ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองระบบการดูแลเครือข่ายในชุมชน (PNC) : การวิจัยเชิงคุณภาพ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน*
ดวงกมล วัตราดุลย์**
นัชชา สุนทรสวัสดิ์***
นวลใย พิศชาติ****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาการบริการรักษาพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดตามระบบการดูแลเครือข่ายในชุมชน((Provincial Healthcare Network Certification ; PNC) ในโรงพยาบาลปัตตานีที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรับรองจากการประเมินมาตรฐาน PNC ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการรักษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐาน PNC 50 ราย ประกอบด้วยแพทย์ 6 ราย พยาบาล 29 ราย เภสัชกร 5 ราย นักโภชนาการ 5 ราย และนักกายภาพบำบัด 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน 22 ราย ได้แก่ จิตอาสา 9 ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจ 8 ราย และญาติผู้ดูแล 5 ราย เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนปัจจัยสนับสนุนระบบการพัฒนาการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน PNC ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) แผนกลยุทธ์ชัดเจนและติดตามการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ 2) สนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชน 4) การพัฒนาทีมงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง 5) มีระบบพยาบาลผู้จัดการและประสานการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

การวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างเครือข่ายเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน (PNC) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโรงพยาบาลหลักไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลระดับต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ เครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน, ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาการดูแล

---

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร, corresponding author:penchun_s@yahoo.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบัการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
*** พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
**** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

Factors contributing to the development of care for cardiovascular patients and risky groups in hospitals qualified for Provincial Healthcare Network Certification (PNC) : a qualitative research

Penchan Sanprasan*
Duangkamol Wattradul**
Nachcha Soontornsawad***
Nualyai Pitsachart****

Abstract

The aim of this qualitative study was to explore factors promoting of cardiovascular networks which qualified for Provincial Healthcare Network Certification (PNC) standard in Pattani hospital. 50 participants of multidisciplinary team working in a hospital approved for provincial cardiac network were selected including six physicians, 29 nurses, five pharmacists, five nutritionists and five physiotherapists. In addition, 22 participants of public sectors including nine health volunteers, eight patients with heart disease and five family caregivers. Qualitative data collection was conducted using focus group discussion and in-depth interviewed. Qualitative data was analyzed using content analysis.

Results showed that participants of multidisciplinary team and public sectors perceived factors promoting for development of care for cardiovascular patients for PNC standard in five categories: 1) clear-cut strategic plan and effectively monitoring of networks, 2) allocation of supporting recourses and networking System in community hospitals, 3) promoting participation and empowering public sectors 4) development of knowledge management of healthcare team and strengthening networks 5) nurse manager system for collaborating quality and continuing care.

This study can be applied as a guideline of developing a standard of care gualified for PNC standard for patients with cardiovascular disease from health care settings to all level of networks of care to enhance quality and continuing care.

Keywords : community healthcare network, patients with cardiovascular disease and risky group, factors for promoting care development

---

* Nursing instructor, Faculty of Nursing, Shinawatra University, corresponding author:penchun_s@yahoo.com

** Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

*** Expert Nurse, Hatyai Hospital, Songkla Thailand

**** Nursing instructor, Faculty of Nursing, Shinawatra University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นประเด็นสำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว เนื่องจากมีประชากรกลุ่มต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะมีกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การบริการสุขภาพจึงต้องเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน การพัฒนาคุณภาพการบริการตามระบบการจัดการคุณภาพ มีหลักการสำคัญที่เน้นการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพที่มีระบบคุณภาพเป็นแกนหลัก ซึ่งระบบคุณภาพเป็นระบบสำคัญของทุกวิชาชีพที่ต้องยึดเป็นหลักปฏิบัติอย่างครอบคลุมต่อเนื่องให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน[1]

ในประเทศไทยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)หรือ สรพ. มีบทบาทในการรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification) หรือ PNC โดยมีแนวคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบคุณภาพในการให้บริการที่เน้นจากปริมาณ (Volume-based Health Care) มาเป็นบริการที่เน้นคุณภาพ (Value-based Health Care) หมายถึงคุณค่าบริการที่ให้กับผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการต้องทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการนั้นคืออะไร และตอบสนองได้อย่างไร จะย้ายถ่ายโอนคุณภาพได้อย่างไร เปลี่ยนจากปริมาณเป็นคุณค่าได้อย่างไร ซึ่งการรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด หรือ PNC จะช่วยค้นหาเครือข่ายที่มีการดำเนินการด้านบริการสุขภาพได้ดี โดยใช้ความรู้ กลยุทธ์ต่างๆ การเปลี่ยนแปลงระบบบริการที่ยึดสถานบริการเป็นตัวตั้งให้เคลื่อนไปยังสถานบริการภายนอก และมีเครือข่ายบริการสุขภาพกันทั้งในระบบในโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน มีการประสานงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลกันได้[2]

โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจำนวนมาก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตปีละ 17.1 ล้านคนในปี ค.ศ. 2004 คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีการเสียชีวิต 239 ล้านคน สมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) ให้ข้อมูลว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 17.1 ล้านคนต่อปี โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) ปีละ 14, 250,923 ราย[3] ในประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข พบว่า มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 จาก 29.3 ต่อแสน คน เป็น 32.9 ต่อแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง 98.03 ต่อแสน คน อัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ 2557 ประเทศไทย 26.9 ต่อแสนประชากร กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายในการลดอัตราตายจากโรคหัวใจไม่เกิน 23 ต่อแสนประชากร[4]

จากการศึกษาโดยโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง[5] พบว่า ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดสเต็มมี่ (ST Elevation Myocardial Infarction : STEMI) มีอัตราการเกิดร้อยละ 40.9 ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด (STEMI, Non-STEMI และ Unstable angina) มีภาวะช็อกร้อยละ 16.3 มีอัตราการตายร้อยละ 17 อนึ่งการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตรารอดชีวิตโดยตรง โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดโดยวิธีอื่น ซึ่งค่าเป้าหมายของระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือด ด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle times within 30 minutes $\geq$ 50%) นับตั้งแต่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด[5] ดังนั้นการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดนอกจากจะเน้นบริการด้านการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่ทันเวลาแล้ว ควรมีการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Value-based Health Care) โดยตระหนักถึงการจัดบริการ

สุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากสถานพยาบาลจะมีคุณภาพได้มาตรฐานแล้ว สถานบริการด้านต่างๆในพื้นที่จะต้องคำนึงถึงการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่และเรียนรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายบริการ มีระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามประเมินผล มีการพัฒนาและเชื่อมโยงมากขึ้นตลอดจนการบริการจัดการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรที่อยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด[6]

โรงพยาบาลปัตตานี มีผู้ป่วยนอกเข้ามารับการรักษาเฉลี่ยต่อวันไม่ต่ำกว่า 1,000 คน มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลอีก 450 เตียง มีสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจสูงถึง 20 คน ต่อประชากร 100,000 คน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลปัตตานีถึงแม้จะมีปัญหาสถานการณ์ด้านความขัดแย้งและด้านการขาดแคลนบุคลากร ได้พัฒนาเครือข่ายส่งต่อและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจเต็มพื้นที่ สามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากที่เคยสูงถึง 20 คนต่อประชากร 100,000 คน จนเหลือเพียง 8 คน ต่อประชากร 100,000 คน ส่งผลให้โรงพยาบาลปัตตานีผ่านการรับรองมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ) ให้เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด หรือ PNC ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อ ปี พ.ศ. 2560 เนื่องจากสามารถสร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทุกระดับ มีการประสานการทำงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงโรคหัวใจตามหมู่บ้าน ประสานการทำงานกับท้องถิ่นหลายตำบล พัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลทุกอำเภอ จนเกิดเป็นเครือข่ายส่งต่อและดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจเต็มพื้นที่[7]

จากผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลปัตตานีที่ผ่านการรับรองให้เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี 2560 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลปัตตานีที่ได้รับการรับรองให้เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด โดยมีการจัดบริการที่เน้นคุณภาพด้านคุณค่า (Value-based Health Care) ให้กับผู้ป่วยได้อย่างไร และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างไร รวมทั้งมีการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของโรงพยาบาลปัตตานีที่พัฒนาบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการรับรองให้เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (PNC) ตามแนวคิดตามการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งมีความเชื่อว่าประสบการณ์และการรับรู้ของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัครจิตอาสาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด มีความสำคัญมากต่อการศึกษา การเล่าเรื่องจากประสบการณ์ ตามความคิดเห็นของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัครแต่ละคนจะช่วยให้เข้าใจ ความหมายของประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ผ่าน

การรับรองเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (PNC) และ ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดระบบการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับจังหวัดจนได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ)[8,9]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study) โดยศึกษาปัจจัยส่งเสริมสนันสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลปัตตานีที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพตามการรับรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลปัตตานีที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพได้แก่โรงพยาบาลทุติยภูมิ 2 แห่ง และระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 72 ราย แบ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาล 5 แห่งๆ ละ 10 ราย รวม 50 ราย มีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์ทำงานและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่า 1 ปีในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัด (PNC) ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 29 ราย (2) แพทย์ 6 ราย (3) นักโภชนาการ 5 ราย (4) เภสัชกร 5 ราย (5) นักกายภาพบำบัด 5 ราย

2. ผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน 20 ราย ได้แก่

2.1. อาสาสมัคร โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากอาสามัครภาคประชาชนที่ทำงานเป็นอาสาสมัครจิตอาสาโรคหัวใจโรงพยาบาลและเครือข่ายที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัด (PNC) 5 แห่งๆ ละ 1-2 ราย รวม 9 ราย เป็นอาสาสมัครอายุ 25 ปีขึ้นไป สุขภาพแข็งแรง มาช่วยปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ปี

2.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลและเครือข่ายที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัด (PNC) 5 แห่งรวม 8 ราย เคยป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในช่วง 3- 6 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา สามารถพูดคุยได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

2.3 ญาติผู้ดูแล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาล 5 แห่ง รวม 5 ราย มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพามาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัคร ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการดูแล หรือประสบการทำงานสถานที่ทำงาน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้แนวคำถามที่มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 2)

การประสานการทำงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3) การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้มีความเสี่ยงโรคหัวใจ 4) ประสานการทำงานกับชุมชน 5) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครในโรงพยาบาล

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่มีประเด็นคำถามคล้ายคลึงกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่สนทนากลุ่ม ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 2) การประสานการทำงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3)การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้มีความเสี่ยงโรคหัวใจ 4)ประสานการทำงานกับชุมชน 5)การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยหาค่าความตรงของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบและปรับแก้จนได้แบบสัมภาษณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำไปทดสอบกับ พยาบาล อาสาสมัคร ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 4 รายพบว่ามีความเข้าใจและสามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับคำถาม

4. เครื่องบันทึกเสียง MP3

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาล 5 แห่งๆ ละ 10 ราย นัดวันและเวลาที่สะดวกในการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้เวลา 50-60 นาที ในแต่ละกลุ่ม โดยขออนุญาตบันทึกเทปในขณะที่สนทนากลุ่ม เมื่อนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาถอดเทปแล้ว ผู้วิจัยจะทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มซ้ำโดยนัดสัมภาษณ์พยาบาลเป็นรายบุคคลในโรงพยาบาลเดิม 5 แห่งๆ ละ 3 ราย (รวม 15 ราย)เพื่อสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และถามเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนในการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้เวลา 50-60 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำโครงการฯ PNC เพื่อขอนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน 22 คนเป็นรายบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัครที่โรงพยาบาล หรือที่บ้านพักแล้วแต่ความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยวิธีการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่เตรียมไว้ และถามเจาะลึกในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาในการการสัมภาษณ์ประมาณ 45-50 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงในขณะที่สัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทยเลขที่ IRB 003/2560 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามเพื่อยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยไม่ระบุที่มาของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อกระบวนการบริการสุขภาพและการใช้บริการในการดูแลรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลจาก

การสัมภาษณ์และเทปจะถูกทำลายหลังจากนำเสนอข้อมูลและตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกทอดเทปออกมาคำต่อคำและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบ่งเป็น 3 ส่วน[10] ได้แก่

1) การย่อข้อมูล โดยจัดระบบและเชื่อมโยงข้อมูล และตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมระบบการดูแลแบบสร้างเครือข่ายออกไป

2) การแสดงข้อมูล นำเสนอข้อมูลที่ได้จัดระเบียบไว้แล้วอย่างเป็นหมวดหมู่ด้วยวิธีการพรรณนา

3) การหาข้อสรุปการตีความและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัย โดยหาข้อสรุปและตีความข้อสรุปหรือข้อค้นพบที่ได้รวมทั้งการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างเพื่อให้ได้ประเด็นหลักของการศึกษาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

หลังจากการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการยืนยันข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเดิม รวมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมระบบการดูแลแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ (1) ผู้บริหารในทีมสุขภาพ 6 คนได้แก่ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด และแพทย์หัวหน้างาน (2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (3) แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และ (4) สหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่นนักโภชนาการ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) อายุเฉลี่ย 31.2±5.4 ปี ศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 85) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เฉลี่ย 8.4±5.3 ปี ผ่านการอบรมเฉพาะทาง เช่น Advanced Cardiac Life Support (ACLS), การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด, Fast track care (ร้อยละ 70)

2. ผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน ได้แก่

2.1 อาสาสมัคร จำนวน 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.89 อายุเฉลี่ย 50.5±11.5 ปี ร้อยละ 78 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน และข้าราชการบำนาญ มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 77.8 ยังมีสุขภาพแข็งแรง

2.2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 6 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 5 ราย อายุเฉลี่ย 55±11.2 ปี ทุกรายใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ทุกรายมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3 ญาติผู้ดูแล เป็นเพศหญิง 5 ราย อายุเฉลี่ย 41.9±12.2 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นภรรยาดูแลผู้ป่วยมา 3-6 เดือน

ปัจจัยสนับสนุนระบบการสร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้สาระของปัจจัยสนับสนุนระบบการสร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) แผนกลยุทธ์ชัดเจนและติดตามการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ 2) การสนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่าย 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชน 4) การพัฒนาทีมงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายให้

เข้มแข็ง 5) มีระบบพยาบาลผู้จัดการและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. แผนกลยุทธ์ชัดเจนและติดตามการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัคร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลกล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สอดคล้องกันในประเด็นของนโยบาย กลยุทธ์ แผนปฏิบัติ และการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อย (Subtheme) ได้ 2 ประเด็น ได้แก่

1.1 กลยุทธการจัดการตามแผนการให้บริการที่ชัดเจน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นทีมดูแลสหสาขาวิชาชีพได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดคือการกำหนดนโยบายและกลยุทธที่สอดคล้องกับแผนการให้บริการเพื่อให้ผู้บริหารรับไปดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ท่านผู้ตรวจแจ้งนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องและสั่งการให้มีการดำเนินการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน ทั้งเครือข่ายให้มีกำหนดแผนของแต่ละส่วนงานสาธารณสุขจังหวัดประกาศนโยบายมอบหมายให้รองดำเนินการและประสานงานในทีมโรงพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายในการสร้างเครือข่าย..... ร่วมกัน" (ผู้บริหารคนที่1)

1.2 การดำเนินงานตามแผนบริการที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการติดตามดำเนินงานการสร้างเครือข่ายการดูแลโรคหัวใจ โดยมีโรงพยาบาลปัตตานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นแม่ข่ายและมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันโรงพยาบาลในเครือข่ายและประสานการทำงานด้านเครือข่ายโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง

"ขบวนการเริ่มต้นในรพช.ทั้งหมด 11 รพช. ได้เชิญ รพช.ทั้งหมดเพื่อมาคุยกันเรื่อง Service Plan โรงพยาบาลปัตตานีเป็นแม่ข่าย โดยบทบาทโรงพยาบาลปัตตานีต้องสนับสนุน ให้คำปรึกษาอยู่แล้ว เราได้ใช้ตัว Service Planเป็นตัวเดิน เพราะทางจังหวัดมีการตั้งคณะกรรมการ Service Plan ของจังหวัด ต้องมีการติดตามต่อเนื่องและรายงานผล...." (พยาบาลคนที่4)

"ผู้ตรวจได้ประกาศนโยบายและชี้แนะแนวปฏิบัติ ผมก็ต้องสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทำตามด้วยความเข้าใจและเห็นความสำคัญติดตามเยี่ยมตาม service plan จึงได้กำหนดชัดเจนมากขึ้น" (ผู้บริหารคนที่ 3)

"การสร้างเครือข่ายในการดูแลโรคหัวใจ...เรามีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน ผลลัพธ์ต่างๆ ดีขึ้น เช่น Fast Track หรือ discharge planning มีพยาบาลลงมาเยี่ยมและให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดตามเป็นระยะ" (พยาบาลคนที่ 12)

2. สนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้มีส่วนในการสนับสนุนในการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน โดยให้ความรู้ เพิ่มบุคลากร และงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ แบ่งได้เป็น 2 ประเด็น ได้แก่

2.1 สนับสนุนความรู้และงบประมาณในการสร้างเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงปัจจัยในการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายในการดูแลโรคหัวใจโดยให้ความสำคัญกับการช่วยหางบประมาณเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแจ้งนโยบายไว้เลยว่าจะทำอะไรบ้างเรื่องโรคหัวใจและให้นำไปแจ้งนโยบายให้เพื่อนร่วมงานทราบ มีการสนับสนุน

ทรัพยากร เช่น "ตอนแรกที่เริ่มทำ Warfarin ก็ให้ความรู้ ให้แต่ละโรงพยาบาลบอกว่าขาดอะไรบ้าง ต้องการอะไรเพิ่ม เช่น เครื่องตรวจINR แล้วเราก็หาผู้บริจาคซื้อเครื่องให้ 4 เครื่อง โดยที่เลือกโรงพยาบาลที่มีเคสเยอะแต่จะให้เป็นลักษณะสมัครใจ คือ สายบุรี, โคกโพธิ์, หนองจิก และกะพ้อ" (พยาบาลคนที่15)

2.2 สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงานสร้างเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลด้านความสำคัญด้านบุคลากร ที่มีส่วนในการพัฒนาในการสร้างเครือข่ายในการดูแลโรคหัวใจ เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีหน้าที่ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลชุมชน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"นอกจากผู้บริหาร..ช่วยจัดหางบประมาณแล้ว ยังช่วยหาบุคลากรในการดำเนินงาน และมีงบประมาณจาก สสจ. สนับสนุน เช่น จัดหาแพทย์ให้เป็นหัวหน้าทีมและเป็นที่ปรึกษา โครงการฯ มีเภสัชกรมาแนะนำเกี่ยวกับ ยา และสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน เรามีฐานข้อมูลเชื่อม โยงข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ...ไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย รพ. ชุมชน และ รพ. สต. ชัดเจน...เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการดูแลตามมาตรฐาน PNC." (พยาบาลคนที่ 21)

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน ได้ให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันถึงปัจจัยที่ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ทีมงานจิตอาสาที่ร่วมปฏิบัติงานสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งได้ 2 ประเด็น ได้แก่

3.1 ส่งเสริมด้านพัฒนาศักยภาพแกนนำจิตอาสา

อาสาสมัครจิตอาสาจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐาน สอดคล้องกัน กับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้มีระบบบริการที่ให้การดูแลที่รวดเร็ว ราบรื่น และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาวะเฉียบพลัน และมีการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไป ยังบ้านและชุมชน ดังคำกล่าวของอาสาสมัครจิตอาสา

"การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และมี คุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี โรงพยาบาลได้มีนโยบายชัดเจนเรื่องอาสาสมัครจิตอาสา มีการสนับสนุนต่างๆ มีงบประมาณให้สร้างแกนนำ เรานำงบไปพัฒนาความรู้ให้แก่แกนนำจิตอาสา เรามีทีมจิตอาสาในชุมชนที่เป็นผู้นำในชุมชนในหมู่บ้านและร่วมมือกันดำเนินงาน...ไปเยี่ยม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ไปช่วยคัดกรองประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจ ช่วยพยาบาลจัดการอบรมอาสาสมัครจิตอาสาให้มีความรู้... ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยมีความพึงพอใจ แล้วเขาก็ป่วยน้อยลง.." (อาสาสมัครจิตอาสาคนที่ 1)

3.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังประชาชน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ให้การดูแลรักษาและอาสาสมัครจิตอาสาเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่น ความพร้อมและความร่วมมือของประชาชนภาคประชาชนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังคำพูดของอาสาสมัครจิตอาสา

"เราสร้างความสุขในการเป็นจิตอาสาเป็นสิ่งสำคัญ...เมื่อลงไปทำถือว่าเป็นโชคดีของเรา ที่ไปอบรมแล้วได้ความรู้ และวิธีป้องกันตนเอง และได้ช่วยเหลือประชาชนได้ เราเตรียมความรู้ได้จากทั้งอบรม ฝึกปฏิบัติ อ่านหนังสือ ช่วยทำให้ตนเองมีคุณค่า ที่ได้ไปเป็นตัวอย่างที่ดีและช่วยผู้ป่วยด้วยกัน พอเวลาเขามีอาการป่วยเราจะช่วยประสานงานให้โรงพยาบาลเร็วขึ้น.." (จิตอาสาคนที่ 4)

"การมีส่วนร่วมกับภาคประชาสังคม เป็นสิ่ง

สำคัญโดยบริบทของแต่ละพื้นที่แตกต่างกันการเข้าถึงการบริการสุขภาพต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา อาชีพในท้องถิ่น เวลาจะลงพื้นที่พวกเราจะรู้ว่าวันไหนที่ประชาชนสะดวกและเราจะแจ้งให้หมอทราบก่อนถ้าไม่สะดวกก็ต้องบอกก่อนเพราะหมอจะเสียเวลา บางทีเขาต้องลงนาเกี่ยวข้าว หรือมีงานบุญ" (จิตอาสาคนที่ 2)

4. การพัฒนาทีมงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายให้ความเข้มแข็ง

ผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะทีมสหสาขาวิชาชีพได้กล่าวถึงการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย ซึ่งวิเคราะห์ได้ 2 ประเด็น

4.1 การพัฒนาทีมงานเพื่อการเรียนรู้

ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจได้พัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ และเครือข่ายนอกโรงพยาบาลให้มีการพัฒนาเพื่อการเรียนรู้ เพื่อให้ทีมดูแลสุขภาพเห็นความสำคัญในการดูแลรักษาที่มีการพัมนาเชื่อมโยงกับผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"เราใช้ care process .....เป็นตัวนำเป็นตัวขบวนการทำความเข้าใจในการพัฒนาเชื่อมโยง เพราะจะให้เค้าทบทวนเวชระเบียนกลุ่มนี้ตั้งแต่ต้นเลย สรพ. เข้ามาประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย จะสังเกตว่าเค้าจะทบทวนจากเวชระเบียนและดึงประเด็นมาเกี่ยวกับระบบงาน ซึ่งเราเห็นภาพเรา ก็เลยไปชี้ให้เค้าเห็นภาพด้วย" (พยาบาลคนที่ 8)

"สอดคล้องกับคุณหมอ.....เค้าดึงข้อมูลมาให้ดู เค้าก็เอาข้อมูลเรื่องการเสียชีวิต เลือกตัวชี้วัดพวกนี้เข้ามามันก็สอดคล้องจากการทบทวนเวชระเบียน เราได้ใช้การทบทวนเวชระเบียนเป็นตัวช่วย เพราะจะได้ดูเรื่องของ KPI ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ" (พยาบาลคนที่ 10)

4.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งทีมผู้ให้การดูแลในโรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายได้กล่าวถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของโรงพยาบาลเครือข่าย มีระบบการส่งต่อ และระบบให้คำปรึกษาในการรักษากับโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังคำพูดของผู้บริหาร

"เรื่อง STEMI เราทำมานานแล้ว เราต้องทำเป็นทีม..จุดที่สำคัญคือ โรงพยาบาลชุมชน...เราก็เริ่มขยายตัวสู่ชุมชนและเครือข่าย ...ลงชุมชนบอกถึงปัญหา และนำตัวเลขเคสที่ refer มาจะเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเอง และจึงได้สร้างระบบ Consult และระบบส่งต่อเพื่อให้เกิดความมั่นใจและรับผิดชอบร่วมกัน และจะมี Cardio ช่วยดู แต่ถ้า Cardio ไม่อยู่ก็จะมีหมอ Med ถ้าก็เลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รุนแรงต่อการเสียชีวิตต่ำเราก็จะให้ยา พอเราทำมาสักพักก็มีตัวเลขสะท้อนกลับมาเวลาประชุม ผู้ป่วยที่ refer อัตราเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจน พอมี PNC เข้ามาทำให้พัฒนาระบบต่างๆให้เชื่อมโยงกัน และทำไปถึง รพ.สต. กลุ่มเป้าหมายระดับชุมชน" (ผู้บริหารคนที่ 1)

5. มีระบบพยาบาลผู้จัดการและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทีมสหสาขาวิชาชีพได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ การมีระบบพยาบาลผู้จัดการและพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็นประเด็นย่อย (Subtheme) ได้ 2 ประเด็น ได้แก่

5.1 พยาบาลผู้จัดการระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลจากสหสาขาวิชาชีพ ระบุถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน PNC คือ มีพยาบาลผู้จัดการในการประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาในโรงพยาบาลให้ทั่วถึง ตั้งแต่การดูแลใน

ระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีระบบการส่งต่อการรักษาที่มีคุณภาพ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ทีมพยาบาลผู้จัดการต้องประสานงานในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้ทั่วถึง มีการประชุมเครือข่ายการรักษาอย่างน้อยเดือนละครั้งโดยทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา ตอนนี้เราสามารถเป็นพี่เลี้ยงกับพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย ติดตามการดูแลผู้ป่วย (โรคหัวใจ) ได้ ทุก รพ.สต. มีข้อมูลและนำมาวิเคราะห์การดำเนินการด้านคุณภาพได้ต่อเนื่อง" (พยาบาลคนที่ 5)

5.2 พัฒนาระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้ดูแลต่อเนื่อง

ทีมผู้ดูแลสุขภาพสหสาขาวิชาชีพและทีมจิตอาสา ญาติและผู้ป่วยได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน มีการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการไปยังหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดของทีมเยี่ยมบ้าน

"เวลาผู้ป่วยจะกลับบ้าน...ทางทีมสหสาขาจะร่วมกันพัฒนาระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้เขาสามารถไปดูแลตนเองที่บ้าน...และส่งต่อการรักษา ไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านแต่ละท้องที่ อย่างของที่นี่มีทีมพยาบาลและจิตอาสาจิตอาสาไปเยี่ยมบ้านทุกราย....." (พยาบาลคนที่ 10)

"เราส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจิตอาสา ปรับระบบการดูแลส่งต่อ เช่น การส่งต่อต้องมีการสร้างความเข้าใจให้จิตอาสาช่วยเหลือในการส่งต่อประสานกับ อ.บ.ต. (องค์กรบริการตำบล) ในพื้นที่เราจัดทีมช่วยเหลือไว้แล้ว และทีมพร้อมช่วยในการส่งต่อช่วยเหลือคนในตำบลได้มาก จิตอาสาจะประสานงานว่าควรไปเยี่ยมตอนไหน ความสงบในพื้นที่ไม่มีปัญหาเราเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเราเป็นผู้ให้ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง..." (อาสาสมัครคนที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรับรองระบบการดูแลเครือข่ายในชุมชนในระดับจังหวัด (PNC) ซึ่งข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชน ได้แก่จิตอาสา ผู้ป่วยโรคหัวใจและญาติ ได้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนที่สำคัญในการประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 5 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 แผนกลยุทธ์ชัดเจนและติดตามการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีแผนกลยุทธที่ชัดเจนและการติดตามการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานในการสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด (PNC) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)[6,7] ในหัวข้อผู้นำระดับสูงกำหนดทิศทางนโยบาย สื่อสาร และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการให้บริการสุขภาพของเครือข่ายที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีจริยธรรม มีระบบการตัดสินใจที่ดี รับผิดชอบต่อสาธารณะ เนื่องจากมีผู้นำระดับสูงกำหนดทิศทางนโยบายบริการสุขภาพของเครือข่าย ซึ่งเน้นบริการที่ไร้รอยต่อ มีคุณภาพ ปลอดภัย สื่อสารไปยังผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายทุกระดับด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีคณะกรรมการของเครือข่ายทั้งในด้านนโยบายและด้านวิชาการ ทำหน้าที่ตัดสินใจร่วมกัน กำหนดแนวทางปฏิบัติ ส่งเสริมความร่วมมือ และติดตามผลการดำเนินการของการให้ บริการสุขภาพ

การมีแผนกลยุทธที่ชัดเจนจากผู้บริหารและนำนโยบายการดูแลตามมาตรฐาน PNC ลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยการประกาศเป็นนโยบายและระบุเป้าหมายที่ชัดเจน มีการจัดงบประมาณ กำลังคน มีการจัดโครงสร้างการรักษาพยาบาลมอบหมาย

งานให้มีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิแก่เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาล และจัดระบบการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในเครือข่าย รวมทั้งสนับสนุนการดูแลในกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบพื้นฐานเรื่องการสนับสนุนของผู้นำ (Leadership support) ขององค์กรรับรองมาตรฐานแก่สถานพยาบาล (The Joint Commission International; JCI) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนจากผู้นำ การสร้างเป้าหมายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกันในทีมสุขภาพทุกฝ่าย ตลอดจนให้ความสำคัญกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ติดตามการดำเนินงานเพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลจากตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีระบบการมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามผลการจัดบริการสุขภาพของเครือข่าย และมีระบบสารสนเทศเพื่อติดตามประเมินผลในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลจังหวัดไปยังเครือข่ายการดูแลโรงพยาบาลระดับชุมชน และระดับตำบล ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานในการสร้างเครือข่ายระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง[11-13]

ปัจจัยที่ 2 การสนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับจังหวัดที่สำคัญอีกหนึ่งปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนทรัพยากรและระบบในการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับมาตรฐานการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพของ สรพ. ในหัวข้อการบริหารแผนกลยุทธ์เครือข่ายกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของพื้นที่ มีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ และติดตามผลการจัดบริการเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะในด้านมีการถ่ายทอดกลยุทธ์และเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติผ่านแผนปฏิบัติการและการสื่อสารที่ดี ไปยังทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย บุคลากรในเครือข่ายตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และมีการสนับสนุนทรัพยากรและบุคลากรอย่างเพียงพอ รวมทั้งการกระจายและใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย[6,7]

การศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนด้านการบริหารจัดการด้านทรัพยากรด้านกำลังคนโดยเฉพาะสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับมาตรฐานในการสร้างเครือข่ายการรักษาในระดับจังหวัด[7] เช่น จัดหาแพทย์ให้เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลและเป็นที่ปรึกษาในเครือข่ายการดูแลโรคหัวใจ มีเภสัชกรมาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหัวใจ และสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน มีการถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้บริการสหสาขาวิชาชีพมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการดูแล ส่วนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการรักษาที่จำเป็น เช่น เครื่องมือตรวจ INR เพื่อตรวจดูระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด ช่วยให้มีการประเมินติดตามผลข้างเคียงของยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ปัจจัยที่ 3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพและเสริมพลังภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน นับเป็นปัจจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับการดูแลตามมาตรฐานและความปลอดภัยและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางขององค์กรรับรองมาตรฐานแก่สถานพยาบาล (The Joint Commission International; JCI) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ใน 7 องค์

ประกอบของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน หรือการดูแลต่อเนื่อง และให้การดูแลตามมาตรฐาน PNC ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน ได้แก่ การประสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) การวางแผนการส่งต่อการรักษา (transitional planning) และส่งต่อข้อมูลในการรักษา (transfer of information) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (patients and family action/engagement)[11-13]

ส่วนการสร้างพลังอำนาจให้ภาคประชาชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครจิตอาสา ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ส่วนญาติผู้ดูแล อาสาสมัครจิตอาสาสามารถนำความรู้ไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบททางด้านวัฒนธรรมในภาคใต้ การส่งเสริมและสร้างแกนนำกับทีมจิตอาสาในชุมชนที่เป็นผู้นำในชุมชนในหมู่บ้าน เป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัคร ญาติผู้ดูแลทำงานร่วมกับทีมสุขภาพสหสาขา เช่น ไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ไปช่วยคัดกรองประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจ เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่และเรียนรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายบริการ[6] ส่งผลให้อาสาสมัครจิตอาสามีความภูมิใจในบทบาทของตนเอง เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย และเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลกันได้[2] ลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[14-16]

ปัจจัยที่ 4 การพัฒนาทีมงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง

การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยการพัฒนาทีมงาน และการสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย การมีส่วนร่วมของทีมดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสหสาขาวิชาชีพและผู้ให้ข้อมูลภาคประชาชนมีการรับรู้ที่สอดคล้องกันว่าสนับสนุนระบบการดูแลตามมาตรฐานเครือข่ายโรงพยาบาลระดับจังหวัด ของ สรพ.[6-7] ในหัวข้อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล โดยมีบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนที่เหมาะสม มีระบบงานและวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ เช่น มีระบบการส่งต่อและระบบให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในการรักษากับโรงพยาบาลเครือข่าย มีระบบการประสานงานทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลจนถึงเครือข่ายในชุมชน มีการดูแลที่ต่อเนื่องและเข้าถึง ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน และวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการสื่อสาร การประสานงาน การปรึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างระบบการดูแลให้มีความคล่องตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโรคหัวใจที่รวดเร็วและมีคุณภาพ[6]

ปัจจัยที่ 5 มีพยาบาลผู้จัดการและประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานของ PNC คือมีพยาบาลผู้จัดการ (nurse manager) ทำหน้าที่ในการจัดระบบการดูแล และประสานงานบริการตามมาตรฐาน โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายในการพัฒนาเครือข่าย มีระบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลในเครือขายเกิดความมั่นใจในกระบวนการดูแลรักษา ตั้งแต่การวินิจฉัย รักษา ตลอดจนการดูแลขณะนำส่งผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดระบบบริการผู้ป่วย ทุกระดับสถานบริการนำมาวางแผนกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดคุณภาพที่ชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพ

PNC[6-7] ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีกระบวนการดูแลที่สอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยหรือคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ส่งเสริมการเข้าถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกขั้นตอนของการดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวบทบาทสำคัญของผู้ประสานงานการดูแล (Care coordinator) และบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแบบไร้รอยต่อ[16-18]

จากการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งพัฒนาเป็น “ปัตตานีโมเดล” หรือ การระบบส่งต่อและดูแลรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดปัตตานีพัฒนาขึ้นที่เน้นคุณภาพด้านคุณค่า (Value-based Health Care) เนื่องจากสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพ และได้รับรองมาตรฐานเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดหรือ PNC[7] โดยสามารถจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงทั้งในระบบโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน

นอกจากจะมีการพัฒนาด้านคุณภาพการดูแลโรคหัวใจในแต่ละสถานพยาบาลแล้ว ยังมีการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจจากโรงพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการเรียนรู้ร่วมกันภายในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการทุกระดับ มีการวางกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามหลักวิชาการที่มีคุณภาพ มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชนและอาสาสมัครในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีการพัฒนาและเชื่อมโยงเครือข่ายการรักษาครบวงจร มีระบบการติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

ผู้บริหารด้านการบริการสุขภาพสามารถนำแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยใช้แนวคิดและหลักการพัฒนาตามมาตรฐาน PNC ไปพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์เฉพาะทาง เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เพื่อพัฒนาเครือข่ายในการดูแลให้ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพการดูแลในระดับจังหวัดได้

จากงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้เห็นสมรรถนะพยาบาลในการเป็นพยาบาลผู้จัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้เป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลผู้จัดการโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลต่างๆ เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแกนนำในการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการประสานการดูแลกับเครือข่ายโรงพยาบาลระดับจังหวัดและชุมชน

ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครจิตอาสา ผู้ป่วยและผู้ดูแลในโรงพยาบาลระดับจังหวัดและเครือข่ายโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลกันได้ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาและการวิจัยเพื่อทดสอบ

ประสิทธิผลในการพัฒนาทีมงาน และสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง การวิจัยเพื่อการสร้างรูปแบบการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาระบบการดูแลที่ส่งเสริมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยง และจิตอาสาจิตอาสา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

References

1. Strategy Planning Office, Ministry of Public Health. Strategy, outcome indicators and guideline of data collection in Ministry of Public Health fiscal year 2013. [Internet]. [cited 2016 Jul 5]. Available from: http:// region5. moph.go.th/docs/mophplan_2559_ final.pdf (in Thai).
2. Supachutikul A. HAI : Workshop of preparedness of Provincial network Accreditation (PNC) PNC. [Internet]. [cited 2013 Nov 29]. Available from: http:// www.ryt9.com/s/prg/2560273 (in Thai).
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Health statistic in 2012. Nonthaburi : Ministry of Public health; 2012. (In Thai).
4. Ministry of Public Health. Service plan. [Internet]. [cited 2015 July 15]. Available from: http://hss.moph.go.th/fileupload_ doc_ slider/2016-12-22--569.pdf (in Thai).
5. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Kanjanavanit R, Sritara P, Krittayaphong R, Kunjara-Na- ayudhya R, et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)--an extension of Thai Acute Coronary Syndrome registry (TACS) group: lower in-hospital but still high mortality at one-year. J Med Assoc Thai. 2012 Apr;95(4):508-18.
6. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Network of health service (Revised from hospital standards and health services : issue of the 60th Anniversary of His Majesty the King's Accession to the Throne 2013. [cited 2018 Jan 15]. Available from: https://www.ha.or.th/Backend/file upload/HA%20Standard/Attach (in Thai).
7. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). New issue in New HA Standards/PNC/DSC. [cited 2017 Oct 15]. Available from: http://www.crhospital.org/hacc/file/60/download/4th%20HA%20Standards%20HACC%20 Chiangrai.pdf (in Thai).
8. Schultz AA. Identification of needs of and utilization of resources by rural and urban elders after hospital discharge to the home. Public Health Nurs. 1997;14(1):28–36.
9. Van Manen M. Researching lived experience. Albany, NY: The State University of New York; 1990.
10. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis: a sourcebook for new methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1984.
11. The Joint Commission. Hot topic in health care, issues #2. Transitions of care: transitions of care: The need for collaboration across entire care continuum. [Internet]. 2014. [cited 2015 July 12]. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TOC_Hot_Topics.pdf
12. DelBoccio S, Smith D, Hicks M, Lowe P, Graves-Rust J, Volland J, et al. Success and challenges in patient care transition

programming: one hospital's journey. OJIN. 2015; 20(3).Manuscript 2. doi:10.3912/ OJIN. Vol20No03Man02.

13. American Academy of Ambulatory Care Nursing. Joint statement: the role of the nurse leader in care coordination and transition management across the health care continuum. [Internet]. July 2015. [cited 2016 Jan 26]. Available from: http://www.aone.org/resources/care-coordinationnurse-leader.pdf.
14. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. BMC Health Serv Res. 2014 Sep 23;14:423. doi: 10.1186/1472-6963-14-423.
15. Spehar AM, Campbell RR, Cherrie C, Palacios P, Scott D. Baker JL, et al. Seamless care: safe patient transitions from hospital to home. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, editors. Advances in patient safety: from research to implementation (Volume 1: Research Findings). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20459/
16. Sanprasan P, Wattradul D, TejangKura L. Pitsachart N. Factors promoting seamless health services of cardiac nursing networks. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017; 28 (2):154-67.
17. Eastwood C, Doucet J, Estrella-Holder E, et al. A commentary on access to cardiovascular services: nursing roles and initiatives. Can J Cardiol. 2008;24(2):107-12.
18. American Academy of Ambulatory Care Nursing. Joint statement: the role of the nurse leader in care coordination and transition management across the health care continuum. [Internet]. July 2015. [cited 2016 Jan 26]. Available from: http://www.aone.org/resources/care-coordination-nurse-leader.pdf.
19. Scholz J, Minaudo J. Registered Nurse Care Coordination: creating a preferred future for older adults with multimorbidity. OJIN. 2015; 20(3). Manuscript 4. doi: 10.3912/OJIN.Vol 20No03Man04.