

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการตนเองและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ: จากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสู่เครือข่ายปฐมภูมิและชุมชน

สุกัญญา บุรวงค์ พย.บ.*

อสสา กงทาล Ph.D. (Nursing)** อรุณณี ใจเที่ยง ปส.ด. (การพยาบาล)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วย และการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านจากสถานบริการระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสู่บ้าน ชุมชนและสถานบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายศึกษาจากอาสาสมัคร 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวม 48 คน เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม 2562-พฤศจิกายน 2563 โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของ เครียร์ (Creer)

ผลการวิจัยพบประเด็น ดังนี้ (1) ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพึงพอใจสูงต่อการดูแลระยะหลังผ่าตัดของสถานบริการตติยภูมิ แต่ต้องการให้เพิ่มการเตรียมพร้อมความรู้และทักษะสำคัญในการดูแลจัดการตนเองที่บ้าน และการส่งต่อบริการดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมสนับสนุนที่บ้านจากทีมผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ (2) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบุถึงข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลและรายละเอียดของผู้รับบริการ จากหน่วยบริการตติยภูมิสู่ระดับปฐมภูมิ และเสนอแนะให้มีการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร เพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมความต้องการ และมีข้อเสนอแนะให้จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดของเครียร์เพื่อปรับปรุงระบบบริการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ครอบคลุมการจัดการตนเองของผู้ป่วย การพัฒนาระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากสถานบริการระดับตติยภูมิสู่ระดับปฐมภูมิ และชุมชน สำหรับพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การจัดการดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง เครียร์โมเดล

วันที่รับบทความ 2 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 พฤศจิกายน 2564

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: orakon@kku.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Situational analysis of self-management and continuing care for patients after coronary artery bypass graft surgery: From tertiary care to primary care and community networks

Sukunya Burawong RN, BNS.*

Orasa Kongtalin Ph.D. (Nursing)** Arunnee Jaitieng Ph.D. (Nursing)***

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to examine the current situation of home-based self-management of, and continuing care for, patients after Coronary Artery Bypass Graft (CABG), who were discharged from tertiary care institutions to their homes, communities, and primary care networks. Data were collected from 48 participants in four groups: patients, primary caregivers, community health volunteers, and other personnel. Data collection was carried out from July 2019 to November 2020 by in-depth interviews, observations, patients' records and related documentations. The content analysis approach was used for data analysis, with CREER's 6 steps of Self-Management of Chronic Illness (2000).

The results showed that (1) The patients' and the main caregivers' perspectives: they had high satisfaction with post-surgery care from tertiary care settings. However, they needed more preparation on specific knowledge and skills for self-management at home, referral for continuing care, and appropriate support from local primary healthcare provider teams, such as home visits. (2) Healthcare providers' viewpoint: they expressed that there were limitations in referral of information and patients' data from tertiary care facilities to primary care settings. In addition, they suggested that training to improve knowledge and skills for providers should be implemented in order to promote confidence in caring for post-CABG patients continually and fulfill patients' needs comprehensively. Clinical practice guidelines in caring for post-CABG patients according to CREER model should be developed to improve continuing care systems. The CPG should include self-management of patients, development of referral system after surgery from tertiary care to primary care and community settings. This will enable nurses and multidisciplinary team to take care of patients more comprehensively.

keywords: patients after CABG surgery; self-management at home; continuing care; Creer's model

Received 2 August 2021 Revised 11 October 2021 Accepted 2 November 2021

*A student of the Master of Nursing science in Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: orakon@kku.ac.th

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease: CHD) เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุทั่วโลก โดยปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากถึงร้อยละ 31 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก คิดเป็นจำนวนปีละกว่า 17.7 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอีกปีละ 7.8 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย สถิติล่าสุดพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุข² จากปี พ.ศ. 2558-2560 พบสถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรทุกวัยของประเทศไทยที่พบอัตราป่วยทั้งหมดมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี และยังพบสถิติการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันเฉลี่ยที่ 150 คน/วัน หรือปีละ 54,530 คน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงรองจากมะเร็งและอุบัติเหตุจากสถิติอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้ได้ดำเนินการในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิขนาด 200 เตียง เป็นศูนย์บริการเฉพาะทางโรคหัวใจของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า โรคเฉพาะทางหัวใจที่เป็นอันดับหนึ่งที่ได้รับการรักษา คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) และพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวนเฉลี่ยมากถึง 24-30 คน/เดือน³ ใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาจากรัฐบาลเฉลี่ยมากถึง 9,000,000-10,000,000 บาท/เดือน ทั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจระดับประเทศที่มากถึง 6,906 ล้านบาท/ปี² ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก นับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยยังต้องมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ได้แก่ ค่ายา ค่ากายภาพบำบัด ค่าการรักษาดูแลต่อเนื่อง

รวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการกลับมารับการรักษาซ้ำ

ประเด็นการรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่มักถูกมองข้ามไป ผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาดูแลแล้วเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไป พบว่า เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองให้เกิดการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง อีกจำนวนหนึ่งคิดว่าตนเองหายดี ทำให้ขาดความตระหนัก การดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัดลดลง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ชั่วร้ายพบว่าผู้ป่วยบางรายกลับไปสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเดิมอีก เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยหลายราย มีภาวะแทรกซ้อนต้องกลับเข้ารับรักษาตัว (re-admit) ด้วยปัญหาเดิม ๆ คือ ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ภาวะหัวใจล้มเหลว เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังผ่าตัดไปแล้วยังคงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะระยะแรกที่กลับไปอยู่บ้าน ต้องการการดูแลร่วมกัน รวมถึงการประสานงานระหว่างสถานบริการระดับตติยภูมิและเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิและในชุมชน

การแก้ปัญหาที่มีความเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของปัญหาเป็นเรื่องสำคัญในกรณีดังกล่าวนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถวางแผนการดูแลจัดการตนเองในวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของการจัดบริการสาธารณสุขปัจจุบันที่มุ่งให้บุคคลมีความฉลาดรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (health literacy) เพื่อมุ่งสู่สังคมสุขภาวะ

จากการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแนวคิดการจัดการตนเอง⁴⁻⁵ เป็นกรอบคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และได้รับการยอมรับในหลายวงการ โดยเฉพาะทางการแพทย์และการสาธารณสุขได้นำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีองค์ประกอบ

