่งมีการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สถานการณ์
<p>1.บริการปฐมภูมิ หน่วยงานที่ดำเนินการ ได้แก่ PCU ในโรงพยาบาล 1 แห่ง เทศบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล(รพ.สต.) 13 แห่ง</p>	<p>1.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นการค้นหา กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ โดยใช้แบบ ประเมิน CVD risk score ในกลุ่มผู้ที่มี อายุ 35 ขึ้นไป</p> <p>1.2 การติดตามเยี่ยม เป็นการติดตาม เยี่ยมกลุ่มป่วยเป็น โรคหัวใจที่ได้รับ การส่งต่อจากทั้ง โรงพยาบาลพระ จอมเกล้าและโรงพยาบาลชะอำ</p> <p>1.3 การให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ให้ ความรู้โดยส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลมี การให้ความรู้ รายกลุ่ม และรายบุคคล มีการแจกเอกสารแผ่นพับการให้ ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ เจ็บหน้าอก</p> <p>1.4 ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น โดยมี แพทย์หมุนเวียนไปทุกรพ.สต.เดือนละ 1 ครั้งการรักษาส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ ของพยาบาลเวชปฏิบัติในการประเมิน อาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้การวินิจฉัย ดูแลรักษา</p> <p>1.5 การส่งต่อ ในรายที่มีภาวะวิกฤต อุจจาระ หรือเกินศักยภาพ จะส่งต่อโดย ใช้บริการEMS หรือให้ผู้ป่วยถือ หนังสือส่งตัวมาเอง</p>	<p>1.1 มีการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ส่วนกลุ่มที่ได้รับการ คัดกรองแล้วมีการจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงสูงมาก กลุ่มเสี่ยงปาน กลาง กลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่ยังไม่มีการจัด กิจกรรมในการดูแล</p> <p>1.2 การติดตามเยี่ยม ล่าช้า เนื่องจากมี การส่งต่อประวัติมาไม่ชัดเจน ไม่มี ช่องทางการประสานที่รวดเร็ว</p> <p>1.3 การให้ความรู้และคำแนะนำไม่ทั่วถึงส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจำไม่ได้ ซึ่ง ทักษะการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่มี ความแตกต่างกัน</p> <p>1.4 ยังไม่มีแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เขียนพจนานุกรมที่เป็นแนวทางกันทั้ง เครือข่าย พยาบาลส่วนใหญ่ขาดทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน อุปกรณ์ที่ จำเป็นในการรักษาไม่เพียงพอ และไม่ พร้อมใช้งาน</p> <p>1.5 ยังไม่มีการจัดช่องทางด่วน ในการ ให้บริการ ยกเว้นในกรณีมาโดยEMS ไม่มีผู้รับผิดชอบการประสาน โดยตรง</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
<p>2. บริการทุติยภูมิ เป็นการดูแลในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 หน่วยคือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยนอก และ ห้องฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการ หน่วยงานผู้ป่วยนอก บริเวณ จุดคัดกรอง จะเป็นหน่วยงานแรกที่รับผู้ป่วย ในกรณีที่มีภาวะวิกฤต หรือประเมีนแล้ว เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังจะส่งต่อมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หรือมาที่ห้องฉุกเฉิน โดยตรง</p>	<p>1. การคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย โดยพยาบาลจะเป็นผู้ซักประวัติ อาการเจ็บแน่นหน้าอก โรคประจำตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ</p> <p>2. การตรวจวินิจฉัย ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (CPG) ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโดยเร็วที่สุดไม่เกิน 10 นาที โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่งตรวจ Cardiac biomarker (Trop - T)</p> <p>3. การดูแลรักษา แพทย์เป็นผู้ประเมินวินิจฉัย สั่งการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จะได้รับการรักษาทางช่องทางคั่นกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</p> <p>4. การจำหน่าย ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ยกเว้นในรายที่ผลTrop T น้อยกว่า 50 ได้รับการรักษาแล้วมีอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง จะพักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน</p>	<p>1. มีการคัดกรองและประเมินคิดพลาดล่าช้า ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ โดยเฉพาะในช่วงที่ไม่มีพยาบาลคัดกรองอยู่ประจำ</p> <p>2. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการอ่านEKG เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แต่ละคนปฏิบัติไม่เหมือนกัน การนำแนวทางสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำเฉพาะบางหน่วยงาน</p> <p>3. การดูแลรักษาจากแพทย์ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บางคนไม่ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด แต่ละวิชาชีพทำงานตามหน้าที่ของวิชาชีพ ไม่มีการวางแผนร่วมกัน ไม่มีอายุรแพทย์</p> <p>4. มีระบบfast track ในผู้ป่วยSTEMI เฉพาะในเวลาราชการ การประสานงานไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานและติดตามผู้ป่วย</p>
<p>2.2 ผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยในจำนวน 3 ตึก ได้แก่ ตึกผู้ป่วยในหญิง ตึกผู้ป่วยในชาย และ ตึกพิเศษ จะดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่มีอาการคงที่ ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน จะส่งต่อไปโรงพยาบาลพระจอมเกล้า</p>	<p>1. การประเมินและการวินิจฉัยปัญหา ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแล ที่ต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบด้าน จึงจะสามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2. การวางแผนการดูแล ซึ่งแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษษกร</p>	<p>1.การประเมินค้นหาปัญหาไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเนื่องจากการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่กัน ขาดความต่อเนื่องในดูแล</p> <p>2. มีการทำงานแบบแยกส่วนในแต่ละวิชาชีพ การสื่อสารแลกเปลี่ยนในสหวิชาชีพไม่ครบถ้วน ไม่เชื่อมโยงกัน</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
หรือโรงพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย	<p>นักโภชนาการ รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล</p> <p>3. การดูแลรักษา เป็นการดูแลรักษา หลังจากพ้นภาวะวิกฤตแล้ว จึงมีการดูแลต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ ถ้ามีอาการฉุกเฉินจะส่งต่อโรงพยาบาลพระจอมเกล้า แต่ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะพักฟื้นจนจำหน่ายได้</p> <p>4. การให้ข้อมูลและความรู้ พยาบาลจะเป็นแกนนำหลักในการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มในเรื่องการจัดการดูแลตนเอง อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล การเรียกใช้บริการ EMS บางครั้งอาจมีนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้</p> <p>5. การจำหน่าย แพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาการก่อนจำหน่าย พยาบาลเป็นผู้ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายอีกครั้ง และส่งต่อกลุ่มงานเวชปฏิบัติเพื่อติดตามเยี่ยม</p>	<p>3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด ไม่ได้คำนึงถึงการปฏิบัติ</p> <p>4. ไม่มีการให้ความรู้โดยทีมส่วนใหญ่ พยาบาลเป็นแกนหลักในการให้ข้อมูล การให้ความรู้ขึ้นอยู่กับทักษะของพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยใน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอด ต้องออกไปทำงาน ตือในการให้ความรู้ไม่ชัดเจน</p> <p>5. การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ โดยพยาบาลจะเป็นแกนหลักในการจำหน่ายผู้ป่วย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลภายในทีมการพยาบาลและการประสานข้อมูลระหว่างวิชาชีพ</p>
2.3 กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลชะอำ จะมีเขตที่รับผิดชอบในเขตเทศบาล และหมู่บ้านบางแห่งที่อยู่ติดกับโรงพยาบาล ในการประสานการติดตามเยี่ยมจะแบ่งตามเขตรับผิดชอบโดยผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจะเป็นผู้ส่งต่อ	<p>1. การประเมินก่อนกลับบ้าน พยาบาลที่หอบุคลากรจะประเมินและระบุประเด็นที่ต้องการให้ติดตามเยี่ยม เพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ทีมพยาบาลจะเป็นแกนนำไม่เป็นทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>1. การประเมินการส่งต่อไม่ชัดเจน ไม่ได้ระบุรายละเอียด การส่งต่อข้อมูลล่าช้า ไม่ทันเวลา ไม่มีการประสานข้อมูลกับมาในระบบของโรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการดูแลตนเองไม่สามารถประเมินตนเองได้ เมื่อมีการเจ็บหน้าอกขึ้นจริงปล่อยให้มีอาการรุนแรง</p>

องค์ประกอบ	กิจกรรม	สภาพการณ์
3. บริการตติยภูมิ เป็นการบริการรับส่งต่อของ โรงพยาบาลแม่ข่าย จะมี ช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบ ST elevated myocardial infarction (STEMI) และส่งกลับผู้ป่วยเพื่อติดตาม เชื่อม	1. บริการรับส่งต่อ ในระบบช่องทาง ด่วน รับปรึกษาทางline กับอายุรแพทย์ โดยตรง ในผู้ป่วยSTEMI ในเรื่องการ ให้ยาละลายลิ่มเลือดเฉพาะในเวลา ราชการ 2. การส่งกลับผู้ป่วยเพื่อให้ติดตาม เชื่อม	1. มีระบบfast tract การให้คำปรึกษา ยังไม่ครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง 2. การส่งต่อข้อมูลติดตามเชื่อมล่าช้า ไม่ทันเวลา การเขียนประเด็นการเชื่อม ไม่ชัดเจน

โรงพยาบาลชะอำ เป็น โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง(M2) ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ใน
 แหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีถนนเพชรเกษมสายหลักที่เป็นเส้นทางลงสู่ภาคใต้
 ในช่วงเทศกาลสำคัญที่มีวันหยุดติดต่อกันจะมีประชาชนเข้ามาพัก และท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก
 จากสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วย
 กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลชะอำในปัจจุบัน พบว่ายังมีข้อจำกัดทั้งในด้าน
 ผู้ให้บริการ และการประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ สำหรับ
 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่จะให้การบำบัดรักษา ถึงแม้จะมีแนว
 ทางการรักษาผู้ป่วย(Clinical Practice Guideline) พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ ยังขาด
 ทักษะในการประเมินผู้ป่วย จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยล่าช้า ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วย
 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีST segment elevation (STEMI) จึงทำได้เพียงการให้ยา
 ละลายลิ่มเลือด (SK) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทางช่องทางด่วน(fast track) ซึ่งที่ผ่านมา
 บุคลากรในแต่ละวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล จะทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตน แต่ยัง
 ขาดผู้ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานเชื่อมโยงไปยัง
 เครือข่ายที่จะส่งต่อผู้ป่วย นอกจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วย
 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) มายังโรงพยาบาลชะอำด้วย กล่าวคือ ยังไม่มีระบบ
 การดูแลเบื้องต้นและการประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมี
 สภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัย
 อาการที่เกิดขึ้นและปล่อยให้อาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการ
 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีคุณภาพ

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction)

2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1.1 ความหมาย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI หรือ ฮาร์ตแอทแทค (heart attack) เป็นภาวะที่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที จากการสะสมของคราบไขมันและการตีบแคบของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดภายในชั่วโมงแรก โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะและส่วนใหญ่เป็น ventricular fibrillation (ผ่องพรรณ อรุณแสง 2556, น.196; กอบกุล บุญปราศจากภัย, 2549, น.53)

2.1.2 สาเหตุและกลไกการเกิด

ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่หนาตัว (atherosclerosis) เนื่องจากมีก้อนไขมัน เรียกว่า atherosclerotic plaque แทรกเข้าไปสะสมในใต้ผนังเอนโดเธลิยม เมื่อก้อนไขมัน (plaque) มีการแตกออกของคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดจะมีการกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) ทำให้เกิดการจับตัวเป็นก้อนสีขาว (white clot) ต่อมา มีปัจจัยด้านเนื้อเยื่อ (tissue factor) กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor) โดยเกร็ดเลือด Glycoprotein IIb/IIIa Receptor (GP IIb/IIIa) จะไปจับกับ Fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของเกล็ดเลือด (Platelet Aggregation) รวมตัวกัน เป็นก้อนเลือดที่มีสีแดง (red clot) หรือลิ่มเลือด (thrombus) รูของหลอดเลือดแดงแคบมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก เลือดไปเลี้ยงเซลล์หัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemia) ถ้านาครลิ่มเลือดใหญ่จนอุดตันทั้งหมด (occlusive thrombus) จะทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตัน ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (infarction) (Buja&Krueger, 2005; Hanbody.com, 2014; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556) ซึ่งการประเมินสถานะความรุนแรงของหลอดเลือดตีบหรือตัน สามารถประเมินจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงได้ (จรรยา ดันติธรรม, 2547; กอบกุล บุญปราศจากภัย, 2549; กัมปนาท วีรกุล, 2557)

การที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือการตาย จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประจุไฟฟ้าในเซลล์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไปจากเดิม

(ผ่องพรรณ อรุณแสง , 2556) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจควรทำภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก หรือทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก เพื่อทำการวินิจฉัยความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสามารถแบ่งความผิดปกติได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (Overbaugh KJ.2009)

1) กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะแสดงถึง ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) และอาจพบ Q หรือ QS wave ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร เรียกว่า ST elevated myocardial infarction (STEMI)

2) กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ส่วนมากเป็นบริเวณกล้ามเนื้อชั้นนอก (Epidural Muscle) ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะแสดง ST segment ลดต่ำลง (ST Segment depression) หรือพบ T wave หัวกลับ (T inversion) เรียกว่า Non – ST elevate myocardial infarction (NSTEMI)

3) กลุ่มอาการที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเช่นเดียวกับกลุ่ม NSTEMI ซึ่งต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือค่า Cardiac enzymes ในการวินิจฉัยแยกว่าเป็นกลุ่มนี้ โดยจะตรวจไม่พบค่า Cardiac enzymes เรียกว่า Unstable Angina

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีกระบวนการเกิดโรคสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556 , นภาพร วาณิชกุล , 2553)

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาด ความคงรูปของก้อนไขมัน และความหนาของเยื่อหุ้มไฟบรัส (fibrous cap) คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่าย (vulnerable plaque) คือคราบไขมันที่พบได้ในบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบไม่ถึงร้อยละ 70 เป็นคราบไขมันที่มีรูปร่างบิดเบี้ยว ขอบไม่เรียบ มีก้อนไขมันขนาดใหญ่ และมีเยื่อหุ้มไฟบรัสที่บาง

ปัจจัยภายนอก เป็นผลมาจากการกระทำของผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมที่กระทบผู้ป่วย การเคลื่อนไหวออกแรงระดับรุนแรง เช่น การออกกำลังกายอย่างหักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น โกรธ การเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก จะเพิ่มความเครียดต่อระบบไหลเวียนและอาจทำให้คราบไขมันแตก นอกจากนี้การเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยังทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น แม้แต่ปัจจัยภายนอกบางอย่าง เช่น การอยู่ในที่อากาศที่เย็นจัด และช่วงเวลาต่างๆของวันก็อาจทำให้คราบไขมันแตกได้ มักพบอาการของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ที่มีอากาศเย็นและในตอนเช้าตรู่

จากสาเหตุกลไกการเกิดและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างถาวรแล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้น การจัดการดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับบริการที่เร็ว ยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (พิมพ์ เทพวัลย์, 2554 ; Lesneski, 2010) รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤติ ถ้าได้รับการจัดการดูแลรักษาที่รวดเร็วจะสามารถลดบริเวณ การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นได้

2.1.4 อาการแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติ เช่น การหดตัวและการนำกระแสไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจเสียไป ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน (sudden death) เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ ซึ่งประมาณ ร้อยละ 40-50 ของผู้เสียชีวิต เกิดจากหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular fibrillation) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; Saffitz, 2008) ซึ่งเกิดนอกโรงพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จะเสียชีวิตโดยไม่ทราบว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าผู้ป่วยรับมาโรงพยาบาลในระยะแรกที่มีอาการอาจได้รับการรักษาได้ทันและป้องกันภาวะนี้ได้

2. ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Acute Left Ventricular Failure) ภาวะนี้มักพบได้บ่อยหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะรายที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว พบได้ร้อยละ 35 เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลให้การหดตัวของเวนตริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว (Hobbs & Schuster, 2001)

3. ภาวะช็อกจากความผิดปกติหัวใจ (cardiogenic shock) เป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตราย และเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วย Acute Myocardial infarction เสียชีวิต (วิวรรณ ทังสุบุตร, 2554, น. 62) พบว่าร้อยละ 9 ผู้ป่วยจะเสียชีวิตกะทันหัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) คือปริมาณเลือดที่หัวใจหดตัว ส่งเลือดออกมาเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อ ความดันโลหิตลดลงพบได้ร้อยละ 40 จะ มีผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น stroke volume ลดลงทำให้ขนาดของเวนตริเคิลซ้ายขยายใหญ่ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจที่รอดชีวิตหลัง 30 วันของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2-4 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะช็อกจากหัวใจ (Singh et al., 2007)

4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(pericarditis) พบได้ร้อยละ 28 ที่เกิดในระยะแรก (วันที่ 2 หรือ วันที่ 3) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556) มีสาเหตุเกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจตายและลุกลามมาที่ชั้นผิวมายังเยื่อหุ้มหัวใจ ส่วนเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะหลัง (2 อาทิตย์ – 2 เดือน) หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด น่าจะมีสาเหตุมาจาก autoimmune ซึ่งเกิดจากร่างกายสร้าง antibody ต่อต้านกับสารที่หลุดออกมาจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่เกิด necrosis ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนมีของแหลมมาทิ่มแทงหน้าอก และเจ็บมากขึ้นเมื่อหายใจลึก ๆ เมื่อมีการเปลี่ยนท่าและมีไข้ (กอบกุล บุญปราศภัย ,2549; Saffitz,2008)

5. กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดซ้ำ (recurrent myocardial infarction) พบว่าผู้ชายร้อยละ 21 และผู้หญิงร้อยละ 33 จะมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดซ้ำภายในเวลา 6 ปี สาเหตุส่วนใหญ่คือการทำงานหักโหม มีลิ้มเลือดหลุดลอยและเกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีใหม่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556)

จากภาวะของโรคจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แบบเฉียบพลันที่รุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ล่าช้าหรือล่าช้า ซึ่งอาจมาจากระบบเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์หรือปัญหาด้านการประสานงานของทีมบุคลากรในระดับต่าง ๆ และผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า (เกรียงไกร เสงรัมย์ และคณะ, 2557) ดังนั้นการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นระยะอันตราย (ผ่องพรรณ อรุณแสง,2556) และความพร้อมของทีมสุขภาพที่มีรูปแบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

2.2 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.2.1 การดูแลรักษาระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

จากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันความรุนแรงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาคือต้องเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด จากการศึกษาของ Berger et al.,1999 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจภายใน 60 นาที แรกหลังจากมีอาการ มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 99 ซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับบริการที่เร็วจะมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการ

คัดสินใจมารับบริการซ้ำ (พิมพา เทพวัลย์,2554) การรักษาในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลจึง เป็นการรักษาขั้นต้น และนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด โดยอมยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine :NTG) อมใต้ลิ้น 0.02 มิลลิกรัมทุก 5 นาที หรือ อมยาไอซอร์ดีล (Isordil) 5 มิลลิกรัม ทุก 5 นาทีจนหายเจ็บ เคี้ยวและกลืนยาแอสไพริน ขนาด 160 – 325 มิลลิกรัมทันที เปิดเส้นเลือดดำต่อ NSS 0.9 % พร้อมสำหรับให้ยากรณีฉุกเฉิน ให้ ออกซิเจน 2-4 ลิตร /นาที ใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บอก เช่น มอร์ฟีน 2.5 มิลลิกรัม เข้าเส้นเลือดดำ แล้วนำส่งโรงพยาบาลโดยเฉพาะ รพพยาบาลที่มีMonitor บันทึกคลื่นของหัวใจพร้อมเครื่องdefibrillator (ไฟบูลย์ โซตินพรีคั้นภัทร,สุนันทา ครอบงุมท และ วิจิตรรา กุสุมภ์,2556 ,น.263 – 264)

ปัญหาการจัดการดูแลรักษาในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยคัดสินใจมารับการรักษาช้า พบว่าผู้ป่วยและผู้พบเหตุยังมีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ถูกต้อง โดยจะหายารับประทานเอง บีบนวดและรอให้อาการทุเลา จึงมีผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงไปถึงโรงพยาบาลนานมากขึ้น (พัชรภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ,2554) และพบว่าร้อยละ 65.3 จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถให้การรักษาและวินิจฉัยเบื้องต้น และมีการประสานส่งต่อเข้าSTEMI fast track แต่ยังใช้เวลามากกว่าผู้ป่วยไปรักษาที่ศูนย์ศักยภาพโรคหัวใจโดยตรง (พัชรภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ,2554) นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยเข้าถึงสถานบริการอย่างทันทีทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแก้ไขภาวะฉุกเฉินไม่ให้ลุกลามอาจทำให้การพยากรณ์ของโรคดีขึ้น ถ้ามีการแก้ไขทันเวลา (วิไลพร หอมทอง,2547) ดังนั้นการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ ในการประเมินอาการเจ็บหน้าอก จะได้มารับการรักษาในระยะเวลาที่สามารถรักษาด้วย fibrinolysis หรือ ทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ได้ (คำรัส ตรีสุโกศล,2554) หรือถ้าผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต) ควรมีการจัดรูปแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการส่งต่อที่มีคุณภาพได้ จะทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Lesneski,2010)

นอกจากการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรค วิธีปฏิบัติตัว ตลอดจนทราบว่าเมื่อมีอาการจะต้องไปสถานพยาบาลใดแล้ว ยังรวมถึงการมีทีมงานซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

2.2.2 การดูแลระยะแรกในโรงพยาบาล หรือที่หน่วยฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยที่น่าสงสัยจะเกิด Acute myocardial infarction (AMI) มาที่แผนกฉุกเฉินหรือจุดคัดกรองของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยควรทำอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาทีและไม่ควรเกิน 20 นาที (กอบกุล บุญปราศภัย, 2549) วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรกคือ “door to needle” ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที หรือได้รับการทำ Percutaneous angioplasty ภายใน 1 ชั่วโมง(ผ่องศรี มรกต, 2553) การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน Reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังเจ็บหน้าอกเพื่อจำกัดบริเวณของหัวใจขาดเลือดให้เหลือน้อยที่สุด

