

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วม
ของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน
พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Effects of Discharge Planning on Cost, Length of Stay,
Health Behaviors and Quality of Life of Patients
with Acute Myocardial Infarction

เพ็ญจันทร์ ผาตินูวัตติ, พย.บ, รอ.ม.

Penchan Phatinuwat, B.N.S. MPPM.

ปนัดดา มณีทิพย์, พย.ม.

Panadda Maneethip, M.N.S.

พัชรารภรณ์ จันเพชร, พย.บ.

Patcharaporn Chanphet, B.N.S.

นิตญา เครือเหล่า, พย.บ.

Nittaya Kruehao, B.N.S.

นภาพร เดชสำราญ, พย.บ.

Napaporn Datsamran, B.N.S.

กลุ่มการพยาบาล

Division of Nursing

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Phrachomklao Hospital, Petchaburi

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเก็บข้อมูลเดือนมกราคม - สิงหาคม 2555 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 99 ราย เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกคำรักษา แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 0.763 และ 0.771 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตระยะเป็นผู้ป่วยในของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p = 0.86, 0.182, 0.514$ และ 0.395 ตามลำดับ) แต่ในระยะหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01, 0.01$ ตามลำดับ) ดังนั้นควรใช้แผนการจำหน่ายอย่างจริงจังกับผู้ป่วยและศึกษาผลลัพธ์ด้าน
อื่นๆ เช่น ความพึงพอใจของทีมสหสาขาและของผู้ป่วย อัตราการกลับรักษาซ้ำใน 3 เดือน 6 เดือน และความแปรปรวน
ของการใช้แผนจำหน่ายเพิ่มเติม

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน
พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

Acute myocardial infarction is a fatal disease. This study was a research and development, aimed to improve discharge planning and investigate the effects of discharge planning among participation in multidisciplinary team to cost, length of stay, health behavior, and quality of life of patients with acute myocardial infarction. Data were collected between January- August 2012. The sample was 99 acute myocardial patients. The study instruments included questionnaires of health behaviors and quality of life as well as patient satisfaction. Reliability for the survey of each group was 0.763, 0.771 respectively. Data were analyzed applying by t-test. The results revealed that the mean scores of cost, length of stay, health behavior, and quality of life during the in-patient period of the control group and the study group had no different significantly. ($p = 0.86, 0.182, 0.514$ and 0.395 respectively). But the mean score of health behavior and quality of life during the follow up period of the study group increased significantly compared with the control group. ($p = 0.01, 0.01$ respectively). Whether future intervention to study other outcome such as satisfaction of multidisciplinary team and patient, rate of readmission in 3 month and 6 month and evaluation of variation of discharge planning warrant further study.

Keywords: discharge planning, multidisciplinary team, cost, length of stay, health behavior, quality of life, acute myocardial infarction patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 1.1 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 350,000 คนต่อปี และมักจะเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน² สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตาย

ในลำดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ³ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยใน ปี 2552 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 344 ราย ในปี 2553 มีจำนวน 342 ราย และในปี 2554 มีจำนวน 485 ราย⁴ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะของ

โรค ควบคุมอาการของโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านหรือสถานบริการของชุมชน เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานบริการในชุมชนที่รับดูแลต่อภายหลังจำหน่าย⁵ โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยหรือญาติ ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ป่วย⁶ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา มีความรู้เข้าใจต่อวิธีการรักษา ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม นั่นคือการวางแผนจำหน่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวผู้รับบริการและสถานบริการ

จากเหตุผลดังกล่าวมาผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล ได้เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงได้ร่วมกับทีมสหสาขาพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและศึกษาผลของการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประโยชน์ที่ได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี และยังเป็นส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายและศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่ มกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2555 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก ได้รับการรักษาด้วยยา 2) เป็นผู้ป่วยอายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Killip) อยู่ในระดับ 1-2 4) ไม่มีภาวะช็อกจากโรคหัวใจหรือภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ภาวะน้ำท่วมปอด ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยการทำบอลลูนหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีมาก่อนของปนัดดา มณีทิพย์⁷ ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 3.21 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2.46 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 จะได้ค่าจากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย และได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ประมาณกลุ่มละ 3 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 99 คน โดยในระยะที่ 1 ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย 31 ราย ระยะที่ 3 ในการศึกษาทดลอง 68 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย กลุ่มควบคุม 34 ราย และผู้วิจัยควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยเทคนิคการจับคู่ (pair matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องอายุ

เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกคำรักษาพยาบาล สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยสร้างโดยผู้วิจัย คู่มือผู้ป่วยและญาติโรคหัวใจสร้างโดยสมาคมฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด Orem & Taylor⁸ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของสายฝน จัปใจ⁹ โดยประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดของ Zhan L¹⁰ แบบประเมินทั้งสองได้ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังจากแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค 0.763, 0.771 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนแรก ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำการศึกษาวิเคราะห์เขียนผู้ป่วยตามรหัส ICD10 I210-I219 ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 จากฐานข้อมูลโปรแกรม HOMC ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 31 ราย ข้อมูลที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน การรับ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย การได้รับการปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร การได้รับการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่สอง ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 พัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลัน 1) ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลเวชกรรมสังคม เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด 2) จัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เน้นการดูแลและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล กำหนดกิจกรรมการสอน สาธิต และการฝึกปฏิบัติที่มีปัญหาเฉพาะด้าน และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวครอบคลุมแก่ผู้ป่วยทุกรายแล้ว 3) รวบรวมแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนำเข้าสู่ประชุมกลุ่มย่อย (working group) ซึ่งประกอบด้วยผู้วิจัย อายุรแพทย์ นักโภชนาการ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมจากเวชกรรมสังคม และงานผู้ป่วยฉุกเฉิน พิจารณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง 4) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ 5) นำไป tryout กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 5 ราย เพื่อประเมินความ เป็นไปได้การนำไปใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อปฏิบัติ เสนอแนะ

ขั้นตอนที่สาม ทดลองใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2555 ด้วยรูปแบบศึกษา 2 กลุ่ม แบบมีกลุ่มควบคุม (pre-posttest control group design) 1) ประชุมชี้แจงไปที่หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม นราธิป 1-5 งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยรวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย 2) ประชุมชี้แจงแผนการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 26 แห่งในระหว่างประชุมวิชาการเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการ

เขต 5 วันที่ 21-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 3) คณะผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต โดยดำเนินการวิจัยและ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 34 ราย แล้วจึงเก็บในกลุ่มทดลองจนครบ 34 ราย โดยกลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ของแต่ละหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการวางแผน จําหน่ายแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะ ได้ รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตก่อน (pretest) และประเมินซ้ำหลังจําหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ (posttest)

ขั้นตอนที่สี่ ติดตามประเมินผลการวางแผนจําหน่าย ผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังทดลองใช้แผนการ วางแผนจําหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ทั้ง สองกลุ่มและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนมากเป็น เพศชายร้อยละ 54.84 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 58.06 อายุเฉลี่ย 63.48 ปี (S.D. \pm 13.46) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.42 สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 64.52 ค่าใช้รักษาพยาบาลเฉลี่ยคนละ 12,850 บาท (S.D. \pm 13.46) การวินิจฉัยโรคเป็น STEMI ร้อยละ 61.29 ระดับความรุนแรงของโรคเป็นระดับ Killip 2 ร้อยละ 58.06 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 3-5 วัน ร้อยละ 58.06 วันนอนเฉลี่ย 5.17 (S.D. \pm 1.02) การ มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 83.87 กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 22.58 อาการ/สาเหตุที่กลับมารักษาซ้ำคือ เจ็บหน้าอกร้อยละ 57.14 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 28.57 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 14.29 (ตารางที่ 1) ประเด็นปัญหาสำคัญของการวางแผนจําหน่ายคือ 1) การ วางแผนจําหน่ายไม่ครอบคลุมไม่มีแผนการจําหน่ายเฉพาะ โรค 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวางแผนจําหน่ายโดย

แพทย์และพยาบาลเท่านั้น 3) การประสานงานไม่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของทีมผู้ดูแลอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยได้รับการ การปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเฉพาะเมื่อ มีปัญหา เช่น นักโภชนาการ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 48.39 และได้รับการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยม บ้านร้อยละ 51.61 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการ วางแผนจําหน่ายตั้งแต่แรกรับหรือในระยะแรกของการ เจ็บป่วย มักจะได้คำแนะนำในวันก่อนจําหน่าย 1-2 วัน และพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความต้องการต่อ การวางแผนจําหน่ายร้อยละ 64.52 อีกทั้งการวางแผน เป็นการวางแผนแบบทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงในประเด็น ปัญหาของผู้ป่วย ไม่ได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้วางแผน การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ทุกรายกระทำโดยพยาบาลประจำการที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในแต่ละวัน ที่สำคัญผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวไม่ได้มี ส่วนร่วมวางแผนจําหน่าย

