

สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ศิริทิพย์ ศิริพิทยา, พย.บ.^{1*}

ประภาพร ชูกำเหนิด, ประ.ด.²

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

ปัญหาในกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรง การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 31 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตรวจสอบหัวใจ 28 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก พร้อมบันทึกเทป การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจ ซึ่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาในกระบวนการบริการตรวจสอบหัวใจ ดังนี้ 1) การสื่อสารข้อมูลในระยะนัดตรวจสอบหัวใจ ไม่ชัดเจน 2) การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม 3) การประเมินและการจัดการ ในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม และ 4) กระบวนการจำหน่ายในระยะหลังตรวจสอบหัวใจล่าช้า และการติดตามต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน ผลการวิจัยสะท้อนความต้องการ การพัฒนากระบวนการตรวจสอบหัวใจที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ

คำสำคัญ : สถานการณ์, กระบวนการ, บริการตรวจสอบหัวใจ, โรงพยาบาลเอกชน

วันที่รับ: 26 เมษายน 2566 วันที่แก้ไข: 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับ: 2 ธันวาคม 2566

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล 6310420028@email.psu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Situations of cardiac catheterization service processes in a private hospital in Southern Thailand

Sirintrip Siripitthaya, B.N.S.^{1*}

Prapaporn Chukumnerd, Ph.D.²

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Abstract

Problems in the process of providing cardiac catheterization services leader to an increased expenses for patients and pose a risk of serious health complications. The purpose of this descriptive qualitative research was to study the situation of the cardiac catheterization service process in a private hospital, southern Thailand. Thirty-one informants were purposively selected including three nursing administrators and twenty-eight cardiac catheterization professional nurses. Data were collected using in-depth interviews, observations, field notes, and group discussions that enabled methodological triangulation. The tools consisted of two parts; 1) a socio-demographic record 2) a semi-structured interview questions: the situation problems and obstacles in the cardiac catheterization service process. The tools were validated by three experts and were revised as per the experts' suggestions. The interview question was piloted with two informants before being used with the research informant. The qualitative data were analyzed using content analysis, quantitative data were analyzed using frequency and percentage. The results showed that there were problems in the process of cardiac catheterization service: 1) unclear communication of providing information during the appointment process 2) incomprehensive assessment and screening of risk groups before cardiac catheterization 3) incomprehensive assessment and management during cardiac catheterization and 4) delayed discharge process, and a lack of monitoring for continuing of care in the post-cardiac catheterization period. The findings reflect the necessity of developing cardiac catheterization processes to be consistent with the hospital context and the quality-of-service standards.

Keywords: Situation, Process, Catheterization services, Private hospital

Received: Apr 26, 2023 Revised: Nov 20, 2023 Accepted: Dec 2, 2023

¹ Master Nursing Student (Candidate), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

* Corresponding author, E-mail: 6310420028@email.psu.ac.th

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) ทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทย พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่า 4 แสนคนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 2 หมื่นคนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2563–2565 มีแนวโน้มไม่คงที่เท่ากับ 7.03, 6.52 และ 6.62 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจุบันการตรวจสวนหัวใจ เพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease, CAD) เป็นวิธีการได้มาตรฐานสามารถบอกรอยโรคและความรุนแรงได้ดี ผลการตรวจช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงสามารถให้การรักษาด้วยการฉีดยาขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารี (percutaneous transluminal coronary angioplasty with coronary stent, PTCA) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Lawton et al., 2022) การรักษาด้วยการตรวจและขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ ลดอัตราเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) (Chacko et al., 2020)

ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้รองรับการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง ให้บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างครบวงจร มีการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่ดีมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผลลัพธ์การรักษาและประสบการณ์ที่ดี โรงพยาบาลมีการประเมินคุณภาพทั้งจากหน่วยงานที่ควบคุมคุณภาพภายในและภายนอกองค์กร ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation) ครั้งที่ 3 วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลยังจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ได้รับประสบการณ์การรักษที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความกังวลของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิต (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565)