และแนวทางชัดเจน ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ช่วยให้เกิดแนวทางการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแล และสามารถใช้เป็นกรอบคิดในการดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่องได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดของเคลียร์มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG ของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ โดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง และสรุปเป็นข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล การให้คำแนะนำการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสำหรับทีมผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อใช้ในการพัฒนาบริการให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก ให้เกิดการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมีความต่อเนื่องจากสถานบริการระดับตติยภูมิ ผู้สถานบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่าย และช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชนอย่างปลอดภัย สามารถใช้ชีวิตประจำวันอย่างมั่นใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

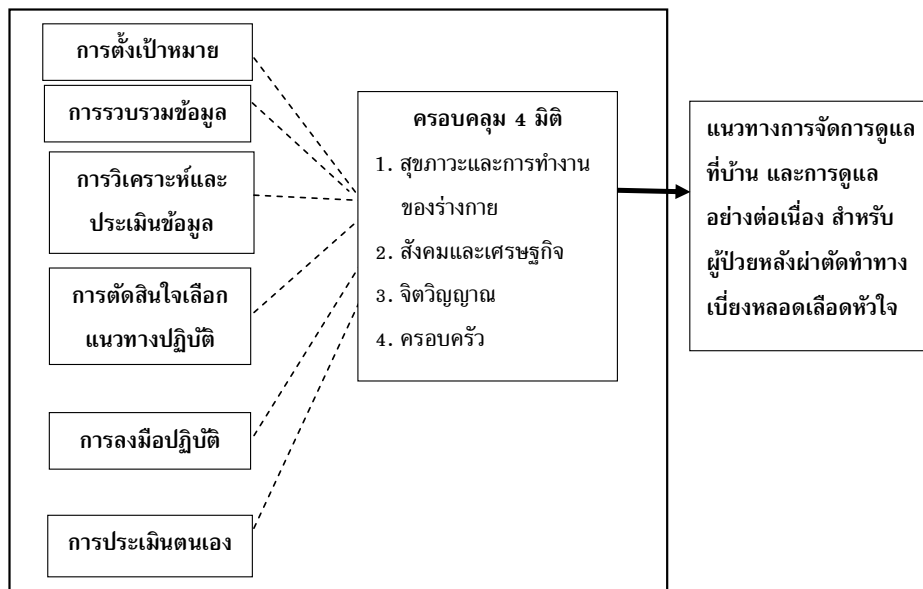
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG ของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิและชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์แนวทางการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG และสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและเครือข่าย

คำถามการวิจัย : แนวทางการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด CABG จากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่าย ในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาอย่างไรบ้าง

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์⁴ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยที่ เคลียร์เป็นผู้เริ่มศึกษาสังเคราะห์ และให้นิยามคำว่า “การจัดการตนเอง” ไว้อย่างชัดเจน เป็นขั้นตอน และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จนเป็นที่ยอมรับมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 จนถึงปัจจุบัน⁴⁻⁵ โดยกล่าวว่า *การจัดการตนเอง* เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการกระทำโดยบุคคลหรือผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงมุมมองและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองในที่นี่หมายถึง พฤติกรรมที่พยายามควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหัวใจในภาวะหลังผ่าตัด CABG โดยขั้นตอนการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และการประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินตนเอง⁵ ทั้งนี้ในทุกขั้นตอนต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 2) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) มิติด้านจิตวิญญาณ และ 4) มิติด้านครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดวิจัย (พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์)⁴

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive research) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการศึกษาแฟ้มประวัติสุขภาพของผู้ป่วยของสถานบริการในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562-พฤศจิกายน 2563

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครั้งแรกในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ศึกษา รับไว้รักษาและวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยพิเศษ และมารับการรักษาติดตามที่ตึกผู้ป่วยนอกหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 2) ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 3) ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ศึกษา และทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพเครือข่ายระดับปฐมภูมิ 4) ผู้นำชุมชน อาสา

สมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวนรวมทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (guideline for in-depth interview) ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา ซึ่งบรรยายลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก และส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย โดยใช้แบบคำถามกึ่งโครงสร้าง เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การรับรู้เรื่องโรค การจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ความต้องการและความคาดหวังจากการรักษาและดูแลสุขภาพสร้างเป็นแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดในประเด็นต่างๆ ประยุกต์ใช้แนวคำถามบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของ เครียร์ (Creer)⁴ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ท่านมีอาการ อาการแสดงที่เริ่มแสดงออกมาทางร่างกาย มีลักษณะอาการอย่างไรบ้าง ก่อนการผ่าตัด” “ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัดจากแหล่งใด และมีรายละเอียดอะไรบ้าง” “เมื่อท่านต้องการไปรับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพ ท่านได้ขอความช่วยเหลือ/ได้รับ

ความช่วยเหลือจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน/ชุมชนบ้างหรือไม่ อย่างไร” “ท่านตัดสินใจเลือกเชื่อถือข้อมูลที่ได้รับมา โดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจอย่างไร” เป็นต้น ตรวจสอบคุณภาพโดยการนำแนวการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งแนวคิดพื้นฐานที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความครอบคลุม และความเหมาะสมของแนวคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคหัวใจ และการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน ตรวจสอบหลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกรอบก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ตัวผู้วิจัยเองถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญ โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2561 อบรมการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2562 มีการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาทักษะการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษของสถานบริการสุขภาพพระดัตตยภูมิแห่งหนึ่ง โดยหลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเลือกประชากรแบบเจาะจง purposive sampling อายุระหว่าง 25-70 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบไปด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด CABG ครั้งแรกตั้งแต่หลังผ่าตัดในโรงพยาบาลและย้ายกลับมาดูแลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยพิเศษโดยมีการวางแผนจำหน่ายแล้ว และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 2) ผู้ดูแลหลัก 3) ผู้ให้บริการสุขภาพพระดัตตยภูมิทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ 4) ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ข้อมูล (consent form) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาแฟ้มประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที/คน

โดยมีการนัดหมายช่วงเวลาสัมภาษณ์ล่วงหน้าตามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE621207