ระยะที่ 2 รูปแบบแผนการวางแผนจําหน่ายผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้น กำหนด ขั้นตอนเป็น 3 ระยะ และกำหนดจำนวนวันนอนที่คาดหวัง 5-7 วัน ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลรักษาแรกรับในแผนกผู้ป่วย ดูกเงิน

ระยะที่ 2 วันที่ 1-3 การดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอ ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

ระยะที่ 3 วันที่ 4-7 การดูแลรักษาในระยะ พักฟื้น/ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหอผู้ป่วยสามัญหรือ พิเศษ

ซึ่งในแต่ละระยะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของแต่ละสหสาขาวิชาชีพอย่าง ชัด เจน ว่าใครมีหน้าที่หรือทำกิจกรรมอะไรบ้างในแต่ละวัน โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับที่ห้องผู้ป่วยดูกเงินจนกระทั่งจําหน่าย ออกจากโรงพยาบาล **โดยแพทย์** จะทำหน้าที่ให้การ วินิจฉัย และรักษาโรค ติดตามผลการรักษา ร่วมประเมิน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ

ข้อมูลส่วนบุคคล	(n = 31) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ ชาย	17 (54.84)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	63.48 \pm 13.46 37-86
สถานภาพสมรส คู่ *	24 (77.42)
สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ †	20 (64.52)
ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล < 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท 10,001-15,000 บาท 15,001-20,000 บาท 20,001-25,000 บาท ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	3 (9.68) 9 (29.03) 7 (22.58) 8 (25.81) 4 (12.90) 12,850 \pm 13.46 3,111-23,075
การวินิจฉัยโรค ST elevation myocardial infarction (STEMI)	19 (61.29)
ระดับความรุนแรงของโรค Killip 2	18 (58.06)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ

ข้อมูลส่วนบุคคล	(n = 31) จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 3-5 วัน ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	18 (58.06) 5.17 \pm 1.02 3-13
การมาตรวจตามแพทย์นัด	26 (83.87)
การกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 28 วัน	7 (22.58)
อาการ/สาเหตุที่กลับมารักษาซ้ำ เจ็บหน้าอก ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	4 (57.14) 2 (28.57) 1 (14.29)

* กลุ่มที่เหลือคือ โสด หม้าย/หย่า/แยกกัน

† กลุ่มที่เหลือ คือ เบิกได้ ประกันสังคม

S.D. : standard deviation

ผลการรักษา ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำหน่ายผู้ป่วยและนัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา **พยาบาล** มีหน้าที่ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบและป้องกันปัญหาเสี่ยง แนะนำหอผู้ป่วยและความจำเป็นในการรับรักษาในโรงพยาบาล แนะนำการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมกันวางแผนการจำหน่าย ประเมินแหล่งสนับสนุนได้แก่ ญาติและผู้ดูแล ประสานกับฝ่ายเวชกรรมสังคมเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและ

ญาติก่อนการจำหน่าย สรุปปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย ส่งข้อมูลการติดตามเยี่ยมแก่หน่วยงานเวชกรรมสังคม เขียนใบนัด และให้คำแนะนำในการมาพบแพทย์ตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนวันนัด **เภสัชกร** รับคำสั่งการใช้ยา ประเมินผลการใช้ยาในประเด็น special technique และปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยา ประเมินผลการได้รับยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา ให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการใช้ยาก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน **นักกายภาพบำบัด** รับปรึกษาจากแพทย์และร่วมประเมินปัญหาผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วย ขณะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สรุปปัญหาและวางแผนการสอน และสาธิตวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับผู้ดูแล ประเมินผลการสอน สาธิต แจกคู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สรุปปัญหาและวางแผนส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้าน **นักโภชนาการ** รับคำสั่งอาหารจากแพทย์ รับแจ้งจากพยาบาล ร่วมกำหนดปริมาณพลังงานและสารอาหารตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย จัดอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของอาหาร ประเมินผลการได้รับอาหาร/การยอมรับอาหารที่จัดให้และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม สรุปปัญหาและวางแผนส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเวชกรรมสังคม เยี่ยมผู้ป่วยและซักประวัติลงแบบฟอร์ม บส.1 ประเมินผังครอบครัวผู้ป่วยและค้นหาผู้ดูแลหลัก ประเมินผู้ป่วยผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับกิจกรรมของทีมสหสาขา ได้แก่ การใช้ยา การได้รับอาหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และอื่นๆ ตามสภาพผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้าน การมาตรวจตามนัด การติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน นัดหมายให้บริการที่บ้าน (เขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี) ประสานงานกับหน่วยบริการใกล้บ้าน (กรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี) เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามผลการประเมินสรุปปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน **ข้อมูลทั่วไป** ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายร้อยละ 58.8 กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 67.15 ปี (ต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 85 ปี) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 65.24 ปี (ต่ำสุด 40 ปี สูงสุด 85 ปี) ระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 76.5 คน ทั้งสองกลุ่ม ทั้งสองกลุ่มสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.18 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 38.24 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีรายได้