ข้อมูลจากศูนย์หัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีกระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจตั้งแต่เริ่มเข้ารับการตรวจสวนหัวใจจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามขั้นตอนการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะนัดตรวจ 2) ระยะก่อนตรวจ 3) ระยะตรวจ และ 4) ระยะหลังตรวจสวนหัวใจ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า การทบทวนอุบัติการณ์ในแต่ละขั้นตอนยังมีปัญหาต่าง ๆ ในการให้บริการ เช่น ระยะเวลารอคอยคิวตรวจนาน 1-3 เดือน บางรายญาติผู้ป่วยแจ้งว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอาการหัวใจวายเฉียบพลันก่อนได้รับคิวตรวจ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต้องเลื่อนนัดตรวจด้วยอาการผิปกติในวันที่มาตรวจ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซีด ภาวะไข้ ผู้ป่วยมีความกลัววิตกกังวลในการตรวจ ใจสั่น หายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ผู้ป่วยบ่นว่ารอคอยกลับบ้านนาน

ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้านล่าช้า รอการตรวจเยี่ยมของแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ รอยาที่ต้องรับกลับไปรับประทานที่บ้าน เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพ มาตรฐานการดูแล และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับบริการ ตรวจสวนหัวใจ ทำให้เสียเวลา มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งจำนวนวันในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และอาจมีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตหากผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการตรวจสวนหัวใจล่าช้า

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งบริบทของพื้นที่ยังมีโอกาสในการพัฒนากระบวนการจัดบริการตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการพยาบาลตรวจสวนหัวใจในทุกกระบวนการให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลเอกชนและบริบทของพื้นที่ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาสถานการณ์ค้นหาข้อมูลเชิงลึกการให้บริการด้านการตรวจสวนหัวใจจากประสบการณ์โดยตรงของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนากระบวนการบริการตรวจสวนหัวใจให้มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนากระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีตำแหน่งระดับหัวหน้างานและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) ผู้จัดการศูนย์โรคเฉพาะทาง 1 คน 2) หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน และ 3) หัวหน้าหน่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลคลินิกผู้ป่วยนอกหัวใจ 7 คน 2) พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ 15 คน และ 3) พยาบาลห้องสวนหัวใจ 6 คน ทุกคนมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ 1 ปีขึ้นไป และมีความยินดีในการให้ข้อมูล

ลักษณะและบริบทการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีจำนวน 31 คน เป็นผู้ให้บริการสุขภาพจบระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจในหน่วยงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61 ปฏิบัติงานในหน่วยงานหอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจ เป็นผู้ให้บริการในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 52 รองลงมาเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจเป็นผู้ให้บริการในระยะก่อนตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 26 รองลงมาปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ห้องสวนหัวใจเป็นผู้ให้บริการในระยะนัดตรวจและระยะตรวจสวนหัวใจ ร้อยละ 19 และปฏิบัติงานศูนย์โรคเฉพาะทาง ร้อยละ 3 ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานในบทบาทผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 90 และปฏิบัติงานในบทบาทผู้บริหาร ร้อยละ 10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวคำถามเบื้องต้น ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์หมั้นทนการหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจในโรงพยาบาลจำนวน 1 คน และปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย จากนั้น นำแนวคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา และปรับภาษาให้สามารถสื่อสารกับ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจโดยง่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2022-St-Nur 002 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565 ภายหลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล และเข้าพบผู้จัดการอาวุโสฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการ หัวหน้างาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา เปิดโอกาสให้มีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การเผยแพร่ทำในลักษณะภาพรวม ซึ่งเทปบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาเสร็จสิ้น หลังจากนั้นติดต่อเพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิในทุกขั้นตอน ขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยประโยชน์หรือความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล สามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา แล้วนำข้อมูลไปถอดเทปแบบคำต่อคำสิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยทั้งหมดเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2565 ภายหลังชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและลงนามการเข้าร่วมวิจัย ได้ทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่เป็นห้องทำงานของผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยใช้แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์จำนวน 3 คน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้

ในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมของหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน ระยะเวลาเฉลี่ยกลุ่มละ 30-45 นาที การสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามตามแบบสัมภาษณ์ และการถามต่อเนื่องเพื่อขอความกระจ่างของคำตอบที่คลุมเครือ สืบค้นและเจาะลึกประเด็นที่ต้องการโดยใช้เทคนิคการฟัง กล่าวซ้ำ เหยียบและสะท้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกมากที่สุด จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ 2-3 ครั้งเพื่อขยายความประเด็นที่ไม่ชัดเจนและทำความเข้าใจร่วมกัน ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายในการบันทึกเทปเสียงสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วน เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงทำการบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูลซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำ ๆ และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการนำข้อมูลจากบทสัมภาษณ์มาบันทึกเป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์หมวดข้อมูลจากการนำข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงมาถอดข้อความแบบคำต่อคำ บันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยาย แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยเทียบจากการเปิดเทปฟังซ้ำ ๆ ระหว่างวิเคราะห์ข้อมูล อ่านข้อมูลที่ได้หลายรอบเพื่อทำความเข้าใจในข้อมูลและสภาพการณ์ที่ได้มา เมื่อพบข้อมูลที่มีบางประเด็นคลุมเครือไม่ครบถ้วนตั้งคำถามเพิ่มเพื่อนำไปซักถามเพิ่มในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น และจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็น กรณีมีความหมายคล้ายกัน นำมารวมกัน ค้นหาแก่นสาระ (themes) โดยการหาข้อสรุปประเด็นต่าง ๆ ตามกลุ่มรหัส ให้แยกเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามแนวทางของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985 as cited in Stahl & King, 2020) ดังนี้

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายสภาพการณ์ที่ปรากฏ อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำแล้วดึงข้อความที่สำคัญออกมาและแปลความหมายของข้อความ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เป็นข้อสรุป แล้วนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (member checking) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่มีการปรับแก้ไขข้อสรุป ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกมีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ รวมถึงการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

สถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผลการศึกษาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ การศึกษาพบปัญหาสถานการณ์กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลในระยะนัดตรวจสอบหัวใจ ไม่ชัดเจน การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม การประเมินและการจัดการ ในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม และกระบวนการจำหน่ายในระยะหลังตรวจสอบหัวใจล่าช้า และการติดตามต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละระยะมีดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลระยะนัดตรวจสอบหัวใจไม่ชัดเจน ระยะนัดตรวจสอบหัวใจเป็นระยะก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับ การตรวจสอบหัวใจ พยาบาลห้องตรวจสอบหัวใจ จะโทรศัพท์หาผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูล การเตรียมตัว และวันนัดทำการตรวจสอบหัวใจ ให้ผู้ป่วยทราบ ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า มีอุปสรรคทางด้านการสื่อสารข้อมูลทั้งการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต้นสังกัดและทีมนัดตรวจสอบหัวใจ ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรค ในกระบวนการนัด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของการตรวจสอบหัวใจ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และถูกเลื่อนคิวตรวจ และรอคิวตรวจนานขึ้น ซึ่งปัญหาการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารรายหนึ่งเล่าว่า

“อาจจะต้องปรับเรื่องของความรู้ผู้ป่วยและญาติ เพราะว่าบางครั้งการพูดคุยทางไลน์หรือทางโทรศัพท์อย่างเดียว อาจจะทำให้เค้าไม่เข้าใจว่ามาถึงแล้วเค้าต้องทำอะไรบ้าง” ผู้ให้ข้อมูล A01 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

ส่วนปัญหาการสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแลจากโรงพยาบาลต้นสังกัดและทีมนัดตรวจสอบหัวใจมีผู้ให้ข้อมูล จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“คนใช้ส่วนใหญ่ไม่ได้คิวตรวจทันที บางคนเป็นนานแล้วถึงจะได้คิว บางทีผ่านไป 2-4 เดือน ยิ่งในกลุ่ม NSTEMI with heart failure คนไข้ขาดการประเมินอาการ heart failure ซ้ำ จาก รพ. ต้นสังกัด คนไข้อยู่ไปนาน ๆ จะเกิดความเคยชิน กับอาการ บอกเหนื่อยมานานแล้ว เค้าไม่รู้ว่ามีผลต่อการทำหัตถการ มาถึงแล้วต้องยกเลิกการทำหัตถการ” ผู้ให้ข้อมูล P02 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

2. การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการตามนัด ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยพบปัญหาในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยตรวจสอบหัวใจ ผู้ป่วยที่มี ปัญหาอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเลื่อนการตรวจสอบหัวใจเพื่อความปลอดภัยและรอรับคิวตรวจเมื่ออาการดีขึ้น พยาบาล เป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยที่นอกจากองค์ความรู้ทางการแพทย์แล้ว แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงในการตรวจสอบหัวใจที่ครอบคลุมถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลในการประเมิน ได้ครบทุกมิติช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการเฝ้าระวังอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจสอบหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหาร รายหนึ่งและข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติกลุ่มหนึ่งครั้งที่ 2 เล่าว่า

“ปัญหาอาการผู้ป่วยที่วอร์ดพบ เช่น คนไข้ไข้ขึ้น ตอนอยู่ที่ OPD ไม่มีไข้ พอมาถึงที่วอร์ดเจอว่าคนไข้ไข้ขึ้น ที่วอร์ดหรือเจอว่าคนไข้มีอาการผิดปกติอื่น ๆ” ผู้ให้ข้อมูล A02 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

“เคสที่มีปัญหาเรื่องเหนื่อยหอบซึ่งอยู่ที่ OPD เค้าน่าจะประเมินมาแล้วแต่พอมาถึงที่วอร์ด นอนราบไม่ได้เหนื่อยมากขึ้น มาแบบนี้ก็เจอบ่อย ต้อง off case หนูว่ามันเสียโอกาสคนไข้ แต่ว่าตรง OPD หนูก็เชื่อเค้านะว่าเค้าประเมินคนไข้ได้ แต่เจอบ่อยที่เค้าส่งเวรมาว่า อยู่ที่ OPD นอนราบได้ ไม่เหนื่อย เขาไม่บวมคือเค้านอนได้แบบ tolerate หมายถึง ตอนอยู่ที่ OPD เริ่มมีอาการแยแล้วพอมาถึงบนวอร์ดอาการแยมากขึ้น อาการแสดงออกมาเลยว่าไม่ไหว หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น คนไข้เป็น sudden เลย เขาส่งเวรมาก่อนแล้วว่าไม่มี” ผู้ให้ข้อมูล P01 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

3. การประเมินและการจัดการในระยะตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม พยาบาลห้องสวนหัวใจให้การดูแลตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยขณะทำการหัตถการตรวจ พบว่า เกณฑ์การย้ายไปเฝ้าระวังสังเกตอาการใกล้ชิดหลังทำการหัตถการไม่ครอบคลุม กลุ่มอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยขณะทำการหัตถการที่ให้อาการไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจได้ ทำให้พบว่า อัตราการย้ายลงไปสังเกตอาการใกล้ชิดต่อไป หอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) ภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะทำการหัตถการซึ่งพยาบาลประจำหน่วยตรวจสวนหัวใจประเมินอาการผู้ป่วยว่ามีอาการคงที่ก่อนส่งต่อไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหัวใจทุกราย ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารรายหนึ่งแล้วว่า

“การดูแลคนไข้หลังจากที่ตรวจสวนหัวใจมาแล้วพบประเด็นคนไข้บางรายมีอาการที่กำกวมระหว่างที่จะต้อง admit ต่อที่ Intermediate ICU เพื่อสังเกตอาการต่อ แต่ว่าส่งมาที่วอร์ดก็จะเจอว่าคนไข้ที่มีความผิดปกติ เช่น มีอาการ chest pain ซึ่งได้มีการรักษาเบื้องต้นมาแล้ว แต่ว่าคนไข้มาถึงที่วอร์ดอาการมันเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ก็เลยต้องมีการรายงานแพทย์ และย้ายลง ICU ก็เลยคิดว่าน่าจะมีเรื่องของการประเมินความพร้อมในการย้ายขึ้นวอร์ด” ผู้ให้ข้อมูล A02 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“มีเคสจาก ward ที่ย้ายไป ICU ไม่ถึง 2 ชั่วโมง จะเป็นเคส post cath lab กลุ่มเสี่ยงกำกวมมีอาการเจ็บหน้าอก หลังทำส่วนใหญ่ฉีดยาแก้ปวด ประเมินอาการแล้วก็ส่งขึ้นมาสังเกตอาการที่วอร์ด ในขั้นตอนนี้อยากให้สังเกตอาการหลังได้รับยาแก้ปวด 15 นาทีที่ cath lab เพราะถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น น่าจะไป ICU ดีกว่าย้ายมาที่วอร์ดแล้วต้องย้ายไป ICU” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

4. กระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจนในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ การให้บริการผู้ป่วยในระยะหลังตรวจสวนหัวใจเป็นการดูแลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำหลังทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจ สังเกตอาการผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำการหัตถการ มีกระบวนการเตรียมจำหน่าย ปัญหาที่พบ คือกระบวนการเตรียมผู้ป่วยจำหน่ายล่าช้า ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติครั้งที่ 1 เล่าว่า

“ตอน discharge กลับบ้านเจอปัญหาประเด็นคนไข้ได้กลับบ้าน 4 โมงเย็นก็มี ซึ่งการที่ได้กลับเร็วมันจะดีกับคนไข้ด้วย” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติอีกกลุ่มหนึ่งครั้งที่ 2 เล่าว่า

“เรื่อง discharge จะมีรอกทีมสหสาขามาเยี่ยมทำให้ discharge ช้า ก็คือปรับ flow แล้วส่ง Home med ล่วงหน้าไว้ก่อน เตรียม discharge ก่อนล่วงหน้า 1 วัน ไปเลยทำให้ตอนเข้ามาเยี่ยมคนไข้ก็สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น” ผู้ให้ข้อมูล P04 (สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2565)

ในกระบวนการติดตามอาการหลังทำหัตถการ ยังพบว่า มีปัญหาขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจ ต่อเนื่อง ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารกลุ่มหนึ่งเล่าว่า

“ที่ยังคิดว่าเป็นประเด็นสำหรับในทีมของเราก็คือเรื่องการโทรติดตามคนไข้ คิดว่าถ้าเกิดว่ามีการติดตามที่เป็น loop ชัดเจน ก็จะทำให้การดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยครบถ้วน” และข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารอีกกลุ่มหนึ่งเล่าว่า “ในคนไข้หลังทำหัตถการยังไม่มี home call คนไข้ 1 ปี” ผู้ให้ข้อมูล A01 (สัมภาษณ์, 5 พฤษภาคม 2565)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาศาณการณกระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจ ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบ ศาณการณกระบวนการให้บริการตรวจสวนหัวใจที่เป็นปัญหาใน 4 ระยะ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลในระยะนัดตรวจสวนหัวใจ ไม่ชัดเจน การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม การประเมินและการจัดการ ในระยะตรวจสวนหัวใจไม่ครอบคลุม และกระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจน โดยสามารถ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลในระยะนัดตรวจสวนหัวใจไม่ชัดเจน

เป็นระยะก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจจะโทรศัพท์หาผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูล การเตรียมตัว และวันนัดทำการตรวจสวนหัวใจให้ผู้ป่วยทราบ พบปัญหาเรื่องรูปแบบการสื่อสาร พบว่า มีอุปสรรคด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจการเตรียมตัว ก่อนเข้ารับบริการตรวจสวนหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญละดา ตัณฑุลกนกกรัซต์ และ สุภกต สุขจิตต์ (2565) เรื่องผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มที่ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับข้อมูลคะแนน ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การสื่อสารที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลที่ส่งต่อข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยมาตรวจสวนหัวใจ ที่ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลกระทบให้ต้อง เลื่อนคิวตรวจ และการเข้าคิวตรวจจะใช้เวลายาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิไล นิยมถิ่น (2558) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า รูปแบบการสื่อสารที่มีความชัดเจนด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากการสื่อสารรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนั้นการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นสังกัดกับโรงพยาบาลปลายทาง การมีระบบการสื่อสารส่งต่อ ข้อมูลที่ดี ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องรวดเร็วปลอดภัย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอกแก้ว ตามเดช และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2565) ที่พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพะเยา หลังการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลพบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจด้านการส่งต่อข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ วัลลภ เรือนทองเงิน และ ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์ (2565) เรื่องการพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์สูงกว่าระบบนัดเดิม ช่วยให้การปฏิบัติงานมีความเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคือ ระบบนัดเพื่อเข้ามาทำหัตถการตรวจสอบหัวใจที่ใช้เวลานาน การตรวจสอบหัวใจเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานสามารถบอกรอยโรคและความรุนแรงได้ดี ผลการตรวจช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (สมาคมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 2562) การถูกประเมินอาการเจ็บป่วยที่ล่าช้าส่งผลให้การรักษามีความล่าช้าเช่นกัน การจัดการระบบให้ชัดเจน ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าทำหัตถการที่รวดเร็วขึ้น ดังการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2562) เรื่องการพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยที่มาทำหัตถการและผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด ด้วยการนำแนวคิดลิ้นมาใช้ในการบริหารจัดการกระบวนการทำงานที่ล่าช้า ลดระยะเวลาการรอคอย ปรับปรุงลดขั้นตอนการให้บริการและกระบวนการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับยาเคมีบำบัดได้รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราเสียชีวิตและทุพพลภาพ

2. การประเมินและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม

ระยะก่อนตรวจสอบหัวใจเป็นระยะที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก พยาบาลเป็นด่านหน้า มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วย พบปัญหาการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่ครอบคลุม อภิปรายได้ว่าการประเมินคัดกรองอาการในระยะก่อนตรวจสอบหัวใจ เป็นลักษณะจำเพาะมีความซับซ้อนต้องอาศัยความรู้ความสามารถในการประเมินคัดแยกผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ มูลศรีสุข, สุปริดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ (2565) พบว่า การจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ห้องฉุกเฉิน มีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการในการประเมินคัดกรองอาการและการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคที่ไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของโรคในระยะเริ่มแรก และอาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความปลอดภัยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ลดการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นงค์เยาว์ อินทวิเชียร (2562) ที่ศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า คุณภาพของการประเมินและคัดแยกจะช่วยให้อาการผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตรงกับปัญหาและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ระบบคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนจะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มขึ้น มีการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น เพิ่มค่าใช้จ่ายรักษาเกินความจำเป็นเพิ่มอัตราค่าล้างของบุคลากรเกินความจำเป็น ระยะเวลาเข้าถึงการรักษาที่เร่งด่วนเกิดความล่าช้า และส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต

3. การประเมินและการจัดการในระยะตรวจสอบหัวใจไม่ครอบคลุม

ระยะตรวจสอบหัวใจเป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ห้องสวนหัวใจจนกระทั่งผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจเสร็จ พบปัญหาเรื่องเกณฑ์การย้ายไปเผื่อระวังสังเกตอาการใกล้ชิดหลังทำหัตถการไม่ครอบคลุมกลุ่มอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย

ขณะทำหัตถการ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ยังไม่ได้รับการประเมินเมื่อผู้ป่วยย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในและมีการแย่ง ทำให้ต้องย้ายไปสังเกตอาการใกล้ชิดที่ ICU อภิปรายได้ว่าเป็นเรื่องการจัดการในระยะตรวจสวนหัวใจ ไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยซึ่งพบว่า มีการศึกษาของ วรณิภา เจริญศรี, บุญทิพย์ สิริธรงค์, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล (2564) เรื่องการพัฒนาระบบบริการในหน่วยสังเกตอาการ มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานการรับย้ายผู้ป่วย ที่อาการทรุดลง มีการบันทึกทางการพยาบาล มีการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินสัญญาณเตือนอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อเฝ้าระวังในระยะตรวจสวนหัวใจยังมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐานได้อย่างทันเวลา ดังการศึกษาของ นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา และ ปิยนุช บุญกอง (2563) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่โรงพยาบาลสกลนคร ที่พบว่า การประเมินเพื่อค้นหาสัญญาณเตือน ทำให้มีความตระหนักและมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือป้องกันภาวะทรุดลงได้อย่างทันท่วงที และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บรรจงจิต, จันทิมา อ่องประภุช และ ปรียารัตน์ เจริญลาภ (2565) เรื่องผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง ($p\text{-value}=0.07$) แสดงให้เห็นว่า การประเมินผู้ป่วยตามปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายอย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

4. กระบวนการจำหน่ายล่าช้าและการติดตามต่อเนื่องไม่ชัดเจนในระยะหลังตรวจสวนหัวใจ

ระยะหลังตรวจสวนหัวใจ เป็นระยะหลังผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจเสร็จจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาที่พบคือ กระบวนการเตรียมจำหน่ายล่าช้าและขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่า กระบวนการจำหน่ายมีหลายขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทำให้เกิดความล่าช้า เช่น การให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง การติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์ และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.432, p<.01$) ในส่วนการขาดระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่องอธิบายได้ว่า อาจจะยังไม่มีการจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือมีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในการติดตามที่เป็นระบบร่วมกับเครือข่ายซึ่งจะทำให้ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ สุธีรา พิงส์สวัสดิ์ และคณะ (2561) เรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับติดตามอาการผู้ป่วยในโครงการ การเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การพัฒนาโปรแกรมให้มีระบบติดตามที่ครอบคลุม ชัดเจน สามารถทำให้ผู้ใช้งานทำงานง่ายขึ้น ทีมเยี่ยมบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม นอกจากนี้ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจต่อเนื่องทำให้ผลการรักษาและการดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุธาสิน (2559) ศึกษาการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิขั้นสูงส่งผลทำให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีระบบการดูแลและติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและส่งผลให้มีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่ดีขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจทั้ง 4 ระยะโดยปรับระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการประเมินและคัดกรองให้ครอบคลุมในทุกระยะ พัฒนาระบบการจำหน่ายให้มีความรวดเร็วและมีระบบติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการบริหาร กระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหากระบวนการประเมินและคัดกรองทั้ง ๆ ที่มีการจัดตั้งกลุ่มทำงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้บริหารควรมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจทั้ง 4 ระยะโดยปรับระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการประเมินและคัดกรองให้ครอบคลุมในทุกระยะ พัฒนาระบบการจำหน่ายให้มีความรวดเร็วและมีระบบติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบกระบวนการให้บริการตรวจสอบหัวใจของโรงพยาบาลเอกชนให้เหมาะสมกับบริบท

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุขสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. สืบค้น 19 พฤศจิกายน 2566, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf

คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญลดา ตันทุลกนกรัซด์ และ สุบงกต สุขจิตต์. (2565). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา. *วารสารการพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(1). 77-96.

- จันทร์ภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุธาสิน. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3). 495-506.
- ดอกแก้ว ตามเดช และ ณรงค์ ใจเที่ยง. (2565). การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1). 78-52.
- นงศ์เยาว์ อินทวิเชียร. (2562). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ชัยจังหวัดหนองคาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(2). 43-53.
- นิตยาภรณ์ จันทน์นคร, ทศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา และ ปิยนุช บุญทอง. (2563). การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1). 39-60.
- พรพิไล นิยมถิ่น. (2558). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์ และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 47(2). 274-285.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า. (2562). การพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยที่มาทำหัตถการและผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม จท.2. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 5(2), 44-46.
- วรรณภา เจริญศรี, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2564). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1). 49-67.
- วัลลภ เรือนทองเงิน และ ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์. (2565). การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1), 60 -72.
- ศศิวิมล บรรจงจัด, จันทิมา อ่องประภักษ์ และ ปรียารัตน์ เจริญลาภ. (2565). ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1). 47-59.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง
- สมาคมแพทย์มหัศจรรย์หัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย. (2562). *มาตรฐานและแนวทางการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ*. สืบค้น 21 ตุลาคม 2564, จาก https://www.ciat.or.th/wp-content/uploads/2020/01/final-QA-CathLab_Public-Hearing-version-20-01-63.pdf

- สุธีรา พึ่งสวัสดิ์, สุภาภรณ์ คงพรหม, อีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, ใจบุญ แยมยิ้ม, ศราวุธ สุทธิรัตน์, ... และ ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์. (2561). การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับติดตามอาการผู้ป่วยในโครงการการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 4(2). 7-19.
- สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, สุปรีดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ. (2565). อาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสหการพยาบาล*, 37(3). 144-158.
- Chacko, L., Howard, J. P., Rajkumar, C., Nowbar, A. N., Kane, C., Mahdi, D., ... Ahmad, Y. (2020). Effects of percutaneous coronary intervention on death and myocardial infarction stratified by stable and unstable coronary artery disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(2). 1-15. doi: 10.1161/circoutcomes.119.006363
- Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M., ... Zwischenberger, B. A. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(3). e18–e114. doi: 10.1161/CIR.0000000000001039
- Stahl, A. N., & King, R. J. (2020). Understanding and using trustworthiness in qualitative research. *Journal of Developmental Education*, 44(1), 26-28. <https://www.jstor.org/stable/45381095>
- World Health Organization: WHO. (2020). *HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management*. Retrieved October 21, 2021. from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367>