การวิเคราะห์ข้อมูล จัดประเด็นข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยพิจารณาจากกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคของผู้ร่วมสนทนากลุ่มและผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละรายและทำการใส่รหัสข้อมูล เพื่อให้ง่ายต่อการแจกแจงและวิเคราะห์ข้อมูล นำมาตีความหรือให้ความหมาย พยายามจัดประเด็นสำคัญของบทสนทนาและนำมากำหนดความหมายในแต่ละข้อความประโยค คัดเลือกบทสนทนาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่คิดว่าให้รายละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกัน จัดหมวดหมู่เป็นประเด็นย่อย และวิเคราะห์เป็นประเด็นหลัก โดยใช้กรอบแนวคิดเครือข่ายพื้นฐานในการทำความเข้าใจความครอบคลุมขั้นตอนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและการจัดการดูแลของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากนั้นจึงสรุปผลการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่ม จำนวนทั้งหมด 48 คน ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วย (2) ผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว (3) ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (4) ผู้นำและผู้ดูแลในชุมชน (อสม. และจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ป่วย จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 39-70 ปี เกือบทั้งหมด ร้อยละ 90 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเพียงส่วนน้อยที่ให้ข้อมูลว่ามาจากภาคกลางโดยมีคณะแนะนำมา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีสถานบริการ

ปฐมภูมิ และทุติยภูมิอยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60 มีเพียงส่วนน้อยที่จบระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี ด้านครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 และเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับโรคหัวใจด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเกาต์ ด้านสิทธิการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 70 และสิทธิเบิก ต้นสังกัด ร้อยละ 30

1.2 ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัว)

จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุระหว่าง 29-67 ปี ด้านอาชีพ พบว่า รับจ้างในหน่วยงานเอกชน ร้อยละ 40 เกษตรกรรม และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20 เท่ากัน และอีกร้อยละ 10 รับราชการและแม่บ้าน ตามลำดับ ด้านการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 20 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 10 ด้านการอยู่อาศัยและประสบการณ์ในการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 70 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ให้ข้อมูลว่าไม่เคยมีประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 และอีกร้อยละ 30 ให้ข้อมูลว่าตนเองก็มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

1.3 ผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ผู้ให้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 57 ของผู้ให้บริการสุขภาพในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-47 ปี ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 6 คน ร้อยละ 50 รองลงมา คือนักกายภาพบำบัด 2 คน เภสัชกร 2 คน และสัตวแพทย์ จำนวน 1 คน ด้านการศึกษาและประสบการณ์ ทางวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33 จบการศึกษาระดับปริญญาโทและเอก

อย่างละ 1 คน ร้อยละ 8 และทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี และเคยผ่านการอบรมพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจมาแล้วทุกคน ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ให้บริการสุขภาพจากสถานบริการระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิในเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 43 จากจำนวนผู้ให้บริการทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ โดยเป็นบุคลากรในสถานบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 7 คน และระดับระดับทุติยภูมิ จำนวน 2 คน อยู่ในเขตระบบบริการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และจังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 6 คน อายุระหว่าง 26-57 ปี โดยแบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาเป็นแพทย์ 2 คน ที่ประจำอยู่สถานบริการทุติยภูมิและมีตารางออกให้บริการสถานบริการปฐมภูมิ และนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน ด้านการศึกษาและประสบการณ์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านโรคหัวใจและ พบว่า บุคลากรเหล่านี้ยังไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาก่อนถึง ร้อยละ 67

1.4 ผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 39-59 ปี ในจำนวนนี้ เป็นผู้นำชุมชน 5 คน และ อสม. จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เท่ากับระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา เท่ากับระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 12.5 จากทั้งหมด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจ ซึ่งคือ ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ

เคยได้รับทราบข้อมูล ซึ่งคือ อสม. คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยทั้งหมดให้ข้อมูลว่ายังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาก่อน

2. การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังการผ่าตัด

2.1 มุมมองของผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก

2.1.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพ และการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
มุมมองด้านผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ตามปกติจึงไม่ค่อยตระหนักถึงโรคหลอดเลือดหัวใจมากนัก ดังนั้นการรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเหล่านี้ค่อนข้างน้อย การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจึงน้อยตาม

“...ผมว่าผมแข็งแรงมากนะ โรคประจำตัวก็ไม่มี แค่ดำเนินชีวิตแบบเดิมไปทุกวัน สุขภาพผมก็ไม่มีอะไรผิดปกตินะ...(Pr 003)”

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก รับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและต้องได้รับการผ่าตัด การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพขั้นต่อมา คือการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง ปัจจัย สาเหตุ วิธีการจัดการโรคจากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมามาก่อน เมื่อรับรู้ข้อมูลแล้วทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคของตนเอง รับรู้ถึงจุดที่ควรปรับแก้ไข และเข้าใจบทบาทในการจัดการดูแลตนเองต่อไป และสามารถติดตามประเมินตนเอง สะท้อนตนเองได้ดีขึ้น

“...ผมว่าโรคหัวใจของผมเกิดจากการที่ผมชอบกินชาหูกะโหล่นี่แหละครับ พอเป็นแล้วไปหาข้อมูลปรึกษาและถามลูก ลูกก็บอกว่าอย่างนี้ครับ...(Pr 001)”

2.1.2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพ และการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลเฉพาะ จะสามารถจำแนกอาการผิดปกติของตนเองและตัดสินใจหาแนวทางในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการแสดงที่ผิดปกติได้ และมองว่าการดูแลฟื้นฟูสุขภาพกายของผู้ป่วยนั้นเมื่อมีทีมสุขภาพผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลช่วยเหลือที่พร้อมช่วยชีวิตอย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาสุขภาพกายอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับ เชื่อมั่น ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อได้ประเมินประเด็นปัญหาในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในด้านอื่นหลังจากที่ได้รับอนุญาตให้กลับไปฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านนั้น พบว่า

“...แม้มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม รับประทานยาตามคำแนะนำ น้ำตาล บอกระดับน้ำตาลต่ำ เราก็ไม่รู้ ทำอะไรไม่ถูก พอพยาบาลเข้ามาก็ให้กินน้ำหวาน รับประทานแอสไพริน แต่ก็ไม่ค่อยดีขึ้น หนูเลยเชื่อใจมากกว่าถ้าแม่อยู่ที่สถานบริการสุขภาพแห่งนี้แม่จะไม่น่าเป็นอะไร คราวนี้ถ้าเจ้าหน้าที่แนะนำให้ทำอะไร ก็จะทำตามเลย ค่ะ...(FM 004)”

