

## บทความวิจัย

### การพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

#### Development of Management model for Acute Myocardial Infarction, Cha Am Hospital, Phetchaburi Province

ปราณี มหาบุญปิติ (Pranee Mahaboonpiti)\*

บุญทิพย์ สิริรังศรี (Boontip Siritarungsri)\*\*

พิเชฐ บุญยัติ (Phichet Banyati)\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ 2) สร้างแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 3) ประเมินความเหมาะสมของแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์จัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 2) ผู้ประเมินความเหมาะสมของแบบแผนจำนวน 13 คน เครื่องมือวิจัย มี 2 ชุด ชุดแรก มี 2 ส่วน คือ ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของไดนาบีเดิล และแนวคิดการจัดการรายกรณีของฟาวเวลล์ ชุดที่สอง คือ แบบประเมินความเหมาะสมของแบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังมีปัญหาทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา และ 2) รูปแบบมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ และมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 6 ขั้นตอน โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการจัดการดูแลและติดตามประเมินผล ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลและหน่วยงาน และ 3) แบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

\*\*\* นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองอธิบดี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับโรงพยาบาลชะอำ ร้อยละ 91.14

**คำสำคัญ** รูปแบบการจัดการดูแล โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ

### 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 indicators 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. Two research tools were developed as follows. (1) The 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 were 0.98 and 0.96 respectively. The data was analyzed by 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, all aspects needed to be improved. (2) The developed model comprised of three 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: satisfaction of health care providers and the patients, as well as quality of hospital and unit services. 3) The model was appropriate for implementation the Cha Am hospital (91.14 %).

**Keywords:** Model Care Management, Myocardial infarction, Cha am hospital

## ความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial infarction) เป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Federation, 2013) ประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจตายเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิต โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 เท่ากับ 22.47, 23.45, 26.91, 27.83 และ 27.88 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ ร้อยละ 30-50 เสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันจะทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหยุดชะงักและเสียชีวิตได้ ภายใน 4-6 ชั่วโมง ซึ่งแนวทางการรักษาคือการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน ภายใน 12 ชั่วโมง (เกรียงไกร เสงี่ยม, 2557) แต่การปรับลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ในโรงพยาบาลอย่างเดียวยังคงไม่ลดระยะเวลาการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (total ischemic time) ไม่สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ (ภัทรพงษ์ พิรวงศ์, 2557) ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือการส่งต่อไปเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสาน

ความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน อำนาจความสะดวก สนับสนุน เป็นปากเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม (ศิริอร สีนุ, 2556) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ให้บริการพึงพอใจ ได้การดูแลที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รูปแบบการจัดการรายกรณีตามการประยุกต์ตามแนวคิดของ Powell (Powell & Tahan, 2010) กำหนดกระบวนการจัดการรายกรณีไว้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย การประสานงาน วางแผนการดูแลการปฏิบัติการดูแลตามแผน การดำเนินการต่อเนื่อง เฝ้าติดตามการประเมินซ้ำ การประเมินผลใหม่ และการปิดการให้บริการ จากรายงานการวิจัยของสุนิตย์ โพธิ์จันทร์ (2555) และไพรัช พรมที (2557) พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และประสานงานการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหามาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว มีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (M2) ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเพชรบุรี มีนโยบายที่สำคัญคือพัฒนาเครือข่ายบริการทางการแพทย์ 5 สาขาหลัก ซึ่งสาขาหัวใจและหลอดเลือดเป็นหนึ่งในสาขาหลักสำคัญตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่ต้องได้รับการพัฒนา จากสถิติอัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการ โรงพยาบาลชะอำ ปี 2556-2558 พบว่าสูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เท่ากับ 94.58, 117.72 และ 140.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราเสียชีวิตโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับ 2.67, 3.97 และ 2.64 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (โรงพยาบาลชะอำ, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2558) โรงพยาบาลชะอำยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีเฉพาะแนวปฏิบัติและยังมีข้อจำกัดทั้งในด้านผู้ให้

บริการ และการประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน และบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ อาทิ ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่จะให้การบำบัดรักษาถึงแม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย (CPG) พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย จึงทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยล่าช้า (โรงพยาบาลชะอำ, ทีมนำทางคลินิก, 2558) และยังพบไม่มีระบบการดูแลเบื้องต้นและการประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังโรงพยาบาลชะอำ ตลอดจนมีสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้นและปล่อยให้อาการรุนแรงจนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลและหลายครั้งมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพะค่าใช้จ่ายในการรักษา (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

จากปัญหาในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่เนื่องมาจากปัญหาในโรงพยาบาล ปัญหาระบบส่งต่อ และปัญหาผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) และแนวคิดการจัดการรายกรณีของ พาว์เวลล์ (Powell & Tahan, 2010) มาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานจากเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำที่พัฒนาขึ้น

### การดำเนินการวิจัย

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ และในชุมชนอำเภอชะอำ ระหว่างเดือนเมษายน 2558 ถึง เดือน สิงหาคม 2559 โดยกลุ่มวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย แพทย์ เกสัชกร โภชนาการ พยาบาลในโรงพยาบาล และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 9 คน ส่วนกลุ่มประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือด เกสัชกร และ โภชนาการ ทำหน้าที่ในทีมนำทางคลินิก รวม 4 คน ผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 5 คน หัวหน้าพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 3 คน และ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ให้บริการที่สร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการจัดการรายกรณีของพาว์เวลล์ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการของโดนาบีเดียนมาเป็นกรอบในการสร้างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน และความต้องการการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพัฒนาจาก AGREE Instrument (The Agree Collaboration, 2001; ศากุล ช่างไม้, 2549) มีความครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ มิติที่ 2

ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 1 ข้อ มิติที่ 3 ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ข้อ มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ จำนวน 2 ข้อ มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้จำนวน 2 ข้อ มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดรูปแบบจำนวน 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) เลือกตอบได้ 4 ระดับ (4 คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 คือเห็นด้วย 2 คือไม่เห็นด้วย 1 คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และข้อคำถามลักษณะปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือชุดที่ 1 และ เครื่องมือชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่า CVI = 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) แนวคำถามตามประเด็นที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคล กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 คน ถอดเทปสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ในประเด็นที่ไม่ครบ มีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสัมภาษณ์คนละ 2 ครั้ง ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ส่วนการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพของโดนาบีเดียน Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของเพอร์เวลล์ Powell (2010) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ซึ่งในการวิจัยนี้ยังไม่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติเนื่องจากมีความจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษา นอกจากนี้ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแล

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยฯ โดยตรง จำนวน 13 คน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ประเมินด้วยตนเองทุกคนพร้อมชี้แจงรายละเอียดการพัฒนาแบบฯ หลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมต่อการนำรูปแบบไปใช้โดยที่ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้โดยตรง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 3/2559 และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รับรองหมายเลข คจม.พบ.01/2559

### ผลการวิจัย

#### 1. สถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ

1.1. ด้านโครงสร้าง (1) ทรัพยากรบุคคล มีพยาบาลเพียงพอในบางหน่วยงาน ขาดบุคลากรเฉพาะทางของทิมสหวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ ไม่มีพยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) มีปัญหาในการทำงานแยกส่วนกันในแต่ละวิชาชีพ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดทักษะในการอ่าน EKG การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (2) อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และรถพยาบาลเพียงพอในสถานการณ์ปกติ ยกเว้นมีผู้ป่วยวิกฤตมาพร้อมกันหลายราย ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีอุปกรณ์การแพทย์เครื่องมือฉุกเฉินไม่เพียงพอ และไม่พร้อมใช้งาน (3) มาตรฐาน

การปฏิบัติงาน มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและมาตรฐานการส่งต่อ กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เฉพาะบางหน่วยงาน ไม่เป็นแนวทางเดียวกันในเครือข่าย

**1.2 ด้านกระบวนการ** พบว่า ผู้ให้บริการ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแต่ละวิชาชีพ แต่บางส่วนไม่ได้นำสู่การปฏิบัติ มีการทำงานตามหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพขาดความต่อเนื่อง ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหน้างาน และการประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทำให้มาตรฐานการปฏิบัติงานต่างๆ ไม่ได้นำมาทบทวนดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานกันในการทำงานเนื่องจากการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ

**1.3 ด้านผลลัพธ์** พบว่า (1) ผู้ให้บริการ มีการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วโดยผ่านระบบช่องทางด่วน (fast tract) ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การจัดบริการส่วนใหญ่เน้นบริการเชิงรุกในโรงพยาบาลมากกว่า บริการเชิงรับ (2) ผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถวินิจฉัยอาการเบื้องต้นที่เกิดขึ้นได้ มักปล่อยให้มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาเองไม่ใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองแต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมและติดตามผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดการดูแลที่เหมาะสม

