

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

The Development of Care Model for Patients with Acute Coronary Syndrome of Prachomkiao Hospital, Phetchaburi Province

อารมณ เฟื่องฟู

Arom Feangfu

วทบ. (พยาบาลศาสตร์) วท.ม. (บริหารสาธารณสุข)

Bachelor of Nursing, M.Sc (Public Health Admin)

ปนัดดา มณีทิพย์

Panadda Maneethip

วทบ. (พยาบาลศาสตร์) MNS. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

Bachelor of Nursing, MNS.

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า

Phra Chom Klao Hospital

จังหวัดเพชรบุรี

Phetchaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะที่ 1 เป็นการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในช่วงเมษายน ถึงกันยายน 2550 จำนวน 95 ราย เพื่อศึกษาปัญหา และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 นำผลที่ได้จากการทบทวนมาวางแผนและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2551 จำนวน 106 ราย ระยะที่ 3 นำผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยและทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพ หลังจากนั้นได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในช่วงเดือนตุลาคม 2551 ถึงมีนาคม 2552 จำนวน 102 ราย และในระยะที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ผลการศึกษาพบว่าแผนการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น กล่าวคือ ก่อนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 6.80 วัน อัตราตายร้อยละ 41.05 Readmission rate เท่ากับร้อยละ 16.84 ในช่วงแรกของการใช้แผนการดูแล วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5.07 วัน อัตราตายร้อยละ 26.41 Readmission rate เท่ากับร้อยละ 6.60 และในช่วงหลังพัฒนาปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแล วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 วัน อัตราตายร้อยละ 18.62 Readmission rate เท่ากับร้อยละ 4.82

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วย/โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน/แผนการดูแลผู้ป่วย/ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ แนวทางปฏิบัติ

ABSTRACT

The objective of this operating research was to develop a care model for patients with acute coronary syndrome. In the first period, the patient medical records of 95 acute coronary syndrome patients, admitted during April to September 2007 were reviewed for studying care problems and patient care situation. Then, in the second period, the output of the first one was brought for planning and developing the health care plan by the multidisciplinary care team of Prachomklao hospital. This plan was applied to 106 patients, admitted during May to August 2008. Later, in the third period, the results of the implementation were analyzed regarding to its problems and obstacles. The plan was improved complying with the multidisciplinary care team's recommendation prior it was reapplied to 102 patients, admitted during October 2008 to March 2009. Lastly, the patient outcomes were evaluated. The research results found that this multidisciplinary care plan could enhance the patients to have a better health care outcome more than that before the implementation, the average length of stay was 6.80 days, the fatality rate was 41.05, and the readmission rate was 16.84 while the outcome at the early implemented period changed, the average length of stay was 5.07 days, the fatality rate was 26.41, and the readmission rate was 6.60 as well, in later implementation, that was 5.37 days, 18.62 and 4.82 consequently.

Keyword : Care model/Acute Coronary Syndrome/Care map/Multidisciplinary care team/Clinical practice guideline

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ¹ ของประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน² ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2536 ถึง 2545 พบว่าในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจประมาณ 23.1 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 98.3, 111.13 และ 140.88 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2543 ถึง 2545 ตามลำดับ³

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2548 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 796 ราย ปี พ.ศ. 2549 1,151 ราย

และปี พ.ศ. 2550 1,260 ราย⁴ การให้การรักษาพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน ที่เห็นได้ชัดคือไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน ไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคช้า นอนโรงพยาบาลนาน มีการกลับมารักษาซ้ำมากขึ้น อัตราเสียชีวิตสูง จากการทบทวนและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี และวิเคราะห์ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบประเด็นสำคัญที่ทำให้การบริหารดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ยังไม่ได้คุณภาพและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า โดยเฉพาะ STEMI ไม่มีแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ห้องผู้ป่วยหนักไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันทุกราย สมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย
ยังไม่เพียงพอ การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม ขาด
ความเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับ
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามา
รักษาซ้ำ ด้วยอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ
ภาวะหัวใจล้มเหลว และหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลของโรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตระหนักและให้ความสำคัญ
สำคัญกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่ม
ขึ้นทุกปีจึงได้ร่วมกับทีมงานอายุรกรรมพัฒนาคุณภาพการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พัฒนาระบบ Fast
track โดยปรับขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยโรค ให้มีความ
กระชับ รวดเร็ว ถูกต้อง มีการใช้ Evidence Base Data และ
Clinical Risk มาเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษา รวมทั้ง
มีระบบการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องของทีม
สหสาขาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาของการให้การดูแลรักษา
พยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรค
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ทำ
การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันตั้งแต่ ตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552 สถิติ
ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การจัดกลุ่มข้อมูล (Con-
tent analysis) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะ

เจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก

บุคลากรทางสุขภาพ

เป็นแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก
ผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ
แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclu-
sion criteria) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศ
หญิง และเพศชาย
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลัน
3. เป็นผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่
รับการรักษาด้วยยา ไม่เป็นโรคถุงลมโป่งพอง โรคไตวาย
เรื้อรัง
4. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
ควบคุมอาการได้แล้ว

ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion
criteria) เนื่องจากไม่สามารถใช้ Care map ได้ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากโรคหัวใจ
2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงและมี
ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema)
3. ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การศึกษาวินิจฉัยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 เป็นการทบทวนสถานการณ์การดูแล
รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยทำการศึกษาเพิ่ม
ประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่างเดือน
เมษายน - กันยายน 2550 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
เกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 95 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ
เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
อัตราตาย อัตรา Readmission ใน 28 วัน ระยะเวลาของ
การได้รับยา Fibrinolytic (Door to needle time) จำนวนครั้ง
ของการวินิจฉัยผิดพลาด การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์สภาพปัญหาของ
การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 นำผลที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์
สถานการณ์มาวางแผน/ดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
ดังนี้

- จัดตั้งทีมในการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขา
วิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกาย-
ภาพบำบัด นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจทางห้อง
ปฏิบัติการ และพยาบาลเวชกรรมสังคม

- ออกแบบระบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรค
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครอบคลุมแบบครบวงจร โดย
เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อ
การรักษา การรักษาในระยะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และ
การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล

- จัดตั้งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน (Acute coronary syndrome ward nurse :
ACSWN) ประจำหอผู้ป่วยในทุกหอที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

- ประชุมทีมสหสาขาเพื่อร่วมจัดทำแนวทางการ
ดูแลผู้ป่วย (Clinical practice guideline : CPG) แผนการดูแล
ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Care map for Acute
coronary syndrome) และแผนการรักษาของเฉพาะโรค
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Standing order) เพื่อเป็นเครื่อง
มือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

- กำหนดตัวชี้วัด และเป้าหมายของการดูแล
ผู้ป่วย

- จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด
แก่ทีมสหสาขา และพยาบาลประจำหน่วยงานต่าง ๆ

- ประชุมทีมสหสาขา หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
และพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น ACSWN เพื่อชี้แจงถึง
กระบวนการหรือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้ออกแบบไว้

- นำเครื่องมือที่จัดทำร่วมกันกับทีมสหสาขา
ได้แก่ CPG, Care map และ Standing order ทดลองใช้กับ
ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็น

เวลา 4 เดือน (เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2551)

ระยะที่ 3 ภายหลังจากทดลองใช้ครบ 4 เดือน นำ
ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย
มาทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์ หาปัญหาจากการใช้เครื่องมือ
ต่าง ๆ นำข้อมูล และปัญหาที่พบเสนอต่อที่ประชุมทีม
และร่วมปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามที่ทีมเสนอแนะ และ
นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระยะที่ 4 การติดตาม ประเมินผลตามตัวชี้วัด
ภายหลังใช้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 6 เดือน
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 102 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สำหรับ
ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพและผู้ป่วย และใช้แบบบันทึก
ข้อมูลผลการดูแลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งตรวจสอบความ
ตรง (Valid) ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของแพทย์/พยาบาล

บุคลากรจำนวน 153 ราย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล
วิชาชีพร้อยละ 84.98 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ
เทียบเท่าร้อยละ 85.62 อายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี ร้อยละ
27.46 อายุเฉลี่ย 37.30 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่
ในช่วง 11-15 ปี (ตารางที่ 1)

2. ผลของการทบทวนเพิ่มประวัติและเวชระเบียน ผู้ป่วยย้อนหลัง 6 เดือน(เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2550)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็น
เพศชายร้อยละ 60 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.53
อายุเฉลี่ย 67.12 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.11 การ
วินิจฉัยโรคเป็น STEMI ร้อยละ 62.11 วันนอนในโรงพยา-
บาลอยู่ในช่วง 4 - 6 วัน ร้อยละ 44.21 วันนอนเฉลี่ย 6.80
วัน อาชีพงานบ้านไม่ได้ทำงานร้อยละ 49.48 (ตารางที่ 2)
พบมีการวินิจฉัยผิดพลาดร้อยละ 11.58 อัตราการได้รับยา
Streptokinase ภายใน 60 นาที ร้อยละ 42.11 ระยะเวลา
เฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase เท่ากับ 83.79 นาที
(ตารางที่ 4) อัตราผู้ป่วย STEMI ได้เข้ารับการรักษาใน

ICU ร้อยละ 68.42 อัตราเสียชีวิตร้อยละ 41.05 อัตรากลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 16.84 ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายทุกรายไม่ได้รับการติดตามเยี่ยม (ตารางที่ 3)

3. ผลจากการทดลองใช้แผนการดูแลผู้ป่วย 4 เดือน (พฤษภาคม - สิงหาคม 2551).

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.49 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.81 อายุเฉลี่ย 77.27 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.42 การวินิจฉัยโรคเป็น NSTEMI ร้อยละ 51.88 วันนอนในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 4-6 วัน ร้อยละ 43.39 วันนอนเฉลี่ย 5.07 วัน อาชีพงานบ้าน/ไม่ได้ทำงานร้อยละ 49.06 (ตารางที่ 2) พบมีการวินิจฉัยผิดพลาดร้อยละ 4.71 อัตราการได้รับยา Streptokinase ภายใน 60 นาที ร้อยละ 30.77 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase เท่ากับ 70.92 นาที (ตารางที่ 4) อัตราผู้ป่วย STEMI ได้เข้ารับการรักษานใน ICU ร้อยละ 93.19 อัตราเสียชีวิตร้อยละ 26.41 อัตรากลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 6.60 อัตราการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 1.26 อัตราการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 54.72 (ตารางที่ 3)

4. ผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน (ตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.82 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.82 อายุเฉลี่ย 65.40 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.57 การวินิจฉัยโรคเป็น NSTEMI ร้อยละ 59.81 วันนอนในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 4-6 วัน ร้อยละ 42.16 วันนอนเฉลี่ย 5.37 วัน อาชีพรับจ้างร้อยละ 31.37 (ตารางที่ 2) พบมีการวินิจฉัยผิดพลาดร้อยละ 8.82 อัตราการได้รับยา Streptokinase ภายใน 60 นาที ร้อยละ 8.33 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase เท่ากับ 81.45 นาที (ตารางที่ 4) อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รักษานใน ICU ร้อยละ 87.80 นาที อัตราเสียชีวิตร้อยละ 18.62 อัตรากลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 4.82 อัตราการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 15.66 อัตราการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 76.47 (ตารางที่ 3)

4. การทบทวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

4.1 ปัญหาจากการใช้ Care map แพทย์พยาบาลยังไม่เข้าใจการใช้ Care map ทุกคน บางครั้งไม่ได้ปฏิบัติตาม Care map ได้แก่ การให้สุขศึกษาผู้ป่วยในแต่ละวัน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารโดยนักโภชนาการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำไม่ได้ครอบคลุม เนื่องจากแพทย์วางแผนการรักษาไว้

ในกระบวนการพัฒนาแก้ไขทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพดังนี้

- จัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจการใช้ Care map ให้แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกหอผู้ป่วยทราบ 100%

- จัดทำแผนพับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดคู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- การปรึกษานักโภชนาการ กำหนดให้ปรึกษาเฉพาะในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเท่านั้น

- ผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ให้แพทย์เขียนลงในแผนการรักษาของแพทย์ทุกราย

4.2 ด้านแผนการดูแลผู้ป่วยไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ บางครั้งมีกิจกรรมที่นอกเหนือจากที่มีในแผนการดูแลไม่สามารถเขียนเพิ่มเติมได้ จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ปรับปรุงแก้ไข แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการกำหนดขั้นตอนในแผนการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1. Emergency department การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ระยะที่ 2. Hospital management การรักษาในหอผู้ป่วย

ระยะที่ 3. Pre-discharge การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ พยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 153)	ร้อยละ
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
อายุรแพทย์	5	3.26
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	6	3.92
พยาบาลวิชาชีพ	130	84.98
พยาบาลเทคนิค	12	7.84
อายุ		
21-25 ปี	11	7.18
26-30 ปี	27	17.65
31-35 ปี	42	27.46
36-40 ปี	22	14.38
41-45 ปี	27	17.65
มากกว่า 45 ปี ขึ้นไป	24	15.68
	อายุเฉลี่ย 37.30 ปี	
การศึกษา		
อนุปริญญา	12	7.84
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	131	85.65
ปริญญาโท	10	6.54
ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	6	3.93
1-5 ปี	5	3.26
6-10 ปี	28	18.31
11-15 ปี	41	26.79
16-20 ปี	23	15.03
21-25 ปี	26	16.99
มากกว่า 25 ปี	24	15.69

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	เมษายน - กันยายน 50 (n = 95)		พฤษภาคม - สิงหาคม 51 (n = 106)		ตุลาคม 51 - มีนาคม 52 (n = 102)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	38	40.00	44	41.51	42	41.18
ชาย	57	60.00	62	58.49	60	58.52
อายุ						
30 - 40 ปี	4	4.21	5	4.74	5	4.90
41 - 50 ปี	9	9.45	10	9.43	12	11.77
51 - 60 ปี	15	15.79	17	16.04	25	24.51
มากกว่า 60 ปี	67	70.53	74	69.81	60	58.82
อายุเฉลี่ย	$\bar{x} = 67.12$		$\bar{x} = 77.27$		$\bar{x} = 65.40$	
สถานภาพสมรส						
โสด	9	9.47	17	16.03	16	15.68
คู่	78	82.11	81	76.42	73	71.57
หม้าย/หย่า/แยก	8	8.42	8	7.55	13	12.75
อาชีพ						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	8.42	10	9.43	10	9.80
ค้าขาย	6	6.32	5	4.72	9	8.83
รับจ้าง	17	17.89	28	26.42	34	33.33
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	17	17.89	11	10.37	19	18.63
งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	47	49.48	52	49.06	30	29.41
การวินิจฉัยโรค						
STEMI	59	62.11	51	51.88	41	59.81
NSTEMI	36	37.89	55	48.12	61	40.19
จำนวนวันนอน ร.พ						
1 - 3 วัน	14	14.74	34	32.02	28	27.45
4 - 6 วัน	42	44.21	46	43.39	43	42.16
7 - 9 วัน	30	31.58	16	15.09	20	19.61
มากกว่า 9 วัน	9	9.47	10	9.44	11	10.78
วันนอนเฉลี่ย	$\bar{x} = 6.80$		$\bar{x} = 5.07$		$\bar{x} = 5.37$	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เมษายน - กันยายน 50		พฤษภาคม - สิงหาคม 51		ตุลาคม 51 - มีนาคม 52	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยผิดพลาด	11	11.58	5	4.71	9	8.82
อัตราได้รับยา SK ภายใน 60 นาที	8	42.11	4	30.71	1	8.33
อัตราผู้ป่วย STEMI เข้ารักษาใน ICU	13	68.42	41	93.19	36	87.80
อัตราเสียชีวิต	39	41.05	28	26.41	19	18.62
อัตรากลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน	16	16.84	4	6.60	4	4.82
อัตราการติดตามเยี่ยม	0	0	1	1.26	13	15.66
อัตราการปฏิบัติตาม Care map	-	-	58	54.71	78	76.47

ตารางที่ 4 แสดงเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase

ตัวชี้วัด	เมษายน - กันยายน 50	พฤษภาคม - สิงหาคม 51	ตุลาคม 51 - มีนาคม 52
เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase	83.79 นาที	70.92 นาที	81.45 นาที

ระยะที่ 4. Long term management การรักษาต่อเนื่องในระยะยาว

4.3 นวัตกรรมสุขภาพ

- รูปแบบ (Model) การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

- แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Care map)

- คู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันที่ศึกษาทั้ง 3 ช่วง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 67.12, 67.27 และ 65.40 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{5,6} และสอดคล้องกับลักษณะอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดคราบไขมันจะเพิ่มขึ้นตามอายุและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{7,8} การที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงทั้งนี้เป็นเพราะฮอร์โมนเพศชายคือ แอนโดรเจนมีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมีผลต่อการสะสมของสารไขมันและโคเลสเตอรอลในเลือด ทำให้สัดส่วนระหว่าง HDL และ LDL แตกต่างกันอย่างมากขึ้น และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการที่ทำให้เลือดแข็ง รวมทั้งมีผลต่อการเกาะตัว

ของเกล็ดเลือดง่ายขึ้นซึ่งตรงกันข้ามกับฮอร์โมนเอสโตรเจน
ในเพศหญิง⁹ และการที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้มาก
ในผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น
มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด มีการสะสมของโคเลสเตอรอล
และแคลเซียมทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจ
แข็งได้ง่าย10ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย กระบวนการพัฒนาการดูแลเป็นกระบวนการ
เรียนรู้โดยผ่านการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้
ทราบถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและหาโอกาสพัฒนา
ปรับปรุงต่อไป การประเมินนับเป็นขั้นตอนสำคัญในการ
พัฒนาและปรับปรุง Care map การนำ Care map ไป
ปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์หลายประการเพื่อให้
ผู้ปฏิบัติเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการปฏิบัติ
ตาม Care map การติดตามงานและการประเมินผลการ
ปฏิบัติงานนับเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถทำให้มีการปฏิบัติ
ตาม Care map และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากข้อมูลที่ได้
บุคลากรมีการปฏิบัติตาม Care map ร้อยละ 76.47 อาจ
เป็นเพราะ Care Map นี้ ละเอียดเกินไปอาจไม่เหมาะสม
ต่อการปฏิบัติในห้วงฉุกเฉินที่ค่อนข้างยุ่งจะต้องมีการ
ประเมินหรือวิจัยต่อไปเพื่อปรับปรุงพัฒนา Care map ให้
เหมาะสมเป็นประโยชน์ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย

สรุป

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบ
พลันในครั้งนี้เป็นการพัฒนาทั้งระบบ ครอบคลุมทั้งด้าน
บริหาร บริการรักษา และเครื่องมือที่ใช้ รวมทั้งมีการ
ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้จำนวนวันนอน
อัตราราย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ลดลง

ข้อเสนอแนะ

มีนโยบายในการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการ
ดูแลผู้ป่วย การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยสหสาขา
วิชาชีพ การประสานงานเพื่อเชื่อมโยงการดูแล ควรมี

ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ร่วมกับหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยกำกับติดตามแผนการดูแลอย่างเป็นมาตรฐาน และ
ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จินดา แอกทอง ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุน
และอนุญาตให้เผยแพร่งานวิจัยนี้ และทีมสหสาขาวิชาชีพ
อายุรกรรมทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การศึกษารครั้งนี้สำเร็จ
ด้วยดี และขอขอบคุณ ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ อาจารย์ที่
ปรึกษางานวิจัยที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำใน
การวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Emslie C., (2005). "Women men and coronary heart disease : a review of the qualitative literature" *Journal of advanced nursing*. 51 (4) ; 382-95.
2. Flaherty, L. (2001). "From the feds : Researcher, programs and products." *Journal of emergency nursing* 27 : 357-9.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (15 พฤษภาคม 2550) สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจ (online) เข้าถึงได้จาก <http://:epid.moph.go.th>.
4. หน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2548-2550). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
5. Hilborne, LH., et al. (1993). The appropriateness of use of percutaneous transluminal angioplasty in New York state. *JAMA*, 269(6) ; 761-5.
6. ญัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาที. (2539). ภาวะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

7. นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์. (2546). “โรคแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, ศรีณีย์ ควรประเสริฐ. New guidelines in coronary artery disease. (หน้า 293-309) เชียงใหม่ : ไอแอม ออร์गेไนเซชันแอนด์เอ็ดเวอร์ ไทยิ่ง
8. Ruppert SD., et al. (1996). Dolan's critical care nursing : Clinical management through the nursing process, Philadelphia : FA. Davis.
9. พัชรพร เกวี่พันธ์. (2544). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. จิตตวดี เจริญทอง. (2542). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.