“...ผมอยากปรึกษาเรื่องแผลผ่าตัดที่ขาของภรรยา... มีสะเก็ดหลุดและน้ำซึมออกมาเยอะ พอหายซึม มีชาบวมหน่อย แต่ไม่มีไข้ อยากสอบถามข้อมูลเพื่อความมั่นใจในการดูแลเพิ่มเติมเลยไปลองถาม อสม.ที่บ้านใกล้กัน เขาก็บอกไม่ได้ เขาไม่รู้ (FM 010)”

2.2 มุมมองของทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและเครือข่าย)

การดูแลผู้ป่วยในทีมผู้ให้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและเครือข่าวนั้น

พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่ได้ให้ไปแล้วจากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิถึงทีมเครือข่ายสุขภาพชุมชนโดยการใช้เพียงเอกสารในการสื่อสารข้อมูล และยังไม่มียระบบติดตามการรักษาที่เป็นโปรแกรมเดียวกันให้สามารถเชื่อมโยงกันระหว่างทีมบริการด้านสุขภาพด้วยกันเองที่ชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปสู่ชุมชน เป็นช่องว่างที่ชัดเจนทำให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ต่อเนื่อง

“...ทีมกายภาพฯเน้นการสอนปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมตามภาวะผู้ป่วย ซึ่งแต่ละคนจะมีเอกลักษณ์และปัญหาที่แตกต่างกัน โดยเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคค่ะ มีการติดต่อส่งข้อมูลไปให้หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านสำหรับเคสที่มีปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องเราจะโทรประสานไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วยเพื่อให้มีทีมเข้าไปดูแล แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมีการตอบ หรือส่งข้อมูลกลับมา... (PT 002)”

“...เราไม่มีลิ้งค์ข้อมูลผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการกับหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิเลย ทำให้ไม่มีข้อมูลในมือ ทำให้ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน...(RN 009)”

นอกจากนี้ยังพบว่า ทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายชุมชนขาดความมั่นใจในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ทำให้ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในโรคเฉพาะทางทางด้านหัวใจลดลง

“...พี่ทำงานมา 14 ปี พี่ไปอบรมเรื่องเกี่ยวกับโรคหัวใจน้อยมาก ที่จำได้ก็เรื่องการดูแลลิ้นไฟฟ้าหัวใจ การกู้ชีพ การดูแลป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แต่ยังไม่เคยได้อบรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจสักที...(RN 008)”

“...พี่ก็ไม่ค่อยเชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจ เวลาแนะนำ อสม. เพื่อให้ดูแลคนไข้ในชุมชนพี่ก็จะเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค แนะนำเกี่ยวกับโภชนาการส่วนรายละเอียดที่ลึกกว่านั้น หากมีผู้ป่วยที่มีอาการที่คล้ายว่าจะเป็นโรคหัวใจ พี่จะแนะนำ

ให้ไปตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลประจำอำเภอหรือจังหวัดต่อไป...(RN 011)”

2.3 มุมมองของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และจิตอาสาผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

พบว่า การช่วยดูแลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG เมื่อกลับไปชุมชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ ต่างมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยมาก จึงไม่กล้าที่จะเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำแนะนำมากนัก จะคอยช่วยสนับสนุนในการช่วยพาผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปพบแพทย์ หรือช่วยแจ้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาดูแลแทน

“...เวลามีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน หมู่ผมสิมริลไปรับส่งครับ บ่อสูไฟเป็นโรคได้แทน ก็พาไปส่งเหม็ดครับ หมู่ผมก็ช่วยได้ตอนนี้ครับ...(SA 001)”

“...ฉันไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจค่ะ เวลามีคนถามฉันก็ไม่กล้าตอบมาก เดี่ยวจะผิดส่วนใหญ่ก็จะบอกให้เค้าไปขอตรวจกับหมอเลยค่ะ... (VO 002)”

3. สถานการณ์ความต้องการการดูแลและความคาดหวังการสนับสนุนเพื่อการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย

3.1 สถานการณ์ความต้องการการดูแล

3.1.1 ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก

พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีความต้องการเป็นปกติทางเดียวกัน คืออยากให้ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจอยู่ใกล้บ้านและชุมชน เพราะถึงแม้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักจะมีข้อมูลแนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับมาอยู่บ้านแล้ว แต่ไม่มีทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพคอยดูแลและให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหาที่ต้องการคำปรึกษาอย่างทันทีทันด่วน

“ถ้ามีทีมดูแลที่โรงพยาบาลตำบลใกล้บ้าน ผมก็ไม่ต้องมาหาหมอไกลถึงขอนแก่น (Pr005)”

“...บางทีก็อยากปรึกษาเรื่องเมนูอาหารให้แม่ จะโทรไปถามที่โรงพยาบาลใหญ่ที่ไปผ่าตัดมา เกรงใจกว่าจะต่อสายไปมาลำบาก ถ้ามีทีมให้ปรึกษาเฉพาะโรคนี้ใกล้บ้านก็ดีค่ะ(FM 004)”

3.1.2 สำหรับทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่าย มีความต้องการที่จะให้มีการจัดให้มีทีมมาให้การอบรมข้อมูล หรือแนะแนวทางปฏิบัติที่เพื่อการดูแลและสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ เนื่องจากองค์ความรู้เดิมที่มีเกี่ยวกับโรคเฉพาะทางด้านโรคหัวใจน้อยมาก ทำให้ความมั่นใจในการที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยลดลงไป

“...อยากไปอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอยู่นะคะ เราได้อบรมน้อยมากที่ว่าโรคเฉพาะทางมันจะต้องมีการดูแลที่เฉพาะทางเหมือนกัน...(RN 010)”

3.1.3 ผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้ที่มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชน กลุ่มนี้มีการช่วยดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในชุมชนน้อย เนื่องจากไม่มีองค์ความรู้ในการช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคนี้ ทำให้ขาดความมั่นใจ ไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องการให้มีบุคลากรผู้มีความรู้เข้ามาให้ข้อมูล ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในชุมชนมากขึ้น

“...เป็น อสม. มาหลายปีแล้ว ร่วมกับสาธารณสุขในกิจกรรมสุขภาพในชุมชนทุกโครงการแต่โครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจไม่มีค่ะ เราก็กเลยไม่รู้ว่บาทบาทของเรากับผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทำอะไรบ้าง ยังไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องนี้ค่ะ...(VO 008)”