กว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 55.89 กลุ่มทดลองมีราย อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 47.06 (ตารางที่ 2) ค่ารักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท กลุ่มควบคุม ร้อยละ 52.94 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 11,109.47 บาท (ต่ำสุด 3,141 บาท - สูงสุด 32,279 บาท) กลุ่มทดลองร้อยละ 61.76 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,557.62 บาท (ต่ำสุด 3,971 บาท - สูงสุด 20,981 บาท) **ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ** พบว่าทั้งสองกลุ่มมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 61.77 คน กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.22 (ต่ำสุด 17.10 - สูงสุด 29.39) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.29 (ต่ำสุด 17.67 - สูงสุด 30.10) ปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งสองกลุ่มขาดการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมร้อยละ 82.35 กลุ่มทดลองร้อยละ 76.47 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มสามารถควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 100 ส่วนการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา กลุ่มควบคุมสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ร้อยละ 35.71, 31.25, 66.67 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 69.23, 60 และ 100 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ข้อมูลด้านเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็น non ST elevation myocardial infarction เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 61.76 ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจเป็นระดับ Killip 1 ร้อยละ 64.70 ทั้งสองกลุ่ม และทั้งสองกลุ่มมีการได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 25 และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3- 5 วัน กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.53 วันนอนเฉลี่ย 4.47 วัน (ต่ำสุด 2 วัน สูงสุด 8 วัน) กลุ่มทดลอง ร้อยละ 85.29 วันนอนเฉลี่ย 4 วัน (ต่ำสุด 2 วัน สูงสุด 7 วัน) และพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการมาตรวจตามนัดของแพทย์ร้อยละ 88.24 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 97.06 การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน กลุ่มควบคุมร้อยละ 5.88 ในกลุ่มทดลองไม่มีการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ ชาย	20 (58.8)	20 (58.8)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	65.24 \pm 12.1367 40-85	67.15 \pm 11.96 42-85
ระดับการศึกษา ประถมศึกษา *	26 (76.5)	26 (76.5)
สถานภาพสมรส คู่ †	26 (76.5)	26 (76.5)
อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน [‡]	13 (38.24)	14 (41.18)
รายได้ของครอบครัว < 5,000 5,001-10,000 10,001-15,000 15,001-20,000 20,001-25,000 > 25,000 ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	13 (38.24) 16 (47.06) 2 (5.88) 1 (2.94) 1 (2.94) 1 (2.94) 7,288 \pm 6803.77 800-32,000	19 (55.89) 10 (29.41) 2 (5.88) 2 (5.88) 0 (0) 1 (2.94) 6,317.65 \pm 6,158.19 1,000-30,000
สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ ^b	27 (79.40)	28 (82.40)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
< 5,000 บาท	3 (8.82)	4 (11.76)
5,000-10,000 บาท	21 (61.76)	18 (52.94)
10,001-15,000 บาท	1 (2.94)	5 (14.72)
15,001-20,000 บาท	4 (11.76)	3 (8.82)
20,001-25,000 บาท	5 (14.72)	3 (8.82)
> 25,000 บาท	0	1 (2.94)
ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	10,557.62 \pm 6,038.11	11,109.47 \pm 6,601.03
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	3,971-20,981	3,141-32,279