American College of Cardiology and American Heart Association (ACC/AHA) ได้กำหนดแนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน คือ 1) ให้ออกซิเจนเพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 2) ให้ไนโตรกลีเซอรินอมใต้ลิ้น ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดขยายลดอาการเจ็บหน้าอก ถ้าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจไม่ต่ำกว่า 50 ครั้ง/นาที หรือไม่เกิน 100 ครั้ง /นาที 3) ให้ morphine 2-5 มก. IV เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและลดความวิตกกังวลในขณะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการไหลกลับของหลอดเลือดดำเข้าสู่หัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ preload 4) ให้ aspirin เพื่อยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดอัตราการตายและลดการเกิด MI ซ้ำ 5) บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead เพื่อวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจเบื้องต้น ควรทำและแปลผลภายใน 10 นาที 6) เจาะเลือดการระดับสารโมเลกุลใหญ่และเอ็มไซม์จากกล้ามเนื้อตายในซีรัมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ควรจะได้ผลภายใน 30 - 60 นาที ซึ่งควรส่งตรวจ Troponin T หรือ I (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2557) ส่วนวิธีการรักษาแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้ (Antman et al., 2004 อ้างในดวงกมล วัตราคูล, 2558, น.11-14)

1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents) เป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าภายใน 2 - 3 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 4 - 6 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 (ชุมพล เปี่ยมสมบุญ, 2551) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้มากคือ Streptokinase, t-PA, Reteplase ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เป็นพลาสมิน (plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือด (fibrin clot) และย่อย clotting factor V & factor VIII, prothrombin และ fibrinogen ประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่หลอดเลือดแดงถูกเปิดออก ถ้ามีเลือดไหลผ่านกลับมาเร็วเท่าใดก็จะทำ

ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายถูกกำจัดให้มีขนาดเล็ก และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่เสียไปมาก ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย ยาละลายลิ่มเลือด แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อไฟบริน ได้แก่ alteplase, tenecteplase และยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะต่อไฟบริน คือ streptokinase จากการศึกษาพบว่า ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาเลย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมานานกว่า 12 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณี que ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก (Levine, Ali, & Schafer, 2001) โดยผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับประโยชน์สูงสุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเร็วที่สุด ภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงที่สุด เช่นกล้ามเนื้อหัวใจตายหน้าด้านหน้า (anterior wall myocardial infarction) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ป่วยที่มีชีพจร มากกว่า 100 ครั้ง ต่อ นาที เวลาที่เริ่มให้ยาผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door – to – needle time) (Antman, 2004)

อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาจะมีประโยชน์มาก แต่การให้ยาก็มีข้อห้ามของการใช้ ยา ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือดคือภาวะเลือดออกซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลต้อง ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา ข้อห้ามโดยเด็ดขาด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีเลือดออกในสมอง ประวัติเคยตรวจพบก้อนเนื้ออกในสมอง มีภาวะของอวัยวะภายในกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือประวัติเลือดออกทางอวัยวะภายใน ในเวลาไม่เกิน 2 – 4 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีประจำเดือน ผู้ป่วยสงสัยว่าอาจมีโรคของผนังหลอดเลือดแดงแยกตัว นอกจากข้อห้ามเด็ดขาดแล้ว ยังมีข้อห้าม ที่อาจพิจารณาให้ได้ในบางกรณี ได้แก่ ตรวจพบความดันโลหิตสูงรุนแรง มากกว่า 180 / 110 มิลลิเมตรปรอท เมื่อแรกรับโดยไม่สามารถควบคุมได้ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ทราบชนิดแน่ชัด หรือโรคของสมองอื่น ๆ กำลังใช้ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ในขนาด ยาที่ทำให้ผลการตรวจระดับยาละลาย ลิ่มเลือดมาตรฐาน (International Normalized Ratio [INR]) มากกว่า 2 เท่า มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ ประวัติได้รับการบาดเจ็บรุนแรงมากในช่วง 2 – 4 สัปดาห์ การถูกช่วยฟื้นคืนชีพที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือนานเกิน 10 นาที มีประวัติรับการผ่าตัดใหญ่มาไม่เกิน 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ ถ้าผู้ป่วยมีข้อห้ามเด็ดขาดของการใช้ยา ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน

2) การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary intervention [PCI]) เป็นการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน โดย แพทย์จะสอดใส่สายที่มีบอลลูนอยู่บริเวณสายเข้าไปยังหลอดเลือด โคโรนารีถูกโป่ง ที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เกิดแรงดันและทำให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมันที่ลึกลงไปถึง ชั้นกลางของผนังหลอดเลือดทำให้พื้นที่ของช่องว่างในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มการ

ไหลเวียนของเลือด (ชนวัฒน์ เบญจนาวุตตรา และ อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) โดยวิธีการนี้จะทำในกรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ เป้าหมายสำคัญ คือ ควรเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บแน่นอก หรืออย่างช้า ไม่เกิน 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมง อาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดทันที เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นอกอยู่ หรือไม่มีสัญญาณของการเปิดหลอดเลือด (reperfusion) ภายในช่วงเวลา 90-120 นาทีหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด อาจพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปลั๊กหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2557:55) ซึ่งจากแนวทางที่กำหนดจะเห็นได้ว่าสถานบริการจะมีความสามารถในการรักษาที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ เพื่อจะสามารถจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเพื่อเปิดเส้นเลือดโคโรนารีได้ทันเวลา

3) การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Grafting surgery [CABG surgery]) เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยง (bypass) จากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่ได้ต่อการอุดตันนั้น ๆ เพื่อให้สามารถนำเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้ นิยมใช้หลอดเลือดของผู้ป่วยนำมาเป็นทางเบี่ยงใช้หลอดเลือดจากบริเวณอื่นๆ เช่น หลอดเลือดดำที่ขา (saphenous vein) หลอดเลือดแดงที่แขน (radial artery) หรือหลอดเลือดแดงใน ทรวงอก (Left internal mammary artery ; LIMA) เป็นต้น การผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนทางโครงสร้างของหัวใจ เช่น ผนังกันหัวใจทะลุ หรือ ในรายที่มีเส้นหัวใจจากเอ็นยึดลิ้นหัวใจขาด นอกจากนั้นการผ่าตัดยังทำในรายซึ่งไม่สามารถรักษาโดยการถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนได้สำเร็จ หรือในผู้ป่วยที่ลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดโคโรนารีไม่เหมาะสมกับการทำการถ่ายขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน เช่น มีการตีบตันอย่างมากของหลอดเลือดเส้นใหญ่ (left main) หรือมีการตีบตันอย่างรุนแรงของหลอดเลือด โคโรนารีทั้ง 3 เส้น

การจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล นั้นต้องจัดการดูแลรักษาภายใน 30 นาที หลังจากมาถึงโรงพยาบาล ตามกฎ 4 D (door ,data ,decision และ drug) ร่วมกับแนวทางการรักษาที่ทันสมัย (ผ่องศรี ศรีมรกต , 2553) โรงพยาบาลฉุกเฉิน ต้องมีสมรรถนะในการคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถแปลผลเบื้องต้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการบริหารยาละลายลิ่มเลือดสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และจัดการเบื้องต้นได้ ซึ่งถ้าจัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถกำกับระบบทางด่วนการรักษาเฉพาะโรคหรือ STEMI fast

track ให้เป็นไปตามที่กำหนด ทั้งเวลาและผลลัพธ์ รวมทั้งการประสานการจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2554) แพทย์ต้องมีความรู้ ความสามารถในการอ่านและแปลผล EKG ชนิด STEMI อย่างแม่นยำ สามารถตัดสินใจให้การรักษาดูแลตามแนวทางที่กำหนดได้ ซึ่งอัตราการตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวสัมพันธ์กับความรวดเร็วในการประเมิน วินิจฉัย และการตัดสินใจสั่งการรักษา (จริยา ตันติธรรม, 2552) โรงพยาบาลจึงต้องมีการจัดการให้เกิดความรวดเร็วของขั้นตอนการรักษา และความพร้อมด้านสมรรถนะของทีมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลควรมีการจัดเตรียมยาละลายลิ่มเลือดไว้ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล สามารถใช้ได้ไม่ยุ่งยาก มีแผนภูมิขั้นตอนการรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับยาไม่เกิน 30 – 60 นาที และสามารถจัดการให้มีระบบส่งต่ออย่างปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.2.3 การดูแลรักษาระยะต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการดูแลรักษาในหน่วยอภิบาลโรคหัวใจซีซียู (Coronary care unit หรือ CCU) หรือ หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักหรือไอซียู (intensive care unit หรือ ICU) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรักษาภาวะแทรกซ้อน แนวทางการจัดการดูแลคือ ให้ออกซิเจน ให้น้ำเกลือ เปิดเส้นเลือด ควรให้พัก และให้ยาแก้ปวด ซึ่ง การรักษาดูแลด้วยการรักษาด้วยยามีประโยชน์ในระยะแรกได้แก่

1) ยาแอสไพริน (Aspirin) จากการศึกษาการให้ยาแอสไพรินร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า สามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยแอสไพรินจึงถือเป็นยาสำคัญที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยจัดให้มีในแนวทางปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทุกคนควรจะได้รับยานี้ที่ห้องฉุกเฉิน โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวแล้วกลืนในขนาด 160 – 325 มิลลิกรัมทันที ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการให้แอสไพรินซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค อาจพิจารณาให้คลอพิโดเกรล (Clopidogrel) 300 มิลลิกรัม (Antman et al, 2004 ; อภิชาติ สุคนธสรณ์ , 2552) ซึ่ง Clopidogrel เป็นยาด้านเกร็ดเลือดชนิดรับประทาน ใช้ loading dose อย่างน้อย 300 มิลลิกรัม อาจให้ถึง 600 มิลลิกรัม ให้ร่วมกับ Primary PCI และรับประทาน 75 มิลลิกรัม / วัน ต่อเนื่องเป็นเวลา 9 – 12 เดือน ในรายที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยา (อภิชาติ สุคนธสรณ์ , 2552)

2) ยาในกลุ่ม ไนเตรท (nitrates) ชนิดอมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโดยยาจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัวลงเป็นผลให้หลอดเลือด

เลือดขยายตัว และทำให้หลอดเลือดดำขยายตัวด้วย จึงเป็นเหตุให้เกิดเลือดไปสะสมที่หลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะทำให้ลดปริมาณเลือดที่จะเข้าสู่หัวใจ และลดแรงดึงตัวที่ผนังหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนน้อยลง ลดความไม่สมดุลของปริมาณการใช้ออกซิเจน และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดไปเลี้ยงได้และสามารถให้ได้ทุก 5 นาที จนกระทั่งครบ 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอกต่อเนื่องให้พิจารณาใช้ในเตรทชนิดหยดทางเลือดดำ การให้ยาในเตรททางเลือดดำ นอกจากเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกแล้ว ยังใช้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและลดความดันเลือดดำในปอด ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาในเตรททุกชนิด ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Antman et al.,2004)

3) ยามอร์ฟีน (morphine) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำและผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้มอร์ฟีน

การดูแลรักษาทั่วไป ได้แก่ การให้ออกซิเจนผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะระยะแรก 2 - 3 ชั่วโมง กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหยุดออกซิเจนได้หลังจาก 6 ชั่วโมงแล้ว หรือค่าอิ่มตัวในเลือด (SaO₂) มากกว่า ร้อยละ 90 (Antman et al.,2004)

2.2.4 การดูแลรักษาในระยะต่อเนื่องภายหลัง 24 ชั่วโมง

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหลัง 24 ชั่วโมงจะค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหว และย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติได้ใน 2 - 3 วัน ตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้ยาแอสไพริน ขนาด 160 -325 มิลลิกรัมต่อวัน beta - blocker ตลอดไป และควรให้ตัวยับยั้ง แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (Angiotensin-Converting Enzyme[ACE - inhibitor]) อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ตลอดจนเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากการทดสอบด้วยการออกกำลังกาย และกลับบ้านได้ 4 - 7 วัน

ในการจัดรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นั้นมีความแตกต่างกันตามขีดความสามารถของโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์ทั่วไปแต่ไม่มีอายุรแพทย์จะไม่มีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่องในภาวะวิกฤติ 24 ชั่วโมงแรกในห้องผู้ป่วยหนัก แต่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และระยะแรกที่ห้องฉุกเฉินได้ โดยสามารถวินิจฉัย จากอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและประสานการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้การรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด จึงควรมีการ

พัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) เพื่อบริหารจัดการระบบบริการโรคหัวใจตั้งแต่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การพัฒนารูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) เป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่เป็นปัญหาไปสู่สภาพที่ดีขึ้นนี้จากการทบทวนเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นักการศึกษาและนักพัฒนาได้กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบดังนี้

3.1 แนวคิดของการพัฒนารูปแบบ

3.1.1 ความหมายของการพัฒนารูปแบบ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า พัฒนา หมายถึง ทำให้เจริญ กวี วงศ์พุ่ม (2542) กล่าวว่า การพัฒนาเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบหรือวิธีการไปจากเดิม อันมีผลให้เกิดการสร้างความสำเร็จก้าวหน้า เกิดประโยชน์ดีขึ้น โดยเริ่มจากสิ่งที่มีอยู่เดิม นอกจากนี้การพัฒนาเป็นกระบวนการร่วมมือร่วมใจของสมาชิกทีมงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ มาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน

กล่าวโดยสรุปการพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระบบหรือวิธีการไปจากเดิมให้ดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมงาน ในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ มาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน

รูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) มีผู้ให้ความหมายไว้ หลายลักษณะดังตัวอย่าง อูทุมพร จามรมาน (2541) ให้ความหมายว่า โครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่าง ๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติ หลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล เยาวดี วิบูลย์ศรี (2554) รูปแบบคือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์ หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกัน ก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับ ภายใต้หลักการอย่างมีระบบ ทิศนา แคมมณี (2545) เป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่นอธิบายเป็นแผนผัง ไคอะแกรมหรือ แผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นรูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย รวมทั้งเป็น กรอบความคิดทางด้าน

หลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ (วาโร เฟิงส์วาลด์, 2553)

การพัฒนาารูปแบบ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ไพโรจน์ เพชรคง (2539, น. 7) กล่าวถึง การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขปอาจเป็นสิ่งของ ระบบงานกระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิม

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) การพัฒนารูปแบบจะต้องอธิบายโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจนตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี สามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์

Willer .1996, น.83 กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้าง (Construct) และการหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป จากความหมายของการพัฒนารูปแบบ พอสรุปโดยรวมเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ว่า การพัฒนารูปแบบ หมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือการสร้างสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจเป็น โครงสร้าง ระบบงาน กระบวนการ หรือแนวทางของความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เพื่อแก้ปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วย

3.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบ

การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้นเป็นหลัก (วาโร เฟิงส์วาลด์, 2553) เช่น การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของ กฤษดา จวนวันเพ็ญ (2554) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบัน โรคทรวงอก ผลวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2) องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ 3) องค์ประกอบด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) องค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น เช่นเดียวกับ สุทธิดา รั้วมัน (2553) กล่าวว่า จากการศึกษาตัวอย่างของรูปแบบจากเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าไม่หลักเกณฑ์ว่ารูปแบบต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจดำเนินการศึกษา แต่โดยภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบมีดังนี้ 1) ปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิดและ

ความเชื่อที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบนั้นๆ 2) การบรรยายและอธิบายสภาพ หรือลักษณะของการจัดการที่สอดคล้องกับหลักการที่ยึดถือ 3) การจัดระบบ คือ มีการจัดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายของระบบหรือกระบวนการนั้นๆ 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้กระบวนการนั้นๆ เกิดประโยชน์สูงสุด

ลักษณะของรูปแบบที่ดี ควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์ว็ลด์, 2553, น.6)

1) ควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ

2) รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วย ข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก

3) รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่กำลังศึกษาได้ อย่างชัดเจน

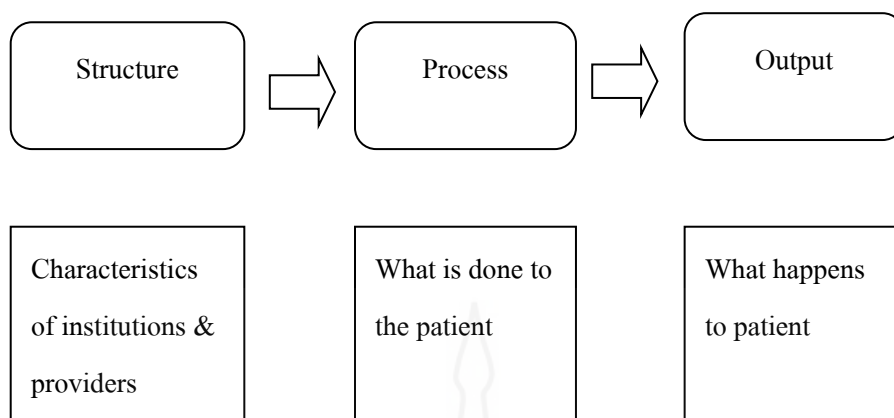
4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา

5) รูปแบบในเรื่องใด จะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบทฤษฎีในเรื่องนั้นๆ

3.2 แนวคิดของโดนาบีเดียน

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และเลือกประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ดังนี้

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เสนอองค์ประกอบในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพไว้ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงขององค์ประกอบหลัก จะมีความสัมพันธ์ที่มีลำดับขั้นตอนทิศทางเดียว ดังแสดงในภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงองค์ประกอบคุณภาพ ตามแนวคิดของโดนาบีเดียล

ที่มา: Avedis Donabedian (2003,pp.46-47)

จากแผนภาพที่ 2.2 จะเห็นว่า โครงสร้างนั้นมีผลโดยตรงต่อกระบวนการ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ได้เช่นเดียวกัน ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงสร้าง(Structure) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้าเป็นรูปแบบภายในของระบบ เน้นองค์การประกอบด้วย

1) เครื่องมือ/อุปกรณ์ (Physical Resources) สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) เครื่องมือเครื่องใช้ (equipment) ต้องมีการควบคุมคุณภาพในทุกส่วนตั้งแต่ อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมถึงผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ

2) ทรัพยากรบุคคล (Human Resources) เป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด โดยเป็นผู้จัดหา ดูแลและจัดการทรัพยากรอื่น ๆ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดและดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้นการจะทำงานที่มีคุณภาพ จะต้องมีการคัดเลือกคนที่เหมาะสม จัดคนให้ตรงกับงาน มีการประเมินผลงานและพัฒนาคนอย่างสม่ำเสมอ

3) องค์การ(Organization Resources) เช่นองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล รูปแบบการทำงานหรือบริการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย การมอบหมายงาน การควบคุมกำกับ ตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน รวมถึงวิธีการจ่ายเงิน

4) มาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of Practice) เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (Clinical pathway) แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น

5) แหล่งประโยชน์สุขภาพ (Environmental Resesources)

มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structural standard) เป็นมาตรฐานที่องค์กรกำหนดขึ้นโดยคำนึงถึงระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม หรือ เน้นองค์การโดยภาพรวม (Gillies,1994 ;อารีชีวะเกษมสุข,2555) คลอบคลุมพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน โครงสร้างการบริหารงาน และการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ เช่น กำลังคนงบประมาณ เครื่องมือ และอาคารสถานที่ เป็นต้น

2. กระบวนการ (Process) เป็นการนำนโยบาย มาตรฐาน หรือแผนงานลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นรายละเอียดของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นมาตรฐานที่เน้นผู้ให้บริการ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา การปฏิบัติ หรือการให้การดูแล (Powell,2000) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์(outcome indicators) มีหลายชนิด อาจจัดกลุ่มได้ดังนี้ (Jennings,Staggers,&Brosch,1999 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ ,2555:100)

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

3.1.1 ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่างๆ APGAR Scores , สัญญาณชีพ อาการหายใจลำบาก นำหนัก เป็นต้น

3.1.2 ตัวชี้วัดองค์รวม เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสุขสบาย/ความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิต ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การจัดการกับอาการ เป็นต้น

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

3.2.1 ผู้ให้บริการในวิชาชีพ เช่น ความเหมาะสมของการรักษาพยาบาล ความชำนาญในทักษะเชิงวิชาชีพ การเกิดเหตุการณ์สุดิวสัยขณะได้รับการรักษา เป็นต้น

3.2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ความรู้ลึกเป็นภาระของผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล เป็นต้น

3.3 ผลลัพธ์ด้านองค์กร เช่น การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาหรือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยหรือเป็นโรค อัตราการตาย การพลัดตกหกล้ม ความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา การติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่ดีควรมาจากกระบวนการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร แต่กระบวนการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากรไม่อาจประกันได้ว่าจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีเสมอไป หรือบางกระบวนการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรแม้จะไม่มีประสิทธิภาพ แต่อาจให้ผลลัพธ์ที่ดีก็ได้ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ไม่แน่นอนและอาจทำนายไม่ได้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ดีและมีประสิทธิภาพย่อมมีแนวโน้มนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ (Wyszewianski,2008 อ้างใน อารีชีวะเกษมสุข ,2555,น.10-15)

3.3 แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์

การจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นความเป็นวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายหลักให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ครอบคลุม โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้จัดการ (Case manager) เป็นผู้เชื่อมประสานทีมสหวิชาชีพ เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านอาการ และอาการแสดงของโรค ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไปได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการดูแลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทุกฝ่ายมีความพึงพอใจในระบบสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น สามารถเข้าถึงบริการได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับบริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

3.3.1 ความหมายของรูปแบบการจัดการรายกรณี

Case Management Society of America (CMSA) ,2010 ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณีว่าเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันในการประเมิน วางแผน ประสานงาน และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการเลือกและรับบริการของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Cohen&cesta ,1997 (อ้างในวันเพ็ญ วิทยุโณภาสกุล,2549,น.8-14) ได้ให้ความหมายของcase management ว่าเป็นการดำเนินการเพื่อให้ได้การดูแลที่มีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายว่าผลของการได้รับบริการจะต้องปรากฏเป็นผลลัพธ์ที่เห็นชัดเจนและวัดได้ โดยการส่งเสริมผลลัพธ์ที่คนไข้ เช่น การทำงานของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