3.2 ความคาดหวังการสนับสนุนเพื่อการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.2.1 ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก

พบว่า ผู้ป่วยทุกรายคาดหวังให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ดีกว่าก่อนผ่าตัด

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และหากเป็นไปได้ ก็อยากมีความรู้และความสามารถที่จะรับรู้การผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตนเองได้ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีความคาดหวังว่า อยากให้บุคลากรสุขภาพในสถานบริการใกล้บ้านของตนมีความรู้ ความสามารถที่จะให้การดูแล แนะนำ ให้การปรึกษาในเรื่องต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจในชุมชนได้ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงในการเดินทาง และเพื่อให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน หลังจากที่ได้รับการรักษาจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิหรือหน่วยงานเฉพาะทางไปแล้ว เช่น เรื่องอาหาร การทำงาน และการออกกำลังกาย การกินยาและการใช้การรักษาทางเลือก เป็นต้น

“...น่าจะมีช่องทาง หรือ ทีมผู้เชี่ยวชาญดูแลโรคหัวใจใกล้บ้านบ้าง จะได้ไปขอคำปรึกษาได้เลย ไม่ต้องไปไกลถึงโรงพยาบาลใหญ่...(FM 008)”

3.2.2 ทีมผู้ให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิและเครือข่าย

เมื่อวิเคราะห์แนวทางการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG และสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและเครือข่าย พบดังนี้

ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมินั้น พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักทุกรายจะได้รับข้อมูลและการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูล การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ก่อนกลับบ้านจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิซึ่งมีทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกร นักโภชนาการ มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อความเหมาะสมกับร่างกายหลังผ่าตัดตามหลัก D-METHOD และจะเน้นความเฉพาะทางสำหรับแต่ละสาขาวิชาชีพเข้าไปด้วย

“ ก่อนกลับบ้านจะมีคุณหมอบอกเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรค ยาบาลแนะนำการดูแลสุขภาพ กายภาพบำบัดสอนออกกำลังกายที่เหมาะสมครับ...(Pt 003) ”

“ เราจะให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านตามหลัก D-METHOD ค่ะ...(RN 002) ”

และในระบบบริการสุขภาพเครือข่ายนั้น จะให้บริการผู้ป่วยทั้ง walk in และ นัดหมาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESS) เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแบบการประเมิน INHOMESS เป็นแบบการประเมินสำหรับผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคระบบหัวใจหรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG มาอีกทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาตัวที่บ้าน ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการระบบบริการสุขภาพใกล้บ้านเพียงแค่ว่าทำแผลเท่านั้น ผู้ป่วยเพียงแจ้งว่าไปผ่าตัดหัวใจมา ผู้ป่วยบางคนไม่ได้ยื่นเอกสารอะไรให้เลยทีมผู้ให้บริการสุขภาพจึงต้องซักประวัติเพิ่มเติมเอง หรือผู้ป่วยบางคนจะยื่นเอกสารที่ทางหน่วยบริการระดับตติยภูมิออกให้ นำมาให้แก่เจ้าหน้าที่ทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายอ่าน บางครั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายจะได้รับคำขอปรึกษาจากผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในบางเรื่อง เช่น อาหารรับประทานอย่างไรได้ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมแบบใดได้ อาการแบบใดควรมาพบแพทย์ อาการแบบนี้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ถือว่าผิดปกติหรือไม่ ซึ่งในรายละเอียดเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายยังไม่แน่ใจในการให้ข้อมูลเชิงลึกมากนัก จึงให้ข้อมูลแบบเป็นกลางเท่านั้น

“...ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่ชุมชนยังเป็นปัญหาที่ทำให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิภาพและข้อมูลขาดหายไปอยู่ครับ ถ้ามีการจะระเบียบ

ระบบเหล่านี้ใหม่ ให้เป็นไปในทิศทางเดียว มีการจัดอบรมแนวทางปฏิบัติที่เหมือนกัน ถึงแม้จะเป็นเพียงระบบ Manual แต่มีจะได้ผลดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น...(RN 011)”

นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคลากรทุกระดับต่างให้ข้อมูลตรงกันคือ ต้องการให้ผู้ป่วยหาย ต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด CABG รวมทั้งอยากให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอีก ในประเด็นที่เกี่ยวกับ “การดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง” นี้ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิเกือบทั้งหมดเห็นตรงกันว่า อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและจัดให้มีการจัดอบรมและจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะหลังผ่าตัด CABG และอื่นๆ และควรให้มีการเผยแพร่สู่ทีมผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายทุกระดับ เพื่อให้ระบบการทำงานการรับ-ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

“เวลาปรึกษาเกี่ยวกับลักษณะอาการของผู้ป่วย จะได้สื่อสารเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น”

สำหรับทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายที่อยู่ในระดับตติยภูมิและปฐมภูมิก็มีความเห็นและความหวังให้มีการทำงานอย่างเป็นเครือข่ายที่มีความเป็นรูปธรรมมีรายละเอียดในการส่งต่อให้มากขึ้น เพื่อจะได้มีความชัดเจนและมีความมั่นใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงในการเกิดผิดพลาดทางการปฏิบัติ ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวโน้มในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (seamless healthcare service) และหากเป็นไปได้อยากให้ทางระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจได้จัดอบรมเผยแพร่ความรู้ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะหลังผ่าตัดต่างๆ ทั้ง CABG และอื่นๆ ให้แก่บุคลากรในเครือข่าย

เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการร่วมดูแลผู้ป่วยที่กลับบ้านและอยู่ในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น เพราะปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่างๆ ที่ได้รับการรักษาและการทำหัตถการเฉพาะทางมากขึ้นในชุมชน

“หากสามารถปรับในจุดการเชื่อมต่อได้ดีขึ้น เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้มากขึ้น เราก็จะให้บริการได้ดีขึ้น ครบวงจร เขาก็ไม่ต้องเดินทางไปไกลบ้านทุกครั้งที่นะคะ”

“ถ้าเราได้รับการอบรม มีความรู้มากขึ้นก็จะมั่นใจในการดูแลและให้คำแนะนำมากกว่านี้ผู้ป่วยและครอบครัวก็น่าจะพึงพอใจ และได้ประโยชน์มากขึ้น...”