* กลุ่มที่เหลือคือ มัธยมศึกษา, อนุปริญญา, ปริญญาตรี

† กลุ่มที่เหลือคือ โสด, หม้าย/หย่า/แยกกัน

^a กลุ่มที่เหลือคือ คำขาย, ทำนา/ทำสวน/ทำไร่, ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, รับจ้าง

^b กลุ่มที่เหลือคือ เบิกได้ ประกันสังคม

กลับมารักษาซ้ำ (ตารางที่ 4)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ใน **ระยะผู้ป่วยใน** พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง โดยกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.26 (S.D. = 6.97), 41.94 (S.D. = 6.59) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต เท่ากับ 40.44 (S.D. = 7.80), 43.21 (S.D. = 5.53) ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 44.41 (S.D. = 6.87), 47.88 (S.D. = 4.89) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.71 (S.D. = 6.02), 56.15 (S.D. = 3.45)

ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ระยะผู้ป่วยใน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.514, 0.395$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในระยะภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.01, 0.01$) (ตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 4.0, 4.47 วัน ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น 10,557.62, 11,109.47 บาท เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.861, 0.182$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ตารางเมตร (ปกติ) ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	21 (61.77) 23.29 \pm 3.36	21 (61.77) 23.22 \pm 2.87
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคเบาหวาน	14 (41.18)	10 (29.41)
โรคความดันโลหิตสูง	21 (61.77)	25 (73.53)
ไขมันในเลือดสูง	25 (73.53)	20 (58.82)
โรคอ้วน	1 (2.94)	0 (0)
ขาดการออกกำลังกาย	26 (76.47)	28 (82.35)
สูบบุหรี่	15 (44.12)	16 (47.06)
ดื่มสุรา	2 (5.88)	3 (8.82)
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์		
โรคเบาหวาน	14 (100)	10 (100)
โรคความดันโลหิตสูง	21 (100)	25 (100)
ไขมันในเลือดสูง	25 (100)	20 (100)
โรคอ้วน	0 (0)	-
ขาดการออกกำลังกาย	18 (69.23)	10 (35.71)
สูบบุหรี่	9 (60.00)	5 (31.25)
ดื่มสุรา	2 (100)	2 (66.67)

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และ
กลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
การวินิจฉัยโรค Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)*	21 (61.76)	21 (61.76)
ระดับความรุนแรงของโรค Killip 1 [†]	22 (64.70)	22 (64.70)
การได้รับยาละลายลิ่มเลือด	25 (73.50)	25 (73.50)
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 3-5 วัน ค่าเฉลี่ย \pm S.D. ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	29 (85.29) 4 \pm 1.5 2-7	25 (73.53) 4.47 \pm 1.67 2-8
การมาตรวจตามแพทย์นัด	33 (97.06)	30 (88.24)
การกลับเข้ารับรักษาใน 28 วัน	0	5.88

* กลุ่มที่เหลือคือ ST elevation myocardial infarction (STEMI)

[†] กลุ่มที่เหลือคือ Killip 2

S.D. : standard deviation

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระยะผู้ป่วยในและหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.		P-value ^a
	กลุ่มทดลอง (n = 34)	กลุ่มควบคุม (n = 34)	
พฤติกรรมสุขภาพ ระยะผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์	40.44 \pm 7.80	39.26 \pm 6.97	0.514
	53.71 \pm 6.03	44.41 \pm 6.87	< 0.001
คุณภาพชีวิต ระยะผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์	43.21 \pm 5.53	41.94 \pm 6.59	0.395
	56.15 \pm 3.45	47.88 \pm 4.89	< 0.001

^aIndependent t-test

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.		P-value ^a
	กลุ่มควบคุม (n = 34)	กลุ่มทดลอง (n = 34)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	4.47 \pm 1.67	4.00 \pm 1.16	0.861
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	11,109.47 \pm 6,601.01	10,557.62 \pm 6,038.1	0.182