Than,H.A. & Huber,D.L.,2006 (อ้างใน ศิริ อธิ ลิ น ฐ ,2556,น .2) ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี เป็นการดำเนินงานของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในการประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) อำนวยความสะดวก (facilitation) สนับสนุน เป็นปากเป็นเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม (advocacy) สร้างทางเลือกและให้บริการที่เหมาะสมกับความ

ต้องการสุขภาพของแต่ละบุคคลผ่านการสื่อสาร การค้นหาและจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพ และความคุ้มค่าของการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

Wojner (1997) ได้ให้ความหมายของ case management ว่าเป็นกระบวนการร่วมมือในการประเมิน วางแผนปฏิบัติการประสานงาน การเฝ้าระวัง และการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการทางภาวะสุขภาพของแต่ละคน โดยใช้ทรัพยากรตามความจำเป็น มีคุณภาพสูง และผลการดูแลที่คุ้มค่า

Powell (2010) ได้ให้ความหมาย การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการให้บริการ โดยมีการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การติดตามควบคุมกำกับ ประเมินผล และ การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยการประสานการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนความหมายของการจัดการรายกรณี สามารถสรุปได้ว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเกิดความคุ้มค่าด้านค่าใช้จ่าย โดยมีผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานความร่วมมือตามแผนที่กำหนด

3.3.2 องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

องค์ประกอบหลักที่สำคัญของ case management มี 5 ประการ (Wojner et al., 1997 อ้างในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556 , น.152-153 วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล, 2549; 8-14)

1) การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล ประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพมิได้หมายถึงการประสานงาน หรือการรายงานเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความร่วมมือที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลด้วยการประสานความร่วมมือประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดำเนินการ การเตรียมการซึ่งประกอบด้วยเตรียมเครื่องมือการเตรียมบุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติเพื่อให้การทำงานของบุคลากรทุกฝ่ายเกิดความเชื่อมโยง และดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2) แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway หรือ care map) ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในการจัดการรายกรณี เนื่องจากมีการร่วมกันทำงานของสหวิชาชีพจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่

ดีในทีมของการดูแลเพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อนของงาน แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาจึงเป็นเครื่องมือของการจัดการรายกรณีที่ใช้ในการกำกับกรปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน สมเหตุสมผล

3) *ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager)* อาจใช้บุคลากรที่มีสุขภาพคนใดก็ได้แต่ข้อสรุปนานาชาติพบว่ามีผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยได้เหมาะสมที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก ประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหลายด้านคือ เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้จัดการ ดังนั้นจึงควรมีทักษะเฉพาะในการบริหารจัดการ การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมตลอดจนการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง

4) *การดูแลอย่างต่อเนื่อง* ซึ่งเป็นบริการที่จะให้กับผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้แหล่งบริการผู้ป่วยนอก หรือแหล่งบริการในชุมชน case manager จะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

5) *การวิเคราะห์สภาพของผู้ป่วยที่มีความแตกต่าง (Variance analysis)* คือการวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย (care map)

3.3.3 กระบวนการจัดการรายกรณี

กระบวนการของการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Powell&Tahan,2010,pp.205-240)

1) *การคัดเลือกผู้ป่วย (case selection)* เป็นขั้นตอนแรกๆ ที่ผู้จัดการผู้ป่วยจะต้องเลือกว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับการดูแลแบบรายกรณี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม และมีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นต้น

2) *การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment /problem identification)* เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ต้องรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดปัญหา เพื่อหาทิศทางกรให้บริการ โดย

ทีมสหวิชาชีพจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งในเรื่องสุขภาพการเงิน สิทธิต่างๆ การประกันสุขภาพจิตสังคมของผู้ป่วย

3) การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (*Development and coordination of the care plan*) เมื่อประเมินสภาพต่างๆ แล้ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และวางแผนการดำเนินงานว่าควรจะทำอะไร อย่างไร ใครเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลาานานเท่าใด รวมถึงกำหนดเป้าหมาย และลำดับความสำคัญของปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยโดยแผนการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4) การดำเนินการตามแผน (*Implementation of the plan*) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) จะเป็นผู้ประเมิน และประสานงาน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆ จะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่วางไว้ การปฏิบัติอาจใช้ care map เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาล

5) การประเมินและติดตามผล (*Evaluation and follow up*) ขั้นตอนนี้นับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลซึ่งเป็นการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

6) การเฝ้ากำกับ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (*Continuous monitoring, reassessing and reevaluating*) การเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพใหม่และประเมินผลใหม่ เพื่อประเมินปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมายไว้ หรือเพื่อปิด case เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในรูปแบบของการจัดการรายกรณี (Case management) ต่อไป

7) การปิดการให้บริการ (*Case closure and termination of case management services*) อันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้จ่ายเงินค่ารักษา ต้องการยกเลิก มีการเปลี่ยนแปลงในการรักษาที่ต้องทำให้ปิดการดูแล เด็กแรกเกิดมีสุขภาพดีผลการรักษาดีขึ้น หรือการให้ความรู้ และการติดตามดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคสูงสุดแล้ว หรือการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการรายกรณีถึงเป้าหมายสูงสุดแล้ว ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นความเป็นวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายหลักให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ครอบคลุม โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้จัดการ (Case manager) เป็นผู้เชื่อมประสานทีมสหวิชาชีพ เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านอาการ และอาการแสดง

ของโรค ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไปได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการดูแลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทุกฝ่ายมีความพึงพอใจในระบบสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น สามารถเข้าถึงบริการได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับบริการต่อเนื่องที่มีคุณภาพ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการจัดการรายกรณีของ Powell, 2010 มากำหนดเป็นกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาล

3.3.4 ผลลัพธ์จากการใช้การจัดการรายกรณี

เนื่องจากการจัดการรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการเป็นระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งกาย จิตและสังคม มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามที่คาดหวังภายในเวลาที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ระบบการจัดการรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้มาก (Cohen&Cesta,1993;Powell,1996; More& Mandell,1997 อ้างถึงใน พรชนก จารุประกร , 2547;จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543) ได้แก่

- 1) เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ ลดอัตราการกลับมา รับการรักษาซ้ำ ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้
- 2) ลดการดูแลแบบแยกส่วน มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม
- 3) ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจงานสูงต่อบทบาทความรับผิดชอบ โดยเฉพาะผู้จัดการรายกรณี
- 4) แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ปฏิบัติมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคลากรในองค์กร ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของโดนาปีเดียน ประกอบด้วย

3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ 3) ด้านผลลัพธ์ โดยทั้งสามองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกัน ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี ของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) ใช้สำหรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของ เพาเวลล์ (Powell, 2010) เป็นกระบวนการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

3.3.5 บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ธาเฮน (Tahan, 2001) ได้วิเคราะห์และจำแนกบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไว้ 5 มิติคือ

1) มิติด้านคลินิก หรือการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำการประเมินซ้ำ ต่อเนื่อง ทั้งด้านจิตใจ สังคม ด้านการเงิน การรับรู้แลความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องควบคุมปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัย มีการทบทวนปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน วางแผนการจำหน่าย เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายวิธีปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน สามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้

2) มิติด้านการจัดการหรือมิติภาวะผู้นำ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการหมายถึง การรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เรื่องการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกทีมสุขภาพ

3) มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนสมบูรณ์ ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากร ค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม กำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล สามารถประเมินและจัดการกับความแปรปรวนได้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลา

4) มิติด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร การจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารเป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสมบูรณ์ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับ บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ หน้าที่ความรับผิดชอบขึ้นอยู่กับข้อมูล ข่าวสาร เน้นด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การ

รายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหรือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของข้อมูลข่าวสารอยู่ในกิจกรรมนั้น เพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลและประสิทธิภาพขององค์กร

5) มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า การพัฒนาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการรายกรณีให้เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ เป็นผลดีต่อผู้จัดการรายกรณีในสถานะสมาชิกในองค์กร ด้านการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจด้านจริยธรรมวิชาชีพ ถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ร่วมวิชาชีพ

4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้หรือไม่เพียงใด ต้องมีการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยทั่วไปมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี เช่น Context Input Process Product CIPP Model (Stufflebeam ,D.,2003) AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration,2001) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ ข้อเสนอแนะในการใช้เครื่องมือ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) (The Agree Collaboration,2001) ของสากล ช่างไม้ (2549 ,น.15-24) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการดำเนินงานเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย กรอบหรือแนวทางการประเมิน 6 มิติ 23 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 4 ระดับ โดยคะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อคำถามนั้น ๆ ขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อคำถามนั้น ๆ เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ มากกว่า 70% และ ผู้ประเมินควรมี 2-4 คน รายการประเมิน แต่ละมิติ(The Agree Collaboration,2001) มีดังนี้

4.1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ

4.2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุถึงผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ

4.3 มิติด้วยความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigor of Development) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวม และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบนั้น

4.4 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้

4.5 มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้

4.6 มิติด้านอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial Independence) ประเมินจากมีการระบุข้อเสนอแนะและการยอมรับข้อคิดเห็นที่ขัดแย้ง อันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ

สูตรการคำนวณค่าคะแนนความเชื่อมั่นของแต่ละมิติ คือ

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

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จิราพร มณีพราย (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (STEMI) จังหวัดกำแพงเพชรเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของโดนาปีเดียน ประกอบด้วยการประเมินมิติด้าน โครงสร้าง ศึกษาครอบคลุมองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ แนวทางปฏิบัติและระบบการควบคุมกำกับคุณภาพงาน มิติด้านกระบวนการ ประกอบด้วยการประยุกต์ใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาลในการจัดการปัญหาสุขภาพ การสื่อสารประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ และมิติด้านผลลัพธ์ พบว่า อัตราการได้รับยาลดไขมันเลือดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่มีอาการจนได้รับยาลดไขมันเลือดลดลง

อัตราการตายลดลง และมีข้อเสนอว่าเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยSTEMI ควรพัฒนาครอบคลุมด้านบุคลากร วิธีการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการสารสนเทศ

ดร.ณศรี สิริยศธำรง (2557) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของเครือข่ายศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการของKemmis & McTaggart และใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีของPowell พบว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นระบบที่ 1) มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย 2) ใช้ระบบช่องทางด่วนในการส่งต่อ 3) ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลตั้งแต่จากบ้านขณะส่งต่อ ขณะรักษาในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผลลัพธ์พบว่า อัตราตาย , onset to needle time , door to needle time , อัตราการกลับมารักษาซ้ำ , วันนอนเฉลี่ย ลดลง และอัตราการเปิดของหลอดเลือด อัตราการเข้าถึงบริการในการได้ยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและมุมมองของสหสาขาวิชาชีพต่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มขึ้น

นิตยา อกนิษฐ์ (2556) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 61 คน และผู้ป่วยSTEMI จำนวน 185 คน ผลการศึกษา 1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMI กำหนดการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะการดูแลในโรงพยาบาล โดย 1) การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลประกอบด้วย การดูแลก่อนผู้ป่วยมารับบริการ ได้แก่การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก การให้ความรู้ประชาชน และการดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ที่มรถพยาบาลฉุกเฉินสามารถประเมินอาการและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย 2) การดูแลในโรงพยาบาลประกอบด้วย การดูแลในห้องฉุกเฉิน การดูแลระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย 2. การประเมินผลรูปแบบฯ พบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นทุกด้าน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มขึ้น

ประไพ บรรณาทอง (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก (STEMI) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาท

นเรนทร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยSTEMI ได้แก่ ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น การกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารข้อมูลและสะท้อนผลลัพท์ ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยSTEMI ซึ่งประกอบด้วย การทำงานแบบมีส่วนร่วม การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ การกำหนดบทบาทในทีม การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจSTEMI ได้อย่างเหมาะสม และมีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

กฤษดา จวนวันเพ็ญ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา สถาบันมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย แต่การดำเนินการยังขาดการประสานการส่งต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2) ด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) ด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง

พรเพ็ญ ทุนแพทย์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ โดยใช้แนวคิด PDCA ส่งผลให้เกิดวงล้อในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจุดเด่นในการพัฒนาพบว่า ทีมผู้ดูแลได้มีการวิเคราะห์ระบบและทบทวนสถานการณ์การดูแล พัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล กำหนดการปฏิบัติการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การติดตามต่อเนื่องในชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม ส่งผลให้มีผลลัพท์การดูแลรักษาที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลา Door to needle Time ได้

สุนิตย์ โพธิ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผลวิจัยการพัฒนาทำให้ได้แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ต้องได้รับยาStreptokinase ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับสูง เกิดผลลัพท์ที่ดีต่อผู้ป่วย ปัจจัยสำเร็จเนื่องจากรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

และประสานงานการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

วรรณิ สัตย์วินิจและอภิรักษ์ ชูวงษ์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ หอผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรีโดยเน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้ครอบคลุม ประเมินผลการปฏิบัติ และมีการปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธิดา ร้วม่น (2553) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลการศึกษาได้องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง มีการกำหนดนโยบายเป้าหมายและการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ 2) ด้านกระบวนการ ในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านผลลัพธ์ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการ และมีความพึงพอใจต่อบริการ

จุไรรัตน์ แยมพลอย (2550) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่ารูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากมีวิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบใหม่ เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี เป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ง่ายต่อการปฏิบัติ มีการเตรียมสื่อการสอนเอกสารและสถานที่ที่ดี มีการติดตามประเมินผลที่ดี และนำผลไปพัฒนารูปแบบขณะดำเนินการเป็นระยะๆ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน

ราศรี ลินะกุล (2548) ได้ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย เป็นรูปแบบที่อาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่ายคือ พยาบาลผู้จัดการการดูแล ทีมผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แบบแผนการดูแลที่สร้างร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการวางแผน ปฏิบัติ และ ประเมินผลการดูแล กระบวนการในการพัฒนารูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยการศึกษาปัญหา สถานการณ์ร่วมกับการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบลงมือปฏิบัติ พร้อมกับสะท้อนคิดปัญหาและแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ในรูปแบบดังกล่าวพยาบาล ผู้จัดการมีความสำคัญในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมี ประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการ บริการ ได้แก่ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายใน โรงพยาบาล ทั้งนี้ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือนโยบายและความร่วมมือของทีมผู้ให้บริการ ส่วน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ บางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีข้อเสนอว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็น ผู้ประสานงานหลักเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลเฉพาะทาง และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย

พรชนก จารุปรากร (2547) ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยติดสารเสพติด ระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้การจัดการ รายกรณีสูง กว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร ความ ต่อเนื่องในการดูแล และการจัดสรรทรัพยากร

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำผลรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ซึ่งรูปแบบที่นำไปใช้ในการดูแลมีทั้งที่ใน โรงพยาบาลและที่บ้านซึ่งจากการศึกษาพบว่า ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย มีการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี บุคลากรและ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรูปแบบนี้ ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือนโยบายและความร่วมมือของทีม ผู้ให้บริการ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ แรงต้านการเปลี่ยนแปลง และโครงสร้างในระบบ บริการสุขภาพบางส่วนที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการศึกษานี้ในเรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลนั้น วิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี คือการวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนา

รูปแบบใหม่ เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง

สำหรับการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบมีเพียงการศึกษาเดี่ยวของ กฤษดา จนวนันท์ (2554) ได้ศึกษาพัฒนาการจัดการรายกรณีในส่วนของผู้ป่วยที่มาในภาวะฉุกเฉินและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษอย่างเร่งด่วนตลอด 24 ชั่วโมง หลังจากพ้นจากระยะวิกฤติแล้วต้องพักรักษาต่อในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แต่ไม่มีการศึกษาการจัดการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลและการดูแลชุมชนครอบครัวและผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงาน Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาโดยประยุกต์แนวความคิดพัฒนาคุณภาพของ โคนาบีเดียล โมเดล (Avedis Donabedian, 2003) มาเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบ ร่วมกับแนวความคิดการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ (Powell, 2010) มาพัฒนาในส่วนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการดูแลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดการเดิมก่อนพัฒนา ลดการทำงานแบบแยกส่วน มีการประสานการทำงานระหว่างทีมวิชาชีพภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) วิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น ด้วยการประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของ โคนาบีเดียน Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ Powell (2010) ในการกำหนดกรอบการพัฒนา โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1.1 ประชากร ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชะอำ และในชุมชนอำเภอชะอำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนาการ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอชะอำ เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) คัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 9 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ที่ มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

(1) แพทย์ จำนวน 2 คน คัดเลือกแพทย์ที่รับผิดชอบ service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในชุมชน ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน คัดเลือกพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชะอำ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี

(3) เกสเซอร์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ในทีมนำทางคลินิกโรงพยาบาลชะอำ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 5 ปี

(4) นักโภชนาการ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ในทีมนำทางคลินิกโรงพยาบาลชะอำ และมีประสบการณ์ให้ความรู้ด้านอาหารเฉพาะโรค ไม่น้อยกว่า 5 ปี

(5) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายอำเภอ จำนวน 2 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี
รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงกลุ่มผู้ให้บริการ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์

ลำดับ	ประเภทผู้ให้บริการ	ประสบการณ์ (ปี)	จำนวน (คน)
1	แพทย์		
	1.1 แพทย์ที่รับผิดชอบ Service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด	18	1
	1.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในชุมชน	20	1
2	พยาบาล		
	2.1 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	24	1
	2.2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	12	1
	2.3 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	8	1
	2.4 พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	16	1
	2.5 พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	18	1

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเภทผู้ให้บริการ	ประสบการณ์ (ปี)	จำนวน (คน)
3	เภสัชกร		
	3.1 เภสัชกรที่ทำหน้าที่ในทีมนำทางคลินิก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย	12	1
4	นักโภชนาการ		
	4.1 นักโภชนาการที่ทำหน้าที่ในทีมนำทางคลินิก มีประสบการณ์ให้ความรู้ด้านอาหารเฉพาะโรค	6	1
รวม			9 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ยินดีเข้าร่วมวิจัยจนจบโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละระยะ

1.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น

1.2.1 ประชากร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก 2) กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และ 4) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา จำนวน 13 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มประกอบด้วย

1) **กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก** คือ ตัวแทนวิชาชีพที่ให้ข้อมูลวิชาชีพละ 1 คน จำนวน 4 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ

2) **กลุ่มผู้บริหาร** คือ ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

(1) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 คน

(2) หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ารับ

บริการ จำนวน 4 คน

3) **กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน** คือบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่มีเกี่ยวข้องกับทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เลือกแบบเจาะจง จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

(1) พยาบาลประจำการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ประจำหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในชุมชน อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน

4) **ผู้ทรงคุณวุฒิ** คือ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า มีประสบการณ์ในการสอนนักศึกษาทางทฤษฎี และขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและการดูแลในชุมชน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน

รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	ประสบการณ์ (ปี)	จำนวน (คน)
1	แพทย์	18	1
2	ผู้บริหารทางการพยาบาล		
	2.1 หัวหน้าพยาบาล	33	1
	2.2 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในหญิง	26	1
	2.3 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในชาย	27	1
	2.4 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในพิเศษ	28	1
	2.5 หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก	27	1
3	พยาบาลระดับผู้ปฏิบัติงาน		
	3.1 พยาบาลวิชาชีพจากงานผู้ป่วยในหญิง	6	1
	3.2 พยาบาลวิชาชีพจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	11	2
	3.3 พยาบาลวิชาชีพจากงานเวชปฏิบัติชุมชน	26	1
4	เภสัชกร	12	1
5	นักโภชนาการ	6	1
6	ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา	25	1
รวม			13

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

2.1.1 เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ให้บริการ

2.1.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของรูปแบบที่สร้างขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ โดยมีความครอบคลุมทั้งหมด 6 มิติ จำนวน 11 ข้อคำถามใช้สอบถามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลชะอำ

2.2 การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้
เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ให้บริการ

2.2.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณี ของเพาว์เวลด์ Powell (2010) การพัฒนาคุณภาพบริการของ โดนาบีเดียน (Donabedian 2003) และการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือ ประกอบกับการศึกษาริบทวิทยาพยาบาลชะอำ กำหนดกรอบในการสร้างประเด็นคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล

2.2.2 สร้างเครื่องมือ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันและความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพของ โดนาบีเดียน Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาว์เวลด์ Powell (2010) เป็นกรอบในการร่างรูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของการจัดการดูแล องค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าว คือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล, ลักษณะองค์กร, ทรัพยากรเครื่องมือ และมาตรฐานการปฏิบัติ ได้แก่ ความเพียงพอ ความเชี่ยวชาญ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมือ อุปกรณ์ รูปแบบวิธีการทำงาน 2) ด้านกระบวนการ ใช้แนวคิดกระบวนการจัดการ 7 ขั้นตอน (Powell

2010) ได้แก่ (1) การสรรหาและการคัดเลือกผู้ป่วย (2) การประเมินหรือระบุปัญหา (3) ประสานงานและการพัฒนาการวางแผนดูแลรายกรณี (4) การปฏิบัติตามแผน (5) การติดตามประเมินผล (6) การตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ และประเมินผลซ้ำ และ (7) การยุติการบริการการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพบริการ ความคุ้มค่า คุ่มเวลา คุ่มทุน และพึงพอใจ

ผู้วิจัยได้สร้างประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกของกลุ่มตัวอย่างในทีมผู้ให้บริการ ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ)

2) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากเครื่องมือของ ศากุล ช่างไม้ (วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2549) ที่พัฒนาจากแนวคิด ของ The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) โดยมีข้อคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้โดยเลือกตอบได้ 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 โดยที่คะแนน 4 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้นมากที่สุด ในขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ารูปแบบตรงกับเกณฑ์ในข้อนั้น ๆ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ)