**2. (ร่าง) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลชะอำ** โดยพัฒนาขึ้นจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในข้อ 1 สรุปได้ 7 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การประสานงานยังไม่ชัดเจนด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล ดังคำกล่าวของพยาบาลบางรายดังนี้ “...มองว่ามีการทำงานเป็นส่วนๆ การสื่อสารยังไม่ชัดเจนสื่อสารไปไม่ถึงข้างใน ...การประสานงานแต่ละจุดอย่างส่งเสริม เป็นใคร... ยังไม่มีใครรู้เลย...(NIPD1)” ...ทางด้านคนไข้รับกลับส่วนใหญ่ไปอยู่ที่บ้านชุมชนก็ไปดูแลแต่ผลการเยี่ยมไม่รู้ว่าจะส่งทางไหน ไม่ทราบจริงๆ การดูแลมันเป็นช่วงๆ...(NPD2)”

ประเด็นหลักที่ 2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ ยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของพยาบาลบางรายดังนี้ “...ที่ตึกหึงเครื่อง EKG นี่ก็ไม่พอ บางครั้งเวลาผู้ป่วยมีอาการ ยังวิ่งยืมกันอยู่เลย เพราะเครื่องมือเสียบ้างอะไรบ้าง แล้วเครื่อง monitor ก็ไม่พอเวลามีคนไข้หลายๆ คน...(NIPD2)” “...ออกซิเจนกับ set พ่นยานานๆ ใช้ที่บางทีก็หมด Ambu bag เฝิงได้บริจาคมา มีแค่ของผู้ใหญ่...(HPN2)”

ประเด็นหลักที่ 3 บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วย ทักษะการอ่านผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นว่า “...เรื่องการประเมินคนไข้ เรื่องของการคัดกรอง ก็เป็นส่วนสำคัญถ้าเรามีการลงสู่ชุมชนที่เยอะขึ้น หมายถึงว่าให้ตั้งแต่ รพสต. มีความรู้ด้านนี้ด้วยมันก็จะทำให้เราจะสามารถเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็วขึ้น ... (M2)” “...ทักษะเรื่องการอ่าน EKG ควรต้องมีเพิ่มเลยล่ะ เพราะของเรายังไม่เก่งพออยู่ได้บ้างนิดนิตหน่อย ๆ มันไม่แม่นเลยล่ะ...(HPN2)” “...ยังไม่ค่อยแม่นเรื่องการปรับยา wafarin ... ไม่ค่อยมี case น่าจะส่งอบรมบ้าง...(P)”

ประเด็นหลักที่ 4 แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกัน แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า “...guide line ของเรายังไม่เผยแพร่ รู้เฉพาะกลุ่มที่ทำยังไม่ชัดเจน...เท่าที่เจอบางคนก็ไม่มีรู้ เหมือนเขียนไว้แล้วไม่มีการนำมาใช้จริง...(M1)” และดังคำกล่าวของพยาบาลรายหนึ่ง ดังนี้ “...CPG ใน ward แทบจะไม่ได้กางดูเลยล่ะ ไม่ได้ดูกันตลอด ไม่ได้รู้กันทุกคนโดยเฉพาะน้องใหม่ อาจจะไม่มีรู้ด้วยว่ามี CPG...(NIPD2)”

ประเด็นหลักที่ 5 ไม่มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังคำกล่าว “...ถ้าแต่ละหน่วยงานมีคนคอยประสาน ติดตามงาน หน่วยงานก็จะได้ตามเป้าหมายนะ...เหมือนรพสต.เค้าส่งคนไข้มาก็รู้ว่าจะประสานขอความช่วยเหลือจากใคร...(P)” “...ยังไม่มี case manager ที่จะมาทำงานจริงๆ ดูแลผู้ป่วยมาแล้วจะเหมาะสมกว่าคนอื่น...(N)”

