



การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพหนอง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม*

จินตนา ชมภูโคตร พย.ม.** สมจิต แดนสีแก้ว PhD***

บทคัดย่อ

รายงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายชุมชนในการจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 5 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง 5 คน 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว 40 คน 3) องค์กรชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน 4) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครกู้ชีพ 3 คน 5) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเรณูนคร 7 คน ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559-มกราคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวทางการเสวนากลุ่ม และ 3) แนวทางการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดเพื่อให้ได้ข้อมูลข้อเท็จจริง และข้อคิดเห็นมากที่สุด

ผลการวิจัย มีดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยสูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.6 2) การรับรู้ของเครือข่ายชุมชน พบมีผู้ป่วย ญาติ อสม.และผู้นำชุมชนไม่ทราบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และรับรู้อาการของโรคหัวใจผิดว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร อาการปวดกล้ามเนื้อ อาการเวียนศีรษะ และเป็นอาการกระทำของผี 3) การเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการเจ็บเตือนมานานมาก่อนถึงร้อยละ 88.8 ซึ่งทั้งหมดไม่เคยได้รับการตรวจรักษาอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนจึงให้การดูแลตามประสบการณ์การรับรู้และระดุดอาการ โดยไม่มีการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือจากระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน 4) การนำส่งผู้ป่วยของเครือข่ายชุมชน พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 9 คน ถูกนำส่งโดยญาติ อสม. และผู้นำชุมชนเท่านั้น โดยไม่มีการส่งการจากศูนย์ประสานการรับแจ้งเหตุให้หน่วยกู้ชีพของ อบต. หรือหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยจากชุมชนมาโรงพยาบาล

จึงมีข้อเสนอแนะว่า ที่คลินิกโรคเรื้อรัง ควรให้ความรู้เรื่องโรคและการประเมินอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต และมีความเสี่ยงที่จะเกิดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแนะนำการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทันเวลา

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง เครือข่ายชุมชน กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

*เป็นส่วนของวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เรื่อง การวิเคราะห์แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นายกิตติมาศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ



The Community Networking on Increasing Successful Fast Track for People with ST- elevation Myocardial Infarction of Tambon Phon Thong, Amphoe Renu Nakhoe, Nakhon Phanom Province*

Jintana Chompookot M.S.N.** Somjit Daenseekaew PhD***

Abstract

This research aimed to analyze the outcomes of community networking for increasing accessibility to treatment of patients with ST-elevated Myocardial Infarction (STEMI) requiring fast tract medical service by applying the research methodology of Participatory Rural Appraisal (PRA) in order to promote learning process with the community during October 2016 to January 2017. Participants included five groups: 1) patients with STEMI and a community network involved with rapid trauma assessment, first-aid, appealing for aid and patient delivery to hospital; 2) 40 high-risk patients and families; 3) 10 village headmen; 4) 10 village health volunteers; and 5) three rescue volunteers and seven staffs of Renu Nakorn Hospital. Data was collected by using in-depth interview, focus group discussion, and meeting for brainstorming. Assessment tools were guidelines for in-depth interview, focus group discussion, and brainstorming to assess the working situation of community network on managing accessibility to treatment in medical service of patients with STEMI.

The finding indicated that

- 1) Most patients were elderly male with hypertension (66.6 %).
- 2) For perceive of community network, the patients, family and community network could not assess symptoms of STEMI. They also could not provide first-aid, and could not deliver patients to the hospital in time. Consequentially, the patients might not receive their medication on time.
- 3) Apparent sign among patients before door to hospital was chest pain 88.8%, almost patients did not concern and take physical check up about this sign. Moreover, they delayed observing and waiting for self-coping.
- 4) For referral transportation, all of patients (9 cases) were send to hospital by private cars of family and community volunteers without hospital emergency calling (emergency calling 1669) and also did not call for rescue from sub-district administrative office.