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยที่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์สภาพการณ์ปัจจุบันและความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหารวมทั้งการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ได้แก่

1) ผู้ทรงคุณวุฒิทางการรักษา จำนวน 1 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ และทรวงอก มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน

2) ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวิจัยและเนื้อหาการพยาบาล โรคหัวใจและหลอดเลือด

จำนวน 4 คน ประกอบด้วย นักการศึกษาจำนวน 3 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จำนวน 1 คน มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity Index : CVI) มีรายละเอียดดังนี้

1) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง คือ ประเด็นสัมพันธภาพความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ให้บริการ และส่วนที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของสากล ช่างไม้ (2549: 17-24) AGREE Instrument มาพัฒนาเป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นไปใช้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นๆ สอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นๆ สอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นๆ สอดคล้องน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

2) การคัดเลือกข้อความผู้วิจัยคัดเลือกข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องตรงกันในระดับ 3 และ 4 มาจัดหมวดหมู่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องน้อยในระดับ 2 มาปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าไม่สอดคล้อง ระดับ 1 ออก

3) การปรับปรุง ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของแบบสัมพันธภาพเจาะลึก และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาได้แบบสัมพันธภาพเจาะลึก และแบบประเมินความเหมาะสมความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

2.3.1 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำผลมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตรดังนี้ (Walz, Strickland & Lenz, 1991 อ้างในสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, 2549)

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

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มากกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Waltz, Strickland & Lenz 1991 อ้างในสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2549)

2.3.2 เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ สำหรับผู้ให้บริการ

จากการคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีทั้งหมด 9 ข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 8 ข้อ CVI เท่ากับ 0.8 จำนวน 1 ข้อ โดยมีค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.98 (รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก ฉ) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ประเด็นคำถามที่สมบูรณ์ กระชับเหมาะสมก่อนนำไปใช้ต่อไป

2.3.3 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

จากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI แต่ละข้อดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 9 ข้อ CVI เท่ากับ 0.8 จำนวน 2 ข้อ โดยมีค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.96 (รายละเอียดวิธีคิดดังแสดงในภาคผนวก ฉ) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมคงเดิมจำนวน 11 ข้อ ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการด้านจริยธรรม ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชจึงดำเนินการต่อ

3.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

3.3 เมื่อได้รับเอกสารรับรอง(เลขที่ 3/2559) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และเอกสารรับรอง(หมายเลข คจ.ม.พ.บ.01/2559) จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี แล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชะอำ สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม และหูกะพง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงรายละเอียด

3.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยให้ความยินยอมด้วยวาจาและลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ได้

3.5 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่เสนอข้อมูลที่อาจบ่งบอกถึงตัวบุคคลได้ เมื่อทำวิจัยสำเร็จแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยภายใน 1 ปี

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเสนอขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชะอำ และ สาธารณสุขอำเภอลำสนธิ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด เกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อนักผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า เป็น รายบุคคล โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดวัน เวลา สถานที่

4.4 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองมีการจัดการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูล รายบุคคล เพื่อให้ได้สภาพการณ์และความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยผู้วิจัยจะแนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความ ยินยอมในการบันทึกเทป กับผู้ให้ข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบประเด็นการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไว้ แล้วล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ลักษณะบรรยากาศ เป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ท่านละ 1 ครั้ง ใช้เวลาใน การสัมภาษณ์ท่านละ ประมาณ 30 นาที และมีการเปลี่ยนแปลงคำพูดหรือภาษาให้เข้าใจง่าย เพื่อให้ สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีอิสระที่จะถาม คำถามอื่นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของผู้ให้ข้อมูลกำลังพูดคุย หรือมีการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูล หลักได้อธิบายเนื้อหาเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจน จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ (Berg, 2004 อ้างในมณี อาภาพันธ์กุล 2549: 9 -23) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนัดติดตามสัมภาษณ์ซ้ำ เพื่อขอข้อมูลในส่วนที่ไม่ ชัดเจนกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย ใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลเป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ ระยะเวลา ในการรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2559 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

1.2 ถอดเทปสัมภาษณ์ ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดข้อมูลจากแถบเสียงและ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดแถบเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim)

1.3 การตรวจความครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจนของข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหาข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจนและประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติมทันทีที่ถอดข้อความเสร็จ

1.4 นำข้อมูลที่เก็บ มาวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Subtheme) แล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับคำแนะนำและปรับแก้ไขให้สมบูรณ์

1.5 ปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนขึ้นก่อนนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไป

1.6 สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามแผนที่กำหนด จนครบ 9 ราย

1.7 วิเคราะห์และสรุปประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ลงรหัสข้อมูล (Coding the data) รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ข

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรงพยาบาลชะอำ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างรูปแบบตามลำดับ ดังนี้ 1) การศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การสร้างรูปแบบ การพัฒนาคุณภาพและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2) วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลของทีมสหวิชาชีพ รวม 9 คน 3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล และ 4) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพของ โคนาปีเดียน Donabidian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพอว์เวลล์ Powell (2010) หลังจากได้ร่างรูปแบบแล้วผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขและได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำรูปแบบเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อรับคำแนะนำ นำรูปแบบมาปรับปรุงเป็นครั้งที่ 3 ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีความสอดคล้องและครอบคลุมทั้งเนื้อหาทฤษฎี และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ยังไม่ถึงขั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติเนื่องจากมีความจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์เครื่องมือของ ศากุล ช่างไม้ (2549) ที่ได้พัฒนามาจาก The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE Instrument, 2001) รายละเอียดดังนี้

3.1 เมื่อได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่นี้กลับไปให้ตัวแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก จำนวน 4 คน ผู้ให้บริการจำนวน 3 คน ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา จำนวน 1 คน รวม 13 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ประเมินทุกคนด้วยตนเอง พร้อมชี้แจงรายละเอียดการพัฒนาแบบๆ หลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมต่อการนำรูปแบบไปใช้ โดยที่ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยตรงกับผู้วิจัย จากนั้นให้แต่ละบุคคล กรอกผลการประเมินส่งคืนให้ผู้วิจัย

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบจากผู้ประเมิน รวม 13 คน มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนน ประเมินความเหมาะสมรายข้อในแต่ละมิติ

ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores) โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตร (The Agree Collaboration, 2001) ดังนี้ (รายละเอียดดังภาคผนวก ก)

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

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิตินั้นมากกว่าร้อยละ 70 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ (The Agree Collaboration, 2001)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

5.1 วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนดังนี้ (สากุล ช่างไม้ 2555:45-50 ,ชาย โพธิ์ลีตา 2550)

5.1.1 การจัดระบบระเบียบของข้อมูล (Data organizing) เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจนในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการจัดเรียงข้อมูล โดยการฟังเทปและถอดข้อความ (Transcribe) ผู้วิจัยเป็นผู้ฟังเทปควบคู่กับการอ่านบทสัมภาษณ์โดยถอดบทสัมภาษณ์ทุกคำพูด คำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียน ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง และจัดระบบข้อมูลในแฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์ แยกหมวดหมู่ตามข้อความสำคัญที่ได้

5.1.2 การให้รหัสข้อมูล (Data coding) หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกมาวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ เป็นอย่างไร มีความต้องการอย่างไร ผู้วิจัยได้จัดข้อความสำคัญที่มีความคล้ายกันมาเรียงอยู่ในกลุ่มเดียวกันโดยการให้รหัสของข้อมูลและกำหนดนิยามของรหัสนั้น ๆ

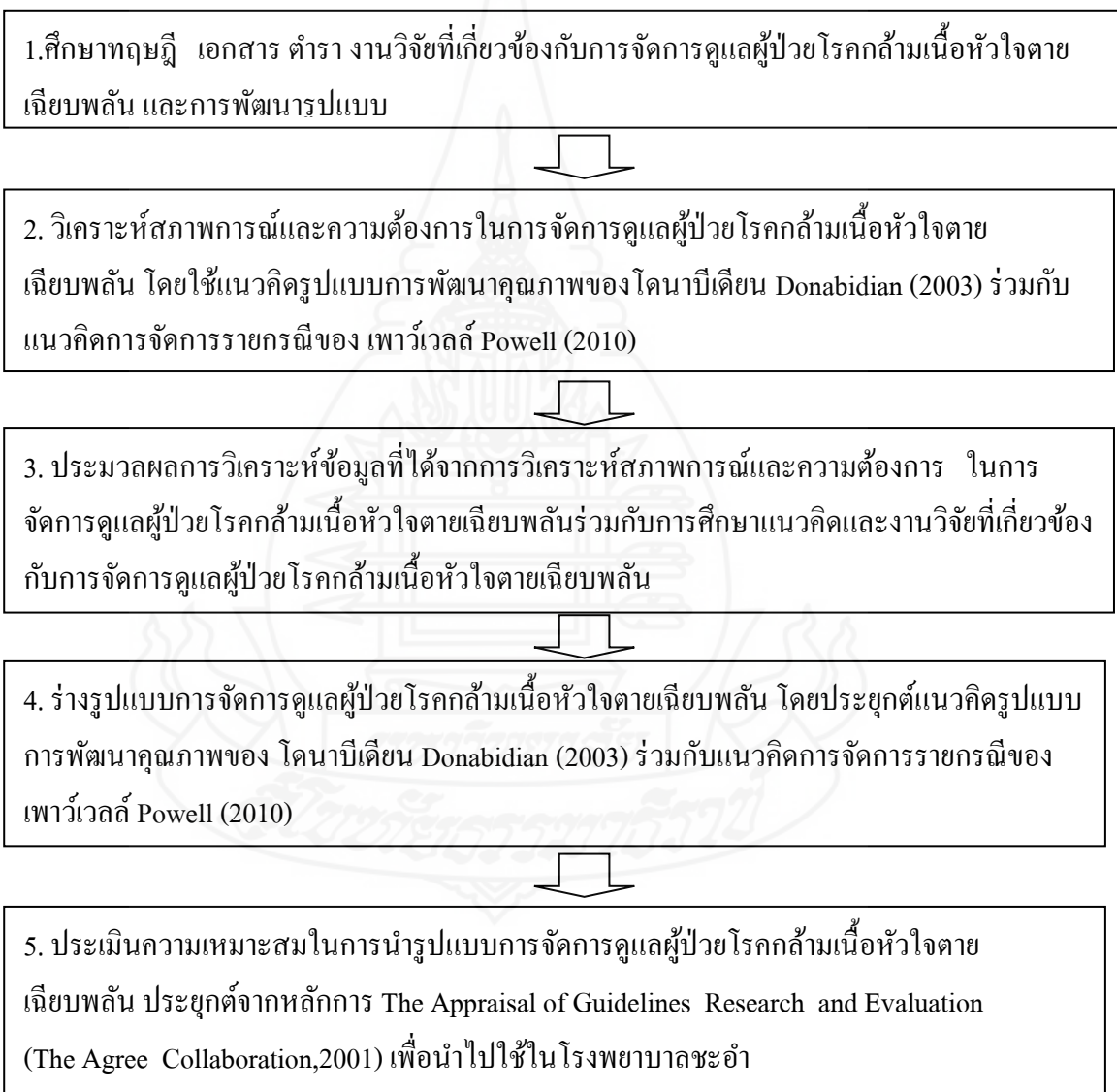
5.1.3 การจัดกลุ่มข้อมูล (Data clustering) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพการณ์มาจัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น ตามข้อความสำคัญในการให้รหัสข้อมูล

5.1.4 การหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูลที่ได้เพื่อสร้างบทสรุป นำข้อมูลจากการจัดกลุ่มข้อมูล ตามข้อความสำคัญมาสรุปเป็นประเด็นสภาพการณ์ปัจจุบันและความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

5.2 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากแบบประเมินความคิดเห็นของตัวแทนผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก ผู้ปฏิบัติงานผู้บริหารทางการแพทย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของคะแนนประเมินความเหมาะสมรายข้อในแต่ละมิติ จากผู้ประเมินรวมทั้งหมด 13 คน

6. สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำผลการประเมินประกอบกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสม เพื่อเสนอเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดรูปแบบการจัดการรายกรณีของ เพาว์เวลล์ Powell (2010) การพัฒนาคุณภาพบริการของ โคนาบีเดียน Donabedian (2003) โดยพิจารณาร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ สรุปเป็นขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ โดยใช้แนวคิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Output) มาเป็นกรอบในการพัฒนา ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาว์เวลล์ (Powell, 2010) ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรงพยาบาลชะอำ วิเคราะห์ตาม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. โครงสร้าง 2. กระบวนการ และ 3. ผลลัพธ์ ดังนี้

1.1 สภาพการณ์การจัดการดูแลด้านโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่าอัตรากำลังของพยาบาลมีเพียงพอในบางหน่วยงาน มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริมในหน่วยงานที่มีภาระงานมาก ขาดบุคลากรเฉพาะทางของ ทีมสหวิชาชีพ เช่นอายุรแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ที่จะทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบปัญหาในการทำงานแยกส่วนกันในแต่ละวิชาชีพ โรงพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีปัญหาในการคัดกรองประเมินอาการเพื่อ รายงานแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะขาดทักษะในการอ่าน EKG การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ขาดทักษะในการผสมยาละลายลิ่มเลือด (SK) แพทย์ที่มีอายุงานนาน

ขาดการอบรมฟื้นฟูทักษะในการอ่านEKG การให้ยาละลายลิ่มเลือด และเภสัชกรขาดความรู้ทักษะในการให้ยาฟารินสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ด้านทรัพยากร/อุปกรณ์ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ยา เวชภัณฑ์และรถพยาบาลเพียงพอ ในสถานการณ์ปกติ ยกเว้นในช่วงที่มีผู้ป่วยมากหรือมีผู้ป่วยวิกฤตมาพร้อมกันหลายราย โรงพยาบาลยังไม่มีระบบในการสำรองเครื่องมือ เมื่อมีเครื่องมือเสียหรือไม่เพียงพอในการใช้งาน ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีอุปกรณ์การแพทย์เครื่องมือฉุกเฉินไม่เพียงพอ และไม่พร้อมใช้งาน

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและมาตรฐานการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เฉพาะบางหน่วยงาน ไม่เป็นแนวทางเดียวกันในเครือข่าย ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาสู่การปฏิบัติ ขาดการทบทวนและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน

1.2 สภาพการณ์การดำเนินการด้านกระบวนการ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านผู้ให้บริการ พบแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ไม่ได้นำมาสู่การปฏิบัติ เนื่องจากทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานร่วมกัน มีการทำงานตามหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ขาดความต่อเนื่องในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหน้างาน และการประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทำให้มาตรฐานการปฏิบัติงานต่างๆ ไม่ได้นำมาทบทวนดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานกันในการทำงานเนื่องจากการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และภายนอกหน่วยงาน ทำให้ขาดการวางแผนร่วมกันในการจัดบริการ ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 สภาพการณ์การดำเนินการด้านผลลัพธ์ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านผู้ให้บริการ พบว่า มีการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วโดยผ่านระบบช่องทางด่วน (fast tract) ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดบริการส่วนใหญ่เน้นบริการเชิงรุกในโรงพยาบาลมากกว่า บริการเชิงรับ

ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นได้ มักปล่อยให้มีอาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาเองไม่ใช่บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองแต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมและติดตามผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการจัดการดูแลที่เหมาะสม

ตอนที่ 2 ร่าง รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชะอำ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายอำเภอชะอำ จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 4 คน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าจำนวน 6 คน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 11-20 ปี จำนวน 6 คน

2.2 สภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชะอำและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่รพสต. เกสัชกร และโภชนาการ โดยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ โดยการอ้างอิงข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ในแต่ละประเด็น ดังนี้

2.2.1 ด้านโครงสร้างของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 1 การประสานแผนในการทำงานไม่ชัดเจน

ประเด็นหลักที่ 2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ

ประเด็นหลักที่ 3 บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 4 แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติที่เป็น

ทิศทางเดียวกัน

ประเด็นหลักที่ 5 ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.2.2 ด้านกระบวนการของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 6 การประสานข้อมูลของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยงานภายใน และภายนอกโรงพยาบาลยังมีข้อบกพร่อง

2.2.3 ด้านผลลัพธ์ ของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 7 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

2.2.1 ด้านโครงสร้างของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 1 การประสานแผนในการทำงานไม่ชัดเจน

ในเรื่องการประสานการทำงานพบว่ามีปัญหาทั้งในโรงพยาบาลซึ่งมีการแยกส่วนกันในแต่ละวิชาชีพ ระหว่างหน่วยงาน เช่น คีลผู้ป่วยในกับหน่วยเยี่ยมบ้าน และการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...การประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายนอกเวลาบางทีก็ให้สายตรงไปที่ *consult heart* เลย บางทีก็ให้ *consult* ไปที่ศูนย์กว่าจะรู้เรื่องกัน ... (NER) “...เท่าที่เห็นยังไม่มีการประสานงานกันจริงๆ ในรูปทีม ยกเว้นมีการประชุมแต่ก็นานๆที...(M1)” “...มองว่ามีการทำงานเป็นส่วนๆ การสื่อสารยังไม่ชัดเจนสื่อสารไปไม่ถึงข้างใน ...การประสานงานแต่ละจุดอย่างส่งเสริมเป็นใคร ward ชายเป็นใคร พิเศษเป็นใคร ยังไม่มีใครรู้เลย...(NIPD1)” “...ทางด้านคนไข้รับกลับส่วนใหญ่ไปอยู่ที่บ้านชุมชนก็ไปดูแลแต่ผลการเยี่ยมไม่รู้ว่าจะส่งทางไหน ไม่ทราบจริงๆ การดูแลมันเป็นช่วงๆ...(NPD2)” “...การประสานงานจากเราไปโรงพยาบาลแม่ข่ายยังติดขัดอยู่ทำได้ไม่เต็มเวลา ไม่มีแผนการรักษาที่ชัดเจนในการส่งคนไข้มาว่าจะลดหรือปรับยาอย่างไร ไม่มีใครมาประสาน...(M2)” “...เรื่องการให้ยา SK ไม่ได้เก็บ stock ไว้ที่ห้องยาเก็บไว้ที่ ER ที่เดียว ไม่เคยมีการแจ้ง ปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นระหว่างการให้ยา หรือการมาพบทวนร่วมกัน...(P)”

ประเด็นหลักที่ 2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ ไม่เพียงพอ

2.1) เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอในสถานการณ์ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลมีการจัดเตรียมเครื่องมือสำคัญที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในแต่ละหน่วยงาน เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ต่างๆ รวมถึงในรถพยาบาลที่ใช้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเพียงพอในสถานการณ์ปกติ แต่ ในกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาพร้อมกันหลายราย จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพร้อมกัน ต้องขอยืมจากหน่วยงานอื่น โดยที่ยังไม่มีแผนการสำรองเครื่องมือของโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เคยมีมีปัญหาอุบัติเหตุการ *monitor infusion* ไม่พอใช้ ต้องวิ่งยืมกัน....(M1)” “...ที่ตึกหญิงเครื่อง EKG นี้ก็ไม่พอ บางครั้งเวลาผู้ป่วยมีอาการ ยังวิ่งยืมกันอยู่เลย เพราะเครื่องมือเสียบ้าง อะไรบ้าง แล้วเครื่อง *monitor* ก็ไม่พอเวลามีคนไข้หลายๆ คน... (NIPD2) “...เวลามีหลาย case ต้องใช้ *monitor* พร้อมกัน ก็ไม่พอ แต่ก็เลือกใช้ในราย

ที่จำเป็นก่อน... เคยมีที่เครื่อง defib เสียก็วิ่งไปยืมพิเศษก่อน...(NER)”

“..น่าจะมีแผนในการสำรองเครื่องมือทำไว้ให้ชัดเจนเลยว่าหน่วยไหนยืมหน่วยไหน ..ตอนนี้ก็ยืมตามความสนิทส่วนตัว...(NIPD1)”

2.2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอุปกรณ์ฉุกเฉินที่จำเป็นไม่เพียงพอ

เครื่องมือ อุปกรณ์ฉุกเฉิน ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเครือข่ายในบางที่ไม่พร้อมใช้งาน และในสถานบริการบางแห่งขาดอุปกรณ์ฉุกเฉินที่ จำเป็น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ในรพสต. เวลา มี case ฉุกเฉินที่ไร Ambu ไม่เคยพร้อมใช้ หยิบมาที่ไร ก็ใช้การไม่ได้...(M2)” “มีปัญหาเรื่องไม่มีเตียง Flower ... เครื่อง Oxygen sat ก็มีไม่ครบทุกรพสต. เครื่อง EKG มีที่ทุ่งจับฉนวนที่เดียว...(HPN1) “...ออกซิเจน กับ set พ่นยา นานๆ ใช้ที่บางทีก็หมด Ambu bag เพิ่งได้บริจาคมาจากแม่ของผู้ใหญ่... (HPN2)” “...บางครั้ง Set IV ก็ไม่พอเราไม่ได้เบิกมาใช้เลยอะ นานๆ ใช้ที ...ถ้ามี case ก็วิ่งไปยืมอนามัยใกล้ๆ...(HPN1)”

ประเด็นหลักที่ 3 บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีทักษะในการดูแลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วปลอดภัย เช่น ทักษะการอ่าน EKG การคัดกรอง การประเมิน แรกรับการใช้เครื่อง defib การใช้ยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ การให้ยาละลายลิ่ม เลือด ซึ่งยังพบว่าทักษะดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

“..พยาบาลแต่ละคนที่ขึ้นเวร ก็จะมีตั้งแต่ห้องที่เล็กสุดจนถึงที่ที่มีประสบการณ์ หลายปี ด้วยความชำนาญของแต่ละคน จะมีผลต่อการประเมินคนไข้ซึ่งอาการ ของ MI ไม่ค่อยชัดเจนเพราะบางคนอาจมีอาการคลุมเครือ สงสัยในโรคอื่น ไปด้วย คนที่มีประสบการณ์น้อยก็อาจจะผิดพลาดได้...(NIPD1)”

“...การอ่าน EKG ก็เป็นส่วนหนึ่ง....ถ้าห้องเค้านั้นใจดู EKG ได้ก็จะเห็น ลักษณะ ความผิดปกติที่ชัดเจน การรายงานแพทย์.....ก็จะเป็นที่เชื่อถือของแพทย์....ทำให้การ รักษา ก็จะเร็วขึ้น...(NIPD2)” “..เรื่องการประเมินคนไข้ เรื่องของการคัดกรอง ก็เป็นส่วนสำคัญถ้าเรามีการลงสู่ชุมชนที่เยอะขึ้น หมายถึงว่าให้ตั้งแต่ รพสต. มีความรู้ด้านนี้ด้วยมันก็จะทำให้ เราจะสามารถเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็วขึ้น ...(M2)”

“..พยาบาลที่อยู่เวรต้องมีความรู้ ...พยาบาลที่อยู่ ER ต้องใช้ทักษะที่เหมือนกัน...(NER)”

“...ทักษะเรื่องการอ่านEKG ควรต้องมีเพิ่มเลยค่ะ เพราะของเรายังไม่เก่งพอ
 ดูได้บ้างนิดหน่อย ๆ มันไม่แม่นเลยค่ะ...(HPN2)” “..เรื่องยากก็ต้องมีความรู้ค่ะ
 เพราะยาโรคheart เป็นยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่อง บางตัวเราก็ไม่รู้ว่ายาคือตัวนี้
 มีผลข้างเคียงอย่างไร...(NIPD2)” “...เรื่องการใช้defrib นะคะ.... เราก็คิดปัญหา
 เรื่องการใช้เครื่อง เพราะนานๆ ใช้ บางคนก็มีปัญหาไม่กล้าใช้ ไม่กล้าเปิด(NIPD1)”
 “...ทำตามorder ที่บอกให้เราทำEKG ซ้ำทุกเท่าไร ... หมอก็จะorder trop T
 EKG ทุก6 ประมาณนี้ค่ะ...(NIPD2)” “...ต้องประเมินผู้ป่วยให้ได้ก่อน ต้องรู้ขั้นตอนว่า
 ประเมินแล้วคนไข้มีอาการอย่างนี้แล้วซึ่งจริงๆ แล้วต้องรู้ทุกคนค่ะ..(HPN1)”
 “...ยังไม่ค่อยแม่นเรื่องการปรับยา wafarin ... ไม่ค่อยมี case น่าจะส่งอบรมบ้าง,..(P)”
 “...การให้ยาSK ก็ยังมีปัญหา ผสมแล้วเป็นฟองเหลืออยู่ในขวด ...ต้องให้พี่ที่เคยทำ
 แล้วมามาสอนบ้าง...(NER)”

ประเด็นที่ 4 แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกัน

โรงพยาบาลมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 ซึ่งมีใช้อยู่ภายในโรงพยาบาลยังไม่ได้เผยแพร่ไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในเครือข่าย
 การทำงานส่วนใหญ่ขาดการสื่อสารและติดตามทบทวนแนวทางที่มีอยู่โดยเฉพาะเมื่อมีเจ้าหน้าที่
 ใหม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

“...guide line ของเรายังไม่เผยแพร่ รู้เฉพาะกลุ่มที่ทำ ยังไม่ชัดเจน...เท่าที่เจอ
 บางคนก็มารู้ เหมือนเขียนไว้แล้วไม่มีการนำมาใช้จริง...(MI)”
 “...เราก็สามารถdetect คนไข้ได้ โดยทำEKG ภายใน 10 นาที ตามguide line
 ให้การพยาบาลเบื้องต้นตามรูปแบบที่วางไว้แล้ว สามารถที่จะconsult หมอ
 ใด้อย่างทันท่วงที...แต่บางคนก็ทำไม่เหมือนกัน...(NER)” “...ตอนนี้MI
 ไม่มีแนวทางมานะคะ ทำตามทีอบรมมา น่าจะเหมือนกันทุกรพศ.แต่อร์
 ไม่แน่ใจว่า รพศ.อื่นเค้ามีเปล่าว...(HPN1)” “..CPGในward แทบจะไม่ได้
 กางดูเลยคะ ไม่ได้ดูกันตลอด ไม่ได้รู้กันทุกคน โดยเฉพาะน้องใหม่ อาจจะ
 ไม่รู้ด้วยว่ามีCPG..(NIPD2)” “...เรามีแนวทางที่ทีมPCT เขียนไว้ แต่ไม่ค่อย
 ใด้นำมาทบทวนกัน ...เลยไม่รู้ว่CPG มีปัญหาอะไรหรือเปล่าว...เราขาด
 การทบทวนกันนะ...(P)” “...แนวทางก็มีคะ แต่ไม่ค่อยได้ทำตาม เห็น
 ทีมเค้าอามาแจก ยังเก็บเอกสารไว้ในแฟ้มเลยคะ...(N)”

ประเด็นที่ 5 ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้เป็นระบบที่ดีเชื่อมโยงกันนั้น ควรมีการประสานงานกันที่ระดับวิชาชีพและภายนอกหน่วยงาน การมีทีมผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงาน ความร่วมมือในการรักษา ให้คำปรึกษา และติดตามกำกับเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ต้องการ ผู้ที่จะเหมาะสมคือพยาบาลดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

"...เราน่าจะตั้งทีมที่แข็งแรง...ที่สามารถเชื่อมประสานได้กันดี ... เป็นที่ปรึกษาให้กับทีม ก็น้องแพทย์ก็หมุนเวียนบ่อย...เป็นตัวแทน ทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัช...(MI)" "...ถ้ามีคนมารับผิดชอบเรื่องนี้ โดยเฉพาะมันก็คิดจะจะได้เป็นคนที่คอยประสานงาน ให้คำปรึกษา เป็นการเชื่อมต่อข้อมูลอีกที...(NER)" "...เราควรมีcase manager ให้ทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ จะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม...(NIPD1)" "...ถ้าแต่ละหน่วยงานมีคนคอยประสาน ติดตามงาน หน่วยงานก็จะได้ตามเป้าหมายนะ...เหมือนรพสต.เค้าส่งคนไข้มาก็รู้ว่าประสานขอความช่วยเหลือจากใคร...(P)" "...ยังไม่มีcase manager ที่จะมาทำงานจริงๆ ดูแลผู้ป่วยน่าจะเหมาะกว่าคนอื่น...(N)"

2.2.2 ด้านกระบวนการของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 6 การประสานข้อมูลของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยงาน

ภายใน และภายนอกโรงพยาบาลยังมีข้อบกพร่อง

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยนั้นยังพบปัญหาเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลกันภายใน ระหว่างทีมพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน และการเชื่อมประสานโดยระบบภายนอก ทำให้เกิดปัญหาในการติดตามเยี่ยม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

"...ส่วนการประเมินผลติดตาม อาจไม่ครอบคลุมสักเท่าไร เพราะเมื่อออกจากเราไป ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเราไม่ได้ไปติดตาม ข้อมูลว่าต่อไปเค้าจะต้องไปไหนอาจต้องมีการติดตามส่วนนี้เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง...(NIPD1)." "...ผู้ป่วยที่ส่งมาให้เยี่ยมจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ประวัติน่าไม่ชัดเจน บางครั้งส่งมาไปเยี่ยมผู้ป่วยก็เสียชีวิตแล้ว...(NHP1)" "...มีcaseที่ส่งมาจากOPDไม่แจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการอะไร เห็นมาแล้วคู่มือก็เลยให้นั่งรอพอยุง ๆ ก็จะหลุดไป...(NER)" "...เราอยู่ตรงนี้ห้องฉุกเฉิน มันก็ไม่ได้ไปติดต่อประสานงาน

สักเท่าใด ถ้าไม่ได้เดินไปเพราะถ้าจะหมายถึงระบบเอกสารที่จะได้รับปกติ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้ามีการให้ยา ก็จะมีเอกสารติดต่อบางครั้ง ข้อมูลก็ไม่ได้ถูกส่งต่อ ข้อมูลจะขาดหายไป...(NER)”

2.2.3 ด้านผลลัพธ์ ของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 7 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เจ็บพลันยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลันในปัจจุบันยังพบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเอง โดยไม่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น อัตราการเกิด cardiac arrest , on set to needle time และอัตราการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

“...ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกมาก แต่เค้าก็ขับรถมาเอง...(NER)”

“...อัตราการเกิด cardiac arrest ที่บ้านก็ยังพบอยู่เรื่อย ๆ...(M1)” “..ผู้ป่วยSTEMI

ให้ยาSK on set to needle time มากกว่า 30 นาที.. (NER)” “กลุ่มเสี่ยงในตำบล

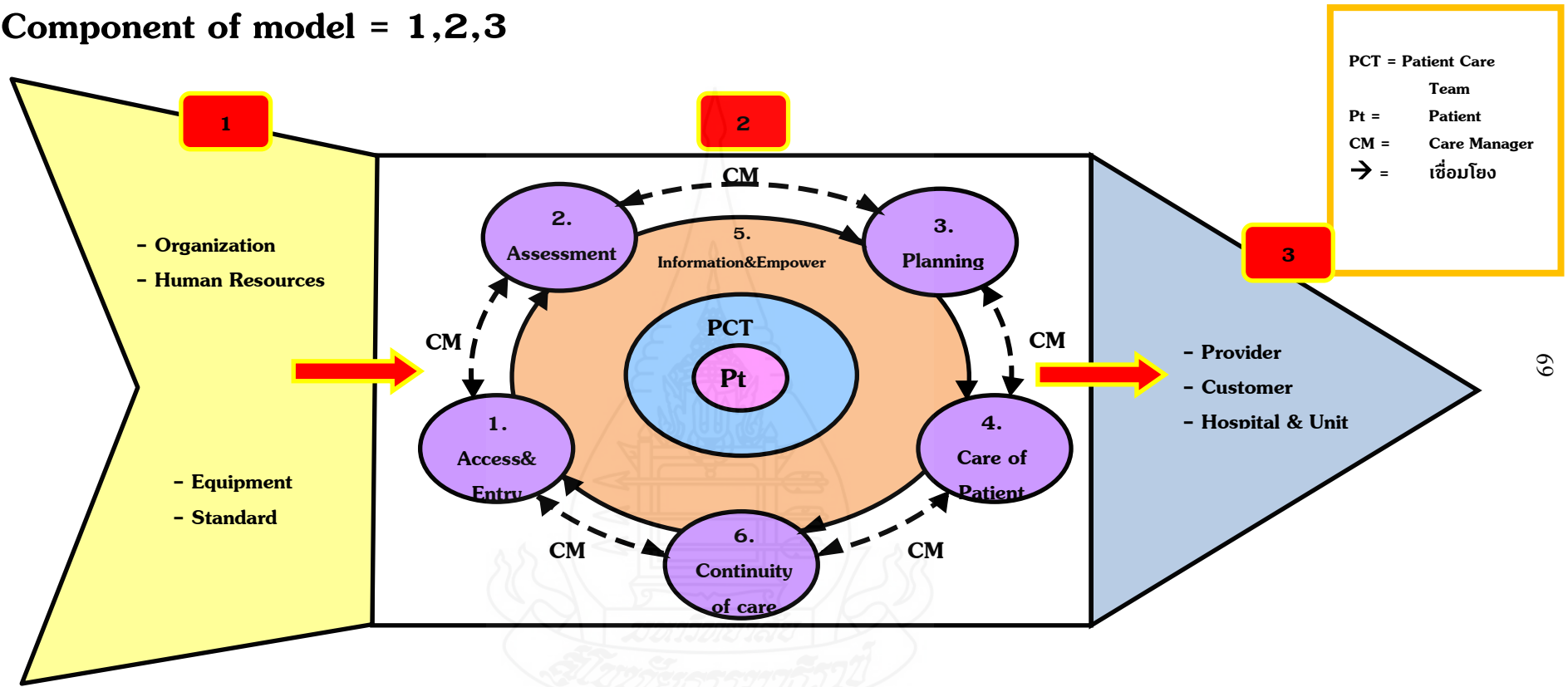
เราทำเฉพาะกลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน กลุ่มอื่นก็ยังไม่ได้มีการคัดกรอง...(NHP1)”

2.3 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลัน

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

จากประเด็นในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลันสำหรับโรงพยาบาลชะอำ นำมาสังเคราะห์และร่างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลัน ได้ 3 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้ ดังภาพที่ 4.1

Component of model = 1,2,3



Key Success factor : **M** = Managerial Team **I** = Integrated Care **C** = Cardiac Care Competency **H** = Humanized Care **A** = Agility **A** = Achievement
M = Monitoring & Evaluation

แผนภาพที่ 4.1 การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
 (MI CHAAM Model)

จากแผนภาพที่ 4.1 แสดงร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ (MI CHA AM Model) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการประยุกต์แนวความคิดพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian,2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนั้น มีความเชื่อมโยงสนับสนุนต่อกัน เป็นลำดับ โดยเริ่มต้นจากการจัดการที่ดีตั้งแต่องค์ประกอบที่ 1 จึงส่งผลต่อองค์ประกอบที่ 2 และมีผลลัพธ์ตามเป้าหมายในองค์ประกอบที่ 3 และแนวทางการจัดการรายกรณีของเพาว์เวลล์ (Powell,2010) โดยมี Case Manager ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี และมีปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จ (Key success) คือ “ MI CHAAM ” ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ

ดังมีรายละเอียดของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (MI CHA AM Model) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใหม่ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านโครงสร้าง

1. ด้านองค์กร (Organization Resources)

โรงพยาบาลมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิไว้ด้วยกัน โดยมีการออกแบบระบบบริการและระบบส่งต่อที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว มีการจัดช่องทางด่วน (Fast track) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็ว ทันเวลาและมีมาตรฐาน เพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มวัย

2. ด้านทรัพยากรบุคคล (Human Resources)

ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และต่อเนื่องนั้น แบบองค์รวม ลดการให้การดูแลแบบแยกส่วน และเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพนั้น ในรูปแบบเดิมที่ผ่านมาบุคลากรในแต่ละวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล จะทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตน แต่ยังคงขาดผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และประสานเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่จะส่งต่อผู้ป่วย นอกจากปัญหาที่พบในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) มายังโรงพยาบาลชะอำด้วย รวมทั้งสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ สามารถอธิบายรูปแบบใหม่ได้ดังนี้

2.1 พัฒนาการประสานกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการโดยการกำหนดบทบาท ใน แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน

2.2 การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นควรมีแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร/ของทีมสุขภาพ อาทิ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาแอสพรีน การคัดกรอง และการประเมินผู้ป่วย การอ่านEKG โดยรูปแบบในการฝึกอบรมนั้นควรเป็นเชิงปฏิบัติการ การ ทบทวนหน้างานโดยหัวหน้างาน การประชุมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 กำหนด คุณสมบัติ บทบาทหน้าที่ ของ Case Manager มอบหมายให้มี ตัวแทนในแต่ละวิชาชีพ ทั้งภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสุขภาพตำบลในเครือข่าย ในการ จัดระบบการดูแลครบวงจร ทั้งในปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พัฒนาทักษะความรู้เฉพาะใน ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี

3. เครื่องมือ /วัสดุอุปกรณ์ (Physical Resources)

พัฒนาระบบสำรองเครื่องมือที่จำเป็นในการช่วยชีวิต โดยมีการจัดทำแผนการ สำรองเครื่องมือของโรงพยาบาล ในกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมากกว่า 1 ราย และสนับสนุนให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ในเครือข่ายมีเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ใช้ในการให้บริการ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งเสริมให้มีการวางแผนการจัดซื้องบประมาณประจำปี นโยบายการหมุนเวียนการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในเครือข่าย ใช้ระบบคลังเดียว และเครือข่ายบริการ ไร้รอยต่อ

4. มาตรฐานการปฏิบัติ (Standards of practice)

มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นมาตรฐานสำหรับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย อย่างชัดเจน ควรมีการทบทวน แนวทางที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อปรับเกณฑ์การปฏิบัติให้ เหมาะสม โดยจัดทำเป็นคู่มือและแผนการดูแลในแต่ละวิชาชีพ มีการควบคุมกำกับให้เกิดการ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างจริงจัง และมีการทบทวนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการ รักษาพยาบาล และการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการ

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการนำกระบวนการดูแลตามหลัก Care Process ตามขั้นตอนการดูแลในโรงพยาบาลเป็นหลัก เชื่อมโยงภายในโรงพยาบาล เชื่อมโยงภายนอกโรงพยาบาลตามระบบ Service Plan ตั้งแต่การเริ่มเข้ารับบริการของ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล จากบ้าน ซึ่งมีเส้นทางการเข้าสู่กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ 3 ช่องทางคือ 1) ผู้ป่วยเดินทางมาเองจากบ้านไป รพ.สต. 2) ผู้ป่วยใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ 3) ผู้ป่วยเดินทางจากบ้านมารอคอยที่ผู้ป่วยนอก หรือ ห้องฉุกเฉิน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ถ้ามีการรักษาที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชะอำ จะส่งต่อไปโรงพยาบาลตติยภูมิแม่ข่าย ซึ่งในรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่พัฒนาขึ้น “MI CHAAM Model” จะเน้นเฉพาะการบริการก่อนถึงโรงพยาบาล การบริการที่รพ.สต.หรือข่าย การจัดการดูแลในโรงพยาบาล และการจัดการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น โดยมีรายละเอียดแต่ละกระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการจัดการดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล

1.1 จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ทีมงานEMS ของโรงพยาบาล แนวทางเชิงรับ มีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีการประสานการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม เชิงรุก ในกลุ่มเสี่ยงจัดทำทะเบียน แผนที่บ้าน กลุ่มป่วยจัดให้มีกลุ่ม EMS Member club ประชาสัมพันธ์หมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้ป่วย เรียกใช้บริการได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย มีการจัดทีมวิทยากรสอนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพให้อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายอำเภอชะอำ ส่งเสริมให้มีการคัดกรอง และจำแนกกลุ่มเสี่ยง ประสานกับโรงพยาบาลในการจัดทำทะเบียน แผนที่บ้าน ในกลุ่มเสี่ยงสูงวิกฤต มีการติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องไปโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 จัดบริการดูแลรักษาเบื้องต้นและประสานการส่งต่อผู้ป่วยกับ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่มีประสิทธิภาพโดยการวางระบบร่วมกัน

2. กระบวนการจัดการดูแลในโรงพยาบาล (In – hospital phase) ประกอบด้วย

2.1 การดูแลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และห้องฉุกเฉิน โดยทีมสหวิชาชีพ มีการคัดกรอง โดยพยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์ ส่งเข้าระบบfast track ให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ดูแล

รักษาตามแนวทางที่กำหนด (CPG) โดยที่ยังไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ มีการประเมินสถานะสุขภาพร่วมกันของบุคลากรในทีมที่เกี่ยวข้อง จากผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิด นำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ให้การพยาบาล โดยมีการประสานงาน กับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนในการให้บริการและการใช้แหล่งทรัพยากร มีการส่งต่อตามความเหมาะสม

2.2 การจัดการดูแลที่ตีผู้ป่วยใน มีการประเมินสถานะสุขภาพร่วมกันของบุคลากรในทีมที่เกี่ยวข้อง จากผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิด นำข้อมูลที่ได้มาค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ให้การพยาบาล โดยมีการประสานงาน กับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนในการให้บริการและการใช้แหล่งทรัพยากร ปฏิบัติตามแผน ติดตามประเมินผล ตามสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป มีการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ

2.3 การดูแลในหน่วยงานเวชปฏิบัติ มีการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้ในการจัดการดูแลตนเอง การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง การเรียกใช้บริการ EMS การวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน มีทีมหมอครอบครัวรับผิดชอบดูแลให้คำปรึกษา

3. กระบวนการจัดการดูแลในโรงพยาบาลตติยภูมิในเครือข่าย หมายถึงการรับส่งต่อในกรณีผู้ป่วยมีอาการวิกฤตเกินศักยภาพในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลแม่ข่าย การให้คำปรึกษาและส่งต่อในระบบช่องทางด่วน และการส่งกลับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยม โดยมีการประสานผลการรักษา ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ละราย ซึ่งในรูปแบบ “MI CHAAM Model” นี้เน้นเฉพาะการส่งต่อ การประสานงาน และการดูแลต่อเนื่องเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านผลลัพธ์

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน “MI CHAAM Model” แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล ลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดค่าใช้จ่าย

3.2 ด้านผู้ให้บริการ มีสมรรถนะในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยบุคลากร/ทีมสุขภาพที่ให้บริการทุกระดับควรมีความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพได้แก่ ความรู้ทางคลินิก การประเมิน วิเคราะห์ระบุนความ

ต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการประสานงานและการสื่อสารที่ดีเพื่อการดูแลรักษาของทีมสหวิชาชีพมีการดูแลที่เชื่อมโยงกัน ทำให้บุคลากร/ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

3.3 โรงพยาบาลและหน่วยงาน มีการใช้ทรัพยากรคุ้มค่า คุ่มทุน

นอกจากร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน “MI CHAAM Model” จะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันแล้ว ผู้วิจัยได้สร้าง ปัจจัยสู่ความสำเร็จ(Key Success factor) ของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลชะอำ “MI CHAAM Model” ประกอบด้วย

M = Manager Team I = Integrated Care C = Competency H = Humanized Care A = Agility A = Achievement M = Monitoring and Evaluation กล่าวโดยสรุปคือจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทีมงานให้มีการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ มีการบูรณาการทำงานร่วมกันตามแนวคิด Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข ทีมงานมีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้วยความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการคัดกรองและประเมินอาการอย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แล้วประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือของ ศาสตราจารย์ ช่างไม้ (2549) ที่ได้พัฒนามาจาก The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE Instrument, 2001) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 1 ข้อ 2) มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ 2 ข้อ 4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 2 ข้อ 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ 2 ข้อ 6) มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ 2 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ กลุ่มผู้ประเมินประกอบด้วย ตัวแทนผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และโภชนาการ ทีมผู้บริหาร ได้แก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึก ทีมผู้ปฏิบัติที่มีเกี่ยวข้องโดยตรงในการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 8 คน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน

ผลการประเมิน พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลชะอำ มีความเหมาะสม โดยผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ มิติด้าน

ขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) ร้อยละ 97.40 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) ร้อยละ 94.87 มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (Rigor of Development) ร้อยละ 84.62 มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation) ร้อยละ 85.90 มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ร้อยละ 93.59 มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial Independence) ร้อยละ 90.48 รวมคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 93.59

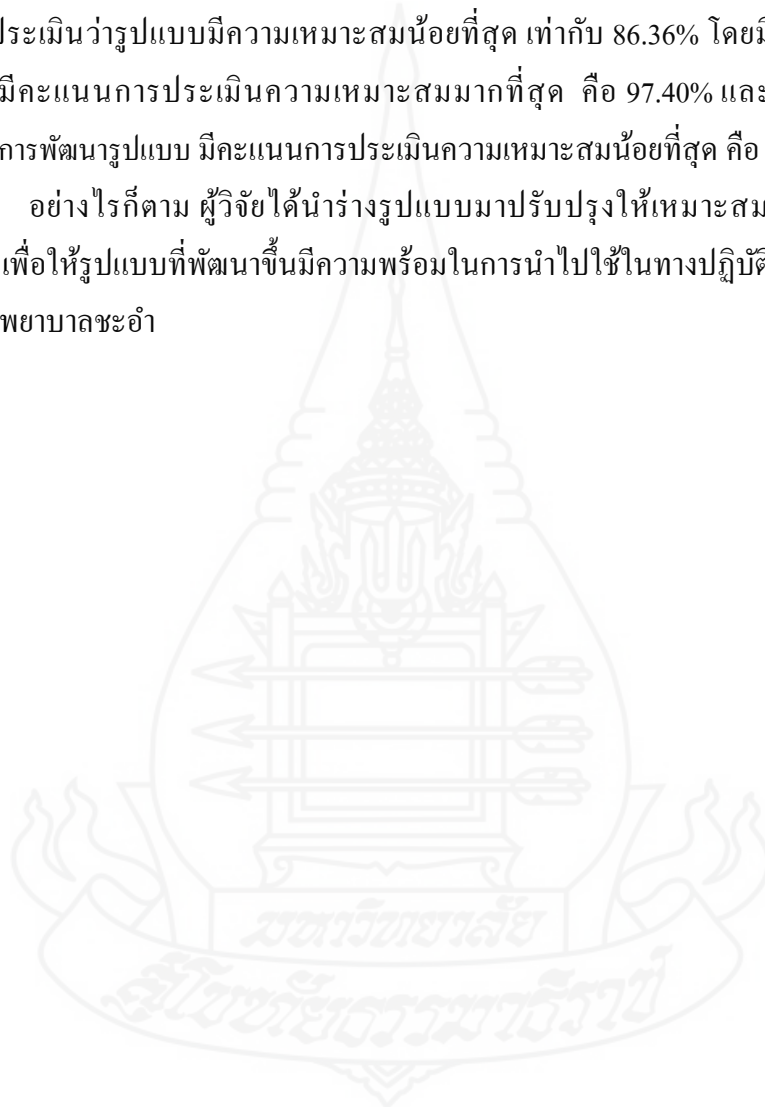
โดยจำแนกคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ตามมิติและกลุ่มผู้ประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี แสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนนโดยรวม แต่ละมิติและแต่ละกลุ่มผู้ประเมิน

มิติการประเมิน	กลุ่มผู้ประเมิน				
	ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติ	ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา	คะแนนประเมินโดยรวม (มิติ)
	N=4	N=5	N=3	N=1	N=13
1.ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	100	95.83	96.67	95.83	97.40
2.ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	100	91.67	93.33	100	94.87
3.ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	83.33	79.17	86.67	88.89	84.62
4.ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	83.33	83.33	86.67	88.89	85.90
5.ด้านการนำรูปแบบไปใช้	83.33	87.50	96.67	100	93.59
6.ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ	100	83.33	100	94.44	93.59
คะแนนประเมินโดยรวม (กลุ่ม)	90.91	86.36	93.33	93.94	91.14

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมโดยรวมทุกมิติ ได้ 91.14 % ซึ่งเป็นคะแนนมากกว่า 70% (The Agree Collaboration,2001) สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น เป็นที่ยอมรับ และสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด เท่ากับ 93.94% กลุ่มผู้บริหารประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมน้อยที่สุด เท่ากับ 86.36% โดยมีมิติด้านขอบเขตและเป้าหมายมีคะแนนการประเมินความเหมาะสมมากที่สุด คือ 97.40% และมีมิติด้านความความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนการประเมินความเหมาะสมน้อยที่สุด คือ 84.62%

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ประเมิน เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความพร้อมในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริงเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) วิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
- 2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น ด้วยการประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของ โคนาบีเดียน Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ Powell (2010) ในการกำหนดกรอบการพัฒนา โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย

1.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) คัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 9 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติงาน และ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) มีประสบการณ์ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 9 คน

1.2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลชะอำ โดยเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 12 คนและผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา จำนวน 1 คน รวม 13 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพของ โดนาบีเดียน Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ Powell (2010) เป็นกรอบในการร่างรูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของการจัดการดูแล นำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 และนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ประเด็นการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาสภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทำได้แนวทางการตั้งคำถามที่ชัดเจน และตรงประเด็น จากนั้นปรับปรุงข้อคำถามให้สมบูรณ์เหมาะสมกับการนำไปใช้ต่อไป

2.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดของ The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001:สากุล ช่างไม้ 2549) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบหรือแนวทางในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่มีการพัฒนาขึ้น โดยมีข้อคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ 3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ 6) มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ แบบประเมินความเหมาะสมชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) กลุ่มผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอชะอำที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล 2) และวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 3) นำผลการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการที่ได้มาร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ไปให้ทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 12 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 13 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเก็บคืนเป็นรายบุคคล พบว่ารูปแบบมี องค์ประกอบที่เหมาะสมและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำมาปรับร่างรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึกใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์แบบประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้ โดยหาค่าร้อยละ

5. สรุปผลการวิจัย

5.1 สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

5.1.1 สภาพการณ์การจัดการดูแลด้านโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่าอัตรากำลังของพยาบาลมีเพียงพอในบางหน่วยงาน มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริมในหน่วยงานที่มีภาระงานมาก ขาดบุคลากรเฉพาะ

ทางของทีมสหวิชาชีพ เช่นอายุรแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ที่จะทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบปัญหาการทำงานแยกส่วนกันในแต่ละวิชาชีพ พยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีปัญหาในการคัดกรองประเมินอาการเพื่อรายงานแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะขาดทักษะในการอ่านEKG การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ขาดทักษะในการผสมยาละลายลิ่มเลือด(SK) แพทย์ที่มีอายุงานนานขาดการอบรมฟื้นฟูทักษะในการอ่านEKG การให้ยาละลายลิ่มเลือด และเภสัชกรขาดความรู้ทักษะในการให้ยาฟารินสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ด้านทรัพยากร/อุปกรณ์ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ยา เวชภัณฑ์และรถพยาบาลเพียงพอ ในสถานการณ์ปกติ ยกเว้นในช่วงที่มีผู้ป่วยมากหรือมีผู้ป่วยวิกฤตมาพร้อมกันหลายราย โรงพยาบาลยังไม่มีระบบในการสำรองเครื่องมือเมื่อมีเครื่องมือเสีย หรือไม่เพียงพอในการใช้งาน ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีอุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือฉุกเฉินไม่เพียงพอ และไม่พร้อมใช้งาน

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและมาตรฐานการส่งต่อ กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เฉพาะบางหน่วยงาน ไม่เป็นแนวทางเดียวกันในเครือข่าย ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ ขาดการทบทวนและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน

5.1.2 สภาพการณ์การดำเนินการด้านกระบวนการ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านผู้ให้บริการ พบแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ไม่ได้นำสู่การปฏิบัติ เนื่องจากทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย ขาดการประสานงานร่วมกัน มีการทำงานตามหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ขาดความต่อเนื่องในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหน้างาน และการประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทำให้มาตรฐานการปฏิบัติงานต่างๆ ไม่ได้นำมาทบทวนดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานกันในการทำงานเนื่องจากการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และภายนอกหน่วยงาน ทำให้ขาดการวางแผนร่วมกันในการจัดบริการ ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

5.1.3 สภาพการณ์การดำเนินการด้านผลลัพธ์ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ด้านผู้ให้บริการ พบว่า มีการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วโดยผ่านระบบช่องทางด่วน(fast tract) ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดบริการส่วนใหญ่เน้นบริการเชิงรุกในโรงพยาบาลมากกว่า บริการเชิงรับ

ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นได้ มักปล่อยให้มีอาการรุนแรง จนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาเองไม่ใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน และ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองแต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมและติดตามผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการจัดการดูแลที่เหมาะสม

5.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โคนาบีเดียน Donabidian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของ เพาเวลล์ Powell (2010) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 9 คน สรุปได้ 7 ประเด็น ดังนี้

ด้านโครงสร้างของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 1 การประสานแผนในการทำงานไม่ชัดเจน

ประเด็นหลักที่ 2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ

ประเด็นหลักที่ 3 บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 4 แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกัน

ประเด็นที่ 5 ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ด้านกระบวนการของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 6 การประสานข้อมูลของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลยังมีข้อบกพร่อง

ด้านผลลัพธ์ ของรูปแบบ

ประเด็นหลักที่ 7 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

5.3 ผลของการประเมินความเหมาะสมของ (ร่าง) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถนำไปใช้ได้กับโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี มีความเหมาะสมในภาพรวมเท่ากับ% 94.14 โดยผลการประเมินแต่ละมิติดังนี้ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย 97.40 % มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 94.87 % มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ 84.82 % มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 85.90 % มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ 93.59% มิติด้าน

ความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ 93.59 % นอกจากนั้นผู้ประเมินยังมีข้อเสนอแนะในการร่วมพัฒนารูปแบบควรเพิ่มกลุ่มผู้รับบริการมาให้ข้อมูลด้วยเพื่อจะได้จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และควรมีการแต่งตั้งทีมผู้จัดการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อเป็นผู้กำกับ ติดตาม ประเมินผลรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นให้มีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์ชัดเจน สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง และยั่งยืนในโรงพยาบาลชะอำ ต่อไป

6. อภิปรายผล

6.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยอภิปรายผลตามประเด็นที่น่าสนใจแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

6.1.1 องค์ประกอบด้านโครงสร้างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความแตกต่างจากองค์ประกอบของรูปแบบเดิม ดังนี้

1) การกำหนดคุณสมบัติ Case Manager Team ให้ชัดเจน จากกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้มีการกำหนดหรือมอบหมายให้มี Case Manager Team ทำให้ขาดผู้ประสาน การดูแล ให้คำปรึกษา ติดตาม ประเมินผลการดูแลให้ได้ตามที่เป้าหมายที่ต้องการ ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการที่ให้ข้อมูลว่า "...เราน่าจะตั้งทีมที่แข็งแรง...ที่สามารถเชื่อมประสานได้กัน ได้ ...เป็นที่ปรึกษาให้กับทีม ก็น้องแพทย์ก็หมุนเวียนบ่อย...เป็นตัวแทนทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัช...(M1)" "...ถ้ามีคนมารับผิดชอบเรื่องนี้โดยเฉพาะมันก็จะดีจะได้เป็นคนที่ย่อยประสานงาน ให้คำปรึกษา เป็นการเชื่อมต่อข้อมูลอีกที...(NER)" "...เราควรมีcase manager ให้ทำเรื่องนี้โดยเฉพาะ จะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม...(NIPD1)" ซึ่งในภาวะที่อัตรากำลังบางหน่วยงานไม่เพียงพอ จึงต้องจัดให้มีผู้จัดการรายกรณีหลายคน เป็นทีมเชื่อมโยงกันในแต่ละระยะของการให้บริการ ซึ่งการจัดการรายกรณีจะสำเร็จได้นั้น โรงพยาบาลต้องมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย มอบหมายงานให้ชัดเจน และถ่ายทอดนโยบายเป้าหมายสู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงก็จะทำให้การจัดบริการเป็นไปตามเป้าหมายได้ (Powell,2010) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ราศี ลีนะกุล(2550)ได้ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าพยาบาลผู้จัดการ มีความสำคัญในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการ ได้แก่ การ

ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และถ้ามีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ดูแลและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ที่เป็นผู้ประสานการดูแลให้คำปรึกษา วางแผนการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจบทบาทหน้าที่ สามารถจัดระบบงานได้เหมาะสม ส่งผลดีต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วย(จินตนา ยูนิพันธ์ อัญชัน ไพบูลย์ 2546 และ สุธิดา รักรมน์ 2553)

2) มีการสำรองเครื่องมือในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถจำกัดการให้บริการได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องจัดให้เพียงพอ พร้อมใช้งาน สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรของคานเตอร์(Kanter 1977 อ้างในดาวรุ่งศิริพันธ์ 2551)ที่กล่าวว่า การจัดหาสิ่งที่เป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอพร้อมใช้ และเหมาะสมกับผู้รับบริการ จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจในการทำงาน และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.1.2 องค์ประกอบด้านกระบวนการรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความแตกต่างจากองค์ประกอบของรูปแบบเดิม ดังนี้

ด้านกระบวนการ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทีมนำทางคลินิก(PCT) ให้การดูแลรักษาตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอนครอบคลุมองค์รวมตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่าย โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลทั้งระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของทัศนีย์ แคนุนทด (2550) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยมีผู้จัดการรายกรณี สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย มีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นรูปธรรม เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์การที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

6.2 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

จากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ประเมิน ประกอบด้วย ตัวแทนวิชาชีพที่ให้ข้อมูลในกลุ่มแรก ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวิชาการ พบว่า รูปแบบ

ที่พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้กับโรงพยาบาลชะอำ โดยมีค่าคะแนนรวมทุกมิติเท่ากับ ร้อยละ 94.14 โดยเฉพาะมิติด้านขอบเขตและเป้าหมายของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของรูปแบบที่สร้างขึ้นจากผู้เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีค่าคะแนนเท่ากับ ร้อยละ 97.40 และ ร้อยละ 94.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากการให้ทุกคนมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้รูปแบบเป็นที่ยอมรับ ดังที่ บุญใจ ศรีสถิตนรากุล (2550) ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผน จะทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญต่อองค์กร มีแรงจูงใจในการทำงานและผลงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมฤดี ศรีวิชัย, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, พินทอง ปินใจ (2556) ที่พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น

7. ข้อจำกัดในการวิจัย

7.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการอย่างเดียว เนื่องจากมีความจำกัดในช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัย

7.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะจัดการดูแลในส่วนการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ เป็นหลัก ไม่ได้รวมถึงการจัดบริการในระดับตติยภูมิ ซึ่งตามบริบทของโรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลชุมชนรับส่งต่อขนาดกลาง(M2) อยู่ในช่วงกำลังพัฒนาให้มีศักยภาพดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ

8. ข้อเสนอแนะ

การสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

8.1 ข้อเสนอแนะจากการนำผลวิจัยไปใช้

8.1.1 การนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่สร้างขึ้นโดยผู้ให้บริการ ทีมสหวิชาชีพ เท่านั้น ไม่ได้มีมุมมอง

จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งควรมีการเพิ่มเติมให้มีความครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น

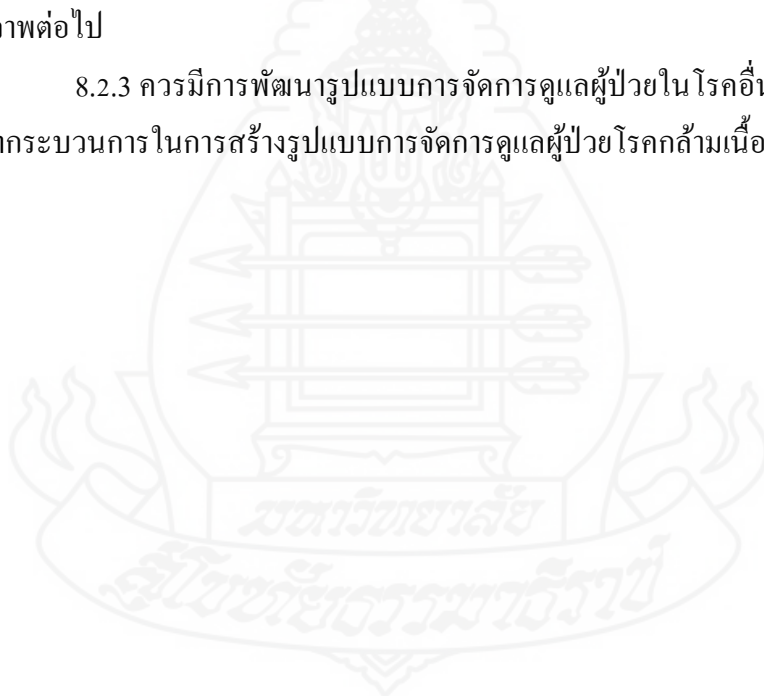
8.1.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ หากโรงพยาบาลอื่นจะนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเหมาะสมกับบริบทที่มีความแตกต่างของแต่ละโรงพยาบาล

8.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

8.2.1 ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ไปใช้ เพื่อปรับปรุงรูปแบบและขยายผลในกลุ่มโรคอื่นของโรงพยาบาล

8.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการดูแลแบบเดิม และการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น เพื่อนำมาเปรียบเทียบและปรับปรุงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำให้มีประสิทธิภาพต่อไป

8.2.3 ควรมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยในโรคอื่นๆ ของโรงพยาบาล โดยการนำกระบวนการในการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไปใช้



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2549). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีและการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีฟวิง.
- กฤษดา จวนวันเพ็ญ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2557). *มาตรฐานการรักษาก่อนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ(สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด. (2556). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิริยา ตันติธรรม. (2547). *กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ในจิริยา ตันติธรรมและคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. (2546). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร มณีพราย. (2558). *การพัฒนาเครือข่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (STEMI) จังหวัดกำแพงเพชร*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 908-919.
- จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จูไรรัตน์ แยมพลอย. (2550). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชาย โพลิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

- ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์. (2551). *Acute ST-Elevation Myocardial Infarction*. ในจันทราภา ศรีสวัสดิ์ และคณะ(บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน*(หน้า 62-74). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- ครุณศรี สิริยศจ่าง, ชนกวร อุดตะมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์ และ ปาริชาติ ชันทรักษ์. (2557). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1), 56-73.
- ดาวรุ่ง ศิริพันธ์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตราด*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม้ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ทัศนยา แจมมณี. (2552). *ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ทัศนีย์ แดขุนทด. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณี ณ. โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 18(2), 21-36.
- ชนวิวัฒน์ เบญจนาวัตร และอภิชาติ สุนทรสรพร. (2548). การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. ในอภิชาติ สุนทรสรพร (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*(หน้า 50-59). เชียงใหม่: ไอเด้นดีดีกรุ๊ป.
- นภาพร วาณิชกุล. (2553). *Management of Clients with Myocardial Infarction*. ในผ่องศรี ศรีมรกต(บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเล่ม4* (หน้า 169-187). กรุงเทพมหานคร: ไอกรู๊ปเพรส จำกัด.
- นัยดา ออกนิษฐ์, สุชาดา วิภาวกันต์, สุภาณี สิทธิสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(3), 70-84.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพ บรรณาทอง.(2555). *การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม้ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

- เปรมฤดี ศรีวิชัย, กฤตพัทธ์ ฝีกฝน, พินทอง ปินใจ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม วัฒนธรรมองค์การเชิงสร้างสรรค์กับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของบุคลากร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารสภาการพยาบาล, 28(3), 95-107.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 10).
ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเล่ม 4.
กรุงเทพมหานคร: โอกรูป เพรส จำกัด.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- พรชนก จารุประกร. (2547). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยระยะติดยา ระยะบำบัดยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.
- พรเพ็ญ ทุนเทพย์. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์
บุรีรัมย์, 26(2), 247-261.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคูล และ กนกพร แจ่มสมบุญ. (2558). การแปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2556). มาตรฐานการพยาบาล CVT: แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด.
- พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และ ฉัตรกนก ทุมวิภาค. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 111-119.
- พัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ และ ศิริอร สินธุ. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- ไพบุลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล. (2552). ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. (2552). *โครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไพโรวัลย์ พรหมที. (2557). การพัฒนาระบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 313-322.
- ไพโรจน์ เพชรคง. (2539). *การพัฒนารูปแบบการประสานสัมพันธ์ระหว่างครูปฐมวัยศึกษากับครูผู้สอนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ภัทรพงษ์ พีรวงศ์. (2557). ประสิทธิภาพของการรักษาโดยใช้ระบบทางด่วนในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดSTEMI. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ*, 29(1), 13-22.
- มณี อาภานันท์กุล. (2549). *การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 9 หน้า 9-23. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2554). *การประเมินโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราสี ลีนะกุล. (2548). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลชะอำ. (2558). *สรุปผลงานประจำปี*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ประจำปีงบประมาณ 2558.
- วรรณ สัตย์วินิจ. (2553). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 15(1), 23-37.
- วาโร เฟิงสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1-15.
- วิวรรณ ทังสุบุตร, ดำรัส ตริสุโกศล, วศิน พุทธารี, วัฒนา บุญสม, โสภณ สงวนวงษ์, และบุญชู ศรีชัยเวชย์. (2550). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อายุน้อย: ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย. *Journal Medical Association Thailand*, 90, 81-90.

- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545). *การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม : Critical care nursing : a holistic approach. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.*
- วิไลพร หอมทอง. (2547). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2549). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาล. ในประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 8 หน้า 8-13. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล.*
- ศากุล ช่างไม้. (2549). *การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 12(1), 15-24.*
- ศากุล ช่างไม้. (2555). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 18(1), 42-53.*
- ศิริอร สิ้นธุ. (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์.*
- ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลชะอำ. (2558). *รายงานการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทีมนำทางคลินิก. เอกสารอัดสำเนา.*
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. (2550). *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: สฟิจิตร.*
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2555). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.*
- สุธิดา รุ่งมั่น. (2553). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.*
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี2557. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัย Cardiorenal Syndrome. เชียงใหม่: ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(1), 22-30.
- สุวรรณณี ตั้งวีระพรพงศ์. (2557). โรคหัวใจภัยร้ายเลี้ยงได้. สืบค้นจาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1408369925
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). จำนวนและอัตราตาย 2 โรค(หัวใจขาดเลือดและอุบัติเหตุทางถนน). สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- อภิชาติ สุคนธสรพร. (2552). *แนวทางการรักษา Acute ST-Elevation Myocardial Infarction, Practice Guidelines in Cardiology*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์เชียงใหม่ ทรिक ชิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรพร และ ศรัณย์ คารประเสริฐ. (2546). *New Guidelines in Coronary Atery Disease*. เชียงใหม่: ไอแอมออกเคโนเซอร์.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2555). *การประเมินคุณภาพการพยาบาล*. ในประมวลสาระชุดวิชาการจัดการคุณภาพการพยาบาล หน่วยที่ 10 หน้า 10-15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาบริหารการพยาบาล.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541). โมเดลคืออะไร. *วารสารวิชาการ*, 1(3), 22-25.
- American Heart Association. (2008). *Heart Disease and Stroke Statistics-Update 2008*. American Heart Association.Dallas,Texas.
- Antman EM, Anbe DT, Amstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. *ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704013749>
- Avedis Donabedian. (1989). *Tracing the foundations of conceptual framework for patient safety ontology A. Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q.1966 Jul;44(3 Suppl):166–206.[PubMed].
- Baliga, R., Siva, A., & Noble, M. (2005). *Crash course: Cardiology*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Buja, L.M.&Krueger,G.R. (2005). *Netter,s illustrated human pathology*. London: Churchill Livingstone.

- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: NY: Oxford University Press.
- Handbody.com. (2014). *Ischemic Heart Disease-intro*. Retrived from <http://humanbodydisease.com/ishemic-heart-disease-intro-795.html>
- Hobbach, H. P., & Schuster, P. (2001). New thrombolytic regimens in acute myocardial infarction. *Lancet*, 45,358-2080.
- Levine.G. N., Ali.N., & Schafer, A.L. (2001). Antithrombotic therapy in patients with acute Coronary syndrome. *Archives of internal Medicine*, 161, 937-948.
- Powell,Suzuki.K. (2010). *Nursing case management : A practical guide to success in Managed care*. Philadelphia: Lippincoti-Raven.
- Saffitz, J. E. (2008). *The heart*. In R. Rubin (Ed.), *Rubin's pathology clinicopathologic of medicine* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The Agree Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evulation (AGREE) Instrument*. Retrieved from <http://apps.who.int/rhl/agreeinstrumentfinal.pdf>
- Waltz,Anderson – Loftin. (1991). *Measurement in Nursing Research* Philadelphia:FA Davis.
- World Heart Organization [WHO]. (2011). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- World Heart Federation. (2013). *Cardiovascular disease*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

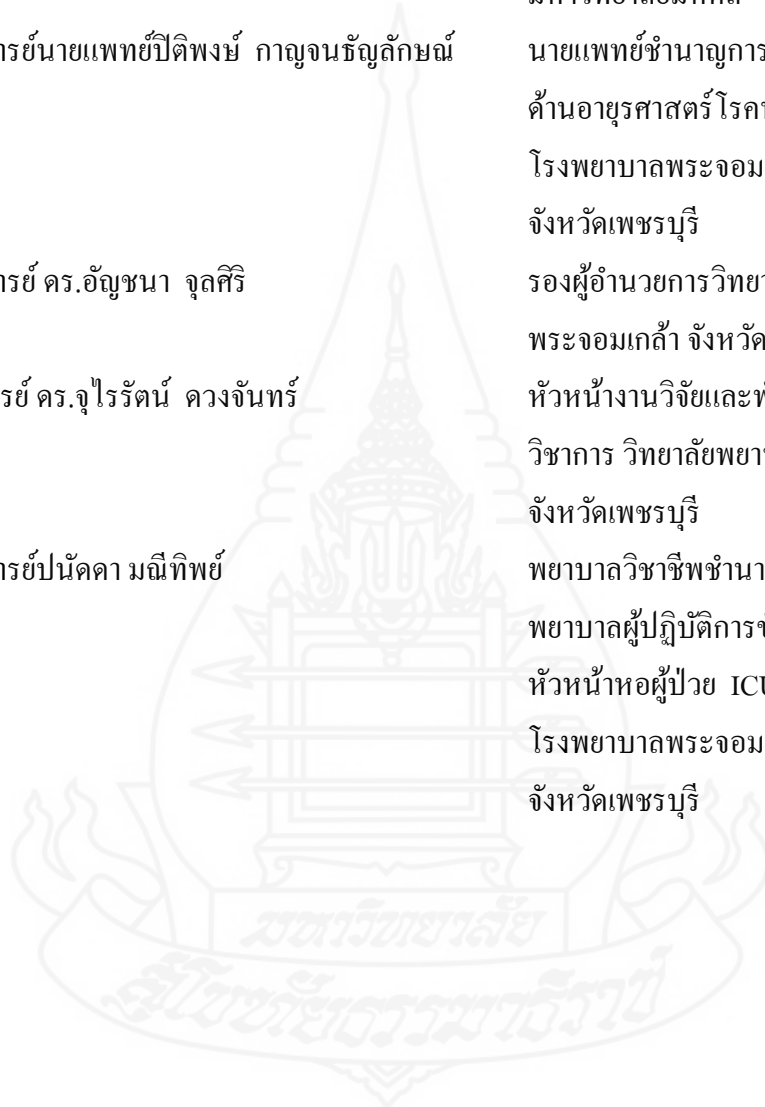
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. อาจารย์นายแพทย์ปีติพงษ์ กาญจนธัญลักษณ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
ด้านอายุรศาสตร์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี |
| 3. อาจารย์ ดร.อัญชณา จุลศิริ | รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 4. อาจารย์ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ | หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาผลงาน
วิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี |
| 5. อาจารย์ปนัดดา มณีทิพย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APNs)
หัวหน้าหอผู้ป่วย ICU Emergency
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี |





ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ ศธ 0522.26/๒๕๖๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ มกราคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-600-09752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/๑๕๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ มกราคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.อัญชณา จุลศิริ

ด้วย นางปราณี มหานุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างยิ่ง จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-600-09752 (นางปราณี มหานุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/ก ๘๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

ด้วย นางปราณี มหามุณี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-600-09752 (นางปราณี มหามุณี)



ที่ ศธ 0522.26/วิ ๕ ๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์นายแพทย์ปิติพงษ์ กาญจนธัญลักษณ์

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-600-09752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/จ ๕๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๒ มกราคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ปนัดดา มณีทิพย์

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7, 0-25032620

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 08-600-09752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/ว 320

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้ประเด็นสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบกะพง แห่งละ 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 9 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 0-86-000-9752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๓๒๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอชะอำ

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบกะพง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม จังหวัด
เพชรบุรี จำนวนแห่งละ 1 ราย รวม 2 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และ
สถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 0-86-000-9752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/ว 320

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ให้บริการ ใน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา
และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 0-86-000-9752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม



ที่ ศธ 0522.26/ว 320

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบกะพง

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบกะพง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้
ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 0-86-000-9752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ที่ ศธ 0522.26/ว 320

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม

ด้วย นางปราณี มหาบุญปิติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนา
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี
รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้
แบบสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1 ราย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงาน
ในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

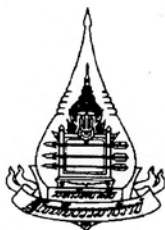
โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ 0-86-000-9752 (นางปราณี มหาบุญปิติ)



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

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

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ 3/2559

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่โครงการ / รหัส ID 2525100661

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางปราณี มหามัญปิติ

ที่ทำงาน โรงพยาบาลชะอำ
8/1 ถนนคลองเทียน ตำบลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม 

(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัทพ์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559



หมายเลข คจม.พ.บ. 01/2559

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
ฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี”

“The Development of a Self – Care Management Model for Patients with
Myocardial Infarction at Cha Am Hospital Phetchaburi Province”

ผู้วิจัย : นางปราณี มหาบุญปิติ สังกัด โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องนี้แล้ว มีความเห็นว่า โครงการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้อง
กับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และ ข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินโครงการวิจัย ตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

(ลงนาม).....

(นางวิไลรัตน์ เดียวกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 5 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559

ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก ... นางปราณี มหาบุญปีติเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (The Development of a Care Management Model in Patients with Myocardial Infarction at Cha Am Hospital Phetchaburi Province)

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียดตลอดจนให้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถามใช้เวลาประมาณ30 – 60นาที เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจึงเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ นางปราณี มหาบุญปีติ หัวหน้าโครงการวิจัย โทร 092-6414165 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัคร (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....	ลงนาม.....ผู้วิจัย (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
ลงนาม..... พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....	ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลายนิ้วมืออาสาสมัครวิจัย	ลงนาม.....ผู้วิจัย (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
ลายเซ็นพยานจำนวน ๒ คน ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....	ลงนาม.....พยาน (.....)ตัวบรรจง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือชุดที่ 1 แบบแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ ประเด็นสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ สำหรับผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. อายุ ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาโท
 ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า
3. การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจหรือที่เกี่ยวข้อง
.....(โปรดระบุ).....
4. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล
 พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 เกษัตริกร นักโภชนาการ
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานปี
6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....ปี

ส่วนที่ 2 ประเด็นสัมภาษณ์ ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โรงพยาบาลชะอำ สำหรับผู้ให้บริการ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ (Powell,2010) และ การพัฒนาคุณภาพ บริการของโดนาบีเนียน (Donabedian 2003)	ประเด็นการสัมภาษณ์
<p>ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านต่างๆ อาทิเช่น ด้านนโยบาย บุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมทั้ง การวางแผนและแนวทางการดูแล การติดต่อประสานงานที่เหมาะสม ซึ่งการสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ ต้องวิเคราะห์สภาพการณ์เพื่อทราบปัญหาและความต้องการจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของโดนาบีเนียน(Donabedian ,2003) และแนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์ (Powell,2010) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ดังนี้</p>	<p>การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีความเหมาะสมหรือไม่ หากมีความไม่เหมาะสมมีอะไรบ้างที่ควรพัฒนาให้เหมาะสมมากขึ้น</p>
<p>1.ด้านโครงสร้างของรูปแบบการดูแล แสดงถึงความเพียงพอของทรัพยากรต่างๆถึงอำนวยความสะดวกของการบริการด้านสุขภาพที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการได้แก่</p> <p>1.1 ทรัพยากรบุคคล</p> <p>1.1.1 ความเพียงพอได้แก่ จำนวนบุคลากร</p>	<p>2. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอยู่เหมาะสมกับภาระงานหรือไม่ อย่างไร หากไม่เหมาะสม จำนวนที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร</p>
<p>1.1.2 ความเชี่ยวชาญในงานของบุคลากรทางการแพทย์โดยบุคลากรในทีมดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึง โรงพยาบาล ระยะแรกในโรงพยาบาลหรือที่หน่วยฉุกเฉินระยะต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงแรก และระยะต่อเนื่องภายหลัง 24 ชั่วโมง</p>	<p>3. บุคลากรในทีมที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้ความสามารถเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร และท่านคิดว่าควรมีการพัฒนาความรู้หรือความสามารถด้านใด</p>

<p>แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ (Powell,2010) และ การพัฒนาคุณภาพ บริการของโดนาบีเนียน (Donabedian 2003)</p>	<p>ประเด็นการสัมภาษณ์</p>
<p>1.2 ลักษณะองค์กร</p> <p>1.2.1 บทบาท หน้าที่ และการมอบหมายงาน</p> <p>1.2.2 การกำหนดนโยบาย</p> <p>1.2. 3 อาคาร สถานที่</p> <p>1.2.4การแต่งตั้งตัวแทนหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับเป็นศูนย์กลางสนับสนุน ช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน</p>	<p>4. หน่วยงานมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และการมอบหมายงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร</p> <p>5.หน่วยงานมีแนวทางการประสานงานกับแม่ข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง จากบ้านสู่โรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชนหรือไม่ อย่างไร</p>
<p>1.3 ทรัพยากรเครื่องมือได้แก่ความเพียงพอของ เครื่องมือและอุปกรณ์ การแพทย์ สถานที่รวมถึงงบประมาณสนับสนุนเพื่อใช้ในการให้บริการ ดูแลรักษา</p>	<p>6. อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ รถพยาบาล รวมถึงการจัดสรรงบประมาณ มีความเพียงพอ และเหมาะสม ในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ ควรเพิ่มเติมเรื่องใด เพราะเหตุใด</p>
<p>1.4 มาตรฐานการปฏิบัติ ได้แก่แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน</p>	<p>7. หน่วยงานมีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกันของทีมสหวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร /และควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมเรื่องใด เพราะเหตุใด</p>
<p>2. ด้านกระบวนการ</p> <p>การนำนโยบายหรือแผนงานลงสู่การปฏิบัติ โดย ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของพาวเวลล์(Powell ,2010) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสภาพปัญหา 3) การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา 4) การดำเนินการตามแผน 	<p>8. ปัจจุบันในการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานมีขั้นตอนหรือมีปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ และผลเป็นอย่างไรในแต่ละขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสภาพปัญหา

<p>แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีของ พาวเวลล์ (Powell,2010) และ การพัฒนาคุณภาพ บริการของโดนาบีเนียน (Donabedian 2003)</p>	<p>ประเด็นการสัมภาษณ์</p>
<p>5) การประเมินและติดตามแผน 6) การเฝ้ากำกับ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 7) การปิดการให้บริการ</p>	<p>3) การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา 4) การดำเนินการตามแผน 5) การประเมินและติดตามแผน 6) การเฝ้ากำกับ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 7) การปิดการให้บริการ</p>
<p>3.ด้านผลลัพธ์ หมายถึงผลที่เกิดจากการใช้ รูปแบบการจัดการรายกรณี ได้แก่ การเพิ่ม คุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ต้นจนจบ ลดการดูแลแบบแยกส่วน ส่งเสริมการทำงาน เป็นทีมระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานที่ดี มีเอกสิทธิ์ในการ ปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ ได้รับบริการที่มี คุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และความ พึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและ ครอบครัว</p>	<p>9. การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ผ่านมา มีผลลัพธ์และคุณภาพบริการ เป็นอย่างไรสอดคล้องกับความคาดหวังของ หน่วยงานท่านหรือไม่ มีแนวทางการพัฒนาคุณ ภาพต่อเนื่อง อย่างไร</p>

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นคำถามที่ใช้สำหรับประเมินความเหมาะสม

ของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
เรียนชี้แจง ขอให้ท่านได้กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่าน ตามระดับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4,3,2,1
โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

พร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่มีต่อประเด็นคำถามตามแบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด The Appraisal of Guidelines
Research & Evaluation (AGREE) Instrument (The Agree Collaboration, 2001) โดยมีข้อคำถาม
ครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วน
เสีย จำนวน 1 ข้อ 3) มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 4) มิติด้านความ
ชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 2 ข้อ 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ
6) มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 11 ข้อ

**แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้เชี่ยวชาญ**

รายการประเมิน		ความเห็น ผู้เชี่ยวชาญ				ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
1.	มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose)					
1.1	วัตถุประสงค์ของรูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นกรอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งในเครือข่ายโรงพยาบาลชะอำ อย่างต่อเนื่อง ครบวงจร					
1.2	รูปแบบที่สร้างขึ้นมีความครอบคลุมการจัดการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
2.	มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement)					
2.1	รูปแบบสร้างขึ้นจากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
3.	มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (Rig our of Development)					
3.1	การสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการสร้างรูปแบบได้อย่างเหมาะสม					
3.2	ประเด็นการสัมภาษณ์เพื่อการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลที่สร้างขึ้น ได้มาจากความต้องการครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ					
4.	มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation)					
4.1	รูปแบบที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางในการดำเนินการได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม					
4.2	องค์ประกอบของรูปแบบที่สร้างขึ้น มีขั้นตอนชัดเจน สามารถเป็นแนวทางการดำเนินงาน ที่ง่ายต่อการปฏิบัติ					
5.	มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability)					
5.1	รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ					
5.2	การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปปฏิบัติ มีเกณฑ์การติดตามและประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน น่าเชื่อถือ					

รายการประเมิน		ความเห็น ผู้เชี่ยวชาญ				ข้อเสนอแนะ
		4	3	2	1	
6.	มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ(Editorial Independence)					
6.1	ผู้ให้ข้อมูลในการสร้างรูปแบบทุกราย มีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้ ตลอดจนการปรับแก้รูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในบรรยากาศการจัดทำเป็นแบบกัลยาณมิตร ไม่มีการบังคับหรือชี้นำ					
6.2	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมการสร้างรูปแบบ ซึ่งปรากฏในแบบวิเคราะห์สภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

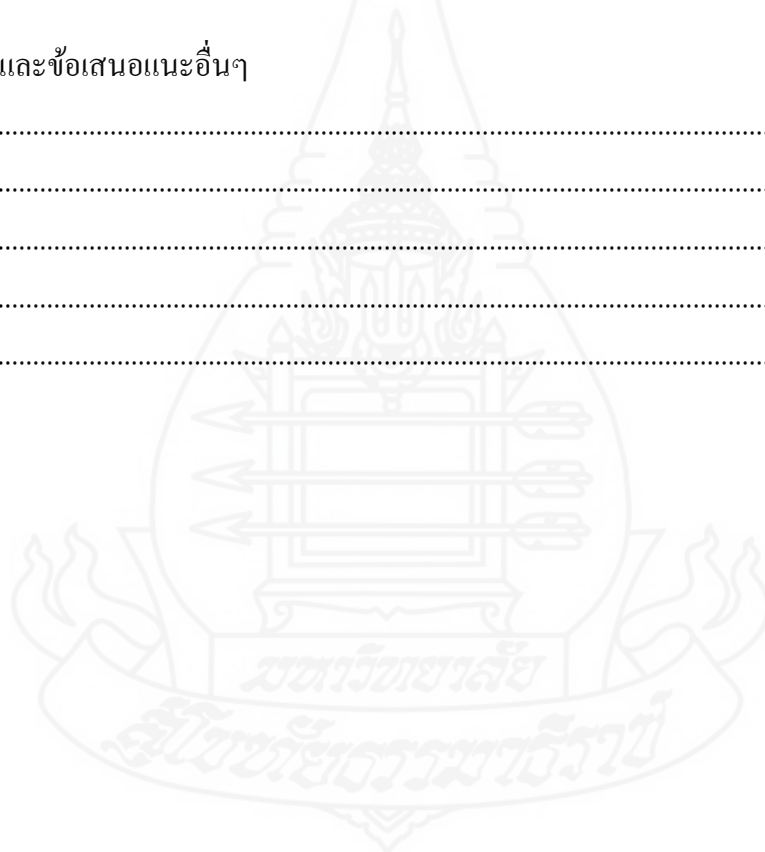
.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก จ
ผลการประเมิน



ตารางที่ 1 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นคำถามใช้สำหรับสัมภาษณ์
เจาะลึกบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (เครื่องมือชุดที่ 1 ฉบับที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิ
5 ท่าน)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ																			
	คนที่1				คนที่2				คนที่3				คนที่4				คนที่5			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1	√				√				√				√				√			
2	√					√			√				√				√			
3	√					√			√				√				√			
4		√			√				√				√				√			
5	√				√				√				√				√			
6		√			√				√				√				√			
7		√			√				√				√				√			
8	√					√			√				√				√			
9		√					√		√				√				√			

นำผลการพิจารณาเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยจัดแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือความตรงที่ยอมรับได้ (ความสอดคล้องระดับ 3 และ 4) กับความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (ความสอดคล้องระดับ 1 และ 2) แล้วนำคะแนนทั้ง 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร ดังนี้ (Waltz; Strickland & Lenz, 2010)

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

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

เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามที่ใช้สำหรับสัมภาษณ์บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีทั้งหมด 9 ข้อ ได้ค่า CVI ในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังนี้ ประเด็นคำถามจำนวน 8 ข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 (5/5) ประเด็นคำถามจำนวน 1 ข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 (4/5) คำนวณหาค่าเฉลี่ยได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.975 $((1 \times 8) + (0.8 \times 1)) / 9$

ตารางที่ 2 การแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นคำถามที่ใช้สำหรับสอบถามผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (เครื่องมือชุดที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ																			
	คนที่1				คนที่2				คนที่3				คนที่4				คนที่5			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1		√			√				√				√				√			
2	√				√					√			√				√			
3	√				√				√				√				√			
4	√				√					√			√				√			
5	√						√		√				√				√			
6	√				√				√				√				√			
7	√					√				√			√				√			
8	√				√				√				√				√			
9		√			√				√				√				√			
10		√					√		√					√			√			
11	√				√				√				√				√			

เครื่องมือชุดที่ 2 ประเด็นคำถามที่ใช้สำหรับสอบถามผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีทั้งหมด 11 ข้อ ได้ค่า CVI ในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังนี้ ประเด็นคำถามจำนวน 9 ข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 (5/5) ประเด็นคำถามจำนวน 2 ข้อที่ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 (4/5) คำนวณหาค่าเฉลี่ยได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 $((1 \times 9) + (0.8 \times 2)) / 11$

ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงคะแนนประเมินของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแบบประเมินความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

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

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) ได้แก่ ข้อที่ 1,2
2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) ได้แก่ ข้อที่ 3
3. มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (Rigour of Development) ได้แก่ ข้อที่ 4,5
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation) ได้แก่ ข้อที่ 6,7
5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ได้แก่ ข้อที่ 8,9
6. มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ(Editorial Independence) ได้แก่ ข้อที่ 10,11

การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain score)

ซึ่งการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores) โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตร (The Agree Collaboration, 2001) ดังนี้

คะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 4 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน
 คะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

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

ค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิตินี้มากกว่า ร้อยละ 70 จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ โดยผลการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้

- | | |
|--|-----------|
| 1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose) | = 97.40 % |
| 2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) | = 94.87 % |
| 3. มิติด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (Rigour of Development) | = 84.62 % |
| 4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and Presentation) | = 85.90 % |
| 5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) | = 93.59 % |
| 6. มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบ (Editorial Independence) | = 93.59 % |

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลัก



ตัวอย่างการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยในชาย (Nurse who works at inpatient department)

= NIPD 1

ผู้วิจัย : ตอนนี้การดูแลผู้ป่วยMI ของโรงพยาบาลเราตอนนี้เป็น ینگบ้าง

NIPD1 : การดูแลผู้ป่วยMI ที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ของพี่เป็นตึกผู้ป่วยใน ก็จะมีเรื่องของการรับคนไข้ ตั้งแต่ ผู้ป่วยนอกที่มี 2 ส่วนถ้าเป็นลักษณะคน ไข้ที่มีอาการชัดเจนก็จะส่งเข้าห้องฉุกเฉิน มีการประเมินคนไข้โดยพยาบาล และมีการรายงานแพทย์ หลังจากนั้นเมื่อมีการ Admit หมอก็จะAdmit เข้าผู้ป่วยในก็จะมีการรับไว้ที่ในตึกผู้ป่วยใน ถ้าคนไข้ในลักษณะของการสงสัย แต่ในการที่จะรับคนไข้ไว้จะมีการตรวจTropT ดูอาการของคนไข้ว่ามีอาการเจ็บหน้าอกไหม ระยะเวลาานเท่าไร แล้วก็มีการตรวจTrop T ในการประเมินครั้งสุดท้ายว่าคนไข้ ตรวจEKG TropT เพื่อประเมินว่ามีST elevate ไหม หรือมีตรงไหนที่มีความผิดปกติของHR คนไข้หรือตรงกราฟที่เห็นชัดเจน ถ้าสมมุติว่ามีความผิดปกติหมอก็จะสั่งทำTrop T ซึ่งทั้งในเวลาออกเวลาเนื่องจากโรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลชุมชนถ้านอกเวลาจะมีการทำโดยพยาบาล แต่ถ้าในเวลาที่จะมีเจ้าหน้าที่ห้องLab ส่งไปถ้ามีค่าผิดปกติ จะมีการทำFast track MI ซึ่งก็ให้การฉีดยาSK

ผู้วิจัย : แล้วพี่คิดว่าที่เราจัดบริการอย่างนี้ เราต้องเพิ่มเติมอะไรอีกหรือเปล่า หรือว่าเหมาะสม

NIPD1 : ก็จะมีเรื่องความเชี่ยวชาญของบุคลากรค่ะ แต่ละคนถ้าถามว่าในพยาบาลแต่ละคนที่ขึ้นเวร ก็จะมีตั้งแต่ห้องที่เล็กสุดจนถึงพี่ที่มีประสบการณ์หลายปีด้วยความชำนาญของแต่ละคน จะมีผลต่อการประเมินคนไข้ซึ่งอาการของMI ไม่ค่อยชัดเจนเพราะบางคนมีอาการคลุมเครือ สงสัยในโรคอื่นไปด้วย คนที่มีประสบการณ์น้อยก็อาจจะผิดพลาดได้ ในการประเมินคนไข้ เช่นมีอาการปวดท้อง ปวดแน่นท้องธรรมดา จริง ๆ แล้ว อาจมีอาการอื่นที่แฝงอยู่ในนั้น ซึ่งระบบของโรงพยาบาลก็จะมีการจัดทำไว้รับเข้าไว้ก่อน โดยที่ ซึ่งจะถามว่าปัญหาต้องเน้นที่บุคลากรให้เค้ามีความรู้เพิ่มเติม

ผู้วิจัย : แล้วพี่คิดว่าเราควรต้องเน้นในเรื่องไหน เรื่องความรู้ของบุคลากรนะคะ

NIPD1 : การอ่านEKG ก็เป็นส่วนหนึ่ง เพราะว่านอกเวลาเนื่องจากแพทย์ของเราคืออยู่เวรทั้งคืน ก็ไม่เหมือนที่อื่นที่จะตามมาได้ตลอด ก็คือถ้าน้องเค้ามั่นใจดูEKG ได้ การประเมินก็ส่วนหนึ่ง ถ้าดูEKG ได้ก็จะเห็น ลักษณะความผิดปกติที่ชัดเจน การรายงานแพทย์ หรือว่าอะไร ก็จะเป็นที่เชื่อถือของแพทย์ จะไว้ใจ การอ่านได้มันก็ดีที่ทำให้การรักษาที่จะเร็วขึ้น ถ้าหมอเค้าไม่ไว้ใจพยาบาลคนนี้ก็สั่งAdmit ไปก่อนให้Observe

ผู้วิจัย : แล้วพี่คิดว่านอกจากเรื่องการอ่านEKG แล้วยังมีเรื่องอื่นอีกไหมคะ ที่เราควรจะมีความรู้

NIPD1: เรื่องการอ่านEKG เรื่องการประเมินคนไข้ เรื่องของการคัดกรอง ก็เป็นส่วนสำคัญ ถ้าเรามีการลงสู่ชุมชนที่เยอะขึ้น หมายถึงว่าให้ตั้งแต่ รพศต.มีความรู้ด้านนี้ด้วย มันก็จะทำให้ เราจะสามารถเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

ผู้วิจัย: แล้วพี่จึกคิดว่าตอนนี้ จำนวนบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยMI เพียงพอไหม

NIPD1: จำนวนพยาบาลเราเหรอ มันก็ไม่ได้มีลักษณะเป็นZone เฉพาะ ก็จะเป็นลักษณะพยาบาลทุกคน แพทย์ก็ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เพราะฉะนั้นเนี่ยะ ก็ยังไม่เพียงพอ ถ้าถามความคิดเห็นพี่นะ แพทย์เฉพาะทางก็ไม่มีสาขาอายุรกรรมที่จะดูแลเฉพาะก็ยังไม่มี พยาบาลก็ยังไม่มีความเฉพาะทาง อันนี้ก็มีส่วนสำคัญเพราะเค้าก็จะสามารถมาสอนบุคลากรในหน่วยงานได้เยอะขึ้น ละเอียดขึ้น

ผู้วิจัย: แล้วในมุมมองพี่จึกมองว่าน่าจะเป็นลักษณะไหนคะ

NIPD1: ถ้าเรามองมันต้องเป็นลักษณะมีการประเมิน และมีการนิเทศงานบ่อย ๆ อาจจะมีการส่งอบรมหรือจัดอบรมในโรงพยาบาล เพื่อนสอนเรื่องการดูEKG ก็คือเมื่อก่อนเราก็มีการทำจัดอยู่บ่อย ๆ แต่ตอนหลังเรื่องภาระงานและจำนวนของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ค่อนข้างที่จะไม่มีตัวนี้มา ถ้าจัดอบรมก็ให้มีการสอนการอ่านEKG และก็มีมีการประเมินโดยหัวหน้าตึก หรือ พี่เลี้ยงที่เชี่ยวชาญด้านนี้มาประเมินพยาบาลด้วยกันก่อน เพราะเราจะเป็นเหมือนด่านแรกที่จะได้ดูแลสัมผัสคนไข้ หมอเค้ามาทีหลังถ้าเราประเมินได้เร็ว คนไข้คนนี้ก็ไปสู่อันตอนที่เร็วขึ้น

ผู้วิจัย: แล้วในตอนนี้นี้หน่วยงานของพี่ที่ทำอยู่มีการกำหนดนโยบายหรือมีการมอบหมายงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยMI หรือไม่คะ

NIPD1: อ้อ มีค่ะ เราก็จะแยกเป็นใครดูแลโรคอะไร ทุกคนก็จะมั่วว่าดูแลโรคนี้ ๆ ถ้ามีการส่งไปอบรมที่เค้าที่เกี่ยวกับเค้ารับผิดชอบงาน ก็จะมีตั้งแต่รายงาน มีทุกอย่างเป็นทีม

ผู้วิจัย: หมายถึงมีการรับผิดชอบเฉพาะเป็นคนๆ ไปใช้ไหมคะ

NIPD1: ใช่ค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วตอนนี้การดูแลผู้ป่วยMI มีการเชื่อมประสานกับชุมชนไหมพี่

NIPD1: การเชื่อมประสานกับชุมชนก็มีตั้งแต่ คัดกรองที่ฝ่ายส่งเสริม คัดกรองผู้ป่วยในชุมชนก่อนส่งต่อHome health care ในลักษณะตามไปดู

ผู้วิจัย: ส่งเป็นเอกสารไปหรือติดตามยังไงคะ

NIPD1: ส่งเป็นเอกสารไปให้home health care เพื่อตามเยี่ยมถ้าเป็นในเขตเราถ้านอกเขตฝ่ายส่งเสริมเค้าก็จะเอาตัวเนี่ยะส่งให้รพศต.เพื่อติดตาม แต่เรื่องของเรื่องก็คือผลของการติดตามถึงไม่ครอบคลุมเรายังไม่ได้จัดคนที่จะไปติดตามว่าเมื่อไปติดตามแล้วผลเป็นอย่างไร

ผู้วิจัย: มองว่าตรงนี้เป็นส่วนที่ต้องพัฒนา

NIPD1: เป็นส่วนที่ต้องพัฒนาในเรื่องผลของการส่งไปส่งมา เพราะมีหลายโรคแต่อย่างbed sore แต่โรคต่างๆ ไปจะเห็นผลชัดเจนเพราะคนไข้พวกนี้ต้องการการดูแลมาก แต่อย่างโรคพวกนี้ถ้าเค้าเดินได้ กินได้ก็จะไม่มีใครไปสนใจตามดู ต้องเอามาพัฒนาเพราะว่าเวลาเป็นมันก็จะเสี่ยงต่อชีวิตคนไข้
 ผู้วิจัย: แล้วในส่วนของอุปกรณ์ เครื่องมือ รถพยาบาลที่จะส่งต่อ พี่มองว่าการดูแลผู้ป่วยMI เพียงพอหรือไม่ ต้องมีการเพิ่มเติมอะไรบ้าง

NIPD1: สำหรับโรงพยาบาลเราคิดว่าค่อนข้างดี ของระบบงานEMS เพราะว่าเราจัดไว้ อย่างพอๆ มีแยกไปต่างหาก พยาบาลก็จะมีแยกสำหรับไปรับผู้ป่วย ค่อนข้างทำได้เร็วกว่ารพ.ชุมชนอื่น เหมือนเรามีระบบพวกนี้ไว้แล้ว

ผู้วิจัย: แล้วอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล เช่นเครื่องEKG

NIPD1: เครื่องEKG ก็เยอะนะ defib ก็มีทุกตึก มองว่าเพียงพอ

ผู้วิจัย: แล้วส่วนของงบประมาณมีสนับสนุนเพียงพอ ในการจัดซื้อหรือไม่ หรือมีปัญหาในการจัดซื้อ

NIPD1: อุปกรณ์ถ้าพี่มองก็ค่อนข้างล่าช้าบ้าง ถ้ากรณีคนไข้เยอะ ๆ แต่ด้วยปริมาณคนไข้เรา ไม่ค่อยมากเท่าไร ถ้าเทียบแล้วก็น่าจะเพียงพอ ถ้าอย่างที่ตั้งที่Plan เป็นICU อยู่ด้วยก็จะมีอุปกรณ์สำหรับ monitor ถ้าคนไข้เข้าไปแล้วสงสัยต้องมีการตรวจเช็คทุก 15 นาที ครึ่งชม.หรือมีการเปลี่ยนแปลงเยอะ ๆ เราก็ส่งไปรพ.ที่ใหญ่กว่าเราที่มีแพทย์เฉพาะทาง ก็มองว่าค่อนข้างเพียงพอ

ผู้วิจัย: แล้วอย่างพวกแผนในการดูแลผู้ป่วย ในทีมเราได้มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันไหม

NIPD1: มันมีแนวทางอยู่แล้วมีguide line แต่ในเรื่องการนำมาconference ก็ค่อนข้างน้อย ก็มีแผนอะไร ด้วยเราไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ด้วยระบบงานที่ยังไม่ค่อย ก็เป็นระบบน้อยไม่ถึงกับขาดการติดตาม

ผู้วิจัย: แต่ว่าเรายังไม่มีการพูดคุยกันเป็นทีม หรือเปล่าวะ

NIPD1: ก็มีทีมPCT ของPCT ที่ทำหน้าที่ตรงนี้ มีคนที่ดูแลระบบของMI อยู่แต่ว่าถามว่าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนก็ยังไม่ชัดเจนต่อเนื่องจากตรงนั้นมาตรงนี้มีguide line CPG ให้หมด แต่ว่าก็ไม่ได้เอามาประเมินว่า หลังจากนั้นคนไข้จำนวนเท่าไรที่รับการดูแลอย่างถูกต้องหรือประเมินผู้ปฏิบัติว่าทำถูกต้องแค่ไหน ตรงนี้ที่ยังขาดอยู่

ผู้วิจัย: ยังมีอีก2-3 ประเด็นที่เราจะคุยกันต่อ เราได้การดูแลผู้ป่วยMIตามขั้นตอน ตามกระบวนการดูแลอย่างไรบ้าง ในการจัดกิจกรรมเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยMI หรือไม่

NIPD1: มองว่ายังไม่ชัดเจน สื่อสารไปถึงข้างใน เพราะบางทีการทำข้างนอกบางอย่างก็ต้องมาถามว่าทำอะไรคลินิกอะไรอยู่ตรงไหน การสื่อสารยังน้อยอยู่ บางคนก็ยังไม่รู้ข้อมูลว่ามีคลินิกที่ชัดเจน

ผู้วิจัย: มองว่ามีการทำงานเป็นส่วนๆ ไข่มุข ในภาพกระบวนการ มองดูไม่ชัดเจน แล้วที่มองว่าควรต้องทำอะไรดี เพื่อมองภาพการทำงานให้ชัดเจนขึ้น

NIPD1: ก็คือการที่เรามีคณะกรรมการในแต่ละจุด น่าจะมีคนที่ เป็นเลขของทีม น่าจะมีการเชิญประชุมขอความคิดเห็นของแต่ละคนในทีม

ผู้วิจัย: เหมือนมีผู้รับผิดชอบไปเลย โดยเฉพาะไข่มุข

NIPD1: ไข่มุขมีผู้รับผิดชอบ ในปัจจุบันมีอยู่แล้ว แต่การประสานในแต่ละจุด อย่างส่งเสริมเป็นไคร ward ชายเป็นไคร พิเศษเป็นไคร ดึกหญิงเป็นไคร น้อยยังไม่รู้เรื่อง ไม่มีการมาประชุม และทำให้แต่ละตึกซึ่งเหมือนการกระจายโดยที่ตัวคนนั้นไม่ต้องไปที่ตึกหรือ แต่ถ้าเค้าเอาข้อมูลพวกนี้มาประชุมทีม แล้วนำข้อมูลแต่ละที่มีปัญหาอะไรเค้าก็จะบริหารได้ว่าทั้งโรงพยาบาลตามจุดต่างๆ คนไข้ไปถึงจุดนั้นแล้วมีการdetect ในผู้ป่วยทั่วไปไหม อย่างที่ตึกคนไข้ไม่ได้มาด้วยMI แต่ นอนๆ ไปแล้วมีอาการเปลี่ยนแปลง คนที่อยู่หน้าER ก็จะรู้เลยว่า คนนี้ก็จะถูกrefer ไป จะไม่มีการส่งข้อมูลกลับมา คนที่จะส่งข้อมูลก็ไม่ว่าคนนี้ต้องการข้อมูลนี้ไหม จะเป็นลักษณะเหมือนสิ่งที่เราขาด ต้องมีการปรับปรุง ผู้ที่รับผิดชอบMI เองก็ต้อง คืออย่างที่พี่บอกถ้ามีการประชุมเป็นทีม แต่ละจุดที่มีอยู่ เค้าจะสามารถบอกได้เลยว่าตอนนั้นเค้าเจอคน ไข้อย่างนี้ต้องทำอะไร แบบคัดกรองมีจริง แต่ refer ไป พระจอมเกล้า แล้วคนที่มาอ่านมาตามข้อมูลมาเก็บ แต่คนที่รับผิดชอบไม่ได้อยู่ในเวรนั้น เหมือนมันไม่มีการ พัฒนาตรงนี้ มันก็เลยจะไม่กระจายไปทั่วทุกคน

ผู้วิจัย: เหมือนมองว่ายังไม่ครอบคลุม

NIPD1: เหมือนอยู่ERก็จะactive ทำไป ในส่วนที่ต้องทำไปคือเหมือนรู้ว่ามาจะต้องส่ง แต่จะมีcase ที่อยู่ตามตึกซึ่งเป็นคนแก่ ที่มาด้วยDM ต่อไปเป็นMIก็จะloss ไป

ผู้วิจัย: แล้วที่จิมองว่าผลการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้เป็นไงบ้าง

NIPD1: ก็มองว่าดีขึ้นนะในส่วนของคนไข้นอกที่มาได้รับการดูแล ก็คือถ้าเราสงสัยว่าเป็นMI สามารถconsult ที่พระจอมเกล้าที่เป็นรพ.ใหญ่ สามารถให้ยาได้เลย เหมือนผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้น ก็จะลดภาวะแทรกซ้อน ภาวะที่มีอาการที่มากขึ้น เราสามารถconsult ในเวลาราชการ กับหมอ ทางพระจอมเกล้าทำให้เราสามารถดูแลผู้ป่วยได้เร็วขึ้น แต่ในส่วนที่พี่บอก ที่มันไม่เชื่อมโยงกับบางส่วนที่อยู่ตึกผู้ป่วยใน ด้วยระบบที่ยังไม่ค่อยเป็นระบบ ผู้ป่วยในไม่ได้ถูกส่งกลับER refer ไปเลยก็จะจบแบบเนี่ยะมันจะหลุดไป

ผู้วิจัย: แล้วเรื่องการเข้าถึงยา มองว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไรบ้าง

NIPD1: การเข้าถึงยาปัจจุบันนี้ เกสซ์ของเราเยี่ยมจากพอก. ทำให้เราไม่มีผลงาน ถ้าเป็นยาที่เราซื้อมาเองได้มันก็จะดีกว่า ที่ฟังตอนช่วงหลังกลายเป็นว่าเราไม่ได้ผลงานตัวนี้ ผลงานของโรงพยาบาล น่าจะจัดการมาเลยดีกว่าการยืม

ผู้วิจัย: แล้วเรื่องการเข้าถึงบริการ มองว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร

NIPD1: การเข้าถึงบริการต้องมองตั้งแต่การคัดกรอง ตอนนี้เราก็มีระบบการคัดกรองอยู่ข้างหน้าที่จะคัดกรองคนไข้ ถ้ามีพยาบาลคัดกรองในเวลากลางวันOK ได้ตามระบบ แต่ส่วนนอกเวลาก็จะหลุดไป ไม่มีพยาบาลไม่มีโต๊ะคัดกรองสำหรับอยู่ตรงส่วนนี้ก็อย่างที่บอกก็จะไปเข้ากับว่าพยาบาลที่อยู่เวรต้องมีความรู้ ต้องไปจับกับการเพิ่มความรู้อพยาบาลที่อยู่ER ต้องใช้ทักษะที่เหมือนกัน

ผู้วิจัย: ประเด็นอื่นที่นึกคิดว่าเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยMI จะเพิ่มเติมประเด็นไหนใหม่คะ

NIPD1: ถ้าจะให้สรุปทั้งหมดก็มีเรื่องของบุคลากรที่ต้องมีความรู้ การกระจายความรู้ไปสู่ทีมผู้ป่วย ใน การประสานงาน การนิเทศงาน การตามผลงาน ผลของการปฏิบัติที่เราส่ง ไปสู่ชุมชนมีไหม ไปถึงไหน ก็คงมีแค่นี้คะ



ภาคผนวก ข
คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก



ตารางที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อวิเคราะห์สภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน

ลำดับ ที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุ	ประสบการณ์/ปี	คุณลักษณะ	รหัส
1.	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว (Family Medicine =FM)	42	18	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันในชุมชน	FM
2.	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Medicine=M)	44	20	แพทย์ที่รับผิดชอบservice plan สาขาโรคหัวใจและ หลอดเลือด	M
3.	เภสัชกร (Pharmacist)	36	12	เภสัชกรรับผิดชอบที่มำนำ ทางคลินิกและwafarin clinic	P
4.	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน(Nurse who works at emergency department=NRN	34	12	พยาบาลรับผิดชอบservice plan สาขาหัวใจและหลอด เลือดแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	NER
5.	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ ที่แผนกผู้ป่วยใน(Nurse who works at inpatient department =NIPD	50	24	พยาบาลรับผิดชอบservice plan สาขาหัวใจและหลอด เลือดแผนกผู้ป่วยในชาย	NIPD1
6.	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ ที่แผนกผู้ป่วยใน(Nurse who works at inpatient department =NIPD	30	8	พยาบาลรับผิดชอบservice plan สาขาหัวใจและหลอด เลือดแผนกผู้ป่วยในหญิง	NIPD2

ลำดับ ที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุ	ประสบการณ์/ปี	คุณลักษณะ	รหัส
7.	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(Nurse who works at health promoting hospital =NHP)	39	16	พยาบาลรับผิดชอบ ประสานการดูแลและ ส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน รพ.สต.หุบกะพง	NHP1
8.	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(Nurse who works at health promoting hospital=NHP)	46	18	พยาบาลรับผิดชอบ ประสานการดูแลและ ส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน รพ.สต.นิคม	NHP2
9.	นักโภชนาการ (Nutritionist =Nt)	44	6	ผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร และการให้ความรู้ด้าน อาหารเฉพาะโรค	Nt

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางปราณี มหาบุญปิติ
วันเดือนปีเกิด	30 เมษายน 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ปี 2534 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ปี 2548 อบรมเฉพาะทางการพยาบาลฉุกเฉิน รุ่นที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ปี 2553
สถานที่ทำงาน	งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชะอำ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี