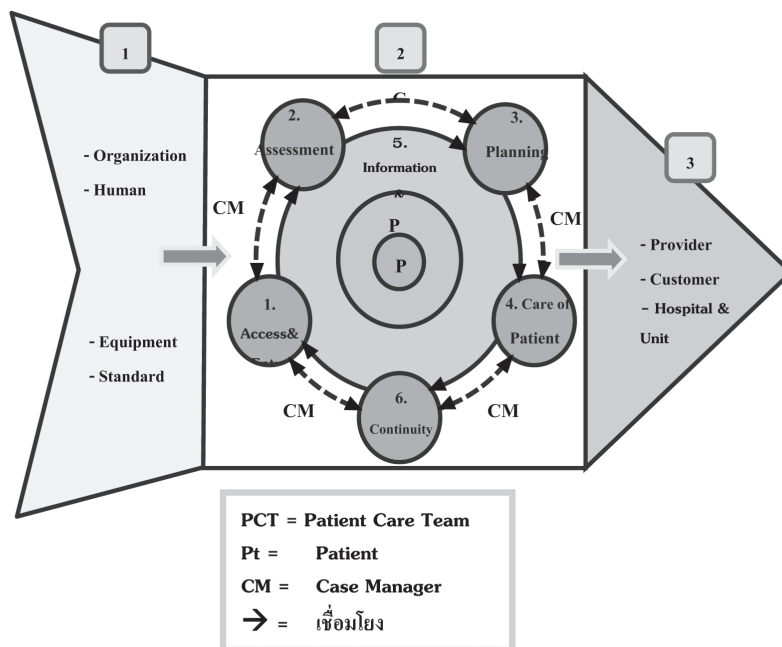


ประเด็นหลักที่ 6 การประสานข้อมูลของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยงานภายใน และภายนอกโรงพยาบาล ยังมีข้อบกพร่อง ดังตัวอย่างคำพูดนี้ “...ส่วนการประเมินผลติดตาม อาจไม่ครอบคลุมสักเท่าไร เพราะเมื่อออกจากเราไป ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แม้ข้าพเจ้า เราไม่ได้ไปติดตามข้อมูลว่าต่อไปเค้าจะต้องไปไหนอาจต้องมีการติดตามส่วนนี้เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง...(NIPD1)”

ประเด็นหลักที่ 7 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แพทย์ท่านหนึ่งได้แสดงความเห็นว่า “...อัตราการเกิด cardiac arrest ที่บ้านก็ยังพบอยู่เรื่อย ๆ ...ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่เค้าก็ขับรถมาเอง ยังไม่เรียกใช้บริการรถโรงพยาบาล เพราะไม่รู้ว่ามีบริการหรือมาเองสะดวกกว่า คงต้องเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป...(M1)”

ซึ่ง(ร่าง)รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ (MI CHAAM Model) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 ด้านโครงสร้าง (1) องค์กร (2) ทรัพยากรบุคคล (3) เครื่องมือ อุปกรณ์ (4) มาตรฐานการปฏิบัติงาน องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการ ประยุกต์การนำกระบวนการดูแลตามหลักกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care Process) ตามแนวทางของทีมนำทางคลินิก (PCT) เชื่อมโยงประสานงานด้วยผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) องค์ประกอบที่ 3 ด้านผลลัพธ์ (1) ผู้รับบริการ (2) ผู้ให้บริการ (3) โรงพยาบาลและหน่วยงาน โดย 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และแต่ละองค์ประกอบมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่

เชื่อมประสานในการบริหารจัดการตามองค์ประกอบที่ 1 สนับสนุนการดำเนินกระบวนการตามองค์ประกอบที่ 2 เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ตามองค์ประกอบที่ 3 โดยมีปัจจัยสู่ความสำเร็จ (Key success factor) ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชะอำ คือ “MI CHAAM” ประกอบด้วย M = Manager Team (การบริหารจัดการทีมงาน) I = Integrated Care (การทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ) C = Cardiac Care Competency (สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ) H = Humanized Care (การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม) A = Agility (ความมุ่งมั่น) A = Achievement (ทำให้สำเร็จ) M = Monitoring and Evaluation (การติดตามประเมินผล) ดังรูปภาพต่อไปนี้



**Key Success factor : M = Managerial Team I = Integrated Care C = Cardiac Care Competency**

**H = Humanized Care A = Agility A = Achievement M = Monitoring & Evaluation**

รูป 1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (MI CHAAM Model)

3. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชะอำ โดยมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติเท่ากับ ร้อยละ 94.14 โดยเฉพาะมิติด้านขอบเขตและเป้าหมายรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการระบุวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบในการจัดการดูแลครอบคลุมทั้งในเครือข่ายและ มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รูปแบบสร้างขึ้นจากการผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีค่าคะแนนสูงถึงร้อยละ 97.40 และ 94.87 ตามลำดับ

#### การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นความแตกต่างจากแบบเดิม

ทั้ง 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) *ด้านโครงสร้าง* มีการกำหนดคุณสมบัติ ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ให้ชัดเจน มีการกำหนดนโยบายเป้าหมาย มอบหมายงานให้ชัดเจน และถ่ายทอดนโยบายเป้าหมายสู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงจะทำให้การจัดบริการเป็นไปตามเป้าหมายได้ (Powell, 2010) สอดคล้องกับ การศึกษาของราศี ลีนะกุล (2548) ที่พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ถ้ากำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ดูแลและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยที่เป็นผู้ประสานการดูแลให้คำปรึกษา วางแผนการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจบทบาทหน้าที่สามารถจัดระบบงานได้เหมาะสม ส่งผลดีต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย



ส่วนอุปกรณ์เครื่องมือ ควรมีการสำรองเครื่องมือ ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องจัดให้เพียงพอ พร้อมใช้งาน โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังที่คานเตอร์ (Kanter อ้างถึงใน คารุง ศรีพันธ์, 2551) กล่าวว่า การเตรียมสิ่งที่จำเป็น ในการปฏิบัติงาน จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ บุคลากร ทำให้บุคลากรมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจในการทำงาน และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) *ด้านกระบวนการ* รูปแบบนี้มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทีมนำทางคลินิก (PCT) ให้การดูแลรักษาตาม กระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอนครอบคลุมองค์รวม ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่าย โดยมี โรงพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล ทั้งระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ทำให้ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของทัศนีย์ แดขุนทด (2550) พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยมีผู้จัดการรายกรณี สามารถเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วย มีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นรูปธรรม เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์การที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

ส่วนความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ โดยมีค่าคะแนนรวมทุกมิติ เท่ากับ ร้อยละ 94.14 โดยเฉพาะมิติด้านขอบเขตและ เป้าหมายของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ มิติด้านผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ของรูปแบบที่สร้างขึ้นจากผู้เกี่ยวข้อง โดยตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน มีค่าคะแนนเท่ากับ ร้อยละ 97.40 และ ร้อยละ 94.87 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนา จากการให้ทุกคนมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้รูปแบบเป็นที่ยอมรับ ดังที่ บุญใจ ศรีสถิตินรากุล (2550) ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้บุคลากรทีมสหสาขา วิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผน จะทำให้มีความรู้สึกรู้ว่า ตนเองมีความสำคัญต่อองค์กร มีแรงจูงใจในการทำงาน

และผลงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมฤดี ศรีวิชัย กฤตพัทธ์ ฝึกฝน และพินทอง ปินใจ (2556) ที่พบว่า การบริหาร งานแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน เพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ควรรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ไปใช้ในโรงพยาบาลชะอำ และ มีการประเมินผลเพื่อพัฒนาให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ และเหมาะสมกับบริบทยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- เกรียงไกร เสงี่ยม (2557). *มาตรฐานการรักษามะเร็ง ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.
- คารุง ศรีพันธ์. (2551). *การพัฒนากระบวนการเสริม สร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ตราด*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ทัศนีย์ แดขุนทด. (2550). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยใช้รูปแบบ ผู้จัดการรายกรณี ณ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 18 (2), 21-36.*
- บุญใจ ศรีสถิตินรากุล. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์ การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, พินทอง ปินใจ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงาน แบบมีส่วนร่วม วัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ กับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของ บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. วารสารสภาการพยาบาล. 28(3), 95-107.*

- ไพรวลัย พรหมดี. (2557). การพัฒนาระบบช่องทางด่วน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 23(2). 313-322.
- ภัทรพงษ์ พิรวงศ์. (2557). ประสิทธิภาพของการรักษาโดยใช้ระบบทางด่วนในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ*. 29(1). 13-22.
- ราศี ลินะกุล. (2548). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ พย.ด. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลชะอำ, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (2558). *สรุปผลงานประจำปี* (อัดสำเนา). ม.ป.ท.
- โรงพยาบาลชะอำ, ทีมนำทางคลินิก. (2558). *รายงานการทบทวนการดูแลผู้ป่วย* (อัดสำเนา). ม.ป.ท.
- สากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมิน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 12(1), 15-24.
- ศิริอร สันธุ. (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- สุริย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัย Cardioresenal Syndrome*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนิตย์ โพธิ์จันทร์. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 29(1), 22-30.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2558. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2558. จาก <http://thaincd.com/2016/mission3>*.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: NY: Oxford University Press.
- Powell, S.K., & Tahan, H.A. (2010). *Nursing case management : A practical guide to success in Managed care*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- The Agree Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument*. Retrieved 20 July 2007 from <http://apps.who.int/>
- World Heart Federation. (2013). *Cardiovascular disease*. Retrieved 20 July 2007 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en>.