^aIndependent t-test

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีผลต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะผู้ป่วยใน ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลพระจอมเกล้ากำลังพัฒนาคุณภาพระบบการบริการรักษาพยาบาลทุกด้านเพื่อรับรองการประเมินเพื่อความเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) และได้นำแผนการดูแล (care map) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาใช้ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้น ซึ่งในแผนการดูแลดังกล่าวได้มีการกำหนดกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายครอบคลุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และในแผนการดูแลมีการกำหนดระยะเวลาอนนรักษาตัวในโรงพยาบาลไว้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลดังกล่าว จึงให้จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ในระยะผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เพราะในกลุ่มทดลองได้รับสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และคู่มือผู้ป่วยและญาติโรคหัวใจอย่างละ 1 เล่ม ซึ่งในสมุดบันทึก และคู่มือจะมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา ประกอบกับกลุ่มทดลองมีการติดต่อกับผู้วิจัยเป็นระยะๆ ทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล ทั้งทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัย การโทรศัพท์พูดคุย การลงเยี่ยมบ้านนอกจากเป็นการให้ความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคลแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้มีการเอาใจใส่ดูแลไม่ถูกทอดทิ้งมีกำลังใจ

ในการที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย ได้มีการพูดคุย ได้ระบายความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Braun E et al¹¹ ทั้งนี้การให้กำลังใจเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลในการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และการที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนภายหลังการเจ็บป่วยในเรื่อง 1) ชนิดของโรคและเหตุผลในการรักษา 2) ขั้นตอนหรือกระบวนการรักษา 3) ความรู้สึกหรือผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น และ 4) วิธีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และความตึงเครียด อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วยของตนได้อย่างผาสุกสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคล้ายกับการศึกษาของจุฑาภรณ์เพิ่มพูล และคณะ¹² นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65.24 และ 67.15 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมและทดลอง พบชนิด Non-ST elevated myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ^{12,13} ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 63.34, 64.84 ปี ตามลำดับเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยังอยู่กับคู่สมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เกาต์ และภาวะอ้วน ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมและทดลอง พบชนิด NSTEMI และสอดคล้องกับลักษณะอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่การเกิด

คราบไขมันจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 ของประชากรและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹⁴ และยังพบว่าภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ร้อยละ 69.23 60.00 และ 100 ตามลำดับ และมาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 97.06 ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ร้อยละ 35.71 31.25 และ 66.67 มาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 88.24 และพบว่าในกลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชัยนุญมาโนปา¹⁵ ที่พบว่าผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 16.66 และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล และคณะ¹² ที่ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และแผนการจำหน่ายนี้สามารถใช้ได้จริงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเสนอแนะว่าคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ควรส่งเสริมการนำแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

ใน work instruction ของโรงพยาบาล อันจะทำให้ทีมสหสาขาได้มีส่วนร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาเพิ่มเติม ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยการส่งเสริมการนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปใช้ การศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย และทีมสหสาขา การกลับเข้ารับการรักษาในระยะเวลาต่างๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน การศึกษาความแปรปรวนของการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เช่นการไม่ปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ อาจารย์ที่ปรึกษา นายแพทย์ปิดิพงษ์ กาญจนัญญลักษณ์ อายุรแพทย์ชำนาญการ นางสุนันทา โพธิ์สุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ นายชูเกียรติ เพียรชนะ เกสัชกรชำนาญการ นางนวลน้อย ศษกาสร์ นักโภชนาการชำนาญการ และนางสาวสิริวิรัตน์ มิตรเจริญถาวร นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกคนสำหรับความร่วมมือในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จริยา ตันติธรรม. กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน: คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ; 2547.
2. Lackey AS. Suppressing the scourge of acute myocardial infarction. Nursing. 2006;36(5):

- 36-41.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปี 2551-2553. [ออนไลน์]. [วันที่สืบค้น 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.nhso.go.th>.
 4. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หน่วยเวชระเบียนและสถิติ. รายงานข้อมูลสถิติประจำปี 2551-2554. เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า; 2555.
 5. Spath PL. Is your discharge planning effective?. Brown-spath & Associates. 2003. [online]. [cited October 23, 2012]. Available from: URL: <http://www.Brownspace.com>.
 6. Preen DB, Baily ES, Belinda, et al. Effect of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized control trail. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(1):43-51.
 7. ปนัดดา มณีทิพย์. ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
 8. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: concept of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
 9. สายฝน จัปใจ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
 10. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*. 1992;17(7):795-800.
 11. Braun E, Baidusi A, Alroy G, et al. Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *Eur J Intern Med*. 2009;20(2):221-5.
 12. จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล และคนอื่นๆ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2554; 29(2):120-8.
 13. Dracup K, McKinley S, Doering LV, et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? *Arch Intern Med*. 2008;168(10):1049-54.
 14. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2549.
 15. สุชัยญา มะโนป่า. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรดิษฐ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.