The research suggestion for NCD clinic are: 1) improving the patients' knowledge toward STEMI and risk assessment among people with NCD and the symptoms of STEMI of high-risk patients and care givers, 2) providing the knowledge of people in the community and first-aid skill among community members need to improve and, 3) suggesting for fast tract calling for rescue volunteers in community and fast tract delivery of the patients to the hospital and provision of first-aid and increasing fast tract to health services.

Keywords : ST-elevated Myocardial Infarction STEMI, community network, Participatory Rural Appraisal, (PRA)

*A part of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Graduate School, Khon Kaen University on the Strategic analysis to strengthen community network for increasing successful fast track for People with ST-elevation myocardial infarction. Funded by the Research and Training Center to promote the quality of working life. Faculty of Nurse Khon kaen University

** Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, of Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University Deputy Director of Research and Training Center for Quality of Life Faculty of Life Khon kaen University. Editorial, Journal of Nursing and Health Care



บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevation myocardial infarction; STEMI) เป็นกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีพยาธิสภาพที่เกิดจากการเสื่อมแข็งของหลอดเลือดแดง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการเสื่อมของเซลล์เอนโดทีเรียม (Endothelium) ที่บุผนังด้านในของหลอดเลือดเกิดการเสื่อมและหนาตัวขึ้น โดยสารไขมันในผนังเอนโดทีเรียมเกิดเป็นแอ่งไขมันขนาดใหญ่ ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง เลือดไหลไม่สะดวก หรือไม่มีเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย¹ ซึ่งผู้ป่วยมักมาด้วยอาการเจ็บหรือแน่นอกนานกว่า 20 นาที และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง จากข้อมูลโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Acute Coronary Syndrome Registry ในระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2558-สิงหาคม พ.ศ.2559 ข้อมูลจาก 13 เขตสุขภาพของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome 16,787 คน โดยเป็นผู้ป่วย STEMI ถึง ร้อยละ 39² และยังพบว่า อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ของประเทศไทยเมื่อแบ่งตามเขตบริการสาธารณสุข พบเขตบริการสาธารณสุขที่ 8 ซึ่ง ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ หนองบัวลำภู อุดรธานี เลย หนองคาย และสกลนคร³ มีอัตราตายด้วย STEMI ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 14 กันยายน พ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 16.2 เป็นอัตราตายสูงสุดของประเทศ

จากรายงานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปี พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยโรค STEMI ใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 486-540 นาที⁴ ซึ่งพบว่าสถานการณ์การเข้าถึงบริการและได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย STEMI ใช้เวลานานจนถึงส่งผลกระทบต่ออัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ตามที่ Clinical Practice Guidelines ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี พ.ศ.2557 ตั้งเป้าหมายการเข้ารับการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย STEMI ไม่เกิน 180 นาที^{4,5} เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ให้ผลการรักษาดีที่สุด⁶ การพยากรณ์โรค

ของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดนี้ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วของระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ถ้าเข้ารับการรักษาเร็วการพยากรณ์โรคจะดี ดังนั้นจึงมีการดำเนินการระบบ Fast track STEMI⁷ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว แต่ยังพบกระบวนการล่าช้าในชุมชน เช่น การรับรู้เรื่องโรค อาการของโรค การตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งการรับรู้อาการที่ผิดของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า⁸

สำหรับโรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ใช้เวลาในการเข้าถึงการรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเฉลี่ยคือ 424.2 นาที และ 308.9 นาที ในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีความล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค โดยไม่ทราบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรค STEMI และการรับรู้อาการที่ผิดของผู้ป่วยโดยรับรู้อาการผิดว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร เพราะมีอาการเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่หลังรับประทานอาหาร รับรู้ผิดว่าเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อแขนหรือไหล่เนื่องจากมีอาการเจ็บร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย รับรู้ผิดว่าเป็นวันโรคเนื่องจากเคยเป็นวันโรคที่มีอาการแน่นหน้าอกและไอ รับรู้ผิดคิดว่าเป็นการกระทำของผีหรือสิ่งเหนือธรรมชาติเนื่องจากเป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยหาสาเหตุไม่พบ จึงคิดว่าเป็นการกระทำของสิ่งเหนือธรรมชาติที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังนั้นการที่จะให้ผู้ป่วย เข้าถึงบริการการรักษาที่รวดเร็วเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยรักษา และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เฉพาะ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน ในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเพื่อร่วมหาแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) ซึ่งเป็นการเปิดโลกทัศน์ ปลูกจิตสำนึกและเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของคนในชุมชน โดยชุมชนร่วมศึกษา ซึ่งมีการรวบรวมแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ อันนำมาซึ่งความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ๆ เป็นการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาคนและชุมชน โดยผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่ ในการเป็นผู้กระตุ้นเร่งเร้า หรือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) เพื่อให้ได้สถานการณ์การทำงานของเครือข่ายชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย STEMI ของชุมชน



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ของตำบลโพหนอง อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ การทำงานของเครือข่ายชุมชนในการจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ให้เข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 180 นาที ศึกษาในตำบลโพหนอง อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 10 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมของแชมเบอร์ (Chambers)⁹ โดยอาศัยการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดส่งเสริมให้เครือข่ายชุมชนได้ร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์ภายใต้บรรยากาศที่ทุกคนมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นแบบประชาธิปไตย กล่าวคือ กล่าวพูด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ นโยบายที่เกี่ยวข้อง บนพื้นฐานความเคารพ ความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน จนเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนา¹⁰

วิธีการเก็บข้อมูล จากข้อเท็จจริงในชุมชนผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การเสวนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก และสนับสนุน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วย STEMI ที่ป่วยในปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 5 คน ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน จากหมู่บ้านละ 1 คน ของตำบลโพหนอง และครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 คน จากหมู่บ้านละ 1 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน จากหมู่บ้านละ 1 คน ครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน จากหมู่บ้านละ 1 คน รวมเป็น 40 คน 3) กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน จาก 10 หมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน จาก 10 หมู่บ้าน รวม 20 คน 4) กลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครกู้ชีพจำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 1 คน 5) กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรณนคร 7 คน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย STEMI ในปี พ.ศ. 2557-2559 พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานปฐมภูมิ 2 คน ที่รับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง 1 คน มีหน้าที่ในการคัดกรองและเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง และแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วย STEMI จำนวน 1 คน รวม 75 คน ซึ่งทุกคนสมัครใจเข้าร่วมโครงการสำหรับพื้นที่ทำวิจัยผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ลักษณะของชุมชนเป็นชุมชนชนบท คนในชุมชนมีอาชีพเกษตรกรรม มีวัด มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีผู้นำชุมชน หน่วยงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยกู้ชีพกู้ภัยให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน พื้นที่ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 6,288 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการลงทะเบียน จำนวน 200 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 385 คน ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) จำนวน 1,200 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 98 คน อาสาสมัครกู้ชีพ 6 คน การคมนาคมสะดวก และมีระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรณนครให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการ อาการแสดง โอกาสการเกิดโรค สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรค และสาเหตุการเกิดโรค ความจำเป็นในการขอความช่วยเหลือ ประเด็นการรับรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือจากชุมชน และจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2) แนวคำถามการเสวนาเป็นคำถามปลายเปิดใช้เพื่อกระตุ้นการเสวนากลุ่มผู้ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ในประเด็นความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



เจ็บปวดเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง โอกาสการเกิดโรค สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด และสาเหตุการเกิดโรค ความจำเป็นในการขอความช่วยเหลือ ประเด็นการรับรู้แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน ประเด็นประสบการณ์ขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครกู้ชีพ

3) แนวคำถามการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เป็นคำถามปลายเปิดใช้เพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจากสมาชิกให้ได้มากที่สุด ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิด กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก

4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ขณะที่มีการเสวนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ส่งหนังสืออนุญาตทำการวิจัยประชุมร่วมกันระหว่าง ผู้วิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย STEMI เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และร่วมกันกำหนดแนวทางการวิจัย

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วย STEMI อาสาสมัครกู้ชีพ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน และพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเรณูนคร โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข้อเท็จจริงจากประสบการณ์ และความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับโรค STEMI สัมภาษณ์ทั้งหมด 24 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วย STEMI และผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย STEMI ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณคนละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3) การเสวนากลุ่มดำเนินการ 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยโรค STEMI อาสาสมัครกู้ชีพ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเรณูนคร จัดประชุมกลุ่มละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นเครือข่ายชุมชนบอกเล่าประสบการณ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

4) การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เป็นการรวบรวมความคิดของผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งหมด 75 คน ต่อประเด็นปัญหาการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย STEMI แล้วเกิดความตระหนักร่วม

5) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน ขณะร่วมกิจกรรมสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัยขณะที่มีกิจกรรมการเสวนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด สังเกตพฤติกรรม และสีหน้า

6) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สังเกตลักษณะทั่วไปในชุมชน คนในชุมชน วิถีชีวิตชุมชน วิถีชีวิตของครอบครัว พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งจดบันทึกในสิ่งที่พบเห็น

7) การบันทึกภาคสนาม ทำทุกครั้งที่มีการเสวนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด มีการบันทึกเสียง โดยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล โดยอ่านข้อมูลจากการบันทึกหลายๆครั้ง ชัดเจนได้คำสำคัญ และนำคำเหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล และนำข้อมูลมาเรียงร้อยตามความเป็นเหตุเป็นผล และนำมาอธิบายความรู้ ความคิด ประสบการณ์ต่างๆ อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ระบุนัยข้อเรื่อง จากการประมวลค่าสำคัญ เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นสมบูรณ์เพื่อตอบคำถามการวิจัย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation)¹¹

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึง 1) หลักความเคารพในบุคคล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยตกลงที่จะร่วมดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือราชการจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การเสวนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องสมัครใจหลังจากที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการและลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ หรือหยุดการสนทนาหรือสัมภาษณ์นั้นได้ทันที ในขณะที่เก็บข้อมูลเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ 2) หลักผลประโยชน์เป็นการปกป้องอันตรายหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการวิจัยที่นักวิจัยคำนึงถึง คือผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อหรือก่อให้เกิดอันตรายทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และชื่อเสียง ของผู้ร่วมการวิจัย เช่น ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วย และเป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น



ผู้วิจัยจะนำกระเป๋ปฐมพยาบาลไปตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรม หากมีผู้ร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการดูแล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยผู้วิจัยและจะได้รับการส่งต่อด่วนรถฉุกเฉินของโรงพยาบาล เรณูนคร 3) หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยจะไม่มีอคติในการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเรณูนคร ถึงแม้ว่าผู้ร่วมวิจัยจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก็จะไม่ผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ร่วมวิจัย การดำเนินการวิจัยต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการวิจัยอย่างอิสระ

ผลการวิจัย

การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง มี 4 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง 9 คนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเรณูนครได้รับการวินิจฉัยจากการอ่านผลการตรวจคลื่นหัวใจ โดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลเรณูนคร และแพทย์อายุรกรรม หรือแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลนครพนม หรือโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และการตรวจหาค่า troponin-t ในกระแสเลือด ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62.7 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.5 อายุมากกว่า 60 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 22.2 และน้อยที่สุดคือระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 11.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 89 และประกอบอาชีพที่ใช้การออกแรง เช่น ทำไร่ ทำสวน ทำนา ก่อสร้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ทำกิจกรรมเบา เช่น งานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ร้อยละ 33.3 สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ครอบคลุม ร้อยละ 88.8 โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 44.4 สิทธิเบิกจากตนสังกัด ร้อยละ 44.4 และไม่มีสิทธิในการรักษา ร้อยละ 11.1 เนื่องจากเป็นคนต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