3.2.3 ผู้นำชุมชน อสม. และจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

คาดหวังว่าอยากให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจากได้รับการผ่าตัด CABG สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และมีความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถให้ความช่วยเหลือในด้านการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้บ้าง ทั้งเรื่องอาหารและการดูแลตนเองอื่นๆ หากได้มีการจัดอบรมและจัดทำชุดความรู้หรือเอกสารให้แก่อาสาสมัครในชุมชน เพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และทั่วถึงมากขึ้นต่อไป จึงมีความคาดหวังอยากให้มีการจัดอบรมแนะนำแนวทางและบทบาทหน้าที่ในการช่วยดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ในชุมชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

“...ตอนนี้เราไม่รู้เราไม่มั่นใจที่จะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะพวกหลังผ่าตัด เขากลับมาอยู่บ้าน ก็ไม่กล้าไปแนะนำ กลัวผิดพลาด”

“หากมีอบรม มีเอกสารมาให้ดู ใช้เยี่ยมบ้านเหมือนโรคเบาหวาน ความดัน ไตเสื่อมก็น่าจะช่วยให้มากขึ้น..น่าจะได้เข้าไปช่วยกันดูแลได้ดีขึ้นและทั่วถึงมากขึ้น...”

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของเคอรี่ร์ พบว่าสถานการณ์ สถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของหน่วยบริการสุขภาพพระดัตตนิยมและเครือข่ายการดูแล มีประเด็นสำคัญ

1. ผู้ป่วย :

ผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษาค้างนี้เกิดอาการขึ้นโดยไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเลย ไม่ตระหนักถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองถึงร้อยละ 80 ดังนั้นเมื่อมีอาการแสดงที่ผิดปกติและได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ และต้องมาเข้ารับการรักษาจากสถานบริการระดับตติยภูมิเฉพาะโรคหัวใจเพิ่มเติม และมีแนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงสั้น ส่วนใหญ่ จึงไม่ได้รับการเตรียมตัวและไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษามากเท่าที่ควร การที่มีเวลาในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและกระบวนการรักษาในระยะสั้นก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา จึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ไม่มีความชัดเจนในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องก่อนเข้ารับการรักษา และแม้ว่าในระยะการอยู่รักษาในสถานบริการผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและสาธิตการดูแลตนเองจากบุคลากรในหอผู้ป่วยขณะอยู่รักษาตัวภายหลังการผ่าตัด ก็เป็นไปอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลาสั้นต่างกับช่วงที่เคอรี่ร์รับการรักษาดูแลในระยะเวลาที่ผ่านมาทั้งการดูแลตนเองในระหว่างรอการผ่าตัดนั้นก็มีข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม “ภาพรวมทั้งหมดของการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ” เนื่องจากเป็นระยะที่เน้นการเฝ้าระวังอาการ และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของ

ตนเองของผู้ป่วยทุกรายมากขึ้น พยายามหาข้อมูลและฝึกทักษะตนเองในการเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองมากขึ้น แม้จะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงกล่าวว่า ไม่มั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ก็มี ความเชื่อมั่น และมั่นใจว่า ได้มีรายชื่ออยู่ในคิวเข้ารับ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นระยะที่เกิดการ เก็บรวบรวมข้อมูล ทบทวนประสบการณ์การเจ็บป่วย ของตน มีกระบวนการรวบรวมข้อมูล และสะท้อนตนเอง เพื่อการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการจัดการดูแล ตนเองในอนาคตต่อไป⁴⁻⁶ โดยจะเห็นว่ามี การรับรู้เชิง บวกเกิดขึ้นหลายประการ กล่าวคือ จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกราย “มีความหวัง” และ “เกิดพลังและแรงบันดาลใจ” ที่จะกลับมาพลิกฟื้น ตนเอง และ ดูแลร่างกายให้มากขึ้นในโอกาสต่อไป เพื่อให้ตนเองหายจากภาวะความทรมานจากโรค และเป็นความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญที่มีองค์ความรู้ที่ ถูกต้องและเชื่อมโยงมาสู่การจัดการดูแลตนเองที่จะ ช่วยช่วยให้สามารถควบคุมโรคและอาการที่เกิดขึ้นได้⁶

หากในช่วงเวลาดังกล่าวข้างต้นนี้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลการรักษาที่ดี “อย่างต่อเนื่อง ครบวงจร” โดยมีกระบวนการดูแลสนับสนุนที่เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน มีการระบบส่งต่อข้อมูลในการดูแลที่ต่อเนื่อง รวดเร็ว ทันการณ์ มีความครบถ้วน และครอบคลุม สารสำคัญในการดูแลจากเครือข่าย ตั้งแต่ระดับ ตติยภูมิ สู่ระดับตติยภูมิ ถึงระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีการ จัดการดูแลถึงบ้านและชุมชนอยู่ด้วย ย่อมจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะโรคได้ถูกต้องเหมาะสม ได้รับ ข้อมูลพื้นฐานสำคัญเกี่ยวกับโรคและการจัดการดูแล ตนเองได้เพียงพอ อันจะนำไปสู่การประเมินและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง รวมทั้งปรับเปลี่ยน กิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับบริบทของตน อย่างสอดคล้อง รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญ และอยู่กับความเจ็บป่วยได้ สามารถจัดการดูแลสุขภาพ ของตนเองและปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับแนวทางการ ปฏิบัติตัวที่ได้รับทราบมาจากทีมผู้ให้บริการ สุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ.... ที่กล่าวไว้ว่า

องค์ประกอบสำคัญ 3 ประการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดหัวใจเกิดการรับรู้และสามารถจัดการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ในอดีต ซึ่งกลั่นกรองและตกผลึกมาจากประสบการณ์ และข้อจำกัดของตนเองที่ระยะที่ผ่านมา 2) การรับรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง จากการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม และ 3) อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพและอื่น ๆ เช่น สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา เป็นต้น⁴⁻⁷

2. **ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก :** พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือวิธีดูแลผู้ป่วยมาก่อนเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้ความไว้วางใจได้ จากการศึกษาพบว่า การ ที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะความเข้าใจ ถึงปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคและอาการแสดง ในระยะต่าง ๆ อย่างเพียงพอ อย่างน้อย 5 ประการจาก ผู้ให้บริการ จะช่วยให้การดูแลและการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการดูแลรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสมและถูกต้อง จะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะโรคของผู้ป่วยโดยตรง และ ช่วยทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นไป อย่างปกติ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้ในภาวะวิกฤติหรือใน สถานการณ์คับขัน ได้แก่ สามารถตัดสินใจในการดูแล เบื้องต้นก่อนนำผู้ป่วยส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญได้ หรือ สามารถเลือกช่องทางหรือแหล่งในการขอความช่วยเหลือ ที่เหมาะสม สะดวก และเข้าถึงง่าย⁸ ทั้งโดยผ่าน ช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ในระบบที่มีและโดยการ สื่อสารผ่านตัวบุคคลโดยตรง เพราะสื่อบุคคลเป็นสื่อ ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก เป็นกันเอง ไม่ยุ่งยาก มักอยู่ ใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถสื่อสารแบบโต้ตอบ ไปมา ปรีกษาหารือแลกเปลี่ยนกันได้อย่างเข้าใจ ง่ายขึ้น⁹ ซึ่งประเด็นนี้ทำให้คณะผู้วิจัยได้พิจารณาถึง

เครือข่ายปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัว ซึ่งเป็นทีมบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ที่มีแนวคิดส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง⁹ ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ที่เข้ามาเสริมช่วยเพื่อให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นในชุมชนไทย

อย่างไรก็ตาม พบว่า การจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจภายหลังการผ่าตัด CABG ของสถานบริการระดับตติยภูมิในการศึกษาค้างนี้ ยังมีการใช้ประโยชน์ของเครือข่ายเพื่อการจัดการดูแลต่อเนื่องน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงสร้างขององค์กรเป็นคนละสังกัด คนละครึ่งทาง และระบบการส่งต่อยังไม่เชื่อมโยงกันในรายละเอียดมากเท่าที่ควร

3. ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

พบว่า บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิทั้งหมด มีประสบการณ์ ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG เป็นอย่างดี มีการดูแลหลังผ่าตัดและให้บริการในระยะติดตามการรักษาและการนัดตรวจหลังผ่าตัดได้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีช่องว่างในการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานบริการระดับตติยภูมิ สู่บุคลากรเครือข่าย เป็นผลให้การดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้านและในชุมชนยังไม่ครอบคลุมบางประการ หากมีการพัฒนาปรับปรุงองค์ประกอบบางประการในการจัดการบริการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model)⁹ ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบข้อมูล (information system) เช่น แบบฟอร์มที่ให้ข้อมูลสถานะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (2) พัฒนาศมรรถนะของบุคลากรเครือข่าย (3) พัฒนาศักยภาพการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นต้น โดยมุมมองของทีมผู้ให้บริการสุขภาพนั้นมีความเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การรับและส่งต่อข้อมูลมาจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะและนโยบายอย่างชัดเจน ทำให้ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยไม่มาเข้ารับการรักษา

รักษาสุขภาพที่จากสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ก็จะทำให้ข้อมูลการรักษา ดูแลผู้ป่วยขาดหายไป สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับ - ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านคน 2) ด้านสภาพแวดล้อม และ 3) ด้านระบบ หากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งไม่มีความชัดเจนจะทำให้การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยลดลงได้¹⁰

ทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ไม่มากเท่าที่ควร มุมมองของทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพเครือข่าย พบว่า อุปสรรคหลัก คือ การที่ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบจากหน่วยให้บริการต้นทางที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ปัจจัยเหตุเกิดจากการที่ระบบปฏิบัติการสารสนเทศของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ และระบบปฏิบัติการสารสนเทศของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่นั้นเป็นคนละระบบ อีกทั้งยังไม่มีระบบเครือข่ายที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ ดังนั้นระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศในเรื่องการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยบางส่วนนั้นขาดหายไป มีเพียงการใช้การสื่อสารโดยอาศัยผู้ป่วยและเอกสารแบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาต่างๆ เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลกัน แต่ก็มีข้อเสีย คือ ทำให้ข้อมูลเหล่านี้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ ในกรณีที่ตัวกลางเชื่อมโยงไม่ได้ประสานงานต่อ อุปสรรคที่รองลงมานั้น พบว่า ทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายชุมชนนั้นขาดความเชี่ยวชาญ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในโรคเฉพาะทางทางด้านหัวใจ คือ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ น้อยมาก ปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพเครือข่ายชุมชนลดลง ในทางเดียวกันความน่าเชื่อถือในการรับการดูแลจากทีมสุขภาพเครือข่ายในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักก็น้อยลงเช่นกัน

4. ผู้นำชุมชน อสม. และจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ผู้นำชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลเช่นเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คือ ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมาก่อน มีเพียง อสม. และจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67 ที่เคยผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมาแล้ว และทั้งหมดล้วนไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน และไม่ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ อย่างไรก็ตามพบว่า ระยะที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหัวใจมากขึ้นในชุมชน จึงควรจะมีการประสานงานให้กลุ่มผู้นำชุมชนและบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ และให้มีการร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ในการร่วมกันดูแลให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆในชุมชนที่ได้รับบริการจากองค์กรท้องถิ่นและผู้นำในชุมชนด้วย ดังที่ได้มีข้อเสนอแนะจากสมาคมเวชศาสตร์โรคหัวใจสากล¹⁰ ให้มีการปรับบริการให้เชื่อมโยงต่อเนื่องและสอดคล้องกันทั้ง 3 ระดับ คือ (1) การดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเหมาะสม (individual level self-care behavior) ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกายและการกักตัวของผู้ป่วย เป็นต้น (2) การจัดการดูแลที่บ้าน และการดูแลภายในครอบครัวของผู้ป่วย (family level self-care) ได้แก่ การช่วยเหลือการดูแลการกินยา การติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลในภาวะวิกฤติ เป็นต้น และ (3) การจัดการดูแลในชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจ (community level self-care) ได้แก่ การช่วยเหลือให้เข้าถึงสถานบริการโดยรวดเร็วในยามวิกฤติการดูแลจิตสวัสดิการชุมชน การจัดให้มีพื้นที่เสวนาลังสรรของ กลุ่ม-ชมรมคนที่มีปัญหาเดียวกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง และช่วยกันคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมและการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนร่วมกัน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาระบบบริการระดับตติยภูมิ

มุ่งเน้นที่การจัดการดูแลระดับรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพเป็นหลัก หากมีการพัฒนาปรับปรุงดังกล่าวโดยไม่มองข้ามการจัดการอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไป ย่อมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ รวมทั้งเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนของทรัพยากรทุกส่วนมากขึ้นจากการจัดการดูแลที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมโดยการประสานงานที่ดีจากสถานบริการระดับตติยภูมิถึงทุติยภูมิ และปฐมภูมิ และเครือข่ายในชุมชน

อนึ่ง การจัดการดูแลสุขภาพของตนเองที่มีประสิทธิภาพที่เห็นผลชัดเจนนั้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก เพื่อให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังได้รับการผ่าตัดมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักต้องตัดสินใจในการนำข้อแนะนำจากทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพมาปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งการตัดสินใจเหล่านี้ หากเกิดจากความต้องการอย่างแท้จริงของตัวผู้ป่วยเอง และมีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักและมีแนวโน้มจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป และหากมีแรงเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเครือข่ายแล้วนั้น การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจนกระทั่งหายเป็นปกติ ก็จะมีการดำเนินการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป และหากเมื่อมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีจะยิ่งทำให้เกิดแรงกระตุ้นทางบวกที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป ต่อเนื่องไปจนถึงการป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ในอนาคต นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการสุขภาพก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนและให้การดูแลให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักต้องการโดยการดูแลในขั้นตอนเหล่านี้ต้องไม่ขาดตอน⁴ โดยทั้งนี้ต้องมีการแบ่งปันแนวทางการตัดสินใจของตนเองร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญทีมผู้ดูแล

สุขภาพและเลือกแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าแนวทางการจัดการตนเองของแครี (Creer) ทั้ง 6 ขั้นตอน สามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรคและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ (1) ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยขึ้นอยู่กับความรู้และการรับรู้และการและสภาวะโรคของผู้ป่วย (2) ให้ข้อมูลสำคัญที่เพียงพอและเหมาะสมกับภาวะโรคจากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ในพื้นที่ (3) ฝึกให้คิดวิเคราะห์ ประมวลข้อมูล และประเมินสถานการณ์ตนเอง รวมทั้งความเสี่ยงตามจริง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เจ็บป่วย และความรอบรู้เชิงสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล (4) ตัดสินใจเลือกแนวทางและวิธีการดูแลตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วยเหลือชีวิตไว้ได้ทันเวลาที่หรือผู้ที่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยได้ (5) ลงมือปฏิบัติตามแผน ขึ้นกับการฝึกฝนและประสบการณ์จริงจะมั่นใจและมีทักษะดีขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป (6) ฝึกทบทวน สะท้อนตนเอง โดยพิจารณาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยว่าสำเร็จหรือไม่ และวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไปจนเกิดเป็นความชำนาญในการจัดการดูแลตนเองได้ สามารถมีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร

เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านวิกฤติของชีวิตจากการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาจนสุขภาพกายดีขึ้น มุมมองในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป โดยมีภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเป็นตัวกำกับ และหากมีแรงจูงใจที่ดีในการปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้มุมมองและทัศนคติในการปรับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ในการควบคุมไม่ให้โรคซ้ำเพื่อให้มีอายุยาวนานขึ้น ซึ่งเมื่อนำแนวทางการจัดการสุขภาพตนเองของ Creer มาปรับใช้ด้วยแล้วนั้น

อาจยังทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนขึ้น⁵

สำหรับทีมผู้ให้บริการสุขภาพเครือข่ายที่อยู่ในระดับทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ก็สามารถนำแนวทางการดูแลของแครีมาใช้เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอน โดยให้มีรายละเอียดที่เป็นรูปธรรม และมีการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลให้มากขึ้น (two-ways communication between up-and down-referral system) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านระดับบริการสำหรับโรคหัวใจเป็นไปด้วยดี (well transition heart health service) มีความชัดเจน และต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงในการเกิดผิดพลาดทางการปฏิบัติ ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวโน้มในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (seamless healthcare service) ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อพัฒนาโยบายและกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งการพัฒนาโครงการจัดอบรมความรู้และทักษะในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับการรักษาในสถานบริการทุติยภูมิ และกลับสู่สถานบริการเครือข่ายระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและอยู่ในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น เพราะปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ ที่ได้รับการรักษาและการทำหัตถการเฉพาะทางมากขึ้นในชุมชน

ทิศทางการพัฒนาความรู้ทักษะของบุคลากรเครือข่าย และการจัดให้มีช่องทางการร่วมกันทำงานปรึกษาหารือที่สะดวก รวดเร็ว และมีความชัดเจน จะช่วยเพิ่มพูนประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลลัพธ์ของการรักษาดูแลได้มากขึ้น (improvement of effective outcome and process) และจะเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจต่อเครือข่ายบริการที่ดี ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะเป็น

การคุ้มครองคุณค่าของงบประมาณของประเทศไทยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวมต่อไปด้วย

Reference

1. World Health Organization. Country cooperation strategy: Thai government and World Health Organization 2018–2021. 1st ed. Nonthaburi, Thailand: Permanent Secretary Building 3 Ministry of Public Health; 2017.
2. Strategy and plans group; Division of non-communicable disease: Annual report 2015. Bangkok: The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shu patham; 2016.
3. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Medical records and statistics 2018. [Internet]. Khonkaen [cited 2019]. Available from: <http://10.67.67.169/default.aspx>.
4. Creer TL, Holroyd KA. Self-management of chronic conditions: The legacy of Sir William Osler. *Chronic illness*; 2006; 2: 7–14.
5. Wattana C. Self-management support: Strategies for promoting disease control. *JPNC* 2015; 26: 117–27.
6. Alsén P, Brink E, Persson LO. Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *JCN* 2008; 17: 25–33.
7. Taebi M, Abedi HA, Abbasszadeh A, Kazemi M. Incentives for self-management after coronary artery bypass graft surgery. *IJNMR* 2014; 7: S67–70.
8. Pouralizadeh M, Khankeh H, Ebadi A, Dalvandi A. Factors influencing nursing students' clinical judgment: A qualitative directed content analysis in an Iranian context. *J. Clin. Diagnostic Res* 2017; 11: JC01–4.
9. Rungreangkulkij S, Kittiwatanapaisan W, Kotnara I, Keawjanta N. Health information seeking behavior of Thai: A case study in Khon Kaen province. *Journal of Nursing Science and Health* 2017; 40: 1–13.
10. Munted N, Hongchayangkool K. A model of health information referral system for cerebrovascular accident patient: A case study of Khaochaison hospital. *AL-NUR* 2018; 13: 43–54.