2. การรับรู้ของเครือข่ายชุมชน พบมีผู้ป่วย ญาติ อสม. และผู้นำชุมชนไม่ทราบว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือด โดยคิดว่าเมื่อตัวผู้ป่วยเองมีโรคประจำตัวโรคใดโรคหนึ่งอยู่แล้วจะไม่มีโรคอื่นมาเพิ่มอีก และคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นการดูแลเอาใจของบุหรี่ยาเข้าไปที่ปอดไม่เกี่ยวกับหัวใจ โดยคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับปอดเท่านั้น และยังพบว่าชุมชนมีการรับรู้การผิด ดังนี้

1) รับรู้ผิดว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร จึงแสวงหาการดูแลรักษาตามการรับรู้ ได้แก่ การหาอาหารกระเพาะมารับประทาน แล้วรออาการทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้าเกิน 12 ชั่วโมง จึงไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) และเสียชีวิตจำนวน 2 คน 2) รับรู้ผิดว่าเป็นวันโรคปอด เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่เคยเป็นวันโรคปอดในอดีตจากที่มีอาการคล้ายกับโรคที่ตนเองเคยป่วย เป็นโรคที่รอการรักษาได้ และผู้ป่วยไม่ยอมนอนห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยวันโรคของทางโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงเข้าถึงการรักษาล่าช้า คือใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด 448 นาที (Onset to needle time ≤ 180 นาที) ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะนำส่งโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี 3) รับรู้ว่าเป็นผีทำ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บอกแบบเฉียบพลันทั้งๆที่เป็นคนที่แข็งแรงและทำงานหนักมาตลอด เมื่อเกิดอาการอย่างเฉียบพลันทำให้คิดว่า เป็นการกระทำจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติ แต่มีอาการเจ็บที่รุนแรง อสม. จึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันเวลา ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 448 นาที 1 คน 4) รับรู้ผิดว่าเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากมีอาการมีอาการเจ็บร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้ายหลังจากการทำงานหนักโดยใช้กำลังแขนในการทำงาน เช่น การขุดดิน การตัดกิ่งไม้ แต่มีญาติที่รับรู้การและความผิดปกติที่เกิดขึ้นถูกต้องจากการเข้าประชุมอบรมทำให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้นามาคิดวิเคราะห์และใช้ในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บเหมือนมีของหนักๆ มาทับที่อก ร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่มีไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากกว่าคนปกติทั่วไป ทำให้การรับรู้การและความผิดปกติที่เกิดขึ้นผู้ป่วยและญาติจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และทันเวลาจำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.2)



3. การเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการเจ็บเตือนนามาก่อน 8 คน (ร้อยละ 88.8) จากจำนวนผู้ป่วย 9 คน อาการเจ็บเตือนเกิดในระยะเวลาที่ไม่นานมาก โดยเฉลี่ยมีอาการเจ็บประมาณ 5-10 นาที ซึ่งอาการเจ็บเตือนมักเกิดขึ้นเมื่อทำกิจกรรม ดังนี้ 1) อาการเจ็บเตือนหลังรับประทานอาหารเย็น โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง หรือเป็นอาหารที่เป็นอาหารมือหนักๆ 4 คน (ร้อยละ 44.4) 2) อาการเจ็บเตือนเวลาตื่นตื่น เช่น ขณะดื่มนมยด 1 คน 3) เจ็บเตือนขณะดื่มสุรา 1 คน ซึ่งผู้ป่วยจะบ่นทุกครั้งหลังดื่มสุราว่ามีอาการเจ็บหน้าอกแต่ญาติไม่สนใจเพราะคิดว่าผู้ป่วยพูดเล่นเนื่องจากผู้ป่วยบ่นทุกครั้งว่าเจ็บหน้าอกเมื่อดื่มสุราจึงคิดว่าไม่เป็นอะไรมา 4) เจ็บเตือนขณะยกของหนัก 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกรรมกรรับจ้างยกของหนักเช่นยกกระสอบปูน ยกเสาปูน 5) เจ็บเตือนขณะเล่นฟุตบอล ซึ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะหายไป และจะมีอีกหลังจากทำกิจกรรม

4. การดูแลก่อนนำส่ง ผู้ป่วยทุกคนมีการดูแลตนเองต่างกัน ดังนี้ การรับประทานยาแก้ปวด ยาแก้กระเพาะอาหาร การกินยาลม ดมยาดม ร้อยละ 55.5 การไอแรงๆ การหายใจเข้าลึกๆ เพื่อให้โล่งบริเวณหน้าอก ร้อยละ 33.3 การบีบนิ้ว ร้อยละ 44.4 ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 8 คน ไม่เคยเข้ารับการตรวจรักษาอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นอาการเจ็บเตือนเลยแม้แต่คนเดียว

5. การนำส่งผู้ป่วยของเครือข่ายชุมชน พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 9 คน ถูกนำส่งโดยญาติ อสม. และผู้นำชุมชนเท่านั้น โดยไม่มีการส่งการจากศูนย์ประสานการรับแจ้งเหตุให้หน่วยกู้ชีพของ อบต. หรือหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลออกปฏิบัติการ มีเพียงผู้ป่วย 1 คน ที่ถูกนำส่งโดยรถกู้ชีพ แต่เป็นการนำส่งด้วยเหตุบังเอิญ โดยมีรายละเอียดการนำส่งผู้ป่วย ดังนี้ 1) การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถยนต์ส่วนตัว 7 คน โดยผู้ป่วยขับรถไปเอง 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ตามลำพังกับภรรยาที่ขับรถไม่เป็น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องขับรถเอง นำส่งโดย อสม. 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเพื่อนกับ อสม. จึงโทรศัพท์ให้ อสม. มาช่วยขับรถเพื่อนำส่งโรงพยาบาล นำส่งโดยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ตามลำพังกับสามีที่พิการทางการเคลื่อนไหว จึงขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่บ้าน และนำส่งโดยคนในครอบครัว 4 คน 2) นำส่งโดยรถจักรยานยนต์ 2 คน เป็นการนำส่งโดยคนในครอบครัว 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เมื่อญาติมาพบเห็นจึงนำส่ง ซึ่งการนำส่งโดยรถจักรยานยนต์สำเร็จเพียง 1 คน ผู้ป่วยอีก 1 คน ขับรถจักรยานยนต์ไปโรงพยาบาลได้เพียง

ครึ่งทางเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักระหว่างทางและได้รับการส่งต่อด้วยรถกู้ชีพของเทศบาลที่อยู่ระหว่างทางที่ไม่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการนำส่งด้วยเหตุบังเอิญ โดยรถกู้ชีพที่มีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ชีพให้การดูแลขณะนำส่งโดยการให้ออกซิเจน และการเปิดเสียงไซเรนรถเพื่อขอทางสำหรับนำส่งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินซึ่งใช้ระยะเวลาเมื่อเกิดอาการจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลเพียง 1 ชั่วโมงและสามารถเข้าสู่ช่องทางด่วนการตรวจคลื่นหัวใจและการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในไม่เกิน 30 นาที หลังการรักษามือยรอดชีวิต

การอภิปรายผล

การทำงานของเครือข่ายชุมชนในการจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย STEMI โดยผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การช่วยเหลือของเครือข่ายชุมชน ผ่านประสบการณ์การทำงานของเครือข่ายชุมชน พบว่าอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จากการศึกษาดังกล่าวอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเรื้อรัง คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่คล้ายโรคกระเพาะอาหารอาการเจ็บหน้าอกคล้ายกล้ามเนื้ออกเสียบปล้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเสียบปล้น ที่พบว่า นอกจากผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกแล้วผู้ป่วยยังมาด้วยอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร¹² โรคปวดกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาซ้ำ

เวลาโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรค STEMI (Onset to needle time) คือ 229 นาที ผลการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพผู้ป่วย 9 คน เสียชีวิต 4 คน ร้อยละ 44.5 มีภาวะหัวใจวาย 2 คน ร้อยละ 22 จากการวิจัยจะพบผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังจำนวนร้อยละที่ต่ำ แต่ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตสูงซึ่งสัมพันธ์กับเวลาเฉลี่ยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลเรณูนครสูงกว่าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตั้งเป้าหมายการเข้ารับการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรค STEMI ไม่เกิน 180 นาที⁴ และข้อมูลจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมหัวใจล้มเหลว³ และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 17.0 มีภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 42.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด¹³ ซึ่งพบว่าพื้นที่วิจัยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง และการเสียชีวิตของผู้ป่วยมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าหรือไม่ได้รับยา จากการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า เกิน 12 ชั่วโมง



การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Fast Track) โดยเป็นการนำส่งด้วยเหตุบังเอิญ พบมีผู้ป่วยเพียง 1 คน ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยไม่ได้โทรประสานไปยัง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งสามารถให้บริการโดยมีการดูแลระหว่างการนำส่ง โดยปฏิบัติตามการนำส่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินของชีวิต ซึ่งสามารถนำส่งได้รวดเร็วปลอดภัยและทันเวลาภายใน 1 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

- 1) คลินิกผู้ป่วยเรื้อรังของทุกโรงพยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนที่เป็นสัญญาณอันตราย หรืออาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 2) ชุมชนควรมีการซ้อมแผนช่วยเหลือ ส่งต่อให้ทันระยะเวลาที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้นโดยการให้ครอบครัวชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ
- 3) บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณะแก่สังคมเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยในชุมชนทุกท่าน ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ดำรัส ตริสุโกศล. PRACTICAL CARDIOLOGY. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2555.
2. อเนก กนกศิลป์. การบริหารจัดการข้อมูลวิกฤตหัวใจปลอดภัยทั่วไทย [ออนไลน์] 2560 [ค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2560]. จาก http://www.ccit.go.th/saveheart/document/new/การบริหารจัดการข้อมูล_ACS.pdf
3. เกรียงไกร เสงริตต์. ST-Elevation myocardial infarction in Thailand. เอกสารการประชุมวิชาการโรคหัวใจและหลอดเลือดเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4. โรงพยาบาลสระบุรี; 2557.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2553 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2554.

5. คณะกรรมการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
6. Bernard J. Gregg W, Harvey D, David R. Holmes Pharmacological facilitation of primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: is the slope the curve the shape of the future. The Journal of the American Medical Association 2005; 293(8): 979-986.
7. Habermas J. Knowledge and human interest. Boston: Beacon Press. Johnston S. Brightwell R. Ziman M. 2006. Paramedics and pre-hospital management of acute myocardial infarction: diagnosis and reperfusion. Emergency Medicine Journal 1971; 23(5): 331- 334.
8. อรุณี สิทธิหังส, นิตยาภรณ์ จันทน์นคร และทัศนีย์ แดขุนทด. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(4): 67-77.
9. Chambers R. The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal. World Development 1994; 22(7): 953-969.
10. วัลลภา ช่างเจรจา และ สมจิต แดนสีแก้ว. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราแถบลุ่มน้ำโขงจังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[วารสารออนไลน์], 2555; 30(2): 166-172.
11. สมจิต แดนสีแก้ว. การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
12. พัทธภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 2554. ค้นเมื่อ 13 เมษายน 2559 จาก <http://www.niems.go.th/th/View/KnowledgeBase.aspx?CatId=122>
13. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมหัวใจล้มเหลว. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เอพลัสพริน